

# **LES EHPAD AUJOURD'HUI**

***Ce que nous avons entendu***



## TABLE DES MATIERES

L'association des anciens conseillers économiques, sociaux, environnementaux des Pays de la Loire Et sa contribution à la réflexion du CESER.....	5
<i>De l'humain</i> - Citations d'auteurs sur la vieillesse .....	7
Enjeux et défi .....	9
<i>Ce que nous avons entendu</i> – Synthèse .....	11
<i>Ce que nous avons entendu</i> – Extraits d'interviews .....	17
 <i>Annexes</i>	
Les EHPAD de l'enquête.....	25
Données générales au niveau national .....	26
Données générales au niveau régional.....	28
Remerciements .....	31



## **L'association des anciens conseillers économiques, sociaux, environnementaux des Pays de la Loire**

### **Et sa contribution à la réflexion du CESER**

L'association est née du désir de poursuivre, à sa façon, la pratique d'une vie collective exceptionnelle que crée un CESER, lieu de brassage de personnalités de tous horizons, réunies pour faire œuvre de réflexion commune sur la chose publique, dans un esprit de dialogue et d'ouverture.

Dans le prolongement de cette pratique, l'association s'intéresse aux sujets d'intérêt régional, et naturellement aux travaux du CESER. Elle effectue des visites de territoires, s'intéressant aux réussites exemplaires qui font le dynamisme des Pays de la Loire, aussi bien d'ordre économique que culturel, ou autre.

Plus encore, depuis cette année, comme l'a proposé Jacques Bordreau, Président du CESER, elle s'est engagée à apporter sa contribution à la réflexion du CESER en faisant remonter des informations sur différents sujets et préoccupations, en apportant des pistes de réflexion ou d'études.

**Inaugurant cette démarche, l'association s'est centrée sur la problématique des EHPAD, à partir des faits suivants, préoccupants, que chacun a pu observer :**

- les difficultés croissantes à financer le séjour en EHPAD, tant pour les pouvoirs publics que pour les résidents ou leurs familles,
- les dépendances de plus en plus lourdes à prendre en charge avec l'allongement de la vie,
- le manque d'attrait manifeste, aujourd'hui, pour travailler en EHPAD, en tant qu'aides-soignants tout particulièrement.

Afin de recueillir les informations, il a été décidé de réaliser une série d'interviews de directeurs d'EHPAD, dont le président, pour la Loire-Atlantique, de la Fédération des associations des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées. Quatorze établissements ont ainsi été examinés sur le territoire des Pays de la Loire (cf. annexe).

Le présent recueil d'informations et de réflexion arrive opportunément pour apporter sa contribution, qui consiste à appeler l'attention sur la crise, choquante, que traversent les EHPAD aujourd'hui. Cette crise conduit en effet le gouvernement à présenter à l'automne, en Conseil des ministres, une grande loi sur la dépendance, reprenant les principales recommandations du rapport remis en mars par le haut-fonctionnaire Dominique Libault (Aux dernières nouvelles, le projet de loi serait reporté au printemps 2020).

De nombreux débats auront donc lieu, notamment sur l'organisation du parcours de santé, sur les financements, leur montant et une juste répartition des efforts nécessaires.

Voici donc notre contribution, informative : *ce que nous avons entendu*. Nous ne serons jamais trop nombreux à contribuer à la mise en place d'une politique permettant d'assurer une qualité de vie digne à ceux à qui nous devons tant...



## ***De l'humain...***

Citations d'auteurs sur la vieillesse  
*généralement empreintes de tristesse*

*N'être plus écouté : c'est cela qui est terrible lorsqu'on est vieux.* Albert Camus

*On a, jeune, des larmes sans chagrins ; vieux, des chagrins sans larmes.* Joseph Roux

*Quand on vieillit, les colères deviennent des tristesses.* Henry Millon de Montherlant (La reine morte)

*Quand je cesserai de m'indigner, j'aurai commencé ma vieillesse.* André Gide (Nouveaux prétextes)

*La vieillesse est une voyageuse de nuit : la terre lui est cachée ; elle ne découvre plus que le ciel.*  
Chateaubriand (Vie de Rancé)

*Les jeunes vont en bandes, les adultes en couples, et les vieux tout seuls.* Proverbe suédois

*Si jeune que l'on soit, le jour où l'on perd sa mère, on devient vieux tout à coup.* Alexandre Dumas, fils

Enfin, un mot sur l'accueil, ce vers quoi aller, autant que possible :

*Accueillir quelqu'un, c'est lui ouvrir la porte de son cœur, lui donner de l'espace.* Jean Vanier

(source : blog Maison Retraite Actualités, excepté / J. Vanier)



## **ENJEUX ET DEFI**

*Aujourd'hui, la France compte 1,5 million de personnes de 85 ans et plus. A l'horizon 2050, elles seront près de 5 millions.*

*En 2016, près de 7 500 EHPAD accueillent plus de 600 000 personnes âgées. Et près de 760 000 personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiaient des prestations d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile.*

*Ces quelques chiffres donnent la mesure des enjeux et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre société.*

*Source : DREES*

## **TERMINOLOGIE**

**Qu'est-ce-qu'une personne âgée dépendante?** La dépendance se dit de «l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière» (définition retenue par la loi du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées, de 60 ans ou plus).

**La dépendance est mesurée à partir d'une grille nationale d'évaluation** de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Cette grille permet un classement en six «Groupes iso-ressources» (Gir) : sont qualifiées de dépendantes les personnes des Gir 1 à 4, les Gir 5 et 6 regroupant celles qui le sont très peu ou pas du tout.



## LES EHPAD AUJOURD'HUI

### *Ce que nous avons entendu*

## SYNTHESE

### ***Des préoccupations majeures***

Sur la base d'un questionnaire, 14 directeurs d'EHPAD ont été contactés. D'après leurs déclarations, leurs préoccupations majeures portent sur la difficulté croissante de trouver du personnel qualifié, et en particulier des aides-soignants. Viennent ensuite, les financements accordés par l'Agence Régionale de Santé et le Département qui ne permettent pas, à leur avis, d'assurer pleinement des services de bonne qualité. Les autres questions portent sur les effectifs, le prix de la journée, la vie des résidents.

Les réponses reçues ont permis de dresser un tableau de la situation des EHPAD, dont nous avons conscience qu'il ne peut être que partiel au vu de l'échantillon et tant le domaine est complexe. Néanmoins, nous souhaitons que cette étude permette un éclairage sur la vie des résidents, et qu'il ouvre des pistes pour en améliorer le contenu.

### ***Une situation qui a basculé progressivement depuis 20 ans***

Les EHPAD ont connu au cours des vingt dernières années une transformation profonde liée principalement à l'élévation de la moyenne d'âge des résidents et, à une dépendance de plus en plus prononcée. Avant les années 2000, on entraînait en bonne santé et plus jeune dans *les maisons de retraite*. D'où, l'évocation d'un directeur qui se souvient du seul résident possédant une canne ! Le personnel soignant avait plus une vocation d'accompagnement et de compagnie que d'assurer des fonctions de soins et d'hygiène corporelle.

De ce fait, la profession d'aide-soignant était recherchée, les vocations nombreuses et les candidats se bouscuaient pour obtenir une formation et le... diplôme. Dans les années 90, le FONGECIF (Fonds de formation interprofessionnel) au vu du nombre de demandes a dû refuser les dossiers présentés pour des personnes souhaitant changer de métier!

Aujourd'hui, il en va tout autrement, les organismes de formation ne font pas le plein. De ce fait, ils deviennent moins exigeants sur les motivations et les qualités nécessaires à l'exercice du métier. D'où le risque de trouver sur le marché du travail des personnes en décalage avec les impératifs de la fonction, et cela pour de nombreuses années.

Pour les aides-soignants nouvelle génération, le CDD correspond généralement à leur souhait. Le CDI qu'ils refusent le plus souvent ne représente pas à leurs yeux une garantie de carrière. Ils y voient une certaine contrainte pour changer d'établissement si l'expérience s'avère négative. Le CDD leur permet une liberté d'action dans un domaine où l'offre est permanente.

En fait, tout se passe comme si cette profession représentait pour la plupart un salaire d'appoint. En règle générale, les établissements n'ont plus de candidatures, Pôle emploi est absent faute de proposition, l'intérim devient la seule porte d'entrée qui d'ailleurs tend récemment à se fermer. Reste le recours au personnel étranger, mais, là, demeure l'équivalence des diplômes.

### ***Les causes de cette situation reposent sur plusieurs facteurs***

Une rémunération estimée comme insuffisante, pour des tâches considérées comme ingrates et souvent pénibles à réaliser dans des temps de plus en plus courts (faute de personnel suffisant). Une vision quasi-permanente de la douleur, voire de la fin de vie. Des efforts physiques à déployer pour assurer des transferts, avec comme conséquence le mal de dos et des douleurs aux membres supérieurs, les épaules notamment. Malgré cela, les directions sont unanimes à reconnaître les mérites des personnes en charge des résidents, qui dans des cas extrêmes vont jusqu'à prendre sur leur temps de repos pour assurer le remplacement de collègue absent.

Ces difficultés de recrutement concernent non seulement les aides-soignants, mais aussi d'autres métiers sous tension. C'est le cas notamment des cuisiniers dont le remplacement pendant les week-ends et les congés devient difficile, surtout dans nos régions où ce personnel est attiré par les perspectives offertes sur le littoral atlantique.

Enfin, les menaces qui pèsent sur les emplois aidés inquiètent plusieurs directeurs qui avaient trouvé par ce biais la possibilité d'assurer des services indispensables à la communauté.

Dans un tout autre domaine, certains EHPAD souhaitent passer du tarif partiel (couverture des frais de soins plus limitée) au tarif global, ce qui permettrait d'assurer un meilleur suivi médical et d'offrir des prestations en rapport avec certaines pathologies. Il est regrettable, que cette initiative se heurte à la difficulté de fidéliser, voire de trouver, ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

### ***Un taux d'encadrement des résidents qui paraît très insuffisant, au cœur de situations très tendues et parfois particulièrement choquantes***

Selon *les plans nationaux de solidarité grand âge*, le taux d'encadrement idéal est de 0,8 et même de 1, dans le cas de résident souffrant de la maladie d'Alzheimer. En ce qui concerne les EHPAD auditionnés au cours de la présente enquête, ce taux est loin d'être atteint, il est en moyenne de 0,59 avec de fortes disparités. A cela, s'ajoute un absentéisme moyen de 14% dans les EHPAD ainsi auditionnés, avec des pics qui obligent à des recours d'urgence.

Les causes sont multiples : maladie, accident du travail, maternité, congés parentaux... Ces absences croisées engendrent des dysfonctionnements préjudiciables aux résidents, en particulier ceux présentant un lourd handicap. Le recours à du personnel de remplacement doit se faire le plus souvent sans réelles garanties. Ces aides-soignants qui viennent de l'extérieur sont parfois insuffisamment formés, mais surtout, méconnaissent le fonctionnement de l'établissement, les pathologies et les habitudes des résidents. Aussi, faut-il un temps d'adaptation, qui se traduit par un manque d'efficacité et du temps perdu.

Cette situation a pour conséquence, un échelonnement de certains soins en fonction du temps disponible. L'intervalle entre deux douches augmente, l'attention portée au résident diminue, le climat social se dégrade. Certes, il s'agit là de certains établissements, mais le péril est en marche.

### ***Et des facteurs aggravants***

Autre sujet de préoccupation pour les directeurs d'EHPAD, certains salariés refusent de se déclarer en arrêt maladie, afin de ne pas perdre les trois jours de carence retenus par la sécurité sociale. Cette attitude compréhensible pour des salariés dont les revenus sont déjà faibles, a pour conséquence des risques accrus de développement de maladies contagieuses aussi bien pour le personnel que pour les résidents.

S'agissant du mal de dos déjà mentionné, les directeurs s'emploient à trouver des solutions afin de faciliter la tâche des soignants. Le rail de transfert apparaît comme une bonne solution, mais très peu d'établissements l'utilisent faute de moyens financiers. A l'heure de la robotisation. Il serait regrettable que les personnes âgées ne bénéficient pas de l'évolution des techniques, assurant pour elles même un meilleur bien être et permettant ainsi de soulager le travail du personnel soignant.

Les EHPAD à établissement unique doivent faire face à une difficulté majeure lorsque le personnel administratif est indisponible (maladie en général). Se pose alors pour le directeur l'obligation de trouver du personnel de remplacement pour toutes les tâches qui incombent à l'établissement (paie du personnel, exploitation des dossiers résidents, factures, achats, courrier, etc.) Il a été suggéré la possibilité d'une mutualisation dans ce domaine. Pour le bon fonctionnement des EHPAD concernés cette question mérite d'être posée.

### ***Des efforts louables pour offrir des conditions de vie meilleures***

L'entrée en EHPAD représente souvent pour les nouveaux résidents un traumatisme consécutif au changement de vie. Ce changement, surtout lorsqu'il est subi, a pour conséquence un repli sur soi-même. Les établissements en tiennent compte, en accompagnant dans un premier temps les nouveaux arrivés dans leur nouvelle vie. Par la suite, l'intégration dans la vie collective est d'autant plus facile que l'EHPAD est organisée autour de centres de vie.

L'animation sous toutes ses formes est le principal facteur d'intégration. L'établissement doit être en mesure de présenter un ensemble cohérent de loisirs et de distractions, sous la houlette d'un animateur dont la tâche est essentielle dans ce domaine : jeux collectifs, ateliers de mémoire, interventions d'artistes en tous genres, bals, sorties collectives, accueil de classes enfantines etc.

La présence de bénévoles dans certains EHPAD apporte un soutien complémentaire important. Les situations sont diverses : alors que certains établissements reçoivent la visite de nombreux bénévoles, pour beaucoup d'autres, le bénévolat ne se manifeste pas ou peu.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de l'appui du bénévolat justifie le développement d'une information auprès de la population en capacité d'apporter soutien ou connaissances, et un contrat moral sur le contenu entre la direction et les intervenants.

La commission de repas mise en place dans la plupart des EHPAD est un bon exemple d'intégration. Elle permet aux participants non seulement d'émettre des suggestions, mais plus encore, elle oriente les choix en fonction des goûts et des habitudes de chacun.

Le Conseil de vie sociale prévu par les dispositions en vigueur est un lieu d'échange entre résidents, famille et direction d'établissement. Très souvent, malgré les sollicitations de la direction, les résidents ne souhaitent pas participer aux travaux, sans doute par crainte de s'impliquer. Malgré cela, les directeurs dans leur ensemble considèrent que ce Conseil fonctionne bien, grâce à l'implication des familles.

La plupart des EHPAD visités disposent d'espaces verts, ce qui permet aux résidents qui le désirent de profiter des bienfaits d'une promenade. En ville, faute de terrain disponible, ce n'est pas toujours le cas.

***Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est reconnu comme une nette amélioration de la gestion des EHPAD, mais reste encore à améliorer***

Les sommes affectées ne permettent pas de répondre entièrement aux besoins, plusieurs directeurs se plaignent de l'insuffisance de ressources. Le CPOM étant négocié pour une durée de cinq ans, les sommes attribuées sont identiques chaque année pendant toute cette période, l'établissement recevant chaque année 1/5 de la dotation. Le niveau de dépendance de l'EHPAD est retenu une fois pour toutes lors de l'année de négociation, ce qui oblige certains établissements à privilégier, en amont du CPOM, des entrées de résidents en Gir 1 à Gir3, afin de se préserver des aléas à venir. En règle générale, une renégociation n'est pas possible, sauf dans des cas spécifiques comme la mise en place d'un plan de redressement, le changement de périmètre du CPOM, la prorogation d'une année supplémentaire. L'idéal pour certains EHPAD serait de pouvoir renégocier entre-temps, si besoin est, en vue d'un réajustement possible.

***Le prix de la journée constitue un point crucial pour l'intéressé et la famille***

L'enquête révèle des différences importantes qui sont liées à la nature de l'établissement, lucratif ou non, public ou non, à la localisation, aux services rendus. Néanmoins, mis à part les écarts extrêmes, 50 à 91 €, les prix s'échelonnent entre 59 et 69 €, ce qui représente pour les intéressés une somme en moyenne de + ou - 2000 €, à comparer à la moyenne mensuelle des retraites de 1500 € dont la progression stagne depuis plusieurs années. Pour l'année 2019, les ministères de la santé et des finances ont, par arrêté, fixé à 1,25 % l'augmentation maximale du prix des prestations d'hébergement.

Pour les plus démunis, une aide sociale est versée par le Département aux EHPAD pour assurer leur hébergement, mais en compensation, le Département prélève 90% des revenus du résident, auxquels s'ajoute éventuellement une participation de la famille (enfants, petits-enfants). Bien que ce dernier prélèvement soit pondéré en fonction des revenus, certaines familles ont parfois de réelles difficultés pour en assurer le versement. Les EHPAD ont certes à cœur de gérer au mieux leur budget, néanmoins, il est clair que le vieillissement de la population, le manque d'autonomie des résidents et la recrudescence des maladies neurodégénératives obligeront les établissements à augmenter leurs tarifs, en décalage avec le coût de la vie et plus encore avec les retraites versées.

Le prix d'hébergement est fixé librement pour tout nouvel entrant lors de la signature du contrat. Ce prix varie ensuite dans la limite d'un taux établi chaque année par arrêté ministériel (voir ci-dessus) pour les résidents présents dans l'établissement. Ainsi, d'année en année, du fait du turnover des résidents, l'augmentation du prix de la journée pourrait progresser plus rapidement que le prévoit l'arrêté ministériel, d'autant que la durée moyenne de séjour ne dépasse pas les 4-5 ans.

Le Département de Loire Atlantique offre aux EHPAD la possibilité de souscrire une convention d'aide sociale par laquelle il s'engage à verser directement à l'établissement une aide sociale dont le montant est fixé annuellement. L'EHPAD est par ailleurs libre de fixer un prix de journée pour les autres résidents. Cette disposition propre à la Loire-Atlantique, quelque peu différente du cas général, aurait semble-t-il un écho favorable auprès des autorités compétentes en vue d'une éventuelle évolution des dispositions au plan national.

***Il est aujourd'hui démontré que les listes d'attente ne sont plus d'actualité sous leur forme traditionnelle.***

Les directions des EHPAD n'y prêtent guère attention, d'autant que les candidats ou leurs familles s'inscrivent à plusieurs établissements. Certes, cette liste existe encore plus ou moins étoffée, mais la méthode de sélection qui se généralise consiste à la décision prise en commun entre le médecin coordonnateur, l'infirmière, le directeur et parfois le psychologue. Il existe souvent une liste dite prioritaire pour des personnes nécessitant une entrée rapide compte tenu de leur pathologie. L'entrée d'un futur résident est aussi liée à la recherche d'un bon équilibre entre les différentes pathologies existantes dans l'établissement

Le site via-trajectoire permet de trouver plus facilement la maison de retraite correspondant aux désirs et besoins du futur résident. D'après des EHPAD interrogés, les futurs résidents utiliseraient de plus en plus ce site, mais la mise à jour ne serait pas toujours au rendez-vous.

***La durée de vie dans les établissements concernés varie de 2,5 à 5 ans***, ce qui a pour conséquence un renouvellement continu au sein des EHPAD, la moyenne d'âge varie suivant les établissements de 83 à 89 ans.

***L'augmentation croissante du nombre de personnes désorientées conduit à réclamer la création d'unités de services spécifiques, dotées du personnel nécessaire***

**UPAD** (unité pour personnes âgées désorientées), **PASA** (pôle d'activité et de soins adaptés), **UHR** (unité d'hébergement renforcé), **USLD** (unité de soins de longue durée) : autant de structures pour personnes âgées affectées de la maladie d'Alzheimer.

Chacune de ces structures a une vocation précise, mais dans les EHPAD visités les directions s'efforcent de gérer au mieux l'hébergement des personnes concernées : autrement dit, les dispositions mises en œuvre répondent davantage aux moyens dont dispose l'établissement en terme de personnels et d'infrastructures qu'aux caractéristiques propres aux unités spécifiques (PASA, UHR, etc.).

De ce fait, en pratique, ou bien l'EHPAD dispose d'une unité spécifique, fermée ou non, dotée du personnel nécessaire, ou bien l'établissement prend en charge au mieux les personnes désorientées parmi les autres résidents, ce qui n'est pas sans difficultés...

C'est pourquoi plusieurs établissements réclament une unité spécifique, demandes justifiées par l'augmentation croissante du nombre de personnes désorientées.

**Enfin, en guise de conclusion,** alors que l'on demandait au président, pour la Loire-Atlantique, de la Fédération des associations des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, de dire en un mot ce qu'il souhaitait souligner à la fin de l'interview, celui-ci a spontanément déclaré : *le dévouement et la qualité du travail de tous ceux qui entourent les personnes âgées dans les EHPAD, en dépit de toutes les difficultés que l'on rencontre !*

## LES EHPAD AUJOURD'HUI

### *Ce que nous avons entendu*

## EXTRAITS D'INTERVIEWS

*Il s'agit, par thématiques, de réflexions marquantes des directeurs des EHPAD visités*

### I / LES MOYENS EN PERSONNEL

#### I.1 / DIFFICULTES

##### I.1.1 / Recrutement

- *Problème majeur : le recrutement d'aides-soignants, et **le pire réside dans les remplacements d'été**. Il est difficile de trouver des personnes formées.*

- ***L'établissement ne reçoit presque plus de candidatures spontanées et les organismes d'intérim ne peuvent plus répondre aux besoins.***

- *La principale des préoccupations : les difficultés croissantes à recruter des aides-soignantes, voire du personnel de restauration. Il apparaît peu d'engouement pour ces tâches considérées ingrates et peu rémunérées. **Impossibilité de recruter une veilleuse de nuit.***

- ***Pôle emploi répond qu'il n'y a pas de candidat, malgré les avantages qu'offre mon EHPAD**, en particulier un 13<sup>ème</sup> mois, voire un 14<sup>ème</sup> dans certains cas. On en déduit que les gens préfèrent rester chez eux.*

- *Le personnel aide- soignant est en nombre insuffisant, les soins de proximité ne sont pas assurés comme on le souhaiterait, **à titre d'exemple la douche assurée auparavant chaque semaine tend à s'approcher des 15 jours**, ceci en relation avec l'augmentation progressive des personnes de moins en moins autonomes.*

***Par ailleurs, ne disposant que d'une seule personne pour l'accueil l'après-midi, le matin n'est pas assuré.** Quant au service administratif, détenu par une seule personne, des problèmes se posent en cas d'absence, d'autant que la réglementation est de plus en plus complexe avec notamment l'établissement des feuilles de paie, avec en plus, récemment, le prélèvement à la source. Toute absence de cet agent administratif a de graves conséquences. **Face à cette impasse, l'instauration d'une mutualisation administrative des EHPAD serait nécessaire.***

*En conclusion on constate une moindre attractivité des aides-soignantes pour leur métier, il en résulte, un nombre insuffisant de personnes exerçant cette profession, pour une partie peu formée.*

**Il s'agit d'une démotivation qui s'accélère ; refus d'un CDI, de travail pendant le week-end, les jours fériés et l'été.** Le recours à l'intérim est la règle. Dans la mesure où le métier d'aide-soignante ne devient plus attractif, le risque est majeur pour le fonctionnement des EHPAD. **Le recours au personnel étranger commence à s'instaurer, mais il existe une difficulté quant à l'équivalence des diplômes.**

- Le problème majeur repose sur la gestion des aides-soignantes. On constate une désaffection croissante pour ce métier, contrairement aux années antérieures à 2000, où à l'inverse d'aujourd'hui, les candidates se bousculaient pour entrer en formation. **On observe un refus de plus en plus marqué pour un travail à temps plein, les trois CDI proposés ne trouvent personne.** Paradoxalement, l'intérim est la voie royale pour trouver du personnel, les CDD sont la règle. **Fort heureusement pour l'EHPAD, la place de Nantes permet d'avoir pendant la période des congés des élèves infirmières et des étudiants en médecine, sans quoi, le fonctionnement de l'EHPAD poserait de graves problèmes.**

**Cette situation a de nombreux impacts sur les résidents, ces aides-soignantes qui viennent de l'extérieur sont généralement peu formées et méconnaissent le fonctionnement de l'établissement.** Elles ignorent les conditions de vie et les habitudes des résidents, aussi leur faut-il un temps d'adaptation qui se traduit par un manque d'efficacité et du temps perdu.

- Difficultés de recrutement d'aides-soignants, dont **une des causes de désaffection pour ce métier, repose sur les informations négatives diffusées par les médias,** ce qui est particulièrement dommageable. Face à cette situation, la direction n'a d'autre recours que l'intérim, Pôle emploi ne diffusant aucune offre. L'absentéisme vient amplifier ce phénomène, l'établissement ayant comptabilisé 3000 journées d'absence en 2018, en particulier des congés maternité.

- Beaucoup de difficultés à recruter en raison des contraintes de travail et de faibles rémunérations. **Salaires bloqués de 2010 à 2016. Pas de Convention Collective – mais rémunération 10% au-dessus de la valeur du point CC51.** Pour le plus grand âge il manque 12 salariés auprès des résidents

- **Il nous manque des infirmières et aides de soins (4 infirmières et 8 aides de soins). Difficultés surtout pour les agents hôteliers, augmentation des absences le jeudi soir et fin de week-end, problème de recrutement en juillet et août, appel à l'INTERIM**

- Difficultés de recrutement : **salaires, pénibilité, horaires atypiques.** Le personnel souffre de ne pas disposer de temps suffisant à consacrer aux résidents. **Avec plus de personnel nous pourrions sortir plus souvent les résidents à l'extérieur des bâtiments.**

#### 1.1.2 / Absentéisme

- **Progression de l'absentéisme, celui-ci cumulé représente 21,7%,** entre les causes de **maladie** (11%, 1050 journées en 2018) des **accidents de travail** (2,6%, 174 journées) auxquelles s'ajoutent les **congés maternité et parentaux.** Pour compenser ces absences, le directeur fait appel à des remplaçants extérieurs, à l'intérim et au pire en sollicitant le personnel volontaire pour prendre sur ses jours de repos.

- pour les arrêts de maladie ordinaire, l'absentéisme est plus important parmi les personnels de remplacement que parmi les personnels titulaires.

- **Le mal de dos est la cause principale des accidents du travail**, mais aussi en partie des arrêts maladie ; pour y remédier au moins en partie, la direction a commencé à **mettre en place un système sur rails pour assurer le transfert des patients** au lieu de l'appareil de levage utilisé précédemment. Ce dispositif permet à l'aide-soignante une plus grande facilité de mouvements autour du lit du patient.

- **Il y a de plus en plus de maladies professionnelles (gestes et postures, charges répétées).**

## 1.2 / SOUHAITS

- **Une meilleure reconnaissance du personnel par des salaires adaptés.** Une revalorisation de la valeur du point est cruciale à partir du moment où cette valeur ne suit pas la courbe d'augmentation du SMIC. Sinon, progressivement, les échelons au bas de l'échelle des classifications ne sont plus reconnus, de fait, perdant ainsi les valeurs qui s'attachent aux métiers répertoriés.

- **Augmentation de la demande d'accompagnement et de présence humaine.**

Personnel : plus de personnel qualifié.

- **Plus de temps à consacrer aux résidents**

- **Les trois jours de carence sont dangereux** : pour le personnel qui travaille même étant malade et les résidents, car la qualité du travail en pâti. **On essaie de trouver des moyens de récupération physique pour le personnel.**

- **Revalorisation du statut des aides-soignants en EHPAD**

## II / LE FINANCEMENT

- C'est l'ARS qui fixe le prix de journée en fonction du PMP (Pathos Moyen Pondéré) et du GMP (Gir Moyen Pondéré) de l'établissement (Nota : le Pathos Moyen Pondéré sert à mesurer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des polypathologies des résidents).

- **Un budget alloué par l'ARS en-dessous des besoins réels.**

- **Il n'y a pas de négociation avec l'ARS. Les sommes sont attribuées sans que l'on puisse intervenir.**

- L'ARS exige la mise en place des projets en amont, sans que nous ayons connaissance de l'accompagnement financier qu'elle peut apporter.

- Le tarif partiel appliqué pour un EHPAD est insuffisant (Nota : sa couverture des frais de soins est plus limitée), il faudrait un tarif global.

- Le prix de la journée est de 60,72 € en 2018, auquel il faut ajouter le ticket modérateur APA mutualisé pour l'ensemble des résidents, de 5,45 €, soit au total 66,17 €. Il est à noter que l'aide sociale est de 54,11 €, ce qui a pour conséquence de créer une distorsion avec le prix de journée. **Actuellement l'aide sociale s'adresse à 23 à 30% des résidents suivant les périodes. Il est évident que l'équilibre du budget de l'EHPAD doit prendre en compte cette importance pour fixer le prix de la journée.**

- **Tout en reconnaissant une nette amélioration de la gestion avec l'entrée en vigueur du CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) il apparaît néanmoins que les sommes affectées ne permettent pas de répondre entièrement aux besoins.** Le CPOM étant négocié pour une durée de 5 ans, les sommes attribuées sont identiques chaque année pendant toute cette période l'établissement recevant chaque année 1/5 de la dotation. Le niveau de dépendance de l'EHPAD est retenu une fois pour toute lors de l'année de la négociation, ce qui oblige l'établissement à privilégier, en amont du CPOM, des entrées de résidents de GIR 1 à GIR 3, afin de se préserver des aléas à venir. L'idéal, serait de pouvoir négocier, si besoin est, chaque année en vue d'un réajustement possible.

- Injonctions contradictoires : plus de qualité mais moins de financement (du fait d'une augmentation tendancielle des dépenses).

**Le PMP de la région des Pays de la Loire (Pathos Moyen Pondéré, que l'ARS utilise pour fixer le prix de journée) est l'un des plus bas de France. Le modèle d'évaluation du PMP est à revoir. Il peut facilement induire des sous-financements.**

Alors que le Conseil départemental arrête le prix de journée dès février, il faut attendre le mois de juin pour connaître les dotations arrêtées par l'ARS.

- Pas de soucis avec l'ARS

- **Il manque la mise en place d'une plate-forme à l'ARS Pays de la Loire, alors que cela existe dans d'autres régions, pour la recherche de documents supports obligatoires.**

**Accompagnement de l'ARS trop éloigné.**

### III / SOUHAITS ET INITIATIVES EXPRIMES FAVORISANT DE MEILLEURES CONDITIONS DE VIE POUR LES RESIDENTS

#### **Obtenir un climat plus serein et propice aux échanges**

- On essaie d'assurer un meilleur équilibre, entre les personnes autonomes et dépendantes, une bonne mixité.

#### **Favoriser les rencontres entre générations**

- Notre établissement offre la particularité de disposer d'une crèche ouverte en avril 2010. Elle est gérée par l'EHPAD. Elle accueille une vingtaine d'enfants âgés de moins de 3 ans, ce qui valorise et favorise les rencontres entre générations où grands et petits sont acteurs et bénéficiaires. Le terrain de jeu des enfants permet également aux personnes âgées de pouvoir bénéficier d'espaces verts, l'établissement n'en disposant pratiquement pas par ailleurs.

#### **Mettre en place une offre plus complémentaire**

- On souhaite intégrer le handicap : accueil de jour – résidence seniors – une seconde unité Alzheimer. Un parcours de soins plus complet.

- Nous souhaitons la mise en place d'une unité UHR (Unité d'hébergement renforcé) pour offrir un service à la fois sur place (plus facile pour la famille) et disponible (offre adaptée en nombre).

### IV / LES EQUIPEMENTS

- Nous avons beaucoup de matériel mais l'idéal serait d'avoir **des lève-personnes intégrés** dans chaque chambre. **Cela progresse mais c'est un lourd investissement.**

#### **Quelques établissements sont toutefois très bien équipés :**

- L'établissement est particulièrement bien équipé, tant pour les résidents que pour les personnels : rails plafonniers dans les chambres – chaises de douches électrifiées – thalasso – vélo connecté.

- Equipement maximum. Toutes les chambres sont équipées d'un rail plafonnier pour l'utilisation des équipements, douche au lit, soulève-personne, verticalisateur, chariot pour faire la toilette au lit, fauteuil de douche hydraulique....



## ANNEXES

Les EHPAD de l'enquête .....	25
Données générales au niveau national.....	26
Données générales au niveau régional.....	28



## LES EHPAD DE L'ENQUETE

### 44

- **Les Tilleuls** (à Savenay) Origine religieuse  
Association Automne (plusieurs sites) 51 places

- **Saint Famille de Grillaud** (à Nantes)  
Association 1901 80 places

- **Anne de Bretagne** (à Nantes)  
Mutualité Retraite Assoc. 1901 80 places

- **Le Ploreau** (La Chapelle sur Erdre, près de Nantes)  
Association 1901 (11 ch Alzheimer) 91 places

- **Le Bois Hercé** (à Nantes)  
Association 1901 80 places

### 49

- **Sevret** (à Chemillé-en-Anjou, Saint-Georges-des-Gardes)  
Association 1901 66 places

- **Saint Joseph** (à Chenillé-Changé)  
Association 1901(8 Alzheimer) total 50 places

- **Saint Nicolas** (à Angers)  
Etablissement public 391 places

- **Les Hauts de Maine** (à Ecoflant et Feneu)  
Etablissement public 108 places

### 72

- **La Rose des Vents** (à Ruaudin)  
Etablissement privé (groupe de 7 établiss.) 80 places

- **La Souvenance** (au Mans)  
Association 1901 (plus 12 accueils jour) 84 places

- **EHPAD du CCAS site principal Joliot Curie** (au Mans)  
223 places

### 85

- **Le Havre du Payré** (Talmont)  
Etablissement public territorial 88 places

- **Sainte Marie** (à Talmont Saint Hilaire)  
Association 1901 55 places

# GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

## Démographie



**4,8 millions**

de personnes de 85 ans et plus en 2050.

**x3,2**

augmentation du nombre de personnes de 85 ans et plus entre 2017 et 2050.

## Perte d'autonomie



**2,2 millions**

de personnes en perte d'autonomie en 2050, contre 1,3 million en 2017.

**40%** des personnes qui décèdent en France ont connu la perte d'autonomie.

## Dépenses publiques



**30 Mds €**

consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie en 2014, dont 80% de dépenses publiques.

## Métiers du grand âge



**830 000** équivalents

temps plein employés auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

**63%** des EHPAD déclarent avoir au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus.

## Accompagnement à domicile



**760 000** personnes âgées bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

**60%** des bénéficiaires de l'APA vivent à leur domicile.

## Accompagnement en EHPAD



**21%** des personnes de plus de 85 ans vivent en établissement.

**7 573** EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents.

**50%** des places en EHPAD dans le secteur public, 28% dans le secteur privé non lucratif, 22% dans le secteur privé lucratif.

## Aidants



**3,9 millions** de personnes apportent une aide régulière à un proche de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de santé.

## Manque d'informations



**72,5%** des Français jugent qu'ils sont mal informés des dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

## Reste à charge



**60 € / mois** : reste à charge moyen après aides et crédit d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à son domicile.

**1 850 € / mois** : reste à charge moyen après aides et réduction d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant en EHPAD.

## Hôpital



**33%** des patients hospitalisés pendant l'année 2017 ont plus de 65 ans.

**40%** des personnes de plus de 80 ans ont connu au moins un séjour hospitalier en 2017.

## Isolement

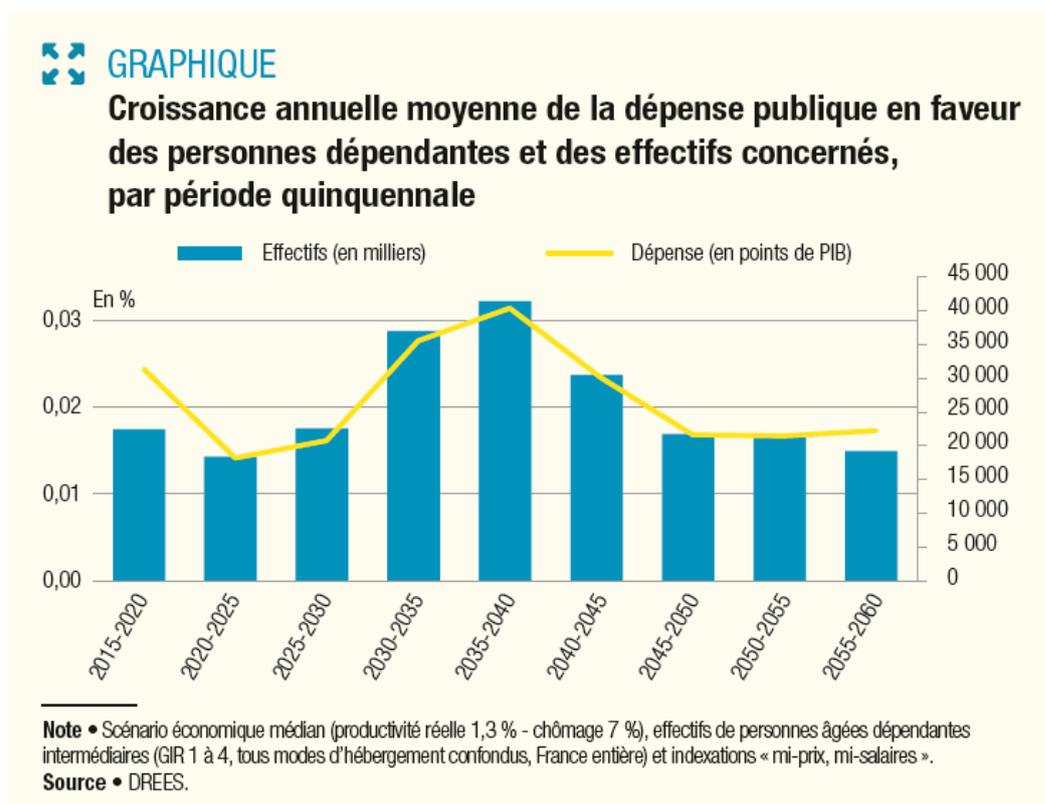


**50%** des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical actif.

## Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 (Source : DREES)

Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentent 30,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Évaluée dans une optique de surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses de santé, de prise en charge de la perte d'autonomie et d'hébergement.

Selon le scénario de référence choisi pour cette étude, la dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, et la dépense totale doublerait presque à 2,78 points de PIB. Les plus fortes évolutions seraient observées de 2030 à 2045, pour des raisons démographiques.



## **Données régionales, problématique, plan d'action de l'État coconstruit avec les acteurs locaux**

*(Introduction du document de synthèse, établi en juin 2018 par l'Agence Régionale de Santé, relatif au Plan d'accompagnement à la transformation des EHPAD (PACT-EHPAD))*

Tout comme à l'échelle nationale, l'évolution de la population ligérienne devrait se caractériser par **une augmentation importante de la part des personnes âgées** (+ 130 000 personnes âgées de plus de 75 ans, représentant près de 12% de la population régionale d'ici 2027).

De plus, le souhait majoritaire des personnes âgées de vieillir à domicile induit une évolution du type de public accueilli en EHPAD et des besoins d'accompagnement. En effet, en lien avec une **entrée plus tardive en EHPAD**, le niveau de dépendance des nouveaux résidents s'accroît. Ce niveau élevé de dépendance, ainsi que la proportion croissante de résidents présentant des troubles cognitifs et des polyopathologies, **interrogent le positionnement des EHPAD**, lieux de soins et de vie, et conduisent à un alourdissement de la charge de travail, particulièrement des aides-soignants.

**Le climat de travail en EHPAD s'en retrouve fragilisé.** En effet, les taux de fréquence et de gravité des accidents du travail sont deux fois et demi plus élevés que dans tous les autres secteurs confondus ; le taux d'absentéisme en EHPAD s'établit à 11% sur le plan régional, en 2016.

Les difficultés rencontrées par le secteur se traduisent par **une problématique générale d'attractivité vers les métiers de la gériatrie**. Enfin, cette évolution s'inscrit dans un contexte plus global de réforme du secteur, susceptible d'exacerber les tensions dans certaines structures, appelant la mise en œuvre de mesures de court et de moyen termes sur le plan national et régional.

### **Plan d'action de l'État, coconstruit avec les acteurs locaux**

**Ainsi, la feuille de route de la Ministre** des Solidarités et de la Santé, publiée le 30 mai 2018, est constituée d'une double approche, visant à améliorer dans l'immédiat la qualité de vie des personnes âgées mais aussi à anticiper et faire face au défi de la perte d'autonomie :

- Donner la priorité à la prévention, à domicile comme en établissement
- Répondre aux besoins croissants de soins médicaux et pérenniser le financement des établissements
- Soutenir les professionnels
- Préparer l'avenir : la France au rendez-vous de 2030

Sur le plan régional, **le Projet Régional de Santé 2018-2022**, élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur, accorde une attention particulière aux enjeux du vieillissement de la population ligérienne et se traduit par la mise en œuvre d'un plan régional spécifique d'accompagnement à la transformation des EHPAD (PACT EHPAD), coconstruit et coordonné entre les partenaires institutionnels (**Conseil Régional**, Conseils

Départementaux et CARSAT) et les acteurs du secteur (fédérations, représentants d'usagers et des salariés)

Ce plan s'articule autour des axes suivants :

- Refonder la politique d'accompagnement des ressources humaines en EHPAD
- Assurer une veille régionale et un accompagnement des EHPAD en difficulté
- Accompagner l'évolution des projets de soin au regard de l'évolution du public accueilli
- Renforcer la territorialisation des EHPAD et ancrer l'EHPAD dans la Cité : vers la définition de nouveaux modèles

**Il représente un accompagnement financier de l'ARS de 22,5M€ en 2018.**

---

## **AUTRES REPERES EN DONNEES CHIFFREES, PAYS DE LA LOIRE / FRANCE**

**47 000 lits en EHPAD Pays de la Loire** en 2015 (INSEE)

*Plaquette ARS, «Personnes âgées en Pays de la Loire – Les chiffres clés», publiée en 2017 :*

**- Part des plus de 75 ans vivant en institutions : plus forte en Pays de la Loire**

- en France 9,7%
- en Pays de la Loire 13,1%

**- Taux d'équipement en EHPAD : plus important en Pays de la Loire**

- en France 100%
- en Pays de la Loire 133%

**- Taux d'équipement en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**

- en France 19,7%
- en Pays de la Loire 18,5%

**- en France 1 place de SSIAD pour 5,1 en EHPAD**

**- en Pays de la Loire 1 place de SSIAD pour 7,16 en EHPAD**



## **REMERCIEMENTS**

***Remerciements les plus sincères aux directrices et directeurs d'EHPAD, pour leur accueil, leur disponibilité et leur soutien à notre démarche***

Xavier RELANDEAU, EHPAD Le Bois Hercé, président, pour la Loire-Atlantique, de la Fédération des associations des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

Christiane COTIRON, EHPAD Les Tilleuls

Annie FOREST, EHPAD Anne de Bretagne

Jean GETIN, EHPAD Sainte Famille de Grillaud

Christophe ROQUEBERT, EHPAD Le Ploreau

Christian Frémondrière, EHPAD de Sevret

Jean PETTINI, EHPAD Les Hauts de Maine

Dominique VIANNAY, EHPAD Saint-Joseph

Samuel TARLE, Directeur-Adjoint, Hôpital Saint-Nicolas

François-Xavier BONTE, EHPAD La Rose des Vents

Nawal CHRITA, Directrice adjointe, EHPAD La Souvenance

Catherine BRUISEAU, EHPAD Public du Mans, site Joliot-Curie

Frédéric LEDUC, EHPAD Le Havre du Payré

Didier SIONNEAU - Président et Geneviève POTEREAU - directrice, EHPAD Sainte-Marie - Talmont-Saint-Hilaire

***Merci aux membres de l'association mobilisés pour la réalisation de ces travaux***

Marcel RETAILLEAU Président de l'association

### *Enquêtes*

Christian GALMARD

Jean KNAUF

Denis LIQUET

Liliane MAINGARD

Robert PERTUE

Etienne PETIT

Marcel RETAILLEAU

Bernard VINSONNEAU

### *Rédaction*

Jean KNAUF

Christian GALMARD

