



COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COMMUNICATION

DE

Mme MONIQUE IBORRA,

RAPPORTEURE

DE LA

MISSION « FLASH » SUR LES

ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR
PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

—

13 septembre 2017

Madame la Présidente,

Mes chers Collègues,

Le 3 août, vous m'avez confié une mission dite « flash » sur la situation et la problématique des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), devant faire l'objet d'un rendu le 13 septembre aux membres de la commission des Affaires sociales.

Dès le 4 septembre, nous avons organisé des auditions auxquelles tous les députés de notre commission étaient conviés. La liste de ces auditions est jointe à mon intervention. Au nombre de 26, elles ont concerné l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ : institutionnels, représentants des associations des usagers et de leurs proches, personnels soignants qu'ils soient médecins, aides-soignants, infirmiers, associations des directeurs d'établissement, des collectivités (notamment l'Association des départements de France), l'ensemble des organisations syndicales santé-sociaux, et les représentants des secteurs public et privé. Ces auditions ont eu lieu du 4 au 8 septembre, et se sont déroulées de 9h à 20h.

Certains se sont posé la question du caractère « flash » de la mission qui ne peut être qu'une première étape, tant les problèmes soulevés, les attentes et le champ d'investigation demeurent aujourd'hui un enjeu sociétal qui nous concerne tous, et que l'on peut explorer en poussant différentes portes : celle de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées, celle du financement des établissements qui les accueillent, celle de l'organisation des soins, du statut et de la formation des acteurs, enfin celle du modèle de société dans lequel nous évoluons depuis la naissance jusqu'à la fin de vie.

I/ Pourquoi une « mission flash » ? Une démarche privilégiant l'opérationnalité

Dans un temps très court, il s'est agi d'appréhender globalement les défis du secteur – nous pouvons le dire, en souffrance – qui nécessitent non seulement une prise de conscience des législateurs que nous sommes, mais aussi des décisions rapides à court et à moyen terme.

Nous avons donc établi un diagnostic généraliste partagé par tous les acteurs entendus, proposé un certain nombre de mesures à prendre rapidement, ainsi que des pistes d'action pour la poursuite de cette mission qui ne devrait pas se prolonger au-delà de la fin de l'année – de notre point de vue.

C'est ce travail prospectif qui a manqué ces dernières années. Nous avons négligé de nous poser les questions de la place et du rôle des EHPAD dans le parcours et la filière d'accompagnement des personnes âgées, **la question du financement venant obérer les autres aspects du problème.**

II / Les constats de la mission

A. Une évolution de la population accueillie

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a exploré et encouragé le maintien à domicile mais n'a pas traité de la place des EHPAD dans le parcours de la personne âgée. Si le maintien à domicile est en effet l'une des solutions envisagées, il n'en reste pas moins que dans l'état actuel des choses, certaines personnes se trouvent dans l'obligation d'avoir recours à l'EHPAD.

Le profil des personnes accueillies par les EHPAD est différent de celui qu'il était il y a quelques années. Les personnes entrant ont en moyenne plus de 85 ans, et leur temps de séjour est en moyenne de deux ans et demi. Elles présentent des pathologies multiples, des complications de maladies chroniques, et souffrent pour certaines d'entre elles de troubles du comportement, notamment liés à la maladie d'Alzheimer.

Si l'on doit faire en sorte que l'EHPAD soit un « lieu de vie dans lequel on soigne », il devient en réalité de plus en plus un « lieu

de soin dans lequel on vit ». Cependant, les usagers et les familles attendent qu'un équilibre soit maintenu entre l'accompagnement et le soin. Un nouveau modèle de prise en charge des soins doit pouvoir s'opérer, médicalisation ne signifiant pas déshumanisation.

Cette évolution a été traduite par les pouvoirs publics en un encadrement plus technocratique qu'efficace et un foisonnement des normes qui pèsent aujourd'hui sur les établissements, sans cependant leur donner les moyens de l'évolution nécessaire pour répondre aux besoins des personnes accueillies.

B. Des sous-effectifs en personnel unanimement reconnus et des conditions de travail difficiles

L'augmentation du niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD alourdit la charge de travail des personnels soignants rendant les conditions de travail, notamment pour les aides-soignants, particulièrement préoccupantes, tant du point de vue physique que psychologique. Le taux d'absentéisme est en moyenne de 10%, les accidents du travail en EHPAD seraient aujourd'hui deux

fois supérieurs à la moyenne nationale, et supérieurs à ceux dans le secteur du BTP.

Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé (DREES) de 2015 montre en effet des conditions de travail difficiles pour des personnels cependant très engagés et dont il faut absolument reconnaître l'investissement. **L'organisation du travail est en tension et peut être la source de dégradation importante des conditions d'exercice des métiers de soignants. Dans certains EHPAD, on parle de « maltraitance institutionnelle ».**

Une médicalisation des établissements nécessaire qui reste insuffisante. Des recrutements difficiles à opérer.

Le médecin coordonnateur, dont la présence est rendue obligatoire dans les EHPAD, est de plus en plus difficile à recruter et à fidéliser. Un tiers des établissements en seraient dépourvus, ne respectant pas ainsi la réglementation en vigueur. Son statut est peu clair, sa présence souvent à temps partiel, et il n'a le droit de

prescription qu'en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, ainsi que lors de la survenance de risques exceptionnels ou collectifs.

La présence médicale est aujourd'hui assurée par les médecins généralistes pouvant être aussi nombreux que les résidents, ce qui nécessite une coordination médicale. On constate aujourd'hui dans toutes les catégories de soignants un déficit de la formation initiale en gériatrie. Pour les médecins par exemple, ce n'est que cet automne que la gériatrie va devenir une spécialité sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées pouvant être choisi dès la première année d'internat.

L'absence d'infirmiers de nuit dans la grande majorité des établissements est souvent la cause d'hospitalisations aux urgences, qui auraient pu être évitées dans un certain nombre de cas. Ces allées et venues entre les services d'hospitalisation et l'EHPAD peuvent avoir des effets déstabilisants sur les personnes, et représentent un coût élevé.

On constate des recrutements de personnels difficiles, notamment chez les aides-soignants. En Occitanie par exemple, on déplore une chute de 30 % des candidat.e.s à l'obtention du diplôme

d'aide-soignant. Ce manque de personnel entraîne des recrutements de « faisant-fonction » dont la qualification est insuffisante au regard des personnes accueillies. On observe des glissements de tâches préjudiciables à la qualité des soins, et sources d'inquiétudes pour les soignants, conduits à exercer des tâches pour lesquels ils ne sont pas formés.

C. Une tarification de type « kafkaïen »

Le financement des EHPAD repose, depuis 1997, sur une tarification distinguant trois catégories de dépenses :

- **les dépenses de soins, financées par l'assurance maladie** et dont les dotations globales sont fixées par les agences régionales de santé (ARS) ;
- **les dépenses de dépendance, financées, via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), par les départements ;**
- **les dépenses d'hébergement** qui restent à la **charge des résidents**, sauf s'ils sont bénéficiaires de l'aide sociale départementale – dans quel cas le conseil départemental peut

s'acquitter de tout ou partie des frais d'hébergement à la charge des personnes âgées éligibles à cette aide.

Le législateur est intervenu en 2015 pour imposer à l'ensemble des gestionnaires d'EHPAD l'obligation de conclure un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les présidents des conseils départementaux et les directeurs généraux des ARS, en lieu et place des anciennes conventions tripartites. Ce document mériterait d'être **simplifié pour être véritablement opérationnel**.

Une application du décret du 21 décembre 2016 contestée

Alors que la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se voulait a priori équitable pour le citoyen en permettant de rapprocher tous les EHPAD d'une norme de financement et, indirectement, d'un taux d'encadrement cible à terme, et en mettant ainsi fin à des inégalités infradépartementales, le décret du 21 décembre 2016 a défini des **équations tarifaires extrêmement complexes** qui, malgré des mécanismes de convergence progressive, conduisent à **accentuer des inégalités territoriales d'un département à l'autre**. D'après certains acteurs comme la Fédération

hospitalière de France (FHF), cette nouvelle tarification pénalisera particulièrement les EHPAD publics, et, dans une moindre mesure, les EHPAD associatifs. **Ce décret suscite aujourd'hui une levée de boucliers de l'ensemble des acteurs du secteur public auditionnés.**

En effet, il semble que cette nouvelle tarification ne tient compte ni de l'inflation ni de la structure des coûts réels résultant du statut des établissements – les EHPAD publics ayant des charges de personnel différentes de celles des EHPAD privés qui, de leur côté, bénéficient, contrairement aux premiers, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) qui, au demeurant, est lui-même relativement méconnu.

D'après ce qui m'a été indiqué, certains départements (une dizaine, semble-t-il) ont purement et simplement décidé de ne pas appliquer la réforme tarifaire, tandis que d'autres ont choisi de l'appliquer moyennant d'importants correctifs, étant précisé que l'Assemblée des départements de France, tout comme l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), demandent que soit pris le temps nécessaire pour remédier aux difficultés identifiées.

D. Un reste à charge important pour certaines catégories de la population

Un mouvement de déshabilitation à l'aide sociale départementale provoque par insuffisance de dotations publiques un reste à charge que certaines personnes ne peuvent assumer, notamment les femmes qui sont majoritaires dans les EHPAD et dont les revenus ne peuvent couvrir un hébergement dont le coût peut avoisiner 2 000 euros en moyenne.

Malgré la participation financière obligatoire des obligés alimentaires (enfants et petits-enfants), la déshabilitation des places d'aide sociale, parfois demandée par les établissements pour rentrer dans un système classique permettant de libérer les tarifs, ou par les départements qui veulent limiter leur charge financière, doit faire l'objet d'une **vigilance particulière sur l'exercice plein et entier par les départements de leur compétence de l'action sociale, dont ils sont chefs de file.**

III/ Les propositions suite à la mission flash

Au terme de cette mission « flash », première étape des travaux sur les EHPAD, nous pouvons effectuer des propositions à court terme, et d'autres pour une seconde étape à moyen terme.

A. Les propositions à court terme (1^{ère} étape)

- Pour les aides-soignants

Mettre en place au Ministère de la Santé un groupe de travail pour actualiser les compétences des aides-soignants en lien avec leurs associations représentatives, et réfléchir à une revalorisation de leur statut.

- Pour les infirmiers

Prévoir dans la budgétisation des établissements la présence d'un infirmier diplômé la nuit en astreinte ou en poste.

- Sur la tarification

Concernant la nouvelle tarification en vigueur en mai 2017, conséquence du décret du 21 décembre 2016 en application de la loi

relative à l'adaptation de la société au vieillissement, il est nécessaire de transformer le groupe de suivi de la réforme de la tarification devant se réunir le 25 septembre à l'initiative de Madame la Ministre de la Santé en un groupe de travail sur l'évaluation de cette tarification par simulation du degré d'inégalités induites par la réforme telle que prévue, et accepter ainsi après vérifications, des amendements, modifications et ajustements du décret initial.

- **Sur les contrats aidés**

Décider de la **préservation des contrats aidés dans les EHPAD souffrant déjà de sous-effectifs patents en 2017.**

Le recours à ces contrats a été massif dans le secteur des EHPAD pour faire face à la situation reconnue de sous-effectifs très importants.

L'aide et le soin aux personnes âgées doivent être considérés par les préfets comme une priorité pour l'allocation de ces contrats en 2017, au même titre que l'accompagnement des élèves en situation de handicap et les secteurs d'urgence en matière sociale et de santé.

- **Sur les rapports d'évaluation**

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) publie notamment des outils pratiques pour guider le choix de

l'établissement. Un comparateur officiel des prix et le reste à charge sont aujourd'hui accessibles en ligne directement sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. **Nous souhaitons que, de la même manière, une plus grande transparence soit garantie sur la qualité des prestations offertes par les EHPAD. Une réflexion devrait être engagée sur la publication en ligne des évaluations externes des EHPAD.**

B. Proposition pour une 2^{ème} étape : Une véritable mission d'observation des réalités de terrain

Mettre en place une mission d'information parlementaire avec des visites sur le terrain uniquement, tournées vers l'observation des conditions de travail et de l'organisation des établissements. Il s'agira de travailler avec les professionnels sur **l'adéquation des ressources humaines aux profils des résidents**, pour parvenir à la publication de normes de personnel, soignant notamment, minimales par établissements (publics et privés).

Une réflexion sur l'EHPAD de demain

Accompagner dignement la fin de vie est un souhait qui devrait faire l'unanimité dans la société.

Face à l'augmentation certaine de la proportion de personnes âgées, pour certaines dépendantes, dont la structure familiale est de plus en plus souvent éclatée, il est nécessaire d'anticiper l'évolution des besoins et des attentes qui ne seront pas les mêmes que ceux des générations précédentes. Faut-il rester sur le modèle des EHPAD tel qu'il existe aujourd'hui ?

Peut-être faudra-t-il faire le choix de continuer à mettre l'accent sur le maintien à domicile et sur le développement de l'habitat inclusif, et, parallèlement, assumer de créer de nouvelles structures relevant réellement du sanitaire, plus proches des unités de soins longue durée.

L'EHPAD pourrait évoluer vers une plateforme de services et de soins à domicile structurant les territoires, et combinant prise en charge en établissement, prise en charge à domicile, courts séjours transitoires ou permettant le « répit » des aidants, et rompant avec la logique du « tout établissement » ou du « tout domicile ». Des

expérimentations sont ainsi en cours, entre autres dans les Hauts-de-Seine, pour développer des « EHPAD à domicile » permettant de rester chez soi tout en fournissant le niveau de service de l'EHPAD : portage de repas, blanchisserie, continuité des soins même la nuit, prise en charge de la fin de vie si nécessaire... L'EHPAD de demain, c'est aussi un EHPAD à l'heure du numérique, développant le recours à la télémédecine, à la domotique, aux objets connectés.

Ces évolutions doivent être accompagnées par le législateur.

Il s'agira de **prendre connaissance des expérimentations en cours et prévoir les évaluations nécessaires pour une modélisation et une généralisation des plus performantes.**

Toutes ces réflexions nous conduiront probablement à une réflexion plus large sur la prise en charge de la dépendance et de la fin de vie, et nécessiteront des choix politiques et sociétaux courageux.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DE MME MONIQUE IBORRA, RAPPORTEURE DE LA « MISSION FLASH » RELATIVE AUX EHPAD
--

Les 26 auditions menées par la rapporteure lors de la première quinzaine de septembre ont permis d'appréhender globalement les difficultés auxquelles sont aujourd'hui confrontés les EHPAD.

➤ **PROPOSITIONS À COURT TERME**

Le format de cette mission « flash » a offert la réactivité qui s'imposait afin de **répondre à des problèmes urgents**, pour lesquels une mission d'information classique - s'étendant sur plusieurs mois - n'aurait pas été satisfaisante. La rapporteure a ainsi souhaité interpeller le Gouvernement :

1. **sur la nécessité de mieux reconnaître le métier d'aide-soignant** : les interlocuteurs auditionnés ont unanimement fait part de la pénibilité au travail de plus en plus forte dont souffrent les aides-soignants et de l'inadéquation croissante entre leurs missions en droit et sur le terrain. **La rapporteure souhaite qu'un groupe de travail soit mis en place au sein du ministère de la santé sur l'évolution des missions des aides-soignants et la revalorisation de leur statut.**

2. sur la **nécessité d'imposer la présence d'un infirmier de nuit dans les EHPAD**, et de faire évoluer leur financement en fonction.

3. **sur la réforme de la tarification des EHPAD** issue du décret du 21 décembre 2016 : la rapporteure souhaite que l'on prenne le temps de corriger les effets réglementaires indésirables d'une réforme législative qui reste toutefois pertinente dans son principe et devrait être une avancée en termes de visibilité budgétaire pour les EHPAD. **La concertation engagée par la ministre** des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, à compter du 25 septembre prochain, **devra impérativement être l'occasion d'évaluer l'impact concret de la réforme sur les territoires et d'examiner les**

aménagements susceptibles d’y être apportés pour assurer une redistribution plus équitable. La porte doit rester ouverte à des modifications et des ajustements du décret initial.

4. **sur les contrats aidés** : pour faire face à des sous-effectifs très importants, le recours à ces contrats a été massif dans les EHPAD publics et privés non-lucratifs. **La rapporteure souhaite que l’aide et le soin aux personnes âgées soient considérés comme une priorité pour l’allocation de ces contrats en 2017**, au même titre que l’accompagnement des élèves en situation de handicap et les secteurs d’urgence en matière sociale et de santé.

5. **sur une plus grande transparence sur la qualité des prestations offertes par les EHPAD** : la rapporteure souhaite qu’une réflexion soit engagée sur la publication en ligne des évaluations externes des EHPAD, rendues obligatoires par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

➤ **PROPOSITIONS POUR UNE DEUXIÈME ÉTAPE**

La rapporteure estime qu’au-delà des réponses à apporter dès maintenant, la Représentation nationale doit aujourd’hui anticiper les besoins et réfléchir à ce que doit être l’EHPAD de demain. **Une mission d’information dédiée, centrée sur des visites de terrain, doit être mise en place.** Deux axes de réflexion principaux devront être développés lors de cette mission d’information à venir :

1/ comment doivent évoluer les ressources humaines des EHPAD, face à l’évolution du public accueilli ? La mission d’information devra notamment se pencher sur la possibilité d’instaurer une norme minimale d’encadrement en EHPAD, à l’instar de ce qui existe déjà dans d’autres pays européens ;

2/ Quel modèle pour l’EHPAD du futur ? Quelle articulation de ces établissements avec l’accompagnement à domicile, le sanitaire, le médico-social ? Il faudra par exemple s’intéresser aux expérimentations autour de « l’EHPAD à domicile ».

<p style="text-align: center;">LISTE DES AUDITIONS MENÉES MME MONIQUE IBORRA, RAPPORTEURE DE LA « MISSION FLASH » RELATIVE AUX EHPAD</p>

(par ordre chronologique)

- **Fédération nationale des associations et amis de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF)** – **M. Joseph Krummenacker**, président, **Mme Claudette Brialix**, vice-présidente et **M. Lucien Legay**, secrétaire
- **Direction générale de la cohésion sociale** – **M. Jean-Philippe Viquant**, directeur général de la cohésion sociale, **Mme Laurence Lavy**, cheffe de bureau « prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie personnes âgées, **Mme Angélique Khaled**, cheffe de bureau « emploi et politique salariale, et **Mme Clémence Porhel**, chargée de mission tarification des ESMS
- **Table ronde :**
 - **Association des Directeurs au service des Personnes Âgées** – **M. Pascal Champvert**, président
 - **Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'établissements et Services pour Personnes Agées (FNADEPA)** – **M. Claudy Jarry**, président, et **Mme Vêques-Malnou**, directrice
 - **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – **M. Jérôme Voiturier**, directeur général, et **Mme Caroline Selva**, conseillère technique Autonomie et citoyenneté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- **Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Âgées (FNAQPA)** – **M. Didier Sapy**, directeur général, et **Mme Clémence Lacour**, responsable des relations institutionnelles
- **Association Asshumevie** – **Mme Évelyne Gaussens**, directrice d'hôpital honoraire et présidente de l'association "Asshumevie", **Mme Katherine Gardella**, chargée de mission de l'association Asshumevie et ancien cadre de santé, **Mme Rosette Marescotti**, co-auteur de la méthodologie de soins Gineste/Marescotti, et **Mme Annie Devivie**, fondatrice d'Agevillage.com, directrice des formations Humanitude, membres de l'association
- **Observatoire KMPG des EHPAD** - **M. Benoît Péricard**, associé, directeur national secteur public et santé KPMG Observatoire KMPG des EHPAD, et **Mme Sidonie Hanouet**, directeur de projets économie sociale et solidaire
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – **M. Antoine Dubout**, président, **Mme Agathe Faure**, conseiller technique, et **M. Julien Moreau**, directeur du secteur social et médico-social
- **Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge** – **M. Bertrand Fragonard**, président, **M. Romeo Fontaine**, chargé de recherche, et **Mme Carole Bonnet**

- **Table ronde aides-soignants :**
 - **Fédération nationale des associations d'aides-soignants (FNAAS) – M. Denis Fischer**, vice-président et **Mme Carole Gauvrit**, secrétaire de la FNAAS
 - **Union française des aides-soignants (UFAS) – Mme Thérèse Palla**, présidente

- **Table ronde syndicats:**
 - **Fédération Confédération française démocratique du travail (CFDT) Santé Sociaux – Mme Nathalie Canieux**, secrétaire générale, et **M. Emmanuel Sys**
 - **Fédération Santé et Action Sociale CGT – Mme Mireille Stivala**, secrétaire générale, et **Mme Malika Belarbi**, aide-soignante
 - **Fédération des personnels des services publics et de santé Force Ouvrière – Branche Santé – M. Luc Delrue**, infirmier, secrétaire fédéral de la FSPS/FO, **Mme Jocelyne Lagrange**, retraitée, représentante de l'Union Confédérale des retraités FO), **Mme Laurence D'introno**, adjoint technique fonction publique territoriale, **M. Gérard Brami**, directeur de l'EHPAD La Vençoise et Cantazur (06), et **M. Sébastien Houadec**, directeur de la maison de retraite Les Marronniers (Levallois-Perret)
 - **Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) santé et sociaux public et privé – Mme Françoise Kalb**, secrétaire nationale, et **M. Jean-Claude Stutz**, secrétaire national adjoint
 - **Fédération SUD Santé Sociaux – M. Jean Vignes**, secrétaire général, **Mme Margaux Leduc-Leroy**, secrétaire fédérale en charge du secteur privé, et **M. Eric Adam**, titulaire du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

- **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) – M. Didier Charlanne**, directeur

- **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) – Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale, **Mme Carole Falguieres**, directrice des opérations et de la coordination, et **M. Jean-André Martini**, conseiller affaires publiques

- **Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA) – M. Alain Koskas**, psycho gérontologue, président, **Mme Marie Pascale Mongaux-Masse**, directrice générale de trois EHPAD publics et d'une plateforme de répit, conseillère scientifique de la FIAPA sur les politiques publiques, et **Mme Camille Gautard** conseillère scientifique FIAPA sur les maltraitances financières et rédactrice principale du rapport 2017 sur les maltraitances financières

- **Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers – Dr Arnaud Caupenne**, responsable Communication, et **Dr Sophie Samso**, gériatre au CH d'Angoulême et membre du bureau

- **M. Emmanuel Hirsch**, Professeur des universités, directeur de l'Espace régional de réflexion éthique Ile-de-France, de l'Espace national de réflexion éthique MND, et du Département de recherche en éthique, EA 1610 "Études sur les sciences et les techniques", Université Paris-Sud – Paris-Saclay

- **Syndicat des médecins généralistes (Syndicat MG France) – Dr Renaud Marin la Meslée**

- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. David Gruson**, délégué général, et **Mme Annie Lelièvre**, responsable du pôle autonomie, **Mme Helen de Balbine**, adjointe pôle autonomie, et **Mme Julie Joyeux**, élève directeur d'hôpital
- **ARS Île-de-France** – **M. Christophe Devys**, directeur général, **M. Marc Bourquin**, directeur de l'autonomie, et **Mme Sandrine Courtois**, responsable du département organisation de l'offre pour personnes âgées
- **Croix Rouge** – **Mme Ingrid Lauvray**, déléguée nationale filières personnes âgées et domicile, et **Mme Alice Monchambert**, chef de projet pour la filière personnes âgées
- **Table ronde**
 - **SNPI CFE-CGC** - **M. Thierry Amouroux**, secrétaire général, et **Mme Sylvie Taillepied**, membre du bureau national
 - **Fédération française des infirmières diplômées d'Etat coordinatrices (FFIDEC)** – **Mme Blandine Delfosse**, présidente, **Mme Sandrine Pierda**, représentante régional, et **Mme Dorothée Le Riche**, secrétaire
- **Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)** – **Dr Nathalie Maubourguet**, présidente, **Dr Pascal Meyvaert**, vice-président, **Dr Xavier Gervais**, vice-président, et **Dr Jean-Antoine Rosati**, trésorier
- **SOS Médecins** – **Dr. Pierre-Henri JUAN**, président, et **Dr Serge Smadja**, secrétaire général
- **Association des Départements de France (ADF)** – **M. Jean-Michel Rapinat**, directeur délégué de l'ADF en charge des questions sociales et de solidarité, et **Mme Ann-Gaëlle Werner-Bernard**, conseillère parlementaire
- **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)** – **Mme Joëlle Martinaux**, présidente, **M. Yves Jacomet**, directeur de cabinet, **M. Benoît Calmels**, délégué général, et **Mme Hélène-Sophie Mesnage**, déléguée générale adjointe
- **Mutuelle du Bien Vieillir- MBV** – **Mme Viviane Chabbert**, directeur général, et **Mme Béatrice Saillard**, directrice des relations extérieures à AG2R LA MONDIALE
- **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** – **Mme Béatrice Gueneau-Castilla**, directrice par intérim, **M. Simon Kieffer**, directeur de la direction des Etablissements et services médico-sociaux, **Mme Lise Burgade**, directrice adjointe de la direction des Etablissements et services médico-sociaux, et **Mme Céline Moreau**, responsable du pôle allocation budgétaire