

CONTRIBUTION DU CESER OCCITANIE / PYRÉNÉES-MÉDITERRANÉE

**ADAPTER LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
EN EHPAD AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT
DE LA POPULATION**

Rapporteur : **Francis DECOUCUT**

Le CESER remercie les personnes qui ont bien voulu participer à ses travaux, en lui apportant information et matière à réflexion, à l'occasion de leur audition :

Représentants de la Fédération des Établissements Hospitaliers d'Aide à la Personne (FEHAP)

Monsieur **Alain RADIGALES**,
Président de la commission « Enseignement supérieur, Recherche, Innovation , Transfert » du CESER,
représentant la FEHAP au CESER Occitanie ;

Monsieur le Docteur **Gérard DE BATAILLE**,
gériatre, ancien Directeur d'établissement FEHAP sanitaire et médico-social pour personnes âgées

Représentante du Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)

Madame **Martine DANES**,
Déléguée régionale du SYNERPA Occitanie, directrice régionale du groupe DOMUSVI.

Représentants de l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie

Monsieur **Pierre RICORDEAU**,
Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie ;

Madame **Régine MARTINET**,
Directrice-adjointe de la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA) ;

Monsieur **Philippe MERRICHELLI**,
Directeur de la Direction des droits des usagers et des affaires juridiques.

Représentants de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)

Monsieur le Professeur **Laurent SCHMITT**,
Psychiatre PU PH au CHU de Toulouse, Président de la CRSA Occitanie.

Représentants de la fédération hospitalière de France (FHF)

Monsieur **Marc BOURQUIN**,
Conseiller stratégie de la FHF ;

Madame **Noémie SERGENT**,
Directrice d'EHPAD à MONTRÉAL, dans l'Aude.

Représentants de Conseils départementaux

Madame **Maryse MAURY**
5^{ème} Vice-Présidente du Conseil départemental du Lot, en charge des personnes âgées et handicapées ;

Monsieur **Alain GABRIELI**
11^{ème} Vice-Président du Conseil départemental de Haute-Garonne, en charge des personnes âgées et handicapées.

Représentants des salariés

Madame **Chantal GRIN**,

CGT Santé – Action sociale : aide-soignante au Centre hospitalier / EHPAD de FIGEAC ;

Madame **Corinne BORNES**,

CFDT : secrétaire générale du l'union professionnelle régionale CFDT des services de santé et des services sociaux.

Monsieur **Sébastien FORGET**,

FO : aide-soignant dans un établissement expérimental pour personnes âgées vieillissantes à BOMPAS, délégué de l'Association Joseph Sauvy ;

Madame **Marylin THOMASSIN**

FO : aide à domicile de l'association Joseph Sauvy.

La présente contribution a été préparée par le groupe de travail
de la Commission «Santé, Sport, Culture, Cohésion sociale » composé de :

La Présidente

Elvire DE ALMEIDA LOUBIÈRE,

La Vice-présidente

Émilie LEPRON,

La Secrétaire

Sandrine PRAX,

Les Membres

Francis DECOUCUT,

Alain GALY,

Pierre-Jean GRACIA,

Chantal GRIN,

Sonia LAVENIR,

Catherine MIFFRE,

Xavier PETRACHI,

Sophie ROBLIN,

Jean-Marc VIGUIER.

Elle répond à une saisine du Bureau du CESER du 7 février 2022. Elle a été examinée, amendée et validée par la Commission 7. Elle a été soumise à l'approbation du Bureau du CESER du 13 juin 2022, qui l'a approuvée à l'unanimité.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. QUELQUES DÉFINITIONS	3
• <i>Le vieillissement</i>	3
• <i>Les Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)</i>	3
• <i>Les prestations</i>	3
• <i>L'évaluation du besoin en soins et de la dépendance</i>	3
• <i>Les principaux acteurs du maintien à domicile pouvant parfois être adossés à un EHPAD</i>	4
II. LE CADRE LÉGISLATIF	5
III. ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE	5
IV. ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE EN OCCITANIE	6
IV.1- LES EHPAD EN OCCITANIE	6
• <i>Les taux d'encadrement en personnel</i>	6
• <i>Gestion des risques et prévention</i>	7
• <i>Les tarifs par département</i>	7
V. DU CONSTAT DES LIMITES ACTUELLES DU DISPOSITIF AUX PRÉCONISATIONS POUR UN NOUVEAU MODÈLE D'EHPAD	9
V.1- ARCHITECTURE ET GOUVERNANCE	9
• <i>PRÉCONISATION n° 1</i> :	9
V.2- LES RESSOURCES HUMAINES.....	9
• <i>PRÉCONISATION n°2</i> :	10
• <i>PRÉCONISATION n°3</i> :	10
• <i>PRÉCONISATION n°4</i> :	11
• <i>PRÉCONISATION n°5</i> :	12
V.3- FINANCEMENT ET TARIFICATION	12
• <i>PRÉCONISATION n° 6</i> :	12
• <i>PRÉCONISATION n°7</i> :	13
• <i>PRÉCONISATION n°8</i> :	13
V.4- L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT.....	14
• <i>PRÉCONISATION n°9</i> :	14
• <i>PRÉCONISATION n°10</i> :	15
V.5- ADAPTER LES EHPAD AUX ÉVOLUTIONS DES PATHOLOGIES DU GRAND ÂGE ET À L'AUGMENTATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES.	15
• <i>PRÉCONISATION n°11</i> :	16
CONCLUSION	17
LISTE DES ABRÉVIATIONS	19

INTRODUCTION

Le livre-enquête “Les fossoyeurs”, du journaliste Victor CASTANET et la récente actualité médiatique ont jeté une lumière crue sur les conditions de vie des résidents dans certains Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette actualité, conséquence de la mise en exergue de dysfonctionnements récurrents d’établissements appartenant à un groupe privé lucratif introduit en bourse, a suscité des réactions légitimes.

Toutefois, la prise en charge de la personne âgée en EHPAD ne saurait être observée au seul prisme des outrances de certains acteurs cupides. C’est l’ensemble du dispositif, public, associatif et privé, qui est en souffrance et qui demande à être revisité, dans un contexte où les difficultés ont été amplifiées par la crise sanitaire.

En outre, les évolutions de notre société, tant au niveau économique que sociologique, font qu’il est nécessaire aujourd’hui de concevoir une évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cette réflexion prend en compte le risque d’une augmentation des contentieux dans un contexte de judiciarisation de plus en plus important.

C’est le souhait de produire une analyse objective du dispositif et de formuler des préconisations pour l’améliorer qui a conduit le CESER Occitanie à se saisir de ce sujet.

Les personnes âgées aspirent généralement à deux choses : être autonomes et si possible en bonne santé le plus longtemps possible. Ces aspirations guidèrent le CESER dans son Avis du 18 février 2019 « Les enjeux du vieillissement en Occitanie »¹.

Cet Avis posait comme principe de base le maintien à domicile de la personne âgée dans un environnement social, culturel et intergénérationnel de qualité. Ce n’est que lorsque le maintien à domicile n’est plus envisageable, pour différentes raisons, que se pose la question de la prise en charge de la personne âgée dépendante en institution. C’est ce deuxième postulat qui fait l’objet de cette contribution.

Après une définition des termes les plus usités dans le discours sur la prise en charge de la dépendance, un rappel du contexte législatif, des règles de tarification, il sera proposé un état des lieux de la situation en Occitanie.

À partir de ce premier constat, le modèle existant sera interrogé afin d’objectiver ses points positifs et ses faiblesses ou ses manques. Cette analyse objective permettra de formuler quelques préconisations pour adapter le dispositif aux attentes et aux besoins des usagers et de leur famille.

¹ « Les enjeux du vieillissement en Occitanie » ; Avis du CESER Occitanie adopté le 18 février 2019.

I. QUELQUES DÉFINITIONS

- **Le vieillissement**

Le vieillissement est défini comme l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avancée en âge, rendent naturellement les individus plus sensibles aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort. Il est la résultante intriquée de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels l'organisme est soumis tout au long de la vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué de la manifestation de maladies.

Selon l'OMS, on entend par "vieillesse en bonne santé" le « processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorisent le bien-être pendant la vieillesse. »

- **Les Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Les EHPAD sont définis par les articles L.312.1, L 313.12, D 312-155.0 du code de l'action sociale et de la famille.

Anciennement dénommées Maisons de Retraite, ce sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées présentant divers niveaux de dépendance. L'accès aux EHPAD est réservé aux personnes de plus de 60 ans qui ont besoin de soins et d'aide quotidienne pour effectuer les actes de la vie courante.

- **Les prestations**

Les prestations sont classées en trois grandes catégories de tarification, financées par trois catégories d'intervenants :

- **Le forfait soins** : à la charge de l'assurance maladie, il couvre notamment le matériel médical, et les charges de personnels soignants;
- **Le forfait dépendance** : il recouvre l'intégralité des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il est facturé au résident qui sous conditions, peut prétendre à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) financée par le Département dont est issue la personne âgée ;
- **Le forfait hébergement** : il est identique pour tous les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort. Il recouvre le blanchissage, l'animation, la restauration. et est à la charge du résident qui peut bénéficier, sous conditions, de l'aide sociale à l'hébergement accordée par le Département.

- **L'évaluation du besoin en soins et de la dépendance**

Le besoin en soins : PATHOS

PATHOS est un outil qui permet au médecin coordonnateur d'un EHPAD de qualifier et de quantifier les soins techniques nécessaires pour une personne âgée. Il permet d'évaluer les moyens nécessaires au regard des soins requis ainsi que l'enveloppe financière allouée par l'ARS au forfait soins.

L'évaluation de la dépendance: la grille AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso ressources) conçue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), permet de déterminer le niveau de dépendance de la personne âgée. Cette grille peut être renseignée par l'équipe pluridisciplinaire de santé de l'établissement (pour les résidents en EHPAD) ou par des professionnels du département (pour les personnes vivant à

domicile). Selon son niveau de dépendance (Groupe iso ressource : GIR 1 à 4), la personne âgée pourra bénéficier de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA).

- GIR 1 et 2 : Forte perte d'autonomie ;
- GIR 3 et 4 : Perte d'autonomie moyenne ;
- GIR 5 et 6 : Perte d'autonomie faible.

• **Les principaux acteurs du maintien à domicile pouvant parfois être adossés à un EHPAD**

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Les interventions sont prises en charge par l'assurance maladie et se conforment à la prescription médicale.

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les SAAD accompagnent et aident des personnes âgées dans les actes essentiels et les activités de la vie quotidienne (aide aux déplacements et à la mobilisation, aide à la toilette, habillage, déshabillage, alimentation....).

Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les SPASAD proposent à la fois des soins infirmiers et des prestations d'aide à domicile. Ils assurent à la fois les missions du SSIAD et du SAAD.

II. LE CADRE LÉGISLATIF

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie de la personne âgée et à l'APA.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale.

La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

La loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit la possibilité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'exercer une nouvelle mission de « *centre de ressources territorial* ». Elle vise également à renforcer les services à domicile (fusion des services existants pour former une catégorie unique de service autonomie à domicile.)

III. ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE

Au 1^{er} janvier 2050, la France comptera plus de 20 millions de personnes de plus de 65 ans (plus de 8,6 millions par rapport à 2013) dont 4 millions de personnes dépendantes et 12,1 millions de personnes de plus de 75 ans.

L'Occitanie fait partie des 4 régions françaises les plus âgées (un habitant sur 10, soit 600 000 personnes ont au moins 75 ans.) En 2050, l'Occitanie comptera 6 900 000 habitants. Les séniors représenteront 29 % des habitants (20 % en 2013). Une augmentation de plus de 900 000 personnes de cette tranche d'âge est prévue entre 2013 et 2050. Dès 2030, on dénombrera 300 000 personnes dépendantes, soit 60 % de plus qu'en 2020.

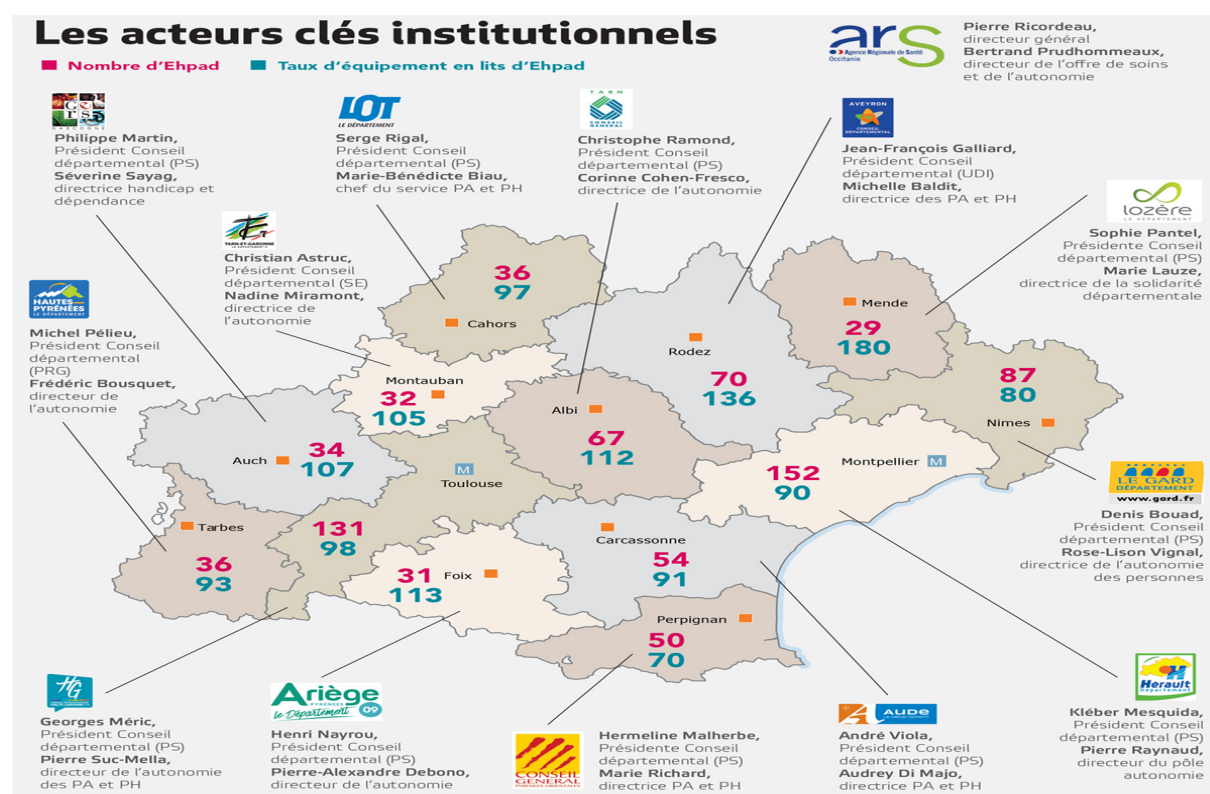
Années	0/19 ans	20/64 ans	65 ans et plus	Ensemble
2013	1 303 000	3 231 000	1 149 900	5 683 900
2020	1 365 600	3 265 600	1 358 000	5 979 200
2030	1 368 000	3 343 700	1 644 600	6 356 400
2040	1 395 400	3 383 700	1 904 300	6 683 400
2050	1 442 000	3 449 300	2 043 000	6 934 300

Projections de population en région Occitanie. Source : Population d'Occitanie à l'horizon 2050. INSEE analyses n°44 juin 2017

IV. ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE EN OCCITANIE

IV.1- LES EHPAD EN OCCITANIE

Sur 7 367 EHPAD en France en 2020 pour environ 600 000 lits, 45 % sont publics, 31 % associatifs, et 24 % commerciaux. La région **Occitanie** compte un total de **822 EHPAD** (374 publics, 281 privés non lucratifs, 167 privés lucratifs). Ces établissements représentent globalement une capacité d'accueil de 69 223 places, soit un taux d'équipement de 132 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale qui est de 148, traduisant un sous-équipement en maisons de retraite de la région. La taille moyenne des EHPAD de la région est de 62 lits.



Source : ARS Occitanie. Certains noms sont susceptibles d'avoir changé depuis la date de publication.

Quelques éléments d'analyse qualitative :

- **Les taux d'encadrement en personnel**
 - **Médecins et IDE coordonnateurs**

7,4 % des établissements occitans ne disposent pas de médecin coordonnateur, sans différence notable entre les différents statuts d'établissement. Pour les plus de 90 % des établissements qui en disposent, le temps moyen s'établit à 0,39 équivalent temps plein (ETP). (mini 0,24 ; maxi 0,47).

La proportion d'établissements ne disposant pas d'un infirmier diplômé d'État (IDE) coordonnateur atteint 11 % en région. (mini 3,4 % Haute Garonne ; maxi 28 % Gard).²

² Analyse des rapports d'activité médicale 2018 des médecins coordonnateurs des EHPAD en Occitanie. ARS Occitanie. CREAI ORS Occitanie. Juin 2021

- **Personnel paramédical ; personnel non soignant**

Au 31 décembre 2018, le temps moyen d'IDE disponible pour 10 résidents était de 0,68 pour la région (mini 0,19 ; maxi 1,57). Le temps d'AS, AMP et FFAS s'établissait en moyenne à 2,84 ETP pour 10 résidents (mini 1,03 ; maxi 5,94).

- **Personnel présent sur place la nuit**

39 EHPAD ont un ou plusieurs IDE présents sur place la nuit, 108 un IDE en astreinte. 694 EHPAD ont au moins 2 agents présents la nuit (AS et ASH) avec au moins 1 AS diplômé. Certains établissements expérimentent des formules d'astreinte d'IDE partagées.

• **Gestion des risques et prévention**

En 2018, 12 % des EHPAD indiquent qu'au cours de l'année 161 erreurs médicamenteuses ont fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable grave (EIG).

66 EHPAD, soit 9 % des établissements occitans, indiquent qu'au moins un de leurs résidents a fait une tentative de suicide au cours de l'année (70 tentatives de suicide déclarées en 2018).

Selon une étude menée à partir de données de l'assurance maladie en 2013, un marqueur de démence est retrouvé chez 47 % des résidents ; il est de 57 % en 2020.

146 000 chutes ont été déclarées en 2018 par les EHPAD de la région. L'incidence moyenne des chutes est évaluée à 1,7 chute par lit et par an (mini 0,6 ; maxi 3,6) pour les résidents d'EHPAD contre 0,65 pour les personnes âgées vivant à domicile. 9 établissements sur 10 ont mis en place en 2018 une évaluation des risques de chute. Cependant, l'équilibre des résidents n'est testé que dans 37 % des EHPAD.³

• **Les tarifs par département**

TARIFS MOYENS (Hébergement + GIR 5-6 par jour)

Département	Etablissements publics	Etablissements privés à but non lucratif	Etablissements privés à but lucratif	Moyenne départementale
Ariège (09)	66,99 €	68,26 €	72,58 €	67,82 €
Aude (11)	59,07 €	63,63 €	73,75 €	65,04 €
Aveyron (12)	53,77 €	59,34 €		56,82 €
Gard (30)	64,35 €	64,69 €	79,87 €	67,02 €
Haute-Garonne (31)	64,92 €	77,98 €	83,84 €	76,39 €
Gers (32)	60,67 €	59,84 €	70,51 €	62,14 €
Hérault (34)	66,09 €	72,46 €	84,16 €	73,79 €
Lot (46)	61,15 €	65,69 €	90,55 €	62,81 €
Lozère (48)	57,03 €	58,73 €		57,57 €
Hautes-Pyrénées (65)	61,28 €	65,14 €	77,93 €	66,21 €
Pyrénées-Orientales (66)	63,95 €	67,02 €	85,25 €	67,59 €
Tarn (81)	59,99 €	63,45 €	80,84 €	63,66 €
Tarn et Garonne (82)	61,97 €	63,44 €	79,73 €	62,92 €
Moyenne des départements				62,92 €

Source : CNSA Année 2020

³ Ibid.

La moyenne régionale des restes à charge, tous statuts d'établissement confondus, s'établit à 65,36 € la journée soit 1 960 € pour 30 jours sans aide départementale (minimum EHPAD public Aveyron 53,77 € ; maximum 90,55 € EHPAD privé à but lucratif Lot).

V. DU CONSTAT DES LIMITES ACTUELLES DU DISPOSITIF AUX PRÉCONISATIONS POUR UN NOUVEAU MODÈLE D'EHPAD

V.1- ARCHITECTURE ET GOUVERNANCE

Les EHPAD sont soumis à une double tutelle pour leur autorisation, leur financement et leur contrôle. L'État via les agences régionales de santé (ARS) est compétent pour la partie soins. Les Départements assurent la responsabilité de la prise en charge de la dépendance financée en partie par l'aide personnalisée à l'autonomie (APA). Ils peuvent intervenir, via l'aide sociale, pour le financement de l'hébergement.

Cette architecture crée une complexité institutionnelle en l'absence de coordination entre les donneurs d'ordre. Elle génère également des inégalités fortes entre citoyens. En effet, les Départements investissent de manière différente dans la prise en charge du grand âge, en fonction de leurs ressources ou de leurs priorités politiques. Or ils représentent à eux seuls jusqu'à 50 % du financement du dispositif.

Le tarif journalier moyen en chambre simple par département (tarif hébergement + tarif dépendance GIR 5 et 6) varie de 56,82 € en Aveyron à 76,39 € en Haute-Garonne pour une moyenne régionale de 65,37€. La moyenne départementale des établissements publics est de 61,47 €, (mini : 53,77€ en Aveyron ; maxi : 66,99 € en Ariège), les établissements privés à but non lucratif à 65,76 € (mini : 58,73 € en Lozère; maxi : 77,98 € en Haute-Garonne) ; celle des établissements privés à but lucratif est de 80,62 € (mini : 70,51 dans le Gers; maxi : 90,55 € dans le Lot).

Notons que les établissements privés à but lucratif sont majoritairement installés dans les métropoles et les grandes agglomérations. Les variations sont importantes d'un département à l'autre. Elles existent également au sein d'un même département.

Les prix de la partie hébergement sont encadrés uniquement pour les lits admis à l'aide sociale. Dans tous les autres cas, le prix de l'hébergement est libre. L'APA est attribuée sous conditions de ressources, d'âge et de perte d'autonomie, avec des critères qui peuvent varier d'un Département à l'autre, et avec des participations financières à la charge du résident et/ou de sa famille également différentes.

- **PRÉCONISATION n° 1 :**

Le CESER préconise la mise en place d'une instance pilotée conjointement par l'ARS et par la Région, chargée de veiller au respect de l'équité entre les citoyens dans la prise en charge financière du grand âge et de veiller à la coordination sur les territoires des actions des acteurs en charge de la perte d'autonomie.

V.2- LES RESSOURCES HUMAINES

- **Les taux d'encadrement**

L'équipe soignante des EHPAD est composée du médecin coordonnateur, des infirmiers auxquels revient la préparation et la distribution des médicaments, des aides-soignants et aides médico-psychologiques qui assistent les résidents dans leurs activités quotidiennes. Des personnels paramédicaux peuvent intervenir à temps partiel ou à l'acte (kinésithérapeutes, psychomotriciens, etc.). Enfin, les agents de service effectuent l'entretien des locaux.

Selon une étude de la DRESS⁴, le taux d'encadrement des EHPAD est passé de 59 à 63 ETP (toutes catégories confondues) pour 100 résidents, entre 2011 et 2015. Selon le Ministère de la santé, la réforme tarifaire de 2015 aurait permis une augmentation de 3,76 ETP pour 100 lits entre 2015 et 2021. Cependant le taux moyen d'encadrement en personnel en France (0,67) est très en deçà des ratios affichés par certains pays européens (1 au Danemark, 1,20 en Allemagne). En 2017, le taux d'encadrement moyen "au chevet du résident" (AS, AMP, ASG) était seulement de 24,5 ETP pour 100 places en France, contre 40 pour l'Espagne, 38 pour l'Allemagne et 35 pour la Belgique.

• **PRÉCONISATION n°2 :**

Le CESER préconise l'élaboration de ratios minima nationaux, par catégorie de personnel médical et paramédical, opposables, aux financeurs et aux gestionnaires d'établissements.

• **Des professionnels en manque de reconnaissance**

Les difficultés de recrutement du personnel soignant et le manque d'attractivité de la filière ont été mis en évidence dans plusieurs rapports⁵, ainsi que par les experts auditionnés. Ce constat n'est pas propre au champ du médico-social. Plusieurs secteurs d'activité peinent à recruter, les candidats préfèrent des recrutements sous forme de CDD en lieu et place des CDI recherchés il y a quelques années. Les secteurs en difficulté sont des secteurs à forte pénibilité, souvent peu rémunérateurs. La crise sanitaire a accentué ce phénomène, surtout dans les secteurs de la santé et du médico-social. Les jeunes IDE diplômés se tournent de plus en plus vers l'intérim, avec des coûts conséquents pour les employeurs.

Afin de pourvoir les nombreux postes vacants, les établissements ont recours à du personnel contractuel, essentiellement sur des postes de faisant fonction d'aides-soignants. Les postes vacants génèrent des glissements de tâches (distribution du médicament entre autres), la charge de travail est redistribuée entre personnels présents en cas de non recrutement. Tous ces éléments sont sources des pertes de chance pour les résidents, des accidents du travail, ou des maladies professionnelles chez les agents (la sinistralité pour AT et MP en EHPAD est trois fois supérieure à la moyenne nationale, et dépasse d'un tiers celle du BTP)⁶ et d'une dégradation de la qualité de la vie au travail. Des phénomènes de burn-out ont été identifiés non seulement chez les professionnels du soin et de l'accompagnement mais également chez les cadres de proximité et les responsables d'établissement.

Des salariés en manque d'estime de soi, en recherche de sens dans leur travail, en insécurité récurrente génèrent à leur tour de l'insécurité chez les résidents.

• **PRÉCONISATION n°3 :**

Le CESER préconise une remise à niveau significative des conditions d'emploi et de rémunération des professionnels du grand âge :

- **En assurant une remise à niveau salariale de l'ensemble des professionnels dans la continuité des accords 2021 dits « du Ségur de la santé » ;**
- **En veillant à l'amélioration des conditions de travail en associant les partenaires sociaux avec l'appui des CARSAT et de l'ARACT.**

⁴ DRESS Etude et Résultats n°1172 ; décembre 2020.

⁵ Dominique LIBAULT ; Grand âge et autonomie. Mars 2018. Myriam EL KHOMRI ; Plan de mobilisation national en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge. 2019

⁶ Myriam EL KHOMRY ; ibid. p 37.

- **Des manques en personnel qualifié**

La fonction médicale apparaît particulièrement sinistrée. 7,4 % des EHPAD occitans n'ont pas de médecin coordonnateur. Pour ceux qui en disposent, la moyenne de temps disponible est de 0,39 ETP. Ce manque de temps médical est aggravé par le fait que les résidents n'ont pas toujours accès à un médecin traitant. Le recours à SOS Médecins ou au centre 15 se généralise dans les EHPAD. De la même manière, l'accès aux spécialistes et en particulier aux psychiatres est extrêmement difficile, notamment dans les territoires ruraux, alors que la prévalence des marqueurs de la démence est supérieure à 50 % en EHPAD.

Cette situation est la conséquence de la baisse drastique du numéris clausus des médecins dans les années 80. Il a été supprimé en 2020, ouvrant des potentialités de progression des effectifs médicaux à horizon 2030, sachant que le nombre de médecins en formation aujourd'hui permettra uniquement à cette date de compenser les départs en retraite. Un décret du 27 avril 2022⁷ octroie une prime mensuelle de 517 € bruts aux médecins coordonnateurs ; elle est jugée insuffisante par les intéressés.

Les EHPAD peinent à recruter du personnel infirmier et aide-soignant. Les infirmiers coordonnateurs exercent des fonctions qui ne sont pas définies règlementairement, pas plus que n'est prévu un ratio d'encadrement. On constate régulièrement que les IDEC assurent des fonctions d'encadrement, en plus de leurs tâches initiales. La présence d'IDE de nuit est trop peu développée.

- **PRÉCONISATION n°4 :**

Dans l'attente de l'entrée dans le monde professionnel des étudiants en médecine en cours de formation, le CESER préconise que soit favorisé le recrutement par les EHPAD de « jeunes médecins retraités » à temps partiel, en contrat emploi-retraite. Il suggère de favoriser le recours aux pratiques avancées, permettant ainsi à des infirmiers, après un parcours universitaire de relayer des médecins en nombre insuffisant.

- **La formation**

Entre 2012 et 2017, le nombre de candidats aux concours d'aides-soignants a baissé de 25 %. Il convient donc de prendre des dispositions pour rendre cette formation plus attractive pour les étudiants. La formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux reste générale et ne leur permet pas de se doter de toutes les connaissances et compétences de base utiles à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. La formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) créée dans le cadre du premier plan Alzheimer, d'une durée de 140 heures (4 semaines), répond à cet objectif.

Par ailleurs, le maillage territorial de l'offre de formation en IFSI et école d'AS doit tenir compte des besoins locaux, en partenariat avec les villes universitaires d'équilibre. Cette densification des instituts et écoles devra s'accompagner d'un recensement exhaustif des terrains de stage. L'étudiant doit être accompagné dans sa formation par des professionnels en nombre suffisant formés à cette mission ; en aucun cas l'étudiant ne peut servir de variable d'ajustement pour compenser des effectifs déficients.

⁷ Décret 2022-717 du 27 avril 2022 relatif à la création d'une prime de revalorisation pour les médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD.

- **PRÉCONISATION n°5 :**

Afin d'ouvrir plus largement l'accès aux formations des métiers du grand âge, le CESER préconise :

- L'ouverture d'IFSI et de centres de formation d'aides-soignants dans les villes d'équilibre et les territoires ruraux, en tenant compte des contraintes de logement et de transport ;
- De veiller à la qualité des terrains de stage, en permettant au personnel encadrant de consacrer le temps nécessaire au suivi du stagiaire ;
- De renforcer les dispositifs d'aide financière aux étudiants ; (Contrats de pré-recrutement, bourses) ;
- D'augmenter la part de diplômes obtenus par la voie de l'alternance (Apprentissage, VAE) et la promotion professionnelle ;
- De favoriser la mise en place de formations en gérontologie dans le cadre de la formation tout au long de la vie.

V.3- FINANCEMENT ET TARIFICATION

- **L'investissement**

Les pouvoirs publics et certaines collectivités territoriales ont négligé depuis des décennies l'investissement dans l'immobilier, laissant ainsi la place à des investisseurs privés, des groupes internationaux adossés à des fonds de pension en quête de rentabilité. Des pratiques d'ingénierie complexes ont eu pour conséquence d'augmenter de manière substantielle le reste à charge hébergement supporté par le résident. Le dispositif « Censi Bouvard » permet une réduction fiscale de 11 % aux épargnants qui investissent dans l'achat de chambres d'EHPAD.

- **PRÉCONISATION n° 6 :**

Le CESER préconise que soient révisées les modalités de gestion du parc immobilier des EHPAD, que soit limité le montant des marges avant loyer ou après loyer lorsque le propriétaire est lié à l'entreprise gestionnaire de l'EHPAD et que les dispositifs de défiscalisation pour les investissements en EHPAD fassent l'objet d'un audit qui décidera de leur maintien ou de leur suppression. Un contrôle poussé des opérations immobilières des établissements devra être assuré par les autorités.

- **Le financement des soins et de la dépendance**

Outil de « coupe transversale » PATHOS permet de donner une photographie d'une population de résidents à un moment donné. Le modèle PATHOS a pour objet d'aider les professionnels à mettre en œuvre un programme de soins personnalisés. Il permet également de calculer la dotation budgétaire de la partie soins de l'EHPAD. Ce dispositif est critiquable sur plusieurs points :

Il s'agit d'une grille d'évaluation du soin qui n'intègre pas la prévention et qui peut être pénalisante si les soins améliorent l'état général d'un résident.

Dans l'idéal, chaque établissement devrait réaliser une coupe PATHOS tous les deux ans, en raison du turn-over des résidents (DMS autour de 30 mois). Dans les faits les coupes sont réalisées tous les 5 à 7 ans.

La grille AGGIR permet d'évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée et son éventuelle admission à l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA). Cette grille manque de sensibilité pour évaluer les situations de démence. Le montant de l'APA, qui dépend du classement en groupe Iso Ressource, n'est pas nécessairement proportionnel à l'importance de l'assistance devant être mobilisée.

La mise en œuvre de la tarification globale en EHPAD⁸ (le tarif global donne des moyens aux établissements, pour gérer de manière plus fluide leur personnel, internaliser les compétences et offrir à leurs résidents une meilleure qualité de service) concernant aujourd'hui environ 30 % des établissements et le principe de la convergence positive ont généré des résultats positifs. Il n'en demeure pas moins qu'il reste à travailler les critères d'évaluation PATHOS et AGGIR et à mobiliser des financements pérennes à la hauteur des enjeux du vieillissement de la population. Enfin, la distinction entre l'enveloppe liée aux soins et celle liée à la dépendance est de moins en moins justifiée, tant le niveau de dépendance est fortement corrélé au besoin en soins.

• **PRÉCONISATION n°7 :**

Le CESER préconise que:

- les indicateurs d'évaluation du soin et de la dépendance qui déterminent les enveloppes de financement soient revus en intégrant la prévention, et convergent pour mettre fin aux disparités territoriales ;
- les sections soins et dépendance soient fusionnées et placées sous une autorité de tarification unique ;
- le tarif fusionné soit homogénéisé a minima à l'échelon régional ;
- le tarif hébergement soit corrélé au niveau de prestations proposées, tout en restant soumis à contrôle pour tous les établissements, et à autorisation pour les établissements habilités à l'aide sociale ;
- les tarifs opposables limitent les restes à charge aux résidents et familles disposant de faibles ressources.

• **Les dotations publiques ne sauraient permettre la réalisation de profits**

L'affaire « ORPEA » a mis en évidence des dérives dans l'utilisation des dotations soins par des établissements privés à but lucratif (mauvaises imputations de charges de personnel, remises de fin d'année sur achats de produits médicaux) permettant la constitution de marges bénéficiaires à partir de fonds publics. La financiarisation au détriment du service rendu aux personnes âgées est inacceptable.

• **PRÉCONISATION n°8 :**

Le CESER recommande aux autorités que soient intensifiés les contrôles financiers, en veillant à la bonne imputation des dépenses de personnel sur les trois sections tarifaires, que l'étanchéité entre section soin-dépendance et section hébergement soit garantie et que les modalités de constitution des résultats de fin d'exercice et leur affectation fassent l'objet de contrôles rigoureux.

⁸ Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

V.4- L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT

- **Les conseils de la vie sociale (CVS)**

Les CVS chargés de formuler des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des résidents fonctionnent de manière très disparate. Si certains, notamment en raison de l'impulsion donnée par les équipes de direction, donnent satisfaction, la plupart restent très en deçà des objectifs qui leur sont fixés par les textes ou ne fonctionnent pas du tout. Composés de représentants des familles, des résidents, de membres du personnel et d'un représentant de l'organisme gestionnaire, les CVS sont peu représentatifs, avec une parole de l'usager peu audible. En raison d'une DMS inférieure à 2 ans et demie, la représentation des résidents et des familles souffre d'un turn-over important. Un décret⁹ récent modifie la composition du CVS et ses compétences. Il est désormais ouvert aux bénévoles, à l'équipe médicale et soignante, aux proches aidants. Il est associé à l'élaboration du projet d'établissement. Il conviendra donc d'être attentif aux effets induits par le nouveau texte sur la qualité de la vie dans les établissements.

- **L'évaluation de la qualité**

Le secteur des personnes âgées dépendantes est historiquement composé d'établissements régis par des statuts différents (établissements publics, privés à but non lucratif ou à but lucratif), de gestion partagée ou indépendante, de capacités différentes.

Comme le secteur hospitalier, la responsabilité de ces établissements qui accueillent des personnes fragilisées et qui en contrepartie perçoivent des dotations issues de fonds publics est de respecter un socle commun minimum d'obligations de fonctionnement qui garantissent aux résidents et à leurs familles une prise en charge de qualité des personnes âgées dépendantes et personnalisées en fonction des besoins et des souhaits des personnes. L'évaluation, interne ou externe, s'effectue aux moyens de contrôles trop peu fréquents, conduits par deux entités distinctes sans véritable cohérence. Un décret récent¹⁰ définit un rythme quinquennal des évaluations de la qualité des établissements médico-sociaux, en harmonie avec la signature de CPOM.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transparence du système de santé (OTSS) confie à la Haute autorité de santé (HAS) la responsabilité de la nouvelle procédure d'évaluation des EHPAD. Ce texte pose le principe de la fusion des évaluations internes et externes¹¹. La HAS a lancé les travaux de rédaction d'un référentiel national, non encore publié.

- **PRÉCONISATION n°9 :**

Le CESER préconise que soient intégrés dans le référentiel HAS, des indicateurs de la qualité de la prise en charge médicale, des ratios d'encadrement en personnel, et que les moyens humains mis à disposition de la HAS soient adaptés afin que l'évaluation des EHPAD se réalise dans des délais conformes à la nouvelle réglementation.

⁹ Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.

¹⁰ Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹¹ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

- **Les contrôles**

Les inspections conjointes ARS/CD qui devraient être la règle sont rarement mises en œuvre. Les conventions tripartites hier, les CPOM aujourd'hui devraient être l'occasion d'un dialogue constructif entre établissements et tutelles. Les autorités ne font pas face à leur mission d'inspection par manque de moyens humains. (Un EHPAD est contrôlé en moyenne une fois tous les 25 ans). Les contrôles effectués sont aujourd'hui centrés sur le respect des règles alors qu'ils devraient étudier la qualité des soins dispensés, la bientraitance des prises en charge et la qualité de vie proposée aux résidents.

L'analyse des événements indésirables graves (EIG) est aussi un moyen d'évaluer la qualité de la prestation proposée et de la faire évoluer positivement. La majorité des EIG concernent des erreurs médicamenteuses souvent dues à des glissements de tâches. Les chutes (146 000 en 2018 en Occitanie) sont également un marqueur de dysfonctionnement.

Les contrôles des chambres régionales des comptes, des services vétérinaires, de l'inspection du travail font partie de l'éventail du dispositif d'inspection à disposition des pouvoirs publics. Ils restent cependant insuffisamment coordonnés.

- **PRÉCONISATION n°10 :**

Le CESER préconise d'augmenter la fréquence des contrôles, à réaliser de manière inopinée. Pour ce faire les autorités concernées devront être dotées de moyens humains adaptés. L'action harmonieuse et coordonnée des services de l'État et des collectivités locales devront être évaluée par l'instance régionale proposée supra.

V.5- ADAPTER LES EHPAD AUX ÉVOLUTIONS DES PATHOLOGIES DU GRAND ÂGE ET À L'AUGMENTATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES.

- **Repenser la prise en charge de la dépendance**

Retarder l'entrée en dépendance suppose que soient mises en œuvre des actions de dépistage d'évaluation et de prévention des fragilités. L'implémentation du programme ICOPE¹² développé par le gérontopôle du CHU de Toulouse a permis de réaliser 15 000 dépistages en un an, chiffre modeste au regard de la population concernée.

Entre 2006 et 2010, 31 000 lits d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ont été transformés en lits d'EHPAD avec transfert d'autant de patients du secteur sanitaire vers le médico-social, un appauvrissement de la prise en charge médicale, et une augmentation très importante de la charge en soin et du niveau de dépendance de ces établissements. Beaucoup de résidents relevant des GIR 1 et 2 aujourd'hui relèvent davantage du secteur sanitaire pris en charge par la collectivité que du secteur médico-social.

- **Accompagner les troubles cognitifs**

La prévalence des maladies neurodégénératives parmi les résidents d'EHPAD est supérieure à 50 %. La part prise par l'accompagnement des troubles cognitifs devra être prise en compte dans l'architecture et la taille des unités, mais également dans les qualifications du personnel. Des

¹² ICOPE (Integrate care for older people) : soins intégrés pour personnes âgées
<https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

structures innovantes comme le village Alzheimer du département des Landes¹³ offrent des perspectives très intéressantes.

La participation des établissements de santé à des missions de prévention, de dépistage et de diagnostic des fragilités et des troubles cognitifs via des équipes mobiles de gériatrie pouvant intervenir en EHPAD, ou à domicile doit être renforcée.

Parallèlement au déploiement d'unités dédiées à la prise en charge de troubles cognitifs, il conviendra de maintenir des équipes mobiles de gériatrie ainsi que des unités permettant l'accueil de personnes dépendantes, sans profil psychiatrique.

- **Mieux articuler EHPAD et domicile en développant des solutions intermédiaires**

Considérant la volonté de la grande majorité des personnes âgées de vieillir à leur domicile le plus longtemps possible, il convient de diversifier les modes d'accompagnement de ce public et de mettre fin à la dichotomie « domicile-établissement ». Le développement de plateformes ou de centres de ressources adossés à un EHPAD, ou à un SSIAD ou un SAAD¹⁴ constitue une réponse à cette demande.

L'EHPAD « centre de ressources » se définira comme le lieu d'organisation de coordination et d'optimisation des ressources d'un territoire au service de personnes âgées en perte d'autonomie.

Il offrira un appui aux professionnels du territoire intervenant au domicile ou en établissement, et un accompagnement à domicile des personnes âgées. Des plateformes permettront la tenue de consultations avancées de spécialité avec l'appui de la télémédecine. Ce dispositif d'EHPAD hors les murs (Voir « Chez vous comme chez nous » installé après appel à projet national à Assier, dans le département du Lot) permet d'améliorer la cohérence du parcours de soin, de prévenir la perte d'autonomie physique, cognitive et sociale et d'assurer un suivi à domicile, dans des logements adaptés à la dépendance de l'occupant.

L'EHPAD de demain devra rester une structure à taille humaine, sans connotation hospitalière, ouverte sur la cité, favorisant les contacts intergénérationnels et permettant à ses résidents de continuer à garder une place dans notre société. Il conviendra de prendre soin des résidents « en humanité » c'est-à-dire dans le respect de leur qualité d'humain, cette philosophie du « care » rejoignant la démarche de bientraitance.

- **PRÉCONISATION n°11 :**

Le CESER préconise que :

L'État, les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux et les professionnels de terrain travaillent de concert à l'élaboration d'ensembles architecturaux adaptés aux différents niveaux de dépendance et de pathologie de la personne âgée. Des centres de ressources permettront de mailler le territoire et des EHPAD hors les murs proposeront des dispositifs intermédiaires entre domicile et établissement.

L'instance ARS/Région mentionnée précédemment évaluera précisément l'impact des différentes formes de prise en charge (USLD, EHPAD, maintien à domicile, domiciles alternatifs) à partir des indicateurs suivants :

- **Nombre d'inclusions de personnes âgées dans ICOPE ;**
- **Nombre de personnes de plus de 75 ans bénéficiant d'un suivi gérontologique en ambulatoire ;**
- **Nombre de personnes accueillies en EHPAD, USLD, Unités protégées ;**
- **Nombre de personnes accompagnées à domicile.**

¹³ <https://villagealzheimer.landes.fr/> (consulté le 09/03/2022)

¹⁴ Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées..

CONCLUSION

Si le facteur déclenchant de cette contribution a été la publication d'un ouvrage sur le fonctionnement et les dérives d'un groupe financier¹⁵, le constat partagé aujourd'hui est celui d'une filière de la prise en charge des personnes âgées en grande dépendance. Que les offreurs de services soient publics, privés à but lucratif ou non, on identifie une nécessité absolue d'amélioration du dispositif, tant dans les modalités des réponses à apporter que dans les moyens à mobiliser pour son financement.

L'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées, dont le nombre va augmenter de manière très importante dans les prochaines décennies, ne peuvent s'effectuer que dans un dispositif territorial fondé sur la prévention et le dépistage, l'intervention d'équipes mobiles au domicile, et dans lequel l'EHPAD ne sera que le dernier recours après épuisement de toutes les possibilités du maintien à domicile.

Les propositions exposées dans cette étude nécessiteront un effort financier très important de la collectivité, qui sera majoré par l'évolution de la pauvreté constatée ces dernières années, et qui ne fera que s'accroître dans les prochaines décennies, notamment dans les populations les plus âgées¹⁶.

Une **loi de programmation intégrant un volet social sur la dépendance** avec pour objectif de favoriser le bien-vieillir des personnes en perte d'autonomie, déjà repoussée à plusieurs reprises, doit être le point de passage obligé, si l'on veut répondre qualitativement à ce grand enjeu de société posé par le vieillissement des populations et la prise en charge du grand-âge.

¹⁵ « Les fossoyeurs : révélations sur le système qui maltraite nos aînés. » Victor CASTANET. Fayard. 2022

¹⁶ « L'aide et l'action sociale en France. » Edition 2020. DREES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGGIR	Autonomie gérontologique groupe iso ressources
AMP	Aide médico-psychologique
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASG	Assistant de soins en gérontologie
ASH	Agent de service hospitalier
AT	Accident du travail
BTP	Bâtiment travaux publics
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CD	Conseil départemental
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CVS	Conseils de la vie sociale
DMS	Durée moyenne de séjour
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	événements indésirables graves
ETP	Équivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne
FFAS	Fonds français pour l'alimentation et la santé
FHF	Fédération hospitalière de France
GIR	Groupe iso ressources
HAS	Haute Autorité de Santé
ICOPE	Integrate care for older people (programme de l'Organisation mondiale de la santé)
IDE	Infirmière diplômée d'État
IDEC	Infirmière de coordination
IFIS	Institut de formation des soins infirmiers
MP	Maladie professionnelle
ORPEA	Ouverture Respect Présence Écoute Accueil
OTSS	loi relative à l'organisation et à la transparence du système de santé
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SYNERPA	Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées
TS	Tentative de suicide
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience



La contribution est téléchargeable sur le site du CESER

CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée

Siège

18 allées Frédéric Mistral
31077 Toulouse Cedex 4
Tél. 05 62 26 94 94
Fax 05 61 55 51 10
ceser@ceser-occitanie.fr

Site de Montpellier

201 av. de la Pompignane
34064 Montpellier Cedex 2
Tél. 04 67 22 93 42
Fax 04 67 22 93 94
ceser@laregion.fr

www.ceser-occitanie.fr



Avec l'adhésion
des 10 régions
de la région.

**Conseil Économique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

Créditsphotos AdobeStock©studiolaut ; ©Ricoche64 ; ©Julien Eichinger ; ©djdarkilower