

## Concours d'entrée 2023

### Troisième concours

4<sup>ème</sup> épreuve d'admissibilité

### Questions sociales

Durée : 5 heures – coefficient 4

Une épreuve de questions sociales consistant en la rédaction d'une note d'analyse et de propositions à partir d'un dossier.

L'épreuve de questions sociales a pour objet, à partir d'une mise en situation au sein de l'administration, d'apprécier la maîtrise par le candidat des connaissances de base dans cette matière, sa compréhension des enjeux et sa capacité de relier les approches juridique, financière et institutionnelle pour construire une analyse et formuler des recommandations. Il ne s'agit pas d'une note de synthèse et la seule exploitation du dossier fourni ne permet pas de répondre à la question posée.

Cette épreuve n'est pas une épreuve de droit de la sécurité sociale ni de droit du travail mais suppose de disposer d'un socle de connaissances juridiques dans les deux grands domaines des politiques sociales :

- les politiques du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- les politiques de protection sociale et de solidarité.

Elle doit permettre de mesurer la maîtrise par les candidats des principaux enjeux des politiques sociales (enjeux démographiques et sociétaux, financiers, de gouvernance, européens et d'efficacité).

Le dossier fourni en appui, qui ne dépasse pas vingt-cinq pages, doit être utilisé par le candidat pour appuyer sa démonstration grâce à l'exploitation de documents de réflexion voire de données chiffrées. Le candidat doit faire preuve de cohérence et de clarté dans ses analyses et formuler des propositions argumentées et opérationnelles.

## Sujet

Trois ans après le début de la crise sanitaire et un an après les alertes du journaliste Victor Castanet sur les dysfonctionnements et les situations de maltraitance sur des résidents de plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la Défenseure des droits, Claire Hédon, a dressé un bilan très nuancé des mesures mises en place pour protéger et améliorer les conditions de vie des pensionnaires de ces résidences.

Administrateur(trice) à la Direction générale de l'offre de soins, vous êtes chargé(e) de rédiger une note d'analyse pour votre Direction sur les conditions d'accueil dans les EHPAD en vue de préparer la réunion de rentrée avec le Cabinet du Ministre. Cette note visera à :

- rappeler la situation des résidents dans les EHPAD et les évolutions depuis la crise sanitaire ;
- fixer des priorités pour améliorer le fonctionnement de ces établissements, tant sur l'accueil et la prise en charge des résidents que sur les conditions de travail du personnel.

Votre analyse devra s'appuyer à la fois sur les documents ci-après et vos connaissances personnelles.

## Dossier

| N° | Documents joints   | Pages   |
|----|--|---------|
| 1  | « Synthèse de la mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea », rapport IGAS-IGF, mars 2022, <a href="http://www.igf.finances.gouv.fr">www.igf.finances.gouv.fr</a> (extraits)          | 1 et 2  |
| 2  | « Ehpads : la Défenseure des droits préconise "cinq actions capitales à mener sans tarder" pour garantir les droits fondamentaux des personnes âgées », Franceinfo, 16 janvier 2023, <a href="http://www.francetvinfo.fr">www.francetvinfo.fr</a>          | 3 et 4  |
| 3  | « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », DREES, septembre 2016, <a href="http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr">www.drees.solidarites-sante.gouv.fr</a> (extraits) | 5 à 10  |
| 4  | « Dans les Ehpads, des confinements "abusifs" perdurent depuis le Covid », Céline Delbecque, l'Express, 20 janvier 2023, <a href="http://www.lexpress.fr">www.lexpress.fr</a>  | 11 à 13 |
| 5  | « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », Cour des comptes, Rapport public annuel 2022, <a href="http://www.ccomptes.fr">www.ccomptes.fr</a>   | 14 à 17 |
| 6  | « Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement, les chiffres clés », DREES, 5 juin 2019, <a href="http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr">www.drees.solidarites-sante.gouv.fr</a>  | 18 à 22 |

Liste des sigles par ordre alphabétique :

- AES : Accompagnants éducatifs et sociaux
- AMP : Aides médico-psychologiques
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- ARS : Agence régionale de santé
- AS : Aide-soignant
- ATC : Autorité de tarification et de contrôle
- AV : Auxiliaire de vie
- AVS : Auxiliaire de vie sociale
- CASF : Code de l'action sociale et des familles
- CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- DDPP : Direction départementale de la protection des populations
- DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
- EHPAD : Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes
- ETP : Équivalent temps plein
- GIR : Groupe iso-ressources
- GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré
- IDE : Infirmier diplômé d'État
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- IGF : Inspection générale des finances
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- MEDEC : Médecin coordonnateur
- PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés
- UHR : Unités d'hébergement renforcées
- USLD : Unités de soins de longue durée
- VAE : Validation des acquis de l'expérience

**Document 1 : « Synthèse de la mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea », rapport IGAS-IGF, mars 2022, [www.igf.finances.gouv.fr](http://www.igf.finances.gouv.fr) (extraits)**

[...]

**Les EHPAD évoluent dans un contexte marqué par l'assouplissement du cadre réglementaire en 2015 et par des moyens de contrôles limités des autorités de tarification**

**La réforme de 2015 a conduit à un changement de logique en organisant un « pilotage par les ressources » se traduisant par un assouplissement des règles relatives à l'affectation des fonds publics et par l'impossibilité pour les autorités d'en effectuer une reprise.**

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 a mis en place un forfait global relatif aux soins et un forfait global relatif à la dépendance. Ces forfaits sont calculés au regard des besoins de prise en charge des résidents et non plus des dépenses prévisionnelles<sup>[1]</sup>. Alors que le cadre juridique antérieur permettait aux autorités de tarification et de contrôle (ATC – ARS et conseils départementaux) d'effectuer une reprise sur les dotations non consommées, les éventuels excédents sont désormais laissés à la libre affectation des établissements (selon des modalités prévues à l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles – CASF).

La loi du 28 décembre 2015 a également mis en place une convergence tarifaire pour uniformiser le financement des EHPAD suivant une équation tarifaire commune à tous les EPHAD, qui a bénéficié à la quasi-intégralité des établissements. Le forfait global soins accordé au groupe Orpea a ainsi progressé de 12,4 % entre 2017 et 2020 (soit + 30 M€), tandis que les rémunérations brutes payées grâce à ce forfait augmentaient de 8,0 % sur la même période. [...]

**Le contexte est également marqué par les difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels soignants qui conduisent à des « glissements de tâches » fréquents.** Ceux-ci consistent notamment pour un auxiliaire de vie (AV) sans qualification à effectuer des tâches de soins dévolues aux aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et aux auxiliaires de vie sociale (AVS) : hygiène corporelle et bien-être du résident, soins liés à l'alimentation, soins liés à l'élimination dans le respect et la dignité du patient. On parle alors d'AV « faisant fonction », ce qui pose question à double titre :

- au plan juridique et en termes de responsabilité individuelle, cela a pour résultat de faire accomplir sans cadre réglementaire et sans assise professionnelle solide des tâches relatives aux soins de publics fragiles ;
- en matière budgétaire, les salaires des AV et des AS/AMP/AES ne sont pas imputés sur les mêmes sections. Ainsi, les postes d'AS sont financés entièrement sur fonds publics (concurrentement par les forfaits soins et dépendance) tandis que les AV non diplômés ni en formation sont partagés entre la section dépendance et la section hébergement.

**Les critères de qualification d'un aide-soignant<sup>[2]</sup> sont clairement établis par la loi et restreignent en principe le recours aux « faisant fonction ».** L'article L. 4391-1 du code de la santé publique dispose que l'exercice du métier d'AS est conditionné à la détention d'un diplôme ou à la participation à un dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE). En dehors de ces cas, il n'est pas possible d'employer un salarié non qualifié en tant qu'AS.

**Dans les faits, cette pratique semble pourtant répandue et mal appréhendée par l'État.** Ainsi que le relevait récemment la Cour des comptes, la pratique des « faisant fonction » se retrouve dans de nombreux EHPAD<sup>[3]</sup>. Interrogée par la mission, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), n'a toutefois pas pu expliciter clairement la doctrine sur le statut de ces « faisant fonction ». Dans ce contexte, les pratiques des autorités de tarification peuvent varier en matière d'imputation budgétaire de postes : les ARS de Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA), Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne conditionnent par exemple la comptabilisation au titre de la section soin d'agents « auxiliaires de vie

« faisant fonction » de AS/AMP/AES » à leur inscription en VAE alors que l'ARS Hauts-de-France a rejeté ponctuellement l'imputation de « faisant fonction » sur la section soins. [...]

**Le contrôle externe des EHPAD est principalement assuré par les ARS, dont les pouvoirs financiers et les moyens humains sont limités.**

**Les ARS disposent de prérogatives larges sur les questions de prise en charge des résidents en EHPAD.** Leur connaissance des établissements s'appuie aussi sur la négociation et le suivi des CPOM ou encore le traitement des événements indésirables ou des réclamations des usagers. Leurs contrôles sont ciblés en fonction d'orientations nationales (par exemple : le circuit du médicament en EHPAD) et d'une analyse de risques régionale (par exemple : les établissements faisant l'objet d'un nombre particulièrement élevé de réclamations). Ces contrôles peuvent être conjoints avec le conseil départemental, autre autorité de tutelle des EHPAD. 2 788 missions d'inspection ont été réalisées par les ARS en EHPAD entre 2018 et 2021, à rapporter aux 7 519 EHPAD recensés en 2019<sup>[4]</sup>.

En complément, **deux autres services de l'État réalisent des contrôles réguliers en EHPAD :**

- les directions départementales de la protection des populations (DDPP) dans le cadre de priorités de contrôle fixées par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), qui ciblent notamment le secteur commercial : 548 visites en EHPAD commerciaux en 2019 avec des anomalies détectées dans 62 % des cas (facturations abusives, contrats de séjour non conformes...);
- l'inspection du travail qui intervient au titre du contrôle du respect du droit du travail, d'enquêtes (notamment à la suite d'accidents du travail) ou d'une participation à des réunions d'instances représentatives du personnel : 1 604 interventions en EHPAD en 2021 dont 349 contrôles visant notamment à identifier le recours irrégulier aux contrats temporaires.

**La capacité de contrôle des EHPAD se heurte cependant à plusieurs limites majeures.** La capacité de contrôle des ARS comme des départements est circonscrite à l'établissement et ne permet donc pas d'exercer un contrôle plus global de groupes d'EHPAD comme Orpea. En outre, les ARS disposent de moyens humains limités (230 ETP environ hors services santé-environnement) pour contrôler un champ très vaste d'établissements et services sanitaires et médico-sociaux<sup>[5]</sup>. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, essentiel à la bonne prise en charge des résidents, les compétences des ARS gagneraient à être complétées par celles de l'inspection du travail. Les échanges d'information et les contrôles conjoints sont néanmoins peu développés. De même, les missions d'inspection conjointes entre ARS et conseils départementaux paraissent peu fréquentes, même si les différents contrôles effectués à partir de février 2022 ont été très majoritairement conduits conjointement.

La portée de l'ensemble de ces contrôles a cependant été limitée par la réduction des pouvoirs des ATC depuis la réforme de 2015 (cf. *supra*) et par le fait que les textes d'application relatifs à la sanction financière prévue à l'article L. 313-14 du CASF n'ont jamais été pris. [...]

<sup>[1]</sup> Une modulation de ce forfait est rendue possible par l'article R. 314-160 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui prévoit une reprise d'une partie des sommes allouées lorsque le taux d'occupation est inférieur à un seuil réglementaire (95 %). En cas de situation exceptionnelle (cas de la crise sanitaire), l'autorité de tarification peut choisir de ne pas appliquer tout ou partie de cette modulation. À la suite du déclenchement de la crise sanitaire, l'application de ces dispositions a été suspendue en 2020 et 2021 en vertu de l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 et de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

<sup>[2]</sup> Dans les faits, la mission a pu constater que les « faisant fonction » étaient davantage des AV employés sur des tâches d'AS.

<sup>[3]</sup> Cour des comptes, « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », Rapport public annuel 2022, p. 84.

<sup>[4]</sup> Données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

<sup>[5]</sup> D'après l'enquête annuelle réalisée en 2019 par le secrétariat général des ministères sociaux (les enquêtes 2020 et 2021 ont été modifiées dans le cadre de la crise sanitaire), les ARS disposaient de 502 ETP dédiés à la fonction inspection-contrôle, dont 271 ETP sur le champ de la santé environnement. Le champ global inclut les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS), les établissements de santé, les établissements pharmaceutiques, les professions libérales...

**Document 2 : « Ehpad : la Défenseure des droits préconise "cinq actions capitales à mener sans tarder" pour garantir les droits fondamentaux des personnes âgées », Franceinfo, 16 janvier 2023, [www.francetvinfo.fr](http://www.francetvinfo.fr)**

**Ehpad : la Défenseure des droits préconise "cinq actions capitales à mener sans tarder" pour garantir les droits fondamentaux des personnes âgées**

Dans un rapport que franceinfo a pu consulter, Claire Hédon estime que le ministère des Solidarités et de la Santé *"n'a pas apporté de réponse explicite quant aux 34 recommandations qui lui avaient été adressées"*.

Dix-huit mois après ses précédentes recommandations, la Défenseure des droits dresse un bilan *"hélas nuancé"*. Le 4 mai 2021, le rapport contenait 64 recommandations en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes accueillies en Ehpad et d'assurer l'effectivité de leurs droits. Treize d'entre elles concernaient la situation de la crise sanitaire.

Mais selon Claire Hédon, le ministère des Solidarités et de la Santé *"n'a pas apporté de réponse explicite quant aux 34 recommandations qui lui avaient été adressées"*. L'institution continue de recevoir des réclamations individuelles. 281 nouvelles réclamations ont été reçues depuis mai 2021. Plus de 46% de ces saisines alertent sur les entraves à la vie privée et familiale et à la liberté d'aller et venir des résidents.

**Cinq recommandations à mettre en œuvre "sans tarder"**

Elle demande de définir un ratio minimal d'encadrement des résidents et d'améliorer l'attractivité des métiers du grand âge. Selon elle, certains soins, comme ceux qui relèvent de la toilette, *"sont organisés dans une logique comptable pour réduire les effectifs du personnel"*. Elle estime que c'est le manque de moyens qui ne permet pas toujours aux professionnels *"d'accompagner les résidents comme ils le devraient et le souhaiteraient"*. Elle redemande au ministre des Solidarités et de la Santé de fixer un ratio d'encadrement de huit équivalents temps plein (ETP) pour dix résidents. Cette augmentation des personnels permettrait *"une amélioration de la prise en charge des résidents, mais également des conditions de travail des professionnels"*.

La Défenseure des droits demande également de mettre un terme aux violations de la liberté d'aller et venir des résidents et plaide pour le rétablissement du maintien des liens familiaux. L'institution a constaté notamment ces entraves aux libertés pendant la crise sanitaire du Covid-19. Elle affirme que la crise continue d'avoir des répercussions négatives sur les droits et libertés des résidents et de leurs proches.

Troisième recommandation : mettre en place un dispositif de vigilance médico-sociale pour renforcer l'identification, le signalement et l'analyse des situations de maltraitance. La Défenseure des droits déplore qu'un outil de mesure fiable et partagé par l'ensemble des autorités de régulation et de contrôle fasse encore défaut. Elle affirme que ce dispositif doit permettre d'améliorer le traitement global des situations de maltraitance identifiées, d'éviter la déperdition d'informations pour les acteurs concernés, d'encourager une culture partagée de vigilance et d'assurer un rôle de veille et de suivi sur les situations complexes pour mieux connaître les manifestations du phénomène sur le territoire et mieux les prévenir.

L'institution souhaite également clarifier et renforcer la politique nationale des contrôles réalisés par les Agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. Elle juge *"préoccupante"* *"l'insuffisance de moyens humains"* au sein de ces entités pour effectuer les inspections requises. De fait, les contrôles restent *"très hétérogènes"* selon les territoires. Elle plaide pour *"des investigations approfondies sur place et de manière inopinée"*. Enfin, la Défenseure des droits reste dans l'attente de la mise en place d'un dispositif effectif de médiation dans le secteur médico-social afin de restaurer la confiance des résidents et de leurs familles. Elle recommande la mise en œuvre annuelle d'enquêtes de satisfaction fiables, intégrant des questions identiques à tous les Ehpad. Elles devront être portées à la connaissance du grand public.

## **"Changer notre regard sur les personnes âgées"**

*"La prise de conscience tardive des pouvoirs publics doit maintenant déboucher sur une politique nationale ambitieuse permettant d'assurer une prise en charge respectueuse des droits et libertés fondamentaux des résidents des Ehpad et de leur dignité", ajoute Claire Hédon. Elle appelle à "changer notre regard sur les personnes âgées et leur vulnérabilité, ainsi que le rapport avec les aînés qui peuvent être marginalisés et déconsidérés".*



**Document 3 : « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », DREES, septembre 2016, [www.drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr) (extraits)**

[...]

## LES EVOLUTIONS DU PUBLIC ACCUEILLI EN EHPAD

### Un niveau de dépendance croissant

#### Le choix du maintien à domicile et le recul de l'institutionnalisation

Si la généralisation de la prise en charge médicale et l'amélioration générale des conditions de vie permettent de repousser la fin de vie, elles ne garantissent pas pour autant le maintien de l'autonomie physique et psychique de la personne âgée.

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie a constitué la réponse prioritaire des politiques publiques au cours de la période récente, conformément aux souhaits émis par la majorité des personnes concernées (la majorité des Français souhaitent demeurer à leur domicile, plus de 60 % estimant inenvisageable de vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] en 2011<sup>[1]</sup>) et dans un souci de maîtrise des dépenses publiques. Cela s'est traduit par un développement des différents types de services à la personne, une structuration de ce secteur et un soutien financier affirmé, notamment au travers du versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Parallèlement, le coût d'un hébergement en EHPAD constitue un frein pour de nombreuses personnes âgées et leurs familles<sup>[2]</sup>.

Tendanciellement, l'entrée en établissement apparaît ainsi comme la dernière étape du parcours de vie, lorsque les possibilités du maintien à domicile sont épuisées. L'institutionnalisation ne correspond souvent pas à un choix mais plutôt à la résultante d'autres facteurs : perte de l'aidant, hospitalisation, chute, avancée dans la maladie, etc. et manque généralement de préparation et d'anticipation.

#### Des conditions de travail déterminées par le profil du public accueilli

Si cette institutionnalisation plus tardive engendre de nombreuses répercussions sur les conditions de travail des professionnels, plusieurs impacts majeurs de cette évolution peuvent être soulignés.

Tout d'abord, les usagers des EHPAD sont de plus en plus âgés (78 % des résidents ont 80 ans ou plus en 2011) et entrent plus tardivement en institution (84 ans et 5 mois en 2011 contre 83 ans et 5 mois en 2007<sup>[3]</sup>). De plus, ils présentent un niveau de dépendance plus élevé. Ainsi, entre 2007 et 2011, le niveau de dépendance des résidents d'EHPAD s'est accru, avec une part des GIR 1-4<sup>[4]</sup> (...) passée de 84 % à 89 %, et notamment une croissance de la part occupée par les plus dépendants, les GIR 1-2 étant quant à eux passés de 51 % à 55 %<sup>[5]</sup>. Le GMP moyen s'établit ainsi à 700 en 2011 contre 663 en 2007<sup>[6]</sup>.

[...]

La charge en soins est également importante et assurée par les équipes soignantes au quotidien. Ainsi, l'enquête EHPA conduite en 2007 par la DREES permet de relever que la quasi-totalité des résidents souffrent de multiples pathologies et cumulent en moyenne 6 des pathologies étudiées, la moitié en ayant de 4 à 8<sup>[7]</sup>. Par ailleurs, le nombre de pathologies augmente avec le degré de dépendance des résidents et environ 60 % des GIR 1 sont grabataires.

Ces données quantitatives abondent le constat établi par les personnels soignants qui soulignent un alourdissement de leur charge de travail, et donc un impact majeur sur leurs conditions de travail. En effet, du public accueilli dépend le contenu des tâches à réaliser et donc, pour partie, les conditions de travail : si l'accompagnement de personnes âgées dans les gestes de la vie quotidienne a toujours été le cœur du métier soignant en EHPAD, les missions des professionnels se sont au fil du temps davantage



concentrées sur des tâches de soin, de nursing et d'hygiène de base au détriment, proportionnellement, de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités.

La charge de travail et les cadences sont jugées plus lourdes par certains professionnels du fait d'une proportion plus importante de résidents pour lesquels des gestes de soins techniques ou de nursing sont requis. Les mêmes gestes sans cesse réalisés (toilettes au lit, transferts, etc.), mais aussi les efforts de manutention (pour lever, porter, etc.) inhérents à la perte de mobilité des résidents, entraînent une pénibilité physique que les professionnels considèrent comme prononcée.

Ces évolutions impliquent un temps plus important passé auprès des résidents dont la dépendance accrue rend indispensable un accompagnement appuyé aux gestes de la vie quotidienne. Les professionnels indiquent disposer de moins de temps auprès des résidents les plus autonomes car le temps qui n'est pas consacré aux actes de nursing n'est pas compensé par un temps relationnel qui pourrait correspondre aux attentes du résident. Autrement dit, un résident ne présentant pas de besoins en soins de nursing ne bénéficiera pas du même temps de présence de professionnels, y compris sur d'autres types d'accompagnements. Cette contradiction représente souvent une frustration pour les professionnels dont les contours et les implications seront détaillés ultérieurement.

La durée de séjour moyenne, stable entre 2007 et 2011, est de 2 ans et demi<sup>[8]</sup>. Cela implique pour les professionnels un renouvellement fréquent du public des résidents et un effort d'adaptation récurrent de leur part aux nouveaux arrivants. Pour les professionnels, il s'agit d'apprendre à connaître de manière répétée de nouvelles personnes et leurs familles, s'adapter à leurs habitudes de vie, élaborer des projets personnalisés, etc.

Parallèlement, la prise en charge se spécialise vers un accompagnement à la fin de vie pour de plus en plus de résidents, confrontant les personnels à des décès plus fréquents, avec la charge traumatique que le contact répété avec la mort implique.

## **La prégnance des maladies neurodégénératives et des démences**

### Un public souffrant de démences tendant à devenir majoritaire

Parmi les évolutions récentes soulignées par les professionnels, se trouvent également des changements dans le profil pathologique des personnes accueillies. Les résidents atteints de troubles neurodégénératifs ou de démences sont souvent décrits aujourd'hui comme majoritaires au sein des établissements, et ceci y compris en dehors des unités qui leur sont dédiées.

D'après l'enquête EHPA de la DREES conduite en 2007, 36 % des résidents souffrent d'un syndrome démentiel, 34 % d'un syndrome dépressif et 26 % de troubles du comportement<sup>[9]</sup>. Une autre exploitation des résultats de l'enquête propose une estimation d'environ 240 000 résidents pour lesquels une pathologie démentielle a été diagnostiquée (type Alzheimer ou assimilé), soit 42 % des résidents en EHPAD<sup>[10]</sup>.

Si les établissements ont dû s'adapter en proposant des modalités d'accueil spécifiques (prise en charge spécifique Alzheimer, pôle d'activités et de soins adaptés (...)<sup>[11]</sup>, la charge mentale à laquelle sont soumis les professionnels constitue un facteur impactant les conditions de travail (situations stressantes, développement des risques psychosociaux, isolement des professionnels...).

### De nouveaux publics souvent difficiles à accompagner en établissement

Des publics auparavant non représentés dans les établissements tendent à apparaître parmi les résidents : personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes présentant des conduites addictives. Préalablement pris en charge par d'autres institutions ou accédant nouvellement à une espérance de vie accrue, ces publics sont intégrés parmi les résidents sans pour autant bénéficier d'une réponse spécifique en matière d'accompagnement.

Leur présence en établissement est souvent fonction des modalités de sélection à l'entrée retenues par la direction, que celles-ci soient formalisées ou non dans les documents directeurs. Si les EHPAD manifestent tous de prime abord leur souci d'assurer l'adéquation entre le profil des résidents accueillis et leur capacité de prise en charge, certaines « stratégies » peuvent être observées vis-à-vis de ces profils spécifiques. Certains établissements font le choix d'exclure de leur recrutement des personnes dont la pathologie ou la situation de handicap serait susceptible d'entraîner diverses complexités de prise en charge (démence, désorientation, agressivité vis-à-vis des professionnels ou des autres résidents, troubles du comportement, etc.) afin de favoriser la vie en collectif dans l'établissement<sup>[12]</sup>.

[...]

Au contraire, certains établissements préfèrent favoriser ce type d'admission afin de bénéficier de la reconnaissance financière des tutelles destinée à permettre la prise en charge spécifique de ces publics (valorisation au travers de l'évaluation de l'état pathologique de la personne) ou les acceptent plus aisément lorsqu'ils sont en mesure de proposer une prise en charge qu'ils considèrent adaptée.

[...]

### **Des exigences accrues en matière de qualification**

#### L'importance récente du diplôme, malgré une porosité forte des fonctions

La médicalisation de la prise en charge en EHPAD est allée de pair avec l'inscription d'objectifs en matière de qualification du personnel, celle-ci étant garante de la qualité des soins apportés aux usagers fragiles.

Bien que le contenu des tâches de chacune des fonctions représentées en EHPAD soit défini avec précision et fasse l'objet d'une budgétisation propre, dans une majorité d'établissements, des professionnels titulaires de diplômes différents se voient confier des tâches identiques, voire occupent des métiers similaires [...]. Dans la grande majorité des établissements rencontrés, les aides-soignants et les aides médico-psychologiques occupent les mêmes postes et sont « interchangeables » dans l'accompagnement quotidien des résidents. Il s'agit presque toujours d'actes de *nursing*, relevant donc de la catégorie des soins apportés à des personnes fragiles. Des glissements de tâches s'effectuent ainsi « vers le bas », depuis les aides-soignants vers les agents de service ou les AVS, mais également, de manière plus surprenante, « vers le haut », depuis les aides-soignants vers les IDE. Les problématiques associées ne sont pas les mêmes dans les deux cas puisque dans le premier, il s'agit de tâches dont la réalisation est autorisée aux seuls personnels qualifiés mais qui sont effectuées par des personnels non diplômés, tandis que dans le second cas, il s'agit de tâches qui n'entrent *a priori* pas dans les missions d'une infirmière mais qui lui sont déléguées par les équipes aides-soignantes. La tâche glisse vers un grade inférieur d'une part, vers un grade supérieur d'autre part.

[...]

#### Une fonction récente qui peine à trouver sa place : aide médico-psychologique

De manière quasi systématique, aides-soignants et aides médico-psychologiques réalisent les mêmes tâches en EHPAD et sont alignées sur des éléments de rémunération identiques. Pour autant, le diplôme de ces derniers ne les prépare *a priori* pas à des tâches de nursing proprement dites, mais garantit des compétences spécifiques en matière d'accompagnement psychologique, notamment des personnes souffrant de troubles neurodégénératifs ou de démences. De fait, ils sont plus souvent affectés au sein des unités protégées.

[...]

Si dans certains établissements, les aides-soignants déclarent ne pas identifier la plus-value spécifique des AMP en soulignant la confusion des postes entre les deux diplômes, dans d'autres, les professionnels mettent en évidence la pertinence d'une formation spécifique et donc d'un regard

différent et complémentaire dans la prise en charge. Ce point semble s'expliquer au moins en partie par les pratiques managériales en vigueur dans chaque établissement, par exemple lorsque les compétences des AMP sont singularisées par l'encadrement.

[...]

Les AMP, forts de cette spécificité, sont néanmoins susceptibles d'éprouver de la frustration quant aux missions relationnelles qu'ils n'ont pas la possibilité de mettre en oeuvre. Plus encore que les autres professionnels soignants, ils considèrent naturellement que leur formation et leurs compétences les destinent à des missions d'accompagnement, de stimulation, voire d'animation, qu'ils n'ont pas plus que les autres professionnels le temps de remplir. Dans au moins un établissement visité, les deux AMP représentés dans l'effectif faisaient fonction d'animateurs tout en étant recrutés sur un poste de soignant (par conséquent rémunérés sur un échelon moindre que des professionnels titulaires d'un diplôme d'animation), disposaient d'horaires spécifiques, mais étaient susceptibles de suppléer à tout moment à l'absence d'un AS.

[...]

## DES MÉTIERS JUGÉS DIFFICILES ET ÉPROUVANTS PAR LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS

### **Des organisations en tension : un équilibre à trouver entre réponses aux besoins individuels et contraintes imposées par la vie en collectivité**

[...]

#### Une « déshumanisation » du travail en EHPAD ?

Les risques sous-jacents à cette évolution des conditions de travail résident principalement dans un phénomène de déshumanisation du résident entraînant une moindre attention portée à la qualité et la personnalisation de la prise en charge, un moindre investissement du professionnel et une perte de sens du travail. Les professionnels disent se battre contre cette évolution, mais y être poussés malgré eux du fait de l'évolution de leurs conditions de travail.

Il apparaît complexe d'objectiver ce constat, tant les écarts sont importants selon les EHPAD. Concernant la question du nombre de toilettes réalisées quotidiennement par chaque soignant, régulièrement mise en valeur pour illustrer ces risques de déshumanisation, celui-ci reste très variable d'un EHPAD à l'autre. Parmi les établissements ayant participé à l'étude, le nombre de toilettes par soignant oscille ainsi entre 7 et 15, soit un ratio allant du simple au double.

Par ailleurs, les taux d'encadrement<sup>[13]</sup> restent eux-mêmes très variables selon les établissements. Dans tous les cas, les professionnels rencontrés mentionnent le nombre insuffisant de professionnels dans les services pour assurer une prise en charge de qualité. À l'échelle nationale, les données disponibles indiquent plutôt un taux d'encadrement croissant, passé de 57 % à 61 % entre 2007 et 2011, tous types de professionnels compris<sup>[14]</sup> (soit un ratio de 61 professionnels – tous métiers confondus – pour 100 résidents en 2011).

Il convient de noter les limites de l'indicateur que constitue le taux d'encadrement tel qu'il est recueilli aujourd'hui : d'une part, il s'agit d'un indicateur théorique car il s'appuie sur les effectifs inscrits au tableau des emplois et non nécessairement présents ou en activité dans l'année et qu'il s'intéresse au nombre de places sans le pondérer par le taux d'occupation ; d'autre part, il intègre les professionnels des fonctions support, dont la présence est très variable d'un établissement à l'autre et dépend des opportunités de mutualisation au sein d'un groupe ou d'un établissement hospitalier par exemple. On observe ainsi qu'il s'agit d'un indicateur qui n'est pas systématiquement recueilli et suivi au sein des EHPAD eux-mêmes.

Afin d'approfondir cette discussion, il conviendrait d'analyser le taux d'encadrement au prisme de l'évolution du niveau de dépendance et des besoins en soins des résidents, de manière à objectiver l'évolution de la capacité d'encadrement au regard de l'évolution du public accueilli.

À tout le moins, il convient de noter que la charge de travail (telle que caractérisée par le taux d'encadrement) n'est pas l'unique déterminant de la qualité des conditions de travail. Autrement dit, à charge de travail équivalente, certains établissements offriront de meilleures conditions de travail à leurs professionnels.

[...]

## CONCLUSION

[...]

### **Quel futur pour les soignants en EHPAD ?**

Les critères de qualité des conditions de travail évoqués ci-dessus font aujourd'hui l'objet de fortes inquiétudes de la part des personnels. Comment leur travail va-t-il évoluer face à la raréfaction des ressources financières, à la technocratisation de la gestion opérée par les directions et à l'individualisation des pratiques ?

Interrogés sur le futur de leur métier, les professionnels soignants des EHPAD soulignent à la fois la permanence du public et des besoins des personnes âgées dépendantes, ainsi que les facteurs d'évolution de la prise en charge.

En effet, les personnes âgées dépendantes auront toujours besoin de soins et d'accompagnement dans un lieu dédié à cette activité, même si les possibilités de prise en charge à domicile s'accroissent (y compris sous des formats mixtes intégrant un accueil de jour ou de nuit en établissement) et que les aidants naturels, par choix ou sous contrainte financière, font le choix de limiter l'institutionnalisation de leurs aînés.

Les professionnels rappellent les menaces déjà identifiées : croissance de la charge de travail et risque que celle-ci devienne littéralement insupportable, évolution du secteur médico-social vers un modèle plus sanitaire, raréfaction des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, tendance de fond à l'individualisation de la prise en charge – plus conforme aux attentes des « nouvelles générations » de personnes âgées dépendantes, mais difficilement conciliable avec les contraintes de l'organisation en collectivité – ou encore renforcement des exigences des usagers (en matière de présence, de disponibilité, de pratiques d'hygiène, etc.).

Pour autant, des manières de faire « autrement » apparaissent. L'utilisation croissante de la technologie notamment est remarquée, que ce soit au niveau du travail – des machines aujourd'hui, peut-être des robots demain – ou des pratiques des usagers (informatique, téléphone portable, etc.). Mais ces évolutions se heurtent aussi au spectre de la machine, de l'usine, évoqué plus haut : c'est finalement le risque de déshumanisation de la prise en charge que les professionnels souhaitent relayer et prévenir. Pour cela, ils revendiquent – avec autant d'espoir que de découragement – que soit pris en compte le lien organique entre la qualité de leurs conditions de travail et la qualité de la prise en charge proposée aux résidents. Ils attendent ainsi que la qualité de leur intervention soit reconnue au travers d'un accroissement des moyens dévolus aux EHPAD.

Enfin, la médicalisation croissante des établissements, en réponse à des niveaux de dépendance plus élevés des résidents, constitue une inquiétude forte des professionnels, notamment parce qu'elle se heurte à leur identité professionnelle telle qu'ils aiment à la définir, faisant primer le « care »\*, l'accompagnement global, la relation humaine sur la technicité des soins. C'est une coupure qui semble s'engager entre l'hôpital et l'EHPAD, le médico-social et le sanitaire. Ce sentiment ainsi que les évolutions en cours vont à rebours de ce que les soignants apprécient de leur métier et de ce qui leur permet de continuer à s'investir malgré des conditions de travail difficiles.

\* Note du jury : « soin » en anglais

<sup>[1]</sup> DREES, suivi barométrique de l'opinion des Français sur la santé, la protection sociale, la précarité, la famille et la solidarité, janvier 2012, cité dans MARQUIER R. (2013), « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », Dossiers Solidarité et Santé, Drees, n° 47, octobre.

<sup>[2]</sup> Avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), le reste à charge moyen des résidents est de 1 758 € mensuels en 2011. Voir FIZZALA A. (2016), « Dépendance des personnes âgées, qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Dossiers de la Drees, n°1, mars.

<sup>[3]</sup> VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Études et Résultats, Drees, n° 899, décembre.

<sup>[4]</sup> Note ajoutée par le jury : « Le degré de dépendance de la personne âgée accueillie est évalué à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource), qui permet de répartir les personnes en groupes Iso-ressources (GIR). La grille classe les personnes en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou des gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Ils ont trait à la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur et la communication à distance. Un groupe Iso-ressource comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation des ressources pour faire face à leur dépendance. Le groupe 1 correspond à la dépendance maximale, le groupe 6 à l'absence de dépendance. » (Drees, 2016).

<sup>[5]</sup> VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », op cit.

<sup>[6]</sup> Ibid.

<sup>[7]</sup> PERRIN-HAYNES J. (2011), « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », Dossiers Solidarité et Santé, Drees, n° 22.

<sup>[8]</sup> Il s'agit des durées moyennes de séjour des résidents qui ont quitté leur établissement en 2007 et en 2011. Voir à ce titre : VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », op cit.

<sup>[9]</sup> PERRIN-HAYNES J. (2011), « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », op.

<sup>[10]</sup> CHAZAL J. (2011), « Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement », Dossiers Solidarité et Santé, Drees, n° 22.

<sup>[11]</sup> Parmi les 30 EHPAD rencontrés dans le cadre de la présente étude, 70 % disposent d'une unité Alzheimer.

<sup>[12]</sup> Voir à ce titre WEBER A. (2011), « Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées » in « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », Dossiers solidarité santé, Drees, n° 18, février.

<sup>[13]</sup> En EHPAD, le taux d'encadrement correspond au nombre de personnel au tableau des emplois salariés pour 100 places.

<sup>[14]</sup> VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », op cit.



**Document 4 : « Dans les Ehpad, des confinements "abusifs" perdurent depuis le Covid »,  
Céline Delbecq, l'Express, 20 janvier 2023, [www.lexpress.fr](http://www.lexpress.fr)**

**"Nous vous rappelons que ces libertés des résidents ne peuvent être suspendues", a récemment prévenu le ministre des Solidarités, dans un courrier adressé aux directeurs d'Ehpad, que L'Express a pu consulter.**

C'est une habitude qui a rythmé la vie de Muriel pendant plus de cinq ans. De 2015 à mars 2020, cette quinquagénaire dynamique a terminé chacune de ses journées par une visite auprès de sa mère Ginette, hospitalisée dans un Ehpad associatif de Dordogne. Tous les soirs, elle complétait le travail des soignants en encourageant la résidente à marcher quelques pas dans le couloir, à se brosser les dents seule devant le lavabo de sa chambre, ou en l'accompagnant une dernière fois aux toilettes avant la nuit. *"J'étais présente au quotidien, je pouvais lui rendre visite jusqu'à 21 heures si je le souhaitais... Jusqu'à ce que la pandémie de Covid vienne tout chambouler"*, résume Muriel. Pendant les différentes périodes de confinement, elle assiste, impuissante, à l'isolement de sa mère et des autres pensionnaires au sein de leur Ehpad. Puis se réjouit, à l'arrivée du vaccin, de pouvoir enfin retrouver Ginette, le brossage de dents quotidien et les balades de fin de journée dans les couloirs. *"Mais j'ai vite déchanté. On a jamais pu reprendre ce petit rituel, parce que malgré les masques et le vaccin, certaines restrictions n'ont pas cessé depuis trois ans."*

Auparavant ouvert au public toute la journée, l'établissement a décidé, depuis le Covid, de n'accueillir les familles que de 14 heures à 18 heures maximum. *"Il n'y a pas eu de justifications supplémentaires, on a simplement dû se débrouiller avec cette annonce"*, regrette Muriel. En parallèle, elle dénonce des isolements considérés comme *"abusifs"* de certains patients, parfois par *"pur principe de précaution"*. Alors qu'une poignée de soignants et de résidents ont été testés positifs au Covid en juillet dernier, Ginette aurait ainsi été confinée pendant *"plus de dix jours"* dans sa chambre... *"Alors même qu'elle n'a pas été malade"*, se désespère sa fille.

Près de trois ans après le début de la crise sanitaire, le cas de Ginette est loin d'être isolé. Dans un rapport publié lundi 16 janvier, la Défenseure des droits Claire Hédon dénonce *"les atteintes aux droits fondamentaux"* des personnes âgées en Ehpad, et la maltraitance dont elles sont parfois victimes. Le constat est sans appel : sur les 181 réclamations reçues ces dix-huit derniers mois, 46 % concernaient les limitations de visites aux résidents, leur *"liberté d'aller et venir"* et leur droit à la vie privée. Les mesures sanitaires décidées au cœur de la crise pour gérer l'organisation des Ehpad dans un contexte exceptionnel *"continuent d'être édictées sous forme de 'protocoles', de 'recommandations', de 'plans', et ce sans fondement légal et sans qu'elles soient toujours strictement nécessaires et proportionnées"*, constate Claire Hédon, qui estime que les résidents *"continuent d'être victimes de discriminations"* et ne bénéficient pas toujours de l'allègement général des mesures sanitaires.

### **Restrictions "inadmissibles"**

Interdiction pour les proches d'assister aux repas, de créer un contact physique - comme le simple fait de prendre la main -, de toucher aux placards ou effets personnels des résidents, obligation de maintenir les portes des chambres ouvertes afin de vérifier le respect des gestes barrières... Pêle-mêle, la Défenseure des droits cite les cas de *"mesures attentatoires"* aux droits des résidents qui lui ont été rapportés depuis mai 2021, et qui se pérenniseraient un peu partout en France. En mars 2022, elle a par exemple été saisie par les enfants d'un résident dont l'établissement a été fermé pendant sept jours, malgré le faible nombre de cas positifs au Covid et la triple vaccination des patients. *"La direction a décidé de confiner tous les résidents en chambre ou à l'étage, en fonction de leur mobilité ; fermer le restaurant collectif; annuler les animations collectives; annuler les rendez-vous, notamment médicaux, extérieurs; interdire les douches des résidents par peur d'une propagation du virus par la vapeur d'eau"*, s'indigne-t-elle, appelant à mettre un terme, *"sans délai"*, à ce type de mesures.



"Pour nous, ces restrictions sont inadmissibles", commente Laurence Tcheng, cofondatrice du Cercle des proches aidants en Ehpad (CPAE), un collectif citoyen créé en octobre 2020. Avant la période des fêtes de la fin de l'année 2022, elle témoigne de "nombreuses remontées très inquiétantes" de la part de ses adhérents, avec "des suspensions de visite à tour de bras", des résidents "qui n'avaient plus le droit de recevoir en chambre", ou encore "des interdictions d'aides au repas".

Au point que, dans un courrier daté du 6 décembre 2022 et adressé aux directeurs d'établissements afin de les appeler à accélérer les campagnes de vaccination dans les Ehpad, le ministre des Solidarités Jean-Christophe Combe a tenu à rappeler que l'ensemble des gestes barrières et de ces mesures de vaccination devaient "permettre d'assurer la protection des résidents sans restreindre leur droit de recevoir des visites et de se rendre dans leurs familles". "Nous vous rappelons que ces libertés des résidents doivent être préservées et ne peuvent être suspendues", martelait-il dans ce courrier cosigné avec le ministre de la Santé François Braun, que L'Express a pu consulter.

Un rappel nécessaire, alors que les restrictions en vigueur dans certains établissements "n'ont parfois aucun sens", estime Sylvie\*. Dans l'unité Alzheimer de l'Ehpad de Rhône-Alpes où réside sa mère, la totalité des pensionnaires sont ainsi régulièrement isolés en cas de test positif d'un seul des résidents. Depuis la pandémie, les familles n'ont par ailleurs toujours pas le droit d'emmener leurs proches à l'extérieur, ni de leur rendre visite le matin. Même récit du côté de Léna\*, qui s'étonne que l'ensemble des seniors de l'Ehpad de la Loire où résidait sa mère aient été confinés en chambre pendant huit jours en novembre, "malades ou pas". Alors que sa parente a, elle, bien été infectée par la maladie, Léna a reçu l'interdiction de lui rendre visite. "Elle avait pourtant besoin de voir sa famille... Avec les masques, les vaccins et les mesures barrières, nous n'avons absolument pas compris cette mesure." Quelques semaines plus tard, très fatiguée, la résidente est décédée. "Elle était faible, certes, mais j'ai au fond de moi la certitude qu'elle a amorcé un syndrome de glissement pendant cette période d'isolement", souffle Léna.

### **"Parfois, le mieux est l'ennemi du bien"**

Déconcertées par ces restrictions, des familles commencent à douter du bien-fondé de certaines mesures. Alors que l'Ehpad du Var dans lequel son père est hébergé n'a toujours pas rouvert complètement ses portes depuis la pandémie, Danielle fait part de son désarroi. "Je ne peux lui rendre visite que de 14 heures à 18 heures, et j'ai la sensation que c'est un moyen de tenir les proches à distance", témoigne-t-elle. Le matin, les familles ne peuvent plus vérifier que les résidents ont été correctement lavés, habillés ou changés. Et lors de ses visites, Danielle aurait constaté un certain "laisser-aller", notamment sur les mesures d'hygiène. "Je m'interroge. Pourquoi nous interdit-on l'accès à l'Ehpad la moitié de la journée ? Durant la toilette et les repas, notamment ? Recevoir les familles à toute heure, c'est garantir une certaine éthique dans le travail des soignants. Ce n'est plus le cas actuellement." Même questionnement du côté de Sylvie, qui a récemment offert un nouveau pyjama à sa mère. À 18h30, le soir même, elle reçoit une photo de la part d'une aide-soignante, lui signifiant que le pyjama "va très bien" à la résidente. "Il n'était même pas 19 heures, et ils l'avaient déjà changée et couchée... Puisque plus aucune famille n'était là pour vérifier."

Pris en étau entre les consignes des directions, la colère des familles et les angoisses des patients, les soignants sont, eux aussi, plus que perplexes face à certaines décisions. Dans l'Ehpad d'Eure-et-Loire où travaille Laura, la totalité des patients sont confinés dès lors qu'un quart de leur unité est touchée par le Covid. "Ceux qui ne sont pas malades paient les conséquences pour les autres... Tout simplement parce que c'est plus simple d'isoler tout le monde que de faire du cas par cas", déplore cette aide-soignante. Résultat ? "Les résidents vivent dans la peur. Parfois, ils ne comprennent pas ce qui leur arrive." "Parfois, le mieux est l'ennemi du bien. En partant d'une bonne intention, on a abusivement privé des gens de leurs libertés fondamentales", estime Yann Le Baron, secrétaire national d'Unsa Santé. Depuis des mois, l'homme gère les retours de soignants qui lui confient "leurs cas de conscience". "Le pire, c'est lorsque le patient est au plus mal, sur le point de décéder, et que les

*familles n'ont quand même pas le droit de le visiter... Ou lorsqu'un résident se laisse glisser à cause de l'isolement qui lui a été imposé."*

Interrogé sur le sujet, le président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées Pascal Champvert regrette un "double discours" de la part des autorités sanitaires. *"D'un côté, on nous invite à suspendre les visites dès lors qu'il y a des cas de contaminations, avec des ARS qui nous envoient des messages très sécuritaires. Et de l'autre, on nous appelle à plus de souplesse... Toute la responsabilité ne peut pas reposer sur les directeurs"*, plaide-t-il. Contactés, la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées et le Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées n'ont pas donné suite aux sollicitations de L'Express.

De son côté, la Défenseure des droits rappelle que les personnes âgées accueillies en Ehpad *"ne peuvent souffrir de restrictions impératives à leurs droits fondamentaux plus importantes que le reste de la population sans base légale ni réglementaire"*. Elle souligne que les atteintes portées aux droits et libertés doivent être temporaires et encadrées, strictement limitées et proportionnées à l'objectif poursuivi.

*\*Les prénoms ont été modifiés.*

## Document 5 : « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », Cour des comptes, Rapport public annuel 2022, [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

[...]

*Un peu plus de 600 000 personnes résident dans l'un des 7 500 établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)<sup>[1]</sup>. Si ceux-ci sont accessibles dès l'âge de 60 ans, ils accueillent en fait une population beaucoup plus âgée et souffrant de multiples pathologies : une personne sur dix de plus de 75 ans vit dans un Ehpad, une sur trois de plus de 90 ans<sup>[2]</sup>.*

*La crise sanitaire a de ce fait particulièrement frappé leurs résidents : près de 34 000 d'entre eux sont décédés du fait de la pandémie entre mars 2020 et mars 2021. Cette vulnérabilité particulière ne s'explique pas seulement par la fragilité des résidents. Elle résulte également des difficultés structurelles des Ehpad.*

[...]

### DES FRAGILITES PREEXISTANTES

Identifier les causes structurelles du lourd bilan humain de l'épidémie dans les Ehpad n'est pas tâche aisée. La lourdeur croissante des pathologies des personnes hébergées en est une, qui ne s'est cependant qu'insuffisamment traduite dans les moyens mis à disposition des Ehpad (1). Ceux-ci ont également souffert d'importantes difficultés structurelles de gestion de leurs personnels (2) et parfois aussi de l'inadaptation de leurs locaux (3).

#### 1- Des ressources médicales insuffisantes face à l'évolution des profils des résidents

Selon la Drees, l'âge moyen des résidents des Ehpad était de 86 ans et six mois en 2015. En quatre ans, la proportion de ceux d'entre eux qui sont âgés de 90 ans ou plus est passée de 29 % à 35 %.

Le niveau de dépendance des personnes concernées s'accroît, tout comme leurs besoins médicaux<sup>[3]</sup>. En 2015, 260 000 personnes âgées résidant dans un Ehpad (soit plus de 40 % de l'ensemble des personnes accueillies dans ces établissements) étaient recensées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Selon France Alzheimer, 70% à 80 % des résidents des Ehpad seraient atteints de troubles cognitifs. Ces données sont proches de celles présentées dans un rapport récemment remis par les professeurs Jeandel et Guérin, selon lesquelles 80 % des résidents présenteraient des troubles de la cohérence et 57 % seraient touchés par des maladies neurodégénératives.

La prise en charge sanitaire des résidents repose à la fois sur les soins dispensés dans les Ehpad, sur l'intervention de la médecine de ville et sur les partenariats avec des établissements de santé. Sous ces trois angles, elle présente toutefois de notables faiblesses. Tous les Ehpad doivent disposer d'un médecin coordonnateur (Medec)<sup>[4]</sup>. Cette fonction, dont la quotité est normée règlementairement, s'est imposée comme structurante pour le fonctionnement d'un Ehpad, au côté de celle du directeur. Or, 32 % des Ehpad ne déclaraient aucun ETP de Medec en 2015. Parmi les Ehpad contrôlés dans le cadre de l'enquête, un tiers connaissait ou avait connu récemment une vacance de poste de médecin coordonnateur. Un quart d'entre eux fonctionnait avec un temps de médecin coordonnateur inférieur aux seuils réglementaires. [...]

Enfin, dans tous les Ehpad contrôlés, des partenariats avaient certes été conclus avec les établissements sanitaires, mais leur application n'était pas toujours effective.

#### 2 - De fortes tensions sur le personnel préjudiciables à la qualité des prises en charge

Sur les 377 000 ETP que comptent les Ehpad, les médecins représentent moins de 1 %, les infirmiers 11 % et les aides-soignants<sup>[5]</sup> 33 %. Les Ehpad ne sont donc pas à proprement parler des lieux médicalisés, mais des lieux de vie dans lesquels un certain niveau de soins doit être accessible. [...]

De plus, la plupart des Ehpad sont en proie à des difficultés plus ou moins aiguës en matière de ressources humaines. Le taux d'absentéisme est élevé<sup>[6]</sup>, avec une médiane nationale de 10 % selon l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Dans les établissements contrôlés, il se situait en 2019 à un niveau sensiblement plus élevé (autour de 20 %).

Les taux de rotation du personnel soignant sont également élevés. L'instabilité des équipes rend difficile la formation et la montée en compétence du personnel. [...]

Le cumul de difficultés (insuffisance du taux d'encadrement, mauvaise organisation des cycles, absentéisme, manque de formation...) peut susciter de réels problèmes de qualité de prise en charge, hors situation de crise. Compte tenu des difficultés que les établissements rencontrent pour recruter des aides-soignants, nombre d'entre eux sont remplacés par des personnels « faisant fonction » d'aides-soignants, bien qu'ils ne disposent pas des diplômes nécessaires. C'est donc un personnel lui-même fragilisé qui s'est trouvé devoir accompagner les personnes âgées durant la période de pandémie, le plus souvent avec une implication particulièrement forte. [...]

### **3 - Des bâtiments parfois inadaptés**

Les Ehpad sont des lieux de proximité. La plupart disposent d'une capacité de 60 à 99 places (fourchette moyenne, tous statuts confondus). Une minorité d'entre eux (18 %, soit 1 361 Ehpad, souvent rattachés à des établissements de santé) offrent une capacité d'accueil de plus de 100 places. Leurs locaux sont parfois inadaptés, voire vétustes : 15 % des Ehpad sont installés dans des bâtiments de plus de trente ans et leur configuration architecturale n'a pas toujours permis la mise en place de zones covid 19 séparées, ni l'isolement des résidents atteints par la maladie. Seuls 45 % des Ehpad sont à même de ne proposer que des chambres individuelles. Enfin, à l'exception de ceux faisant partie d'établissements de santé, ils ne sont pas équipés de systèmes de distribution de gaz médicaux (notamment d'oxygène).

## **LA REPONSE ORGANISATIONNELLE ET FINANCIERE A LA CRISE NE DOIT PAS RETARDER LES REFORMES STRUCTURELLES [...]**

Le secteur médico-social, et les Ehpad en particulier, ont bénéficié, au cours de la pandémie, d'aides conjoncturelles sans précédent, décidées par l'État et financées par l'assurance maladie. Au-delà, des financements supplémentaires d'un montant très significatif, principalement à caractère pérenne, ont été engagés dans le cadre du « Ségur de la santé » et du plan « France Relance ». [...]

Dès avant la crise sanitaire, les rémunérations dans les Ehpad avaient commencé à être revalorisées au début de l'année 2020, dans le cadre du plan ministériel « Ma Santé 2022 ». Faisant suite au rapport El Khomri sur l'attractivité des métiers du grand âge, une « prime Grand âge » de 100 euros nets par mois a été allouée, à compter du 1er janvier 2020, aux aides-soignants relevant de la fonction publique hospitalière et exerçant en Ehpad.

Puis, dans le cadre des accords du « Ségur de la santé » signés en juillet 2020, une revalorisation de 183 euros nets mensuels a été attribuée aux personnels des hôpitaux et des Ehpad publics, avec effet au 1er décembre 2020, ainsi qu'à ceux des Ehpad privés non lucratifs. Les personnels des Ehpad privés à but lucratif ont bénéficié quant à eux d'une augmentation de 160 euros nets mensuels. [...]

En plus des revalorisations salariales, des dotations d'un montant de 1,5 Md€ sur quatre ans ont été mises en place pour financer la rénovation ou la création de places dans les Ehpad, auxquelles s'ajoute une enveloppe de 600 M€ pour le développement des outils numériques dans les établissements et services médico-sociaux. Le montant total des dépenses prévues à ces deux titres atteint donc 2,1 Md€ au total sur la période de 2021 à 2025. La CNSA est chargée de l'attribution de ces concours financiers, qui relèvent du plan « France Relance », par la voie d'appels à projets dont les premiers ont été lancés durant l'année 2021. [...]

Ces mesures, pour nécessaires qu'elles fussent, ne sauraient suffire à remédier aux faiblesses structurelles des Ehpad. Ces faiblesses sont connues des pouvoirs publics et ont fait l'objet de plusieurs rapports récents<sup>[7]</sup>, ainsi que de publications de la Cour. Ces rapports sont convergents dans leurs constats et proches dans leurs recommandations.

Deux des principales faiblesses mises en lumière par ces travaux appelaient des réponses structurelles, dont la mise en oeuvre a été repoussée. Elles concernent les conditions de travail des personnels, qu'il convient d'améliorer, d'une part, et l'organisation des établissements, dont la trop grande dispersion ne permet pas d'offrir aux personnes âgées un niveau de médicalisation satisfaisant, d'autre part.

En premier lieu, le soutien apporté aux personnels soignants et non soignants dans le cadre du « Ségur de la santé », pour justifié qu'il était, n'a porté que sur la revalorisation des rémunérations. Or, la formation, l'évolution des carrières et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, particulièrement élevés dans le secteur médicosocial, ont été identifiées depuis plusieurs années comme des priorités, appelant, de la part des pouvoirs publics comme des acteurs du secteur, un plan d'action national de long terme. Le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, issu du rapport El Khomri, proposait, sur ces sujets, plusieurs mesures. Nombre d'entre elles, pourtant moins coûteuses, n'ont pas connu la même impulsion<sup>[8]</sup>.

En second lieu, la crise a souligné les difficultés particulières que rencontrent les établissements isolés et, *a contrario*, le bénéfice que représente pour un Ehpad, l'insertion dans un réseau, qui peut prendre plusieurs formes : un partenariat approfondi avec un établissement de santé, la mutualisation de fonctions supports et de ressources médicales et sanitaires entre plusieurs établissements ou l'appartenance à un groupe d'établissements. L'adossement à un hôpital ou à un groupe, en particulier, permet une organisation plus efficiente de la ressource médicale et, *in fine*, une meilleure continuité des prises en charge entre les secteurs médico-social et sanitaire.

Les enveloppes financières prévues pour l'investissement auraient pourtant pu être l'occasion de redéfinir le modèle d'organisation des Ehpad, d'une part en orientant les financements en priorité vers ceux des établissements s'engageant à s'inscrire dans une démarche de mutualisation, d'autre part en réformant le régime des autorisations, pour passer d'autorisations organiques (accordées par les ARS à des établissements) à des autorisations fonctionnelles (accordées pour des services adaptés au parcours du patient, qu'ils soient en Ehpad ou à domicile). Force est de constater que les ARS ont beaucoup de mal à mettre en place de vraies stratégies territoriales, permettant une meilleure insertion des Ehpad dans des réseaux gériatriques. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés par les ARS avec les Ehpad ne sont pas des documents stratégiques et, le plus souvent, leur contenu est trop descriptif et essentiellement administratif.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 comprend certes des mesures sur la médicalisation. Il prévoit également que certains Ehpad puissent devenir des « centres territoriaux de ressources », chargés d'organiser et fédérer les différents acteurs du grand âge.

Toutefois, ces mesures ne constituent pas une évolution du cadre global de fonctionnement des Ehpad. Des réformes avaient pourtant été annoncées et engagées, comme la fusion des dotations « soins » et « dépendance », qui devait constituer une simplification importante du cadre financier applicable aux Ehpad. À défaut de prise en compte de ces orientations plus structurelles, l'effort financier d'un niveau exceptionnel décidé dans le cadre du « Ségur de la santé » risque de ne pas permettre aux Ehpad de surmonter leurs faiblesses organisationnelles et de fonctionnement les plus profondes.

[...]

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La pandémie de covid 19 a durement frappé les Ehpad. La capacité des acteurs locaux à s'adapter à l'urgence et à mettre en place des coopérations indispensables, puis la priorité vaccinale donnée aux personnes âgées, ont permis de limiter peu à peu ses effets, au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie.

Deux principaux enseignements peuvent être tirés de cette crise. D'abord, la nécessité d'une meilleure articulation entre les Ehpad et les filières de soins, établissements de santé en tête. Ensuite, le réel bénéfice pour un Ehpad à ne pas être isolé et à s'insérer dans un ensemble fonctionnel plus vaste, soit par adossement à un établissement de santé, soit par l'appartenance à un groupe, soit encore par la mutualisation de certaines fonctions.

La crise a également confirmé les faiblesses structurelles des Ehpad, mises en lumière par plusieurs rapports convergents remis au ministre des solidarités et de la santé, et proposant des pistes de réforme dont la mise en œuvre est depuis trop longtemps reportée.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. consolider les relations de partenariat nouées pendant la crise entre ARS, Ehpad et établissements de santé, notamment en articulant mieux les plans bleus et les plans blancs, dans le cadre territorial (ministère de la santé et des solidarités) ;
2. favoriser l'insertion des Ehpad dans un réseau (adossement à un établissement de santé, insertion dans un groupe, participation à un groupement de coopération médico-social) dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (établissements, ARS, conseils départementaux) ;
3. accélérer la mise en place des réformes structurelles, en identifiant au préalable l'impact de l'utilisation des trois principaux leviers de réforme : autorisations, CPOM et tarifs (ministère de la santé et des solidarités). [...]

<sup>[1]</sup> Selon la Drees (Études et résultats n° 1196, juillet 2021), on dénombrait au début de la pandémie 7 547 Ehpad accueillant 606 400 personnes âgées.

<sup>[2]</sup> Drees, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Études et résultats n° 1015, juillet 2017.

<sup>[3]</sup> La proportion de personnes âgées se trouvant en perte d'autonomie au sens de la grille Aggir (classées en catégorie de GIR 1 à 4) est passée de 81% en 2011 à 83% en 2015. Les Ehpad ont davantage été touchés par cette hausse : leur GMP (GIR moyen pondéré) est passé de 689 en moyenne en 2011 à 723 en 2018. Plus de la moitié des résidents (54 %) y sont très dépendants (en GIR 1 et 2). Les besoins en soins médicaux mesurés par le PMP (Pathos moyen pondéré) ont également fortement progressé, passant de 180 en 2010 à 209 en 2018.

<sup>[4]</sup> Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Cette fonction, dont la quotité est normée par l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles (CASF), s'est imposée comme l'un des cadres structurant le fonctionnement d'un Ehpad, au côté du directeur. Ses missions portent principalement sur l'admission des résidents, l'organisation de la qualité et de la sécurité des soins, avec une fonction de formation et d'encadrement technique des personnels. Le médecin coordonnateur assure également une fonction de coordination gériatrique, notamment avec les intervenants extérieurs, et de contrôle des prescriptions de médicaments. Ses attributions ne comprennent pas le suivi individuel des résidents, sauf cas particuliers.

<sup>[5]</sup> Les aides-soignants font les toilettes mais ne sont pas habilités à distribuer des médicaments sauf si délégation leur a été donnée pour le faire.

<sup>[6]</sup> En 2019, selon le baromètre de l'absentéisme et de l'engagement, la France présentait un absentéisme de 5,11 %.

<sup>[7]</sup> Rapport Grand âge et autonomie remis par Dominique Libault le 28 mars 2019, rapport intitulé Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, remis par Myriam El Khomri le 29 octobre 2019, Rapport de mission sur les USLD et les Ehpad des Pr Jeandel et Guérin de juin 2021.

<sup>[8]</sup> Le plan de mobilisation comprenait 16 objectifs recouvrant un coût annuel estimé à 825 M€. La partie revalorisation salariale n'était prévue qu'à hauteur de 170 M€ et se concentrait sur la remise à niveau des rémunérations inférieures au Smic. Il comprenait également un programme national de lutte contre la sinistralité et l'amélioration de la qualité de vie au travail, une simplification des formations, la possibilité de progressions de carrière. Ces mesures n'ont que peu avancé.



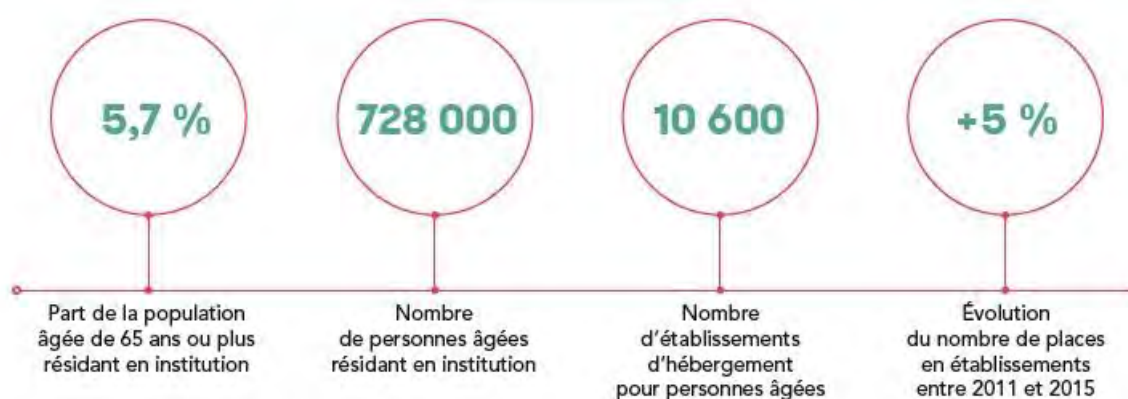


# L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT

## LES CHIFFRES CLÉS

L'enquête de la DREES menée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a lieu tous les quatre ans. Elle permet de décrire les caractéristiques des structures, de suivre la mise en place de différents dispositifs et de mesurer les caractéristiques des résidents et du personnel qui y travaille. Les résultats des enquêtes EHPA permettent notamment de mieux connaître les conditions de fin de vie des résidents, d'avoir des informations sur l'accessibilité géographique des établissements ou encore de mesurer les difficultés de recrutement en EHPAD. Ces données sont essentielles pour analyser les politiques publiques menées en direction des personnes âgées en apportant des éléments chiffrés sur l'ensemble du champ médico-social, au niveau national et régional.

### LES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT FIN 2015

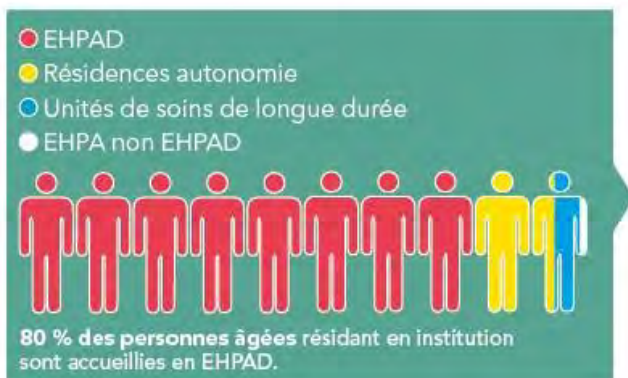


Sources > Enquêtes auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011 et 2015, DREES ; Recensement de la population (Estimations 2015), INSEE.

## LES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉTABLISSEMENT

DREES  
SOCIAL

### NOMBRE DE PLACES SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT FIN 2015



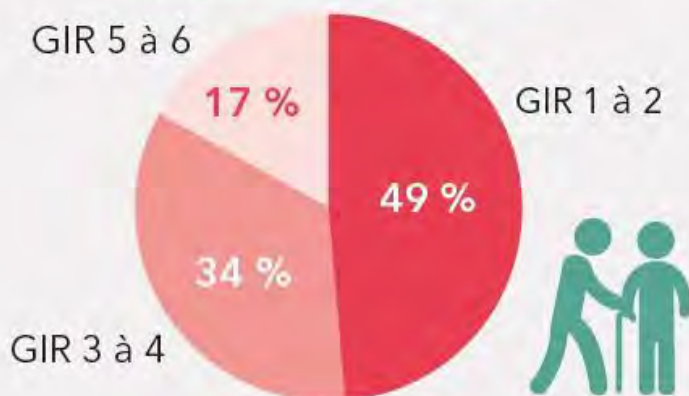
## LES RÉSIDENTS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

DREES  
SOCIAL

### PROFIL DES PERSONNES RÉSIDANT EN INSTITUTION



### NIVEAU DE DÉPENDANCE DES RÉSIDENTS



### LES 6 NIVEAUX DE DÉPENDANCE, SELON LA GRILLE « AGGIR\* »

- GIR 1 à 2 : état de dépendance totale ou sévère
- GIR 3 à 4 : état de dépendance légère ou modérée
- GIR 5 : état de dépendance très légère
- GIR 6 : Personnes totalement autonomes

\*Autonomie gérontologie groupes iso-ressources

## BESOIN D'AIDE DANS LES GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Part des résidents confrontés à une perte d'autonomie partielle ou totale\*



\*Hors résidences autonomie

## ENTRÉES ET SORTIES D'ÉTABLISSEMENT EN 2015





# LE PERSONNEL ET LES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT EN ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES



## EFFECTIFS DANS LES ÉTABLISSEMENTS



**500 000 personnes** travaillent en établissements soit 430 000 personnes en équivalent temps plein (ETP)



**87 % du personnel** sont des femmes

### Part des femmes dans chaque profession



## TAUX D'ENCADREMENT

Effectifs de personnel en ETP pour 100 places



## DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT EN EHPAD

**Ensemble du personnel**  
**44 % des EHPAD**  
déclarent rencontrer des difficultés de recrutement



**Aide-soignant**  
**9 % des EHPAD**  
ont au moins un poste non pourvu depuis plus de 6 mois.

**Médecin-coordonnateur**  
**10 % des EHPAD**  
ont un poste non pourvu depuis plus de 6 mois

# LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)



## RÉPARTITION DES EHPAD SELON LEUR STATUT



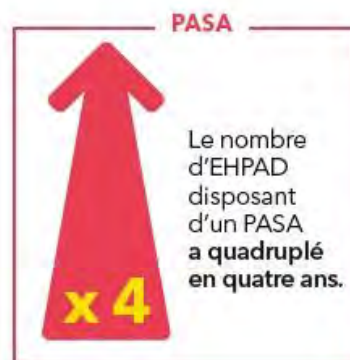
Note du jury : ces pourcentages ne reflètent que des ordres de grandeur.

## HABILITATION À L'AIDE SOCIALE



\*Sans habilitation, les tarifs varient de 56,20 euros à 79,80 euros, selon le type d'établissement.

## LES ACCUEILS SPÉCIFIQUES EN EHPAD



\*PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés ; \*\*UHR : Unités d'hébergement renforcées.



Les résultats des enquêtes EHPA sont disponibles sur :  
[http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath='P,432,587](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath='P,432,587)  
 Pour en savoir plus sur l'enquête EHPA :  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques>

Conception : Agence mdi&id