



# Vieillir dans la dignité

**Marie-Odile Esch**

2018-13  
NOR : CESL1100013X  
Mardi 24 avril 2018

# JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2015-2020 – Mardi 24 avril 2018

## **VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ**

Avis du Conseil économique, social et environnemental  
présenté par

**Mme Marie-Odile Esch, rapporteure**

au nom de la

**Section des affaires sociales et de la santé**

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 27 février 2018 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un projet d'avis intitulé : *Vieillir dans la dignité*. La section des affaires sociales et de la santé, présidée par Mme Aminata Koné, a désigné Mme Marie-Odile Esch comme rapporteure.



p. **12** **AVIS**

Synthèse de l'avis

p. **8**

<b>Introduction</b>	12
<b>I - PRÉVENIR, ANTICIPER ET FINANCER LA PERTE D'AUTONOMIE</b>	13
<b>A - Agir collectivement sur les facteurs de risque</b>	13
<b>B - Financer la perte d'autonomie</b>	15
<b>II - ADAPTER L'OFFRE D'HÉBERGEMENT ET DE SERVICES AUX BESOINS ET AUX ATTENTES</b>	17
<b>A - Permettre un vrai choix, réduire les inégalités entre les territoires</b>	17
<b>B - Donner aux EHPAD les moyens de leurs missions actuelles et futures</b>	18
<b>C - Soutenir les solutions alternatives</b>	20
<b>III - TRAVAILLER ENSEMBLE AUTREMENT POUR RÉPONDRE AUX EXIGENCES D'UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET DIGNE</b>	22
<b>A - Réaffirmer les droits des personnes âgées</b>	22
<b>B - Mieux insérer les établissements dans les territoires</b>	23
<b>C - Recruter et requalifier</b>	25
<b>Conclusion</b>	28
<b>DÉCLARATIONS DES GROUPES</b>	<b>30</b>
<b>SCRUTIN</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>50</b>
N° 1 Composition de la section des affaires sociales et de la santé	50
N° 2 Liste des personnes auditionnées	52
N° 3 Bibliographie	53
N° 3 Sigles	55



Depuis la réforme constitutionnelle de 2008, le CESE peut être saisi, par voie de pétition citoyenne, de toute question à caractère économique, social ou environnemental. Actuellement, ces pétitions doivent atteindre le seuil de 500 000 signatures en format papier pour être recevables par le Conseil. Sans attendre d'atteindre ce seuil et avant que la possibilité d'un recueil numérique des signatures, demandée par le Conseil, soit reconnue, le Bureau a pris la décision d'instaurer une veille des pétitions qui ne sont pas directement adressées au CESE. Des pétitions plus modestes peuvent en effet revêtir une certaine importance, témoigner de l'ampleur qu'un débat est en train de prendre, alerter sur un sujet émergent.

Le Conseil ne se saisit pas d'une pétition en particulier mais de la problématique soulevée par les pétitions identifiées sur un sujet donné, qui entre en convergence avec son champ de compétences. La question des EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), de leurs moyens humains et financiers, fait l'objet de plusieurs pétitions en ligne qui recueillent un nombre très élevé de signatures. La section des affaires sociales et de la santé du CESE a entendu les porteur.euse.s de 5 de ces pétitions, avant de préparer cet avis.

Par cette méthodologie inédite, le Conseil amplifie sa capacité à s'ouvrir aux citoyen.ne.s, à capter des expressions individuelles afin de leur donner une traduction collective.





# *Avis*

présenté au nom de la section des affaires sociales et de la santé

---

L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public  
par 135 voix et 18 abstentions.

---

## **VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ**

Marie-Odile Esch



## **AXE 1 : PRÉVENIR, ANTICIPER ET FINANCER LA PERTE D'AUTONOMIE**

### 👉 Agir collectivement sur les facteurs de risque

#### Préconisation n° 1

- Faire de la prévention un acte fort tout au long de la vie, notamment au travail, afin de limiter ou retarder les effets liés au vieillissement ;
- Évaluer la mise en œuvre interministérielle et dans les territoires du plan national pour la prévention de la perte d'autonomie, avec un double objectif : remobiliser tou.te.s les acteur.rice.s concerné.e.s ; identifier les besoins non financés et/ou les difficultés d'accès aux financements.

### 👉 Financer la perte d'autonomie

#### Préconisation n° 2

Conforter les conférences des financeur.euse.s, simplifier la mobilisation des différents dispositifs existants, accélérer la mise en place des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie et renforcer leur rôle dans la programmation des moyens de la politique départementale de l'autonomie.

#### Préconisation n° 3

Ouvrir sans tarder, parce qu'il relève de l'intérêt général et engage l'avenir de chacun.e, un large débat public sur les sources de financement de la prise en charge collective de la perte d'autonomie.

## **AXE 2 : ADAPTER L'OFFRE D'HÉBERGEMENT ET DE SERVICES AUX BESOINS ET AUX ATTENTES**

### 👉 Permettre un vrai choix, réduire les inégalités entre les territoires

#### Préconisation n° 4

Renouveler les études sur les disparités sociales et territoriales dans les plans d'aide et sur la base de leurs enseignements, confier à la CNSA le soin de réaliser, en lien avec les départements, un travail de rapprochement du niveau de l'APA.

## ➤ Donner aux EHPAD les moyens de leurs missions actuelles et futures

### Préconisation n° 5

Revaloriser immédiatement le tarif soin, compléter les critères pris en compte pour fixer les dotations aux EHPAD afin qu'au-delà du niveau de dépendance des résident.e.s et de leurs besoins en soin, soient intégrés les autres facteurs qui accroissent leur charge financière : des résident.e.s confronté.e.s à des difficultés sociales plus importantes, l'isolement géographique de l'établissement, une configuration des bâtiments ancienne, le coût du foncier...

### Préconisation n° 6

Assurer aux EHPAD des financements supplémentaires pluriannuels pour encourager les actions innovantes en matière de prévention, d'activités sociales ou culturelles, d'ouverture vers l'extérieur...

## ➤ Soutenir les solutions alternatives

### Préconisation n° 7

Réunir l'ensemble des acteur.rice.s impliqué.e.s pour déterminer les grands principes d'un financement solvable et pérenne des services d'aide à domicile, qui préserve l'égalité de traitement des personnes bénéficiaires.

### Préconisation n° 8

Lever très rapidement, y compris par le biais d'une négociation interprofessionnelle, les obstacles à l'utilisation effective des dispositifs d'aide aux aidant.e.s, notamment en déconnectant l'aide au répit des aidant.e.s du mécanisme de l'APA.

## **AXE 3 : TRAVAILLER ENSEMBLE AUTREMENT POUR RÉPONDRE AUX EXIGENCES D'UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET DIGNE**

## ➤ Réaffirmer les droits des personnes âgées

« C'est le regard de la société sur les personnes âgées qui doit évoluer, pour que la bientraitance, le droit d'être traité.e.s de manière digne, ne soit plus un débat mais une évidence »

## 👉 Mieux insérer les établissements dans les territoires

### Préconisation n° 9

Construire, à l'échelle du bassin de vie et en associant l'ensemble des partenaires sanitaires et médico-sociaux, un parcours coordonné qui intègre les différentes étapes du vieillissement et réponde aux besoins et aux attentes des personnes.

### Préconisation n° 10

Exploiter les instruments de la planification urbaine à disposition des collectivités territoriales pour anticiper l'implantation des nouveaux EHPAD en lien avec les besoins des populations.

### Préconisation n° 11

Étendre, dans la logique de l'accompagnement global promu par la loi ASV, la contractualisation à d'autres partenaires autour de deux objectifs :

- éviter les ruptures dans les parcours de soins (via des contrats avec les hôpitaux, les centres, maisons et pôles de santé) ;
- intégrer les EHPAD dans la vie sociale et culturelle (à travers des conventions liant les EHPAD aux communes, EPCI, établissements scolaires, établissements et associations culturels...).

## 👉 Recruter et requalifier

### Préconisation n° 12

Rendre immédiatement opposable pour l'ensemble des EHPAD, quel que soit leur statut, une norme minimale d'encadrement « au chevet » (aides-soignant.e.s et infirmier.ère.s) de 0,6 ETP pour un.e résident.e, tout en confirmant l'objectif du plan Solidarité-Grand âge d'un taux d'encadrement de 1 pour 1.

### Préconisation n° 13

Financer des postes d'accompagnant.e.s éducatif.ive.s, sociaux.ales et psychologiques pour intervenir auprès de la personne âgée, quel que soit son lieu de résidence.

## Préconisation n° 14

Réaménager les temps de travail des personnels pour leur assurer des conditions de travail décentes, garantir la présence d'un.e infirmier.ère de nuit et un.e médecin prescripteur.trice attaché.e à l'établissement.

## Préconisation n° 15

Inscrire parmi les priorités du dialogue social la revalorisation des métiers pour tirer les conséquences des évolutions des missions et rendre les statuts plus attractifs (prescription, encadrement, actes médicaux, temps de présence, formation pour l'accueil des personnes atteintes de démence sénile, etc.).

## Introduction

L'insuffisance des moyens humains et financiers des établissements accueillant des personnes âgées est au cœur des différentes pétitions qui conduisent aujourd'hui le CESE à interpellier les pouvoirs publics. Toutes mettent en exergue une organisation du travail dans les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en extrême tension. Toutes soulignent une très grave situation de sous-effectif et des conditions de travail dégradées. Toutes déplorent les conséquences de la récente réforme qui a changé les règles de tarification et d'allocation des ressources aux EHPAD. Toutes enfin s'accordent sur une même urgence : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes. Plusieurs parlent à cet égard d'un « choix de société ».

« *Situation indigne* », « *maltraitance institutionnalisée* », personnel « *à bout de souffle* », « *culpabilité du travail mal fait* »... : les termes employés dans les pétitions sont explicites. Ils sont ceux des personnels des EHPAD, dont la section a entendu plusieurs représentant.e.s. Ils sont aussi ceux de leurs employeur.euse.s, responsables d'établissements. Unaniment, ces professionnel.le.s du soin et de l'accompagnement déplorent une baisse des moyens qui frappent les plus fragiles et va rendre leur travail encore plus difficile.

Leurs pétitions portent en elles des enjeux financiers et sociétaux sur lesquels le CESE a pu se positionner. La place du.de la patient.e, le respect de ses droits et de sa volonté sont au centre des propositions formulées par le CESE dans son récent avis sur la fin de vie notamment en matière de soins palliatifs. Le CESE a en outre conduit plusieurs travaux sur la prévention, l'accompagnement et la lutte contre l'isolement des personnes tout au long de leur vie : tant leurs constats que leurs préconisations intègrent la problématique du vieillissement de la population. De la même façon, l'avis sur *Les déserts médicaux* du 13 décembre 2017 tire les conséquences du décalage croissant entre la demande de soins induite par le vieillissement de la population et l'offre de soins dans certains territoires. Enfin, le CESE avait, dans son avis sur *La dépendance des personnes âgées*, souligné que l'augmentation du nombre de ces personnes devait appeler des réponses nouvelles.

Dans son avis du 26 mars 2014, le CESE a favorablement accueilli le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (ci-après : ASV). Les orientations proposées, et notamment le choix d'une prise en charge globale et inclusive au-delà du seul accompagnement médico-social, lui semblaient pertinentes. Le CESE s'inquiétait toutefois des incertitudes pesant sur le financement de la perte d'autonomie, défi auquel la loi ASV ne répondait pas. Il déplorait en particulier que la question, déjà très prégnante, du financement des EHPAD soit reportée à plus tard. Les projections des dépenses de la perte d'autonomie à l'horizon 2060 récemment réactualisées confirment la nécessité d'une réflexion nationale sur le sujet.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement est entrée en vigueur il y a plus de deux ans. Pour autant dans la pratique, les progrès ne sont pas suffisants. Les changements ne sont pas à la hauteur de l'ambition affichée.

La crise actuelle signe à l'évidence un premier échec : l'offre d'hébergement et de services en direction des personnes âgées n'est pas adaptée aux besoins et aux attentes. Les EHPAD sont devenus les lieux d'accueil d'une population croissante, en perte d'autonomie

et dont les besoins médicaux sont de plus en plus importants. La réforme de leur tarification est au cœur des tensions et une réponse doit lui être apportée.

Il ne faut pas, pour autant, perdre de vue le contexte plus général et le double objectif affiché par la loi ASV : garantir aux personnes susceptibles d'entrer en établissement un accueil dans de bonnes conditions, mais aussi permettre aux personnes âgées d'exercer pleinement leur « libre choix », en donnant à celles et ceux qui le souhaitent les moyens de rester à domicile. La crise des EHPAD ne peut pas être isolée des difficultés de notre système de santé : elle est un miroir grossissant de ses limites. Pour le CESE, cela signifie qu'il faut lui apporter des réponses plus globales, dans une approche décloisonnée du médical, du social et du médico-social.

## I - PRÉVENIR, ANTICIPER ET FINANCER LA PERTE D'AUTONOMIE

### A - Agir collectivement sur les facteurs de risque

Parce qu'elle conditionne la possibilité de bien vieillir, la prévention de la perte d'autonomie constitue un enjeu important dans la prise en charge du vieillissement. Le CESE s'était félicité de la place qui lui était accordée dans la loi ASV. Il mettait toutefois l'accent sur la nécessité d'une action de prévention qui soit collective et ne se cantonne pas à la seule sphère médico-sociale.

Beaucoup se joue avant le vieillissement. Il doit donc s'agir, à travers la prévention dite « primaire » (tout au long de la vie), de peser favorablement sur les grands déterminants de la santé et de l'autonomie. Les comportements favorables à la santé, en termes d'alimentation, d'activités physiques et sportives par exemple, doivent être favorisés dès le plus jeune âge.

L'état des personnes âgées est souvent le reflet de leurs conditions de vie antérieures. Le travail compte parmi celles-ci. Les conditions de son organisation (le rythme, les horaires, la rémunération...), sont des éléments qui pèsent, positivement ou négativement, sur l'épanouissement personnel et la prédisposition des personnes à « bien vieillir ». Le suivi médical des salarié.e.s, l'évaluation des risques et des expositions auxquels les travailleur.se.s sont soumis.e.s tout au long de leur parcours professionnel sont impératifs pour prévenir la perte d'autonomie.

Les transitions professionnelles, le départ en retraite, produisent des effets majeurs sur la santé et le bien-être, dans leurs composantes physiques, sociales et mentales : ces changements, parfois brutaux, doivent être anticipés et qualitativement accompagnés.

L'avancée en âge couplée aux inégalités sociales, entraîne un risque accru de perte d'autonomie. Il est nécessaire d'identifier les personnes en risque de fragilité pour agir sur les difficultés d'accès aux soins, aux droits, aux dispositifs de prévention et réduire les inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge. Les travaux récents du CESE ont mis l'accent sur l'impact des ruptures (chômage, séparation...) et de l'isolement social sur la santé. Les populations vulnérables doivent faire l'objet d'un accompagnement renforcé.

Les inégalités sont également territoriales : c'est aussi pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie que le renforcement de l'offre de soins de proximité et la lutte contre les déserts médicaux sont des priorités. Au-delà, il faut agir sur l'ensemble de l'environnement de la personne. La proximité des commerces, des transports et des services réduit le risque d'isolement associé au vieillissement. Les résidences autonomie par exemple, ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, contribuent à la prévention ou/et au soutien. De même, des expériences innovantes d'habitats intergénérationnels ou/et participatifs, déjà mises en œuvre dans les territoires, ont prouvé leur efficacité en termes d'amélioration de la vie sociale et plus largement du bien-être des personnes âgées. Les sociétés coopératives d'intérêt collectif constituent une autre innovation organisationnelle intéressante, particulièrement dans les territoires ruraux. Associant par définition de nombreuses parties prenantes, elles répondent à un double besoin : maintenir l'offre de soins dans des territoires ruraux et favoriser le maintien des personnes âgées sur le territoire.

Ces innovations et expériences sont autant d'éléments de la « prévention secondaire » qui vise à limiter les pertes d'autonomie évitables. Elles montrent aussi que l'adaptation de la société au vieillissement de la population offre un potentiel de croissance et d'emplois, leviers d'insertion et de reconnaissance sociale. Elles dessinent des voies à suivre pour une meilleure visibilité des âgé.e.s, au-delà de la seule sphère médico-sociale. Elles contribuent aussi, comme le souhaitait le CESE dans sa première préconisation sur le projet de loi ASV, à « *changer le regard sur le vieillissement* ».

Le maintien du lien social et la lutte contre l'isolement étaient reconnus comme essentiels dans le rapport annexé à la loi ASV. Le déploiement du dispositif MONALISA était présenté comme une priorité. Cette démarche emblématique en direction des personnes âgées mobilise de nombreux acteurs, collectivités territoriales, associations et citoyen.ne.s et est considérée, dans plusieurs pays étrangers, comme un exemple. Or son financement public n'est pas garanti dans un cadre pluriannuel et le CESE ne peut que s'en inquiéter.

Adopté en septembre 2015, le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie affichait la volonté de progresser vers la « prévention globale » que le CESE appelle de ses vœux, en fixant un cadre et des objectifs. Il s'ajoute aux dispositions préventives d'autres instruments (plan Alzheimer, plan maladies neuro-dégénératives, plan dépression et prévention du risque suicidaire, plan cancer...). La multiplication de ces plans qui se superposent et font intervenir une pluralité d'acteurs, rend complexes et plus ou moins inopérants les circuits de pilotage, de coordination et de financement, retardant d'autant leur mise en œuvre.

## Préconisation n° 1

- Faire de la prévention un acte fort tout au long de la vie, notamment au travail, afin de limiter ou retarder les effets liés au vieillissement ;
- Évaluer la mise en œuvre interministérielle et dans les territoires du plan national pour la prévention de la perte d'autonomie, avec un double objectif : remobiliser tous les acteurs concernés ; identifier les besoins non financés et/ou les difficultés d'accès aux financements.

## B - Financer la perte d'autonomie

Les financements publics liés à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées s'élevaient à 21,8 milliards d'euros (source : CNSA 2017). Les dépenses de l'assurance maladie pour la prise en charge de la perte d'autonomie liées aux soins, dans les limites de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), forment un peu plus de 77% du budget de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Au total, les financements publics liés à la compensation de la perte d'autonomie représentent 70% des dépenses de la dépendance des personnes âgées. Les 30% restants correspondent à l'effort consenti par les ménages. Celui-ci est en réalité difficile à évaluer (il varierait entre 17 et 21 milliards d'euros selon les études). Les restes à charge, imputés au budget des ménages et à leurs descendant.e.s, sont constitués des dépenses d'hébergement après versement des aides personnalisées au logement et de l'aide sociale à l'hébergement, des dépenses liées à la perte d'autonomie non compensées par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). S'y ajoutent les dépenses de soins non couvertes par les régimes d'assurance maladie ainsi que les dépenses d'adaptation du logement non prises en charge par l'Agence nationale de l'habitat.

La CNSA a été créée en mai 2005 pour mieux identifier l'effort budgétaire national en faveur des politiques d'aide à l'autonomie (destinées aux personnes âgées mais aussi aux personnes handicapées). Son financement est très majoritairement dépendant de l'ONDAM médico-social. S'y ajoutent des recettes propres, constituées de la contribution de solidarité pour l'autonomie (due dans le cadre de la journée de travail non rémunérée dite « de solidarité », de 0,3% à la charge de l'employeur.euse ou sur la pension des retraité.e.s imposables), d'une part des droits de consommation sur les tabacs depuis 2015, d'une part de contribution sociale généralisée remplacée par un prélèvement social sur les revenus du capital en 2016 et depuis 2013, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie. Ces recettes sont mobilisées pour allouer aux départements les concours qui contribuent au financement d'une partie de l'APA. C'est aussi à la CNSA qu'il revient de répartir entre les Agences régionales de santé (ARS) les dotations destinées aux établissements et aux services médico-sociaux.

En instituant les conférences des financeur.euse.s, aujourd'hui en place dans l'ensemble des départements, la loi ASV a facilité la coordination. Parce qu'elles réunissent tous les contributeur.ice.s (les départements, les ARS, les caisses d'assurance, la Mutualité sociale agricole, les assurances retraites complémentaires, les Caisses primaires d'assurance

maladie...), les conférences peuvent s'appuyer sur les actions et circuits financiers de chacun.e et favoriser les effets de levier. On doit toutefois, à l'instar des députées Agnès Firmin Le Bodo et Charlotte Lecocq dans leur rapport sur l'application de la loi ASV, déplorer un niveau élevé de non-consommation par les conférences des financeur.euse.s des crédits qui leur sont alloués par la CNSA. Le CESE voit dans cette situation, d'autant plus paradoxale que les besoins sont bien réels, le signe d'une difficulté persistante dans la gouvernance des financements et la conduite des projets.

Composés notamment des représentant.e.s des personnes âgées, de leurs familles et de leurs proches aidant.e.s, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) doivent jouer un rôle à cet égard. La loi prévoit en effet la consultation de ces instances sur toute question relative à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques d'autonomie. Les CDCA sont loin d'être opérationnels dans l'ensemble des départements. Pour le CESE, il faut rattraper le retard et permettre aux CDCA de jouer pleinement leur rôle consultatif dans les orientations de la politique d'autonomie et la programmation des projets.

Au-delà, le débat sur le financement de la perte d'autonomie reste ouvert. D'ici à 2060, les effectifs des personnes âgées de 80 ans ou plus, particulièrement touchées par la perte d'autonomie, vont progresser plus rapidement que ceux des 60 ans ou plus. Les projections à l'horizon 2060, actualisées par la DREES en 2017, anticipent une très forte augmentation de la dépense publique pour la dépendance, dans ses trois dimensions : santé, prise en charge de la perte d'autonomie et hébergement. Les ressources qui sont actuellement affectées à la dépendance ne suffiront pas.

L'intervention d'organismes complémentaires est d'ores et déjà une réalité, mais elle n'est pas une solution accessible à tou.te.s. D'autres pistes doivent être identifiées. Plusieurs possibilités étaient énumérées par le CESE dans son avis sur la perte d'autonomie des personnes âgées de 2011. Considérant que la perte d'autonomie constitue un risque encouru par chacun.e, le CESE estimait que son financement devait continuer à reposer sur un socle essentiellement public et qu'il revient donc principalement à la solidarité nationale de l'assumer. Le CESE regrette que le débat sur la création d'un « cinquième risque » amorcé comme une importante réforme systémique, ait été abandonné.

## Préconisation n° 2

Conforter les conférences des financeur.euse.s, simplifier la mobilisation des différents dispositifs existants, accélérer la mise en place des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie et renforcer leur rôle dans la programmation des moyens de la politique départementale de l'autonomie.

## Préconisation n° 3

Ouvrir sans tarder, parce qu'il relève de l'intérêt général et engage l'avenir de chacun.e, un large débat public sur les sources de financement de la prise en charge collective de la perte d'autonomie.

## II - ADAPTER L'OFFRE D'HÉBERGEMENT ET DE SERVICES AUX BESOINS ET AUX ATTENTES

### A - Permettre un vrai choix, réduire les inégalités entre les territoires

La mise en place de l'APA, au 1<sup>er</sup> janvier 2002, avait marqué un changement dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Elle a permis de passer d'une logique d'assistance à une logique de prestation universelle (mais avec un montant modulé en fonction du revenu des bénéficiaires). Avec la loi ASV, l'APA est aussi devenue l'un des moyens du « libre choix », affiché comme une priorité. L'APA doit ainsi contribuer à donner à celles et ceux qui le souhaitent, les moyens de rester à leur domicile. Elle doit permettre aux autres de rejoindre un établissement dans des conditions financières accessibles.

En pratique, chaque demande d'APA donne lieu à une évaluation des besoins de la personne par une équipe médico-sociale du Conseil départemental, en considération du niveau de dépendance (GIR) de la personne bénéficiaire. Les montants des plans d'aide sont modulés dans la limite de plafonds, fixés à l'échelle nationale pour chacun des GIR. En revanche, la valeur du point GIR est arrêtée par chaque département. Un plan est dit saturé quand il atteint le plafond réglementaire. Pour le bénéficiaire, la saturation du plan d'aide produit une conséquence concrète : au-delà de ce plafond, il lui faudra prendre en charge les dépenses pourtant liées à la perte d'autonomie.

On le voit, le régime de l'APA est complexe : il existe un certain encadrement national (à travers le plafonnement des plans d'aide) mais les départements restent bien en première ligne. Plusieurs difficultés coexistent :

- **confrontés à l'augmentation du nombre des bénéficiaires de l'APA et à la diminution de leurs recettes, les départements réduisent le niveau moyen des plans d'aide.** Dans ces conditions, et même si la saturation du plan d'aide peut jouer défavorablement, la majoration du reste à charge est d'abord la conséquence des contraintes budgétaires des départements. La DREES a publié en mars 2016 une étude qui montre que, dans un contexte de baisse générale de leur niveau moyen, les plans d'aide étaient moins fréquemment saturés en 2011 (26%) qu'en 2007 (37%). Pour le CESE, les liens entre le niveau du plan d'aide, la fréquence des cas de saturation, le niveau de revenus des bénéficiaires, les territoires sont insuffisamment analysés, alors même qu'ils pourraient être riches d'enseignements sur les inégalités face à l'APA. Réalisée sur la base de données de 2011, l'enquête précitée de la DREES devrait être actualisée et complétée ;
- **la diversité des pratiques d'évaluation des besoins des personnes par les équipes départementales médico-sociales, produit des inégalités.** Chargée par la loi ASV d'une mission d'appui aux départements sur cette question, la CNSA a adopté un « référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants » que les professionnels sont désormais tenus d'utiliser (arrêté du 5 décembre 2016) ;

- **enfin, il persiste** à des niveaux plus ou moins importants selon les départements, **des obstacles techniques et administratifs à l'accès à l'APA** (difficultés d'adaptation des systèmes d'information dans les départements, complexité des démarches pour mettre à jour les ressources des bénéficiaires...).

Dans l'ensemble, le système en vigueur est facteur d'inégalités. La loi NOTRe (Nouvelle Organisation Territoriale de la République) a confirmé les départements dans leur statut de chef de file territorial de la politique de l'âge et du handicap. Leur droit de disposer librement de leurs ressources, constitutionnellement protégé, ferait vraisemblablement obstacle à une « centralisation » de l'aide à l'autonomie. Le CESE rappelle toutefois que la loi donne à la CNSA la mission de préserver l'égalité des usager.e.s sur l'ensemble du territoire national. Il faut aller au-delà du travail déjà réalisé avec les départements en ce qui concerne les méthodes d'évaluation des besoins. Ce sont maintenant les différences dans les niveaux des aides qu'il faut soit réduire soit justifier. Un socle de principes communs, intégrant les spécificités locales, parmi d'autres critères, pourrait être élaboré. Les différences entre les départements, dans la « valeur » du point GIR en particulier, devraient être motivées en référence à ce socle.

## Préconisation n° 4

Renouveler les études sur les disparités sociales et territoriales dans les plans d'aide et sur la base de leurs enseignements, confier à la CNSA le soin de réaliser, en lien avec les départements, un travail de rapprochement du niveau de l'APA.

## B - Donner aux EHPAD les moyens de leurs missions actuelles et futures

Les EHPAD sont devenus les lieux d'accueil d'une population en perte d'autonomie plus nombreuse et dont les besoins médicaux sont de plus en plus importants. Les résident.e.s présentent des pathologies complexes et une part de plus en plus grande d'entre eux.elles, souffre de troubles d'ordre psychiatrique. La crise actuelle montre que les modalités de financements des EHPAD ne leur permettent pas de faire face à ces évolutions.

La priorité donnée au maintien à domicile a contribué à une entrée en EHPAD plus tardive. Mais cette évolution est aussi la conséquence d'autres choix politiques et budgétaires. La réduction des capacités d'accueil des structures hospitalières compte parmi ceux-ci. Le nombre de places dans les USLD (Unités de soins de longue durée) qui accueillent des personnes très dépendantes, s'est par exemple fortement réduit ces dernières années. Pour les patient.e.s, ce mouvement - des structures hospitalières vers les EHPAD - s'est traduit par un reste à charge plus élevé.

Complexe, le financement des EHPAD reflète leur triple fonction : le soin, la perte d'autonomie et l'hébergement. Le forfait soins est directement versé à l'EHPAD par l'Assurance maladie et n'est donc pas supporté par le.la résident.e. Le tarif mensuel d'une place en EHPAD se calcule à partir du tarif dépendance et du prix hébergement.

Le tarif mensuel d'un EHPAD s'élevait en moyenne à 1 949 € en 2016. Il est à comparer au montant moyen de la pension de droit direct des retraité.e.s, qui atteignait fin 2015, 1 376 € par mois, inclus l'éventuelle majoration liée au nombre d'enfants élevé.e.s (DRESS, 2017). Les écarts dans les tarifs des différents établissements sont très importants. L'emplacement géographique est déterminant : les tarifs varient ainsi de 3 154 € à Paris à 1 612 € dans la Meuse, ce qui reflète certainement les différences dans le coût du foncier et de l'immobilier. Mais les différences sont aussi liées au statut juridique de l'établissement, avec une moyenne de 1 801 € pour les établissements publics, de 1 964 € pour les EHPAD non lucratifs, de 2 620 € pour les structures commerciales (CNSA, 2016).

Dans ce contexte, la réforme de la tarification des EHPAD avait pour objectif d'introduire plus d'objectivité dans la fixation des dotations et d'évoluer vers plus de convergence dans les tarifs en tenant compte du niveau de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes accueillies. Elle se heurte à plusieurs limites :

- **elle ne concerne pas la section « hébergement »** qui, de loin, contribue à la plus grande part du reste à charge devant être acquitté par le.la résident.e et/ou ses descendant.e.s (obligation alimentaire) ;
- **elle n'a pas pu atténuer les déséquilibres entre départements.** Certains d'entre eux ont refusé de l'appliquer. Elle ne remet pas en question le principe de la fixation, par les départements, de la valeur du point GIR (qui va de 5,68 € dans les Alpes-Maritimes à 9,47 € en Corse-du-Sud). Elle ne revient pas non plus sur leur compétence pour évaluer les besoins des personnes dépendantes et élaborer le plan d'aide ;
- **elle ne prend pas en compte certaines situations**, souvent financièrement défavorables aux établissements publics et associatifs non lucratifs. Ces spécificités peuvent par exemple être liées aux publics accueillis (plus ou moins défavorisés). Des charges supplémentaires peuvent également être la conséquence d'un taux d'encadrement plus important, d'une masse salariale plus élevée, de l'isolement géographique de l'établissement, d'une configuration ancienne des bâtiments....

De façon générale, la réforme n'intègre pas les caractéristiques de l'environnement de la personne accueillie, qui, au-delà de son strict niveau de dépendance et de son besoin en soins, peuvent être déterminantes dans l'évaluation de l'accompagnement dont elle a besoin.

Pour le CESE, la question de la tarification des EHPAD ne doit pas être déconnectée d'une réflexion plus large sur la place et le rôle que l'on veut donner à ces établissements. Un premier impératif est de parvenir à une évaluation plus juste de leurs besoins, sur la base d'une liste plus complète de critères. Au-delà, il s'agirait de les encourager, à travers des financements pérennes supplémentaires, à progresser vers un certain nombre d'objectifs. Une telle évolution permettrait de dessiner les missions et les caractéristiques que l'on voudrait, à l'avenir, donner aux EHPAD. Des actions de prévention, des actions de renforcement des liens sociaux, mais aussi des activités culturelles, pourraient ainsi être financées en direction des personnes résidentes mais aussi des non-résident.e.s, ce qui contribuerait à une plus grande ouverture de ces établissements sur leur environnement. Ces financements supplémentaires constitueraient un levier pour encourager des expérimentations qui si elles sont parfois déjà conduites dans certains établissements, reposent trop souvent sur des financements provisoires.

## Préconisation n° 5

Revaloriser immédiatement le tarif soin, compléter les critères pris en compte pour fixer les dotations aux EHPAD afin qu'au-delà du niveau de dépendance des résident.e.s et de leurs besoins en soin, soient intégrés les autres facteurs qui accroissent leur charge financière : des résident.e.s confronté.e.s à des difficultés sociales plus importantes, l'isolement géographique de l'établissement, une configuration des bâtiments ancienne, le coût du foncier...

## Préconisation n° 6

Assurer aux EHPAD des financements supplémentaires pluriannuels pour encourager les actions innovantes en matière de prévention, d'activités sociales ou culturelles, d'ouverture vers l'extérieur...

## C - Soutenir les solutions alternatives

La priorité au maintien à domicile pour celles et ceux qui le souhaitent, affirmée par la loi ASV, reste encore à concrétiser. Si un certain nombre d'outils ont été mis en place, le bilan demeure à ce stade en demi-teinte.

**La loi ASV affichait en premier lieu l'objectif de consolider le secteur de l'aide à domicile.** La réforme a d'abord été juridique, avec le passage d'un système d'agrément par les DIRECCTE (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) à un régime d'autorisation par les départements. La contractualisation entre les SAAD (Services d'aide à domicile) et les départements est encouragée (sans être obligatoire), via la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Néanmoins, il ressort des analyses disponibles (en particulier le rapport de mars 2017 du sénateur Georges Labazée) que la réforme n'a pas produit les résultats attendus. Les pratiques des départements divergent en termes de prise en charge, avec des tarifs de référence, des modèles de tarification, des terminologies différents. Certains départements ont été contraints par le contexte budgétaire défavorable à réduire le nombre de SAAD habilités, entravant ainsi la pluralité de l'offre, à l'encontre des objectifs de la loi ASV. Quant aux CPOM, ils restent peu mobilisés.

Dans ce contexte, le constat qui prévalait avant la loi ASV, celui d'un système en très grande fragilité économique, reste d'actualité. Le financement public des SAAD habilités et la « solvabilisation » des usager.ère.s dans le cadre de l'APA n'ont pas permis une amélioration de leur situation financière. Des fonds ont été versés à titre exceptionnel au secteur de l'aide à domicile, au titre du fonds de restructuration et du fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, mais il ne s'agit pas de solutions pérennes.

**Le soutien et l'accompagnement des aidant.e.s familiaux.ales et des proches aidant.e.s formait un autre axe majeur de la loi ASV.** Les professionnel.le.s de santé et de l'accompagnement ne sont pas toujours assez sensibilisé.e.s à la prise en charge des aidant.e.s et les plans d'aide ignorent trop souvent la situation des aidant.e.s familiaux.ales. La notion de « proche aidant.e » est désormais définie, avec notamment une clarification de la distinction entre les professionnel.le.s et les autres aidant.e.s. La loi a permis l'adoption de différentes mesures mais certaines d'entre elles demeurent difficiles à mettre concrètement en œuvre. Tel est en particulier le cas du « droit au répit » : défini dans le plan d'aide, en fonction du besoin évalué par l'équipe médico-sociale, il peut financer dans la limite de 500 euros, l'accueil de la personne aidée en hébergement temporaire dans un établissement, une famille, ou prendre la forme d'un relais à domicile. En réalité, les critères d'accessibilité sont restrictifs : la condition liée à la saturation du plan d'aide restreint le champ des bénéficiaires. La participation financière de la personne aidée, prévue par loi, ne correspond pas à la philosophie de ce dispositif fait pour soutenir les aidant.e.s indépendamment de la situation de la personne aidée. La mobilisation de cette aide est décevante. L'IGAS constate dans un rapport de septembre 2017 sur la mise en œuvre de la loi ASV que seul un tiers des conventions conclues entre les départements et la CNSA pour la modernisation de l'aide à domicile comprend un volet « aide aux aidant.e.s ».

De même, le congé de proche aidant.e, créé par la loi pour se substituer au congé de soutien familial, demeure peu utilisé. Les obstacles sont connus : ils tiennent à l'absence d'indemnisation, alors même qu'au-delà de la non-rémunération des temps de congé lui-même, les aidant.e.s qui utilisent ce dispositif pâtissent de ses répercussions sur leur évolution de carrière. La durée du congé, limitée à un an maximum est insuffisante (elle ne correspond pas à la durée moyenne de l'aide assurée par les proches). Enfin, le dispositif impose l'accord de l'employeur.euse pour prendre ce congé à temps partiel ou sous forme fractionnée.

La loi avait également instauré un dispositif d'accueil d'urgence de la personne aidée en cas d'hospitalisation de l'aidant.e, qui peut notamment être utilisé pour héberger temporairement la personne aidée. Elle doit faire l'objet d'une demande auprès du département mais elle est en réalité peu utilisée.

D'autres alternatives ne sont pas suffisamment facilitées. Outre les différentes formes d'habitats collectifs intergénérationnels, déjà mentionnées, le baluchonnage (qui permet de suppléer les aidant.e.s sur une période de plusieurs jours au domicile de la personne) devrait être doté d'un cadre juridique qui établirait les conditions de sa conformité au droit du travail.

## Préconisation n° 7

Réunir l'ensemble des acteur.rice.s impliqué.e.s pour déterminer les grands principes d'un financement solvable et pérenne des services d'aide à domicile, qui préserve l'égalité de traitement des personnes bénéficiaires.

## Préconisation n° 8

Lever très rapidement, y compris par le biais d'une négociation interprofessionnelle, les obstacles à l'utilisation effective des dispositifs d'aide aux aidant.e.s, notamment en déconnectant l'aide au répit des aidant.e.s du mécanisme de l'APA.

### III - TRAVAILLER ENSEMBLE AUTREMENT POUR RÉPONDRE AUX EXIGENCES D'UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET DIGNE

#### A - Réaffirmer les droits des personnes âgées

Trop souvent, les droits les plus élémentaires des patient.e.s ne sont pas respectés. Le CESE en est convaincu : la saturation des EHPAD, celle du système de santé en général, en sont les premières causes. Les pétitionnaires entendu.e.s par la section l'ont souligné : la maltraitance est avant tout « institutionnelle ». Elle est, dans toute sa violence, la conséquence de l'insuffisance des moyens humains et financiers, flagrante aussi bien dans les EHPAD que dans le secteur de l'aide à domicile. Le manque de personnels impose de réduire au strict minimum le temps passé avec chaque personne, pour sa toilette, ses repas, son habillement. Ce sont pourtant ces moments qui sont indispensables au maintien de la relation mais aussi au respect de la dignité des personnes. Les témoignages des professionnel.le.s entendu.e.s convergent : le rythme effréné, celui qui impose de faire des choix en privilégiant les urgences les plus évidentes, est contraire à la dignité des personnes. La bientraitance passe par la recherche de plus d'individualisation et de personnalisation et implique davantage de moyens. Dans son exercice quotidien, la prise en charge ne doit pas avoir pour effet d'accélérer la dépendance de la personne. Elle doit, bien au contraire, viser à prévenir l'aggravation de sa perte d'autonomie et à récupérer et/ou maintenir ses capacités.

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement partait d'une approche de la dignité des personnes âgées fondée avant tout sur le respect des droits fondamentaux. Le CESE avait soutenu ce choix : il précisait que la réponse « *relève moins de l'attribution de droits spécifiques à la personne âgée que de l'effectivité de ses droits de citoyen, y compris par une action en justice, pour les faire réparer* ». L'avis soulignait l'importance du respect des personnes âgées, rappelant leur droit fondamental d'être traitées comme des citoyennes à part entière, sans être discriminées. La personne âgée, même vulnérable, doit pouvoir faire valoir son choix de vie, notamment décider de son lieu de résidence et surtout être traitée avec dignité, quelle que soit sa situation (à domicile, en établissement, à l'hôpital, aux urgences...).

La sensibilisation et l'information des familles, des soignant.e.s, des professionnel.le.s concerné.e.s, est nécessaire. Elle doit se faire dans un cadre déontologique fort. Le CESE avait promu en 2014 un certain nombre d'actions visant à diffuser une culture de la bienveillance :

distribution de guides de bonnes pratiques, formation, efforts de communication avec les familles...

Au-delà de la reconnaissance des mêmes droits pour tou.te.s, c'est le regard de la société sur les personnes âgées qui doit évoluer, pour que la bientraitance, le droit d'être traitée de manière digne, ne soit plus un débat mais une évidence. Bien évidemment, cette culture de la bienveillance et cet objectif de respect de la dignité des personnes âgées supposent en tout premier lieu que notre société accorde à celles et ceux qui les accompagnent les moyens nécessaires.

## B - Mieux insérer les établissements dans les territoires

**Un premier enjeu concerne l'implantation des EHPAD sur le territoire national, qui doit mieux répondre aux besoins actuels et futurs des populations.** Dans son avis de 2014 précité, le CESE pointait déjà des disparités territoriales dans la prise en charge des personnes âgées. Les EHPAD sont plus nombreux dans les zones urbaines (55% des structures pour 60% des places en hébergement permanent). L'avis du CESE sur *Les déserts médicaux* de décembre 2017 relevait d'ailleurs que les difficultés d'accès au.e médecin traitant.e sur certains territoires concernent aussi les résident.e.s des EHPAD.

La création, la transformation ou l'extension d'un EHPAD recevant des financements publics répond à un appel à projets à l'initiative de l'Agence régionale de santé et/ou du Conseil départemental. Ces appels sont lancés sur la base de diagnostics, orientations et états des besoins réalisés au sein de chacun des territoires, définis dans le Plan régional de santé (PRS), dans les schémas départementaux (dont le Schéma gérontologique) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

La planification doit jouer un rôle essentiel et l'implantation des établissements, être abordée dans une perspective de long terme. Les ARS et les départements devraient intégrer systématiquement la diminution des disparités territoriales dans les priorités de leur programmation. Les collectivités territoriales peuvent quant à elles exploiter les possibilités ouvertes par le droit de l'urbanisme et les instruments de planification urbaine. L'objectif doit aussi être de concrétiser, dans les territoires, les principes de la loi ASV et notamment la priorité qu'elle donne aux besoins et aux choix des personnes âgées. Le parcours du vieillissement doit se construire à l'échelle du bassin de vie en articulant et en coordonnant mieux l'ensemble des offres locales.

**Il importe parallèlement de développer l'insertion des EHPAD dans les territoires et de les ouvrir sur la société, en les inscrivant dans les logiques de parcours de soin et d'accompagnement global que promeut la loi ASV.** La pratique de la contractualisation, déjà utilisée à travers les contrats d'objectifs et de moyens qui lient EHPAD, ARS et Conseils départementaux, gagnerait à être utilisée avec d'autres acteur.trice.s autour d'autres objectifs.

Pour le CESE, la contractualisation devrait en premier lieu être élargie aux partenaires locaux.ales de la santé. La signature par les EHPAD autonomes (c'est-à-dire non rattachés à un hôpital), d'une convention avec les établissements hospitaliers proches, permettrait d'organiser les conditions d'accès des résident.e.s aux services concernés, au besoin sans

passer par les urgences. De telles conventions pourraient aussi être établies avec les maisons, centres et pôles de santé pour organiser les visites régulières de certain.e.s spécialistes dans les EHPAD : gériatres, gérontopsychiatres, ergothérapeutes ou autres professionnel.le.s du soin et du bien-être. La mise en place et l'animation de ces partenariats relèverait de la mission du.de la médecin coordonnateur.trice de l'établissement, au titre de ses responsabilités dans l'organisation des soins.

La réponse ne doit pas être seulement sanitaire et pour le CESE, la contractualisation devrait être étendue aux champs social et culturel. Des partenariats pourraient être mis en place avec les communes ou les établissements publics de coopération intercommunale, mais aussi avec les établissements scolaires, les institutions et les associations culturelles. Dans leur aménagement, les équipements doivent intégrer la possibilité de créer des espaces partagés intergénérationnels qui favorisent des temps ou des activités communes entre enfants et personnes âgées. Il s'agirait, à travers la conduite de projets, de contribuer au lien intergénérationnel, à la transmission, au « changement de regard », à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées : autant de priorités qui sont au centre des différents avis portés par le CESE sur le thème de vieillissement.

## Préconisation n° 9

Construire, à l'échelle du bassin de vie et en associant l'ensemble des partenaires sanitaires et médico-sociaux.ales, un parcours coordonné qui intègre les différentes étapes du vieillissement et réponde aux besoins et aux attentes des personnes.

## Préconisation n° 10

Exploiter les instruments de la planification urbaine à disposition des collectivités territoriales pour anticiper l'implantation des nouveaux EHPAD en lien avec les besoins des populations.

## Préconisation n° 11

Étendre, dans la logique de l'accompagnement global promu par la loi ASV, la contractualisation à d'autres partenaires autour de deux objectifs :

- éviter les ruptures dans les parcours de soins (via des contrats avec les hôpitaux, les centres, maisons et pôles de santé) ;
- intégrer les EHPAD dans la vie sociale et culturelle (à travers des conventions liant les EHPAD aux communes, EPCI, établissements scolaires, établissements et associations culturels...).

## C - Recruter et requalifier

Les défis sont multiples et ne peuvent être séparés les uns des autres. **Ils concernent d'abord les effectifs.** Le constat a déjà été fait : qu'il s'agisse de personnel médical, social, d'animation ou encore des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les recrutements sont insuffisants. Les objectifs affichés dans le plan Solidarité-Grand âge de 2006, qui annonçait un taux d'encadrement de 1 pour 1 pour les plus dépendant.e.s et un ratio moyen de 0,57 à 0,65 par résident.e, sont loin d'être atteints. Selon les données de la CNSA, le taux d'encadrement médian est aujourd'hui de 61 Équivalents temps plein (ETP) pour 100 places, mais avec un taux d'encadrement inférieur à 43,8 pour 100 places pour 10% des échantillons. Encore plus alarmant, le taux d'encadrement au chevet du.de la résident.e tombe à 24,5 ETP pour 100 places et pour les infirmier.ère.s, à 6 ETP pour 100 places. Un premier impératif consisterait à définir un ratio opposable de personnel par résident.e, qui parte des besoins des résident.e.s.

### Préconisation n° 12

Rendre immédiatement opposable pour l'ensemble des EHPAD, quel que soit leur statut, une norme minimale d'encadrement « au chevet » (aides-soignant.e.s et infirmier.ère.s) de 0,6 ETP pour un.e résident.e, tout en confirmant l'objectif du plan Solidarité-Grand âge d'un taux d'encadrement de 1 pour 1.

**Les difficultés de recrutement sont la conséquence des conditions de travail et de leur pénibilité.** Les professionnel.le.s que la section a entendu.e.s l'ont souligné : le niveau croissant de la perte d'autonomie, les nouvelles pathologies, les tensions auxquelles sont soumis les établissements, mettent les agent.e.s face à une pression extrême. La pénibilité du travail est forte. Les troubles musculo-squelettiques sont fréquents. Cette pénibilité tient aussi aux fortes amplitudes horaires, aux journées coupées, aux congés annulés. Les accidents du travail sont nombreux et le taux d'absentéisme constaté dans le secteur est l'un des plus élevés. Les agent.e.s endurent les mauvaises conditions matérielles et financières de travail : autant d'éléments qui contribuent aux risques psycho-sociaux et à la souffrance au travail. Les personnels sont aussi confrontés à la déshumanisation inquiétante de la prise en charge, conséquence d'un rythme de travail qui ne laisse guère de place à la relation interpersonnelle. Ils expriment le sentiment d'un « travail déshumanisé » et leur « culpabilité du travail mal fait ». La reconnaissance sociale de professions largement féminisées est peu perçue, l'image des métiers est dégradée, alors que dans le même temps, l'identité et l'engagement professionnels restent très forts.

**Il faut reconnaître les compétences acquises au sein des EHPAD et les valoriser dans le déroulement des carrières.** Le CESE le soulignait dans son avis précité de 2011 : le secteur offre un potentiel d'emplois diversifiés, qu'il reste toutefois à rendre plus attractifs. Ce sont les responsabilités, les compétences, qu'il faut interroger, redistribuer. Les phénomènes de « glissement de tâches » sont une réalité. Ils sont directement liés au manque de personnels et c'est avant tout par le biais de recrutements qu'il faudra y être mis fin. Mais ces « glissements » sont aussi le signe que le partage des fonctions, les missions de chacun.e,

mériteraient d'être redéfinies. Le CESE fait le constat d'une sous-utilisation des compétences acquises par les professionnel.le.s de la santé. L'offre de formations, la requalification des métiers, la reconnaissance des acquis de l'expérience sont au centre des enjeux : elles doivent figurer parmi les priorités du dialogue social. Le CESE souhaite également que s'engage une réflexion sur les périmètres d'intervention des professionnel.le.s de santé.

Les médecins sont peu présent.e.s dans les EPHAD. Les autres professionnel.le.s ne peuvent exercer certains actes médicaux, même simples. Les responsabilités devraient être mieux partagées et des procédures allégées pourraient être mises en place, en lien avec le.la médecin traitant.e ou le.la médecin coordinateur.trice. Ce.cette dernier.ère devrait pouvoir bénéficier d'un véritable droit de prescription, justifié tant par des raisons de réactivité que par des raisons d'attractivité du métier, notamment en cas d'absence de médecin gériatre ou traitant.e au moment où, dans l'urgence, survient le besoin. Son temps de présence dans l'établissement devrait être étendu. Le droit du.de la patient.e de choisir son.sa médecin traitant.e doit être réaffirmé dans le cadre d'une information plus complète du.de la résident.e. Cela éviterait aussi de faire appel aux médecins urgentistes déjà surchargé.e.s.

L'infirmier.ère pourrait se voir reconnaître un certain droit à agir, en cas d'absence de médecins, sur prescription à distance, pour les soins les plus urgents ne nécessitant pas une pratique complexe ni à risque. Une meilleure définition du rôle d'encadrement intermédiaire de l'infirmier.ère permettrait aussi de fluidifier les relations entre les différent.e.s professionnel.le.s (aides-soignant.e.s, personnels d'animation...).

L'aide-soignant.e qui est le.la professionnel.le de proximité, devrait être plus accompagné.e à la fois en raison de la charge physique et psychologique que représente son activité, mais aussi du regard porté sur la personne âgée et ses besoins.

Le diplôme d'accompagnement éducatif et social instauré par le décret du 29 janvier 2016, en remplacement des diplômes d'auxiliaire de vie sociale (AVS) et d'aide médico-psychologique (AMP), a permis un premier changement. Des postes d'accompagnant.e.s éducatif.ve.s, sociaux.ales et psychologiques permettraient d'alléger la charge de travail des aides-soignant.e.s, de redéfinir les tâches des aides à domicile, dans une réflexion sur les missions de chacun.e.

Le renforcement de la médicalisation des EHPAD, avec par exemple un plateau technique permettant aux médecins et infirmier.ère.s de procéder à des actes médicaux, favoriserait à la fois le désengorgement des urgences, la valorisation des missions du personnel médical présent dans les EHPAD et rendrait la pratique plus attractive pour les jeunes médecins. En termes de pratiques innovantes, la télémédecine permet à la fois un plus grand confort pour les résident.e.s (transport, temps d'attente...) et une montée en compétence des soignant.e.s. Elle ne doit pas remplacer la consultation en présentiel, mais en être complémentaire.

C'est aussi au sein des EHPAD que doivent se concrétiser les préconisations du CESE en faveur d'un accroissement des moyens humains et financiers accordés aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie. La place donnée à ces questions dans la formation initiale et continue des professionnel.le.s de la santé et du soin doit être renforcée. La coordination

entre l'EHPAD et en particulier, le.la médecin traitant.e, doit aussi avoir pour objectif d'éviter les hospitalisations inappropriées survenant dans le dernier mois de la vie.

### Préconisation n° 13

Financer des postes d'accompagnant.e.s éducatif.ive.s, sociaux.ales et psychologiques pour intervenir auprès de la personne âgée, quel que soit son lieu de résidence.

### Préconisation n° 14

Réaménager les temps de travail des personnels pour leur assurer des conditions de travail décentes, garantir la présence d'un.e infirmier.ère de nuit et un.e médecin prescripteur.trice attaché.e à l'établissement.

### Préconisation n° 15

Inscrire parmi les priorités du dialogue social la revalorisation des métiers pour tirer les conséquences des évolutions des missions et rendre les statuts plus attractifs (prescription, encadrement, actes médicaux, temps de présence, formation pour l'accueil des personnes atteintes de démence sénile, etc.).

## Conclusion

Le système français de santé a favorisé une prise en charge médicale de haut niveau et reconnue comme telle. Ses limites sont identifiées. Il fonctionne trop largement en silos et n'évite pas les ruptures dans le suivi médical. Il ne favorise pas la prévention, dont notre société n'a toujours pas acquis la culture. Le vieillissement de la société, la prévalence des maladies chroniques, la pluri-pathologie, la perte d'autonomie sont autant d'évolutions qui le mettent à l'épreuve. Auditionnés par la section, les urgentistes Christophe Prudhomme et Patrick Pelloux ont montré combien un phénomène comme la saturation des urgences illustre les dysfonctionnements d'un système « à bout de souffle ».

Les EHPAD sont de fait des acteurs essentiels de l'offre de soin. La réflexion doit porter sur leur intégration dans le système de santé. Les améliorations passeront par les recrutements adaptés aux besoins des résident.e.s, une revalorisation des compétences, mais aussi par une meilleure coordination entre les professionnel.le.s, dans et en dehors de l'établissement.

Les solutions doivent être centrées sur l'accompagnement et le parcours de santé dans une approche globale. Les situations individuelles sont toujours singulières, l'état de santé des personnes est réversible, marqué par des améliorations et des dégradations : en ce sens, la notion de « parcours de vie » est centrale, parce qu'elle répond à cette réalité.

S'interrogeant sur la maison de retraite médicalisée de demain, le rapport annexé au projet de loi ASV indiquait : les établissements « *doivent mieux intégrer le projet de soin dans le projet de vie de la personne, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité du parcours de vie, tout en relevant les défis de la médicalisation* ». Cela est d'autant plus vrai que les générations à venir auront des attentes différentes mais seront aussi plus nombreuses à avoir vécu des contextes économiques dégradés, des situations professionnelles morcelées qui auront réduit d'autant leur autonomie financière.

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 laisse présager des orientations nouvelles. Adoptée fin mars 2018, elle définit le cadre de la politique de santé de la France autour de grands axes. Qu'il s'agisse de la prévention (axe 1), de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (axe 2), de la qualité, la sécurité ou la pertinence de la prise en charge (axe 3), de la place donnée aux usager.ère.s (axe 4), il est essentiel qu'elle se traduise par une amélioration du bien-être global des personnes âgées. Dans sa mise en œuvre, cette stratégie doit impérativement anticiper le long terme et s'inscrire ainsi dans un vrai choix de société.



## Agriculture

La problématique de la prise en charge du vieillissement et de la dépendance n'est pas nouvelle. Notre assemblée a déjà eu l'occasion de traiter ce sujet dans plusieurs avis dont le dernier, adopté il y a trois ans, portait sur le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. Aujourd'hui, c'est sous l'angle des moyens et des conditions de travail dans les EHPAD que nous sommes amenés à examiner cette question, *via* la veille mise en place sur les pétitions. Il est heureux que la société civile, que nous représentons, puisse se prononcer sur ce sujet difficile et complexe qui amène à nous interroger sur la façon dont nous traitons nos aînés car, pour citer Simone de Beauvoir, « *On reconnaît le degré de la civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées* ».

On peut vraiment s'interroger sur la place qu'accorde notre société à ses anciens, à la lecture des lourds témoignages de personnels d'EHPAD diffusés dans la presse ces dernières semaines alertant, qui du manque de moyens, qui du manque de temps pour dispenser quotidiennement les soins les plus élémentaires.

La réforme de la tarification des EHPAD visant à faire converger d'ici 2023 les budgets des établissements publics et privés a été l'élément déclencheur mettant en lumière les difficultés et les dysfonctionnements qui existaient depuis de nombreuses années. C'est pourquoi, nous saluons l'accord trouvé entre le Gouvernement et les principales fédérations d'EHPAD prévoyant la mise en place d'une mesure financière de neutralisation de la réforme pour cette année et l'année 2019 et permettant d'éviter que certains établissements voient leur recette réduite au titre du volet « *dépendance* ».

Au-delà, le groupe de l'agriculture soutient les préconisations de l'avis qui visent à augmenter le tarif soin des EHPAD, revaloriser le métier des personnels et développer les recrutements. Pour autant, il convient de s'interroger sur le coût et le financement de ces mesures et plus largement sur ceux de la perte d'autonomie car il n'est pas question d'alourdir les déficits sociaux et *in fine* la dette.

Quelques pistes ont déjà été évoquées, récemment encore par le Président de la République qui s'est déclaré ouvert à la mise en place d'une seconde journée de solidarité. Mais d'autres réflexions existent allant d'une prise en charge assurantielle obligatoire à l'instauration d'un cinquième risque de la sécurité sociale avec une prise en charge par la solidarité nationale. Il ne nous appartient pas de répondre maintenant à ces questions. C'est pourquoi nous soutenons vivement, à l'image de l'avis, l'ouverture à court ou moyen terme d'un débat public sur cette question du financement qui en raison du vieillissement de la population va mécaniquement accentuer les besoins en matière de dépendance.

Toutefois, en amont du traitement de notre vieillesse en établissement, il est important de travailler sur le maintien à domicile ou dans le cadre de vie, en aménageant au mieux les logements individuels voire des logements collectifs adaptés dans un environnement intergénérationnel familial. Le groupe a voté l'avis.

## Artisanat

Le signal d'alarme tiré par les personnels d'établissements pour personnes âgées a suscité une vive émotion et une mobilisation générale à travers la signature massive de pétitions citoyennes.

Ce mouvement, sur la base de laquelle cet avis s'est engagé, a alerté le CESE sur la sécurité, la santé et même la dignité de traitement de certains résidents en EHPAD.

Plus largement, il a mis à nouveau en lumière la question de la prise en charge de la perte d'autonomie et des difficultés bien réelles auxquelles sont confrontées de très nombreuses familles.

Ces dix dernières années, les politiques publiques n'ont pas réussi à aborder de manière globale l'évolution démographique de la population en concevant des réponses adaptées aux différentes étapes du vieillissement.

Face à ces enjeux, plusieurs leviers ont été soulignés par nos précédents avis et rappelés dans celui qui est aujourd'hui examiné.

Celui de la prévention du « *risque dépendance* », tout d'abord. Car au-delà de la prévention en santé, il est indispensable d'anticiper l'évolution des divers besoins inhérents à l'avancement en âge.

Dans ce cadre, les organismes de retraite ont un rôle important d'information et d'accompagnement à l'égard de leurs affiliés.

Pour favoriser le maintien à domicile, nous souhaitons également rappeler le caractère essentiel de l'environnement de vie des personnes âgées.

Nous pensons à la nécessaire adaptation du logement aux contraintes de l'âge, mais aussi à la présence d'une économie de proximité (artisans, commerçants notamment), pour faciliter leur accès aux besoins du quotidien et pour les prémunir contre l'isolement social.

La question de la réponse aux choix et aux besoins des personnes âgées est le second axe essentiel.

Le souhait de rester chez soi le plus longtemps possible – plébiscité par une large majorité de personnes – suppose, quand survient la perte d'autonomie, de bénéficier d'un accompagnement à domicile.

Or, cela pose la double question de la couverture de l'ensemble du territoire par ce type de services et de l'accessibilité financière à leurs prestations.

Et lorsque le logement de la personne n'est plus adapté à ses besoins ou à son état de santé, elle doit pouvoir intégrer un établissement, à proximité de son lieu de vie et de sa famille.

Mais encore faut-il qu'elle puisse être en mesure de financer son accueil en établissement.

C'est la question cruciale du financement de la dépendance. Aujourd'hui, en effet le coût d'un hébergement dépasse largement le montant d'une retraite moyenne ; quant à l'APA, elle varie fortement selon le lieu de domicile sachant que nombre de départements peinent à faire face aux demandes d'aides sociales.

# Déclarations des groupes

---

Si le groupe de l'artisanat soutient les préconisations de l'avis sur les EHPAD, il considère qu'au-delà de la réponse immédiate à fournir sur les moyens de ces établissements (sur laquelle un accord semble avoir été trouvé), une réflexion globale doit enfin être conduite sur les modalités d'une prise en charge financière pérenne de la dépendance.

Pour le groupe de l'artisanat, cette réflexion devra non seulement permettre d'évaluer l'ensemble des dispositifs existants, mais aussi tirer les conséquences de la nature universelle du « *risque dépendance* » dans la détermination de son assiette de financement, sans exclure la possibilité d'une couverture complémentaire par voie assurantielle dans des conditions à définir.

Le groupe de l'artisanat souhaite que ces principes puissent s'inscrire dans la réflexion annoncée par le Gouvernement sur la prise en charge de la dépendance. Il a voté l'avis.

## Associations et Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Plusieurs pétitions en ligne sur les conditions de vie et de travail dans les EHPAD ont recueilli un nombre très élevé de signatures. Ceci montre l'ampleur du débat et de la préoccupation des citoyens sur ce sujet et nos deux groupes se félicitent que le CESE soit à l'écoute de la société.

La tension dont témoignent les équipes professionnelles mais aussi les directions des EHPAD nous renvoie vers des questions essentielles pour notre société. Comment vieillit-on en France ? Dans l'isolement et la solitude ou accompagné et entouré ? Est-ce que l'on peut vieillir chez soi si on le veut ? Quels soins et quelles attentions nous sont prodigués lorsque les limitations fonctionnelles nous rendent dépendant des autres ? Enfin, comment et avec qui meurt-on ?

Nous avons entendu les équipes qui travaillent en EHPAD nous dire leur souffrance de faillir trop souvent aux exigences éthiques qu'elles portent, d'avoir le sentiment d'abandonner les personnes et de subir une déshumanisation de leur métier. L'organisation du travail mais surtout la pénurie de personnels au sein de ces établissements aboutissent en effet à des situations quotidiennes où le temps passé auprès de chaque résident, pour sa toilette, son habillage, ses repas, et ses soins, est régulièrement réduit au strict minimum. Cette cadence imposée au personnel soignant les entraîne à agir en fonction de l'urgence et ne leur permet pas un accompagnement digne des personnes.

Le système est à bout de souffle parce qu'il est aujourd'hui déjà en crise alors que les prévisions démographiques prédisent une explosion des besoins. Une sourde inquiétude pour l'avenir colore le débat.

La crise est là et elle oblige à prendre des décisions rapides. La plus impérieuse d'entre elles concerne le renforcement des moyens financiers, matériels et humains, tout simplement indispensables pour permettre aux EHPAD d'accomplir leur mission de service au public. Cela passe d'abord par l'octroi de budgets adéquats. Cela passe aussi par un renforcement substantiel des effectifs, une redéfinition du partage des tâches et une revalorisation des métiers exercés. L'avis préconise de rendre immédiatement opposable pour l'ensemble des

EHPAD, quel que soit leur statut, une norme minimale d'encadrement « *au chevet* » fixée à 0,6 ETP pour un résident tout en rappelant l'objectif d'aller à terme à un professionnel pour un résident.

Face aux conditions de travail éprouvantes et à une pénibilité accrue des métiers des personnels d'EHPAD, nos groupes soutiennent les préconisations de l'avis d'inscrire leur revalorisation comme priorité du dialogue social, mais aussi de travailler à des évolutions de tâches pour constituer des plateaux techniques. Cela permettrait aux médecins, infirmières et infirmiers de procéder à des actes médicaux, ce qui pourrait notamment (et c'est essentiel) éviter d'envoyer autant de personnes aux urgences.

Dans la ligne de l'avis que nous avons voté récemment, les EHPAD devraient aussi avoir les moyens et les formations en soins palliatifs leur permettant d'accompagner leurs résidents en fin de vie.

L'avis interroge plus globalement la situation des EHPAD, et notamment l'importance qu'ils participent d'une offre accessible aux personnes leur donnant un libre choix avec leur domicile et des solutions intermédiaires. Il ne faudrait pas que le focus sur les EHPAD nous fasse oublier l'urgence de trouver pour le secteur du domicile un modèle pérenne du point de vue du financement et de l'égalité de traitement des personnes bénéficiaires.

Il faut également assurer une équité de traitement en réduisant les causes de disparité dans les plans d'aide. Si la réforme de la tarification des EHPAD visait une plus grande convergence dans les tarifs, force est de constater qu'elle n'a pas permis d'amoinrir les écarts de tarification entre territoires. Laissant de côté le poste « *hébergement* » qui contribue pourtant à la plus grande part du reste à charge des personnes, elle n'a pas non plus tenu compte de la spécificité des situations et de la nature des établissements, au détriment des EHPAD publics et des acteurs non lucratifs dont la gestion est réellement désintéressée (associations et fondations).

Il s'agit également de positionner les EHPAD comme des lieux ouverts sur la société et participant d'une approche globale du système de santé. L'implantation des EHPAD dans les territoires et leur articulation avec les autres acteurs institutionnels de la santé, mais aussi avec les acteurs sociaux, éducatifs et culturels (écoles, associations) sont de nature à améliorer la qualité de vie des personnes âgées, mais plus largement de contribuer à la lutte contre l'isolement social, au lien intergénérationnel et au changement de regard que porte la société sur ses aînés. Les réflexions et propositions de l'avis sur ce sujet sont très riches et nos groupes espèrent qu'elles aboutiront sur le plan politique.

Il fallait enfin prendre le sujet dans sa globalité. Car il est éminemment politique : c'est une question de solidarité et de fraternité avec nos aînés. D'abord en rappelant l'importance d'anticiper et de prévenir les pertes d'autonomie qui dépendent de déterminants identifiés, condition de travail, ruptures d'emploi, isolement social ; les inégalités vécues tout au long de la vie pèsent sur l'état de santé au grand âge. Aussi nous soutenons la préconisation portant sur l'importance de la prévention, sur la fragilité des moyens engagés et le risque de démobilitation des acteurs du plan national de prévention.

# Déclarations des groupes

---

Ensuite, il ne faut plus reporter encore le débat public sur le financement de la prise en charge collective de la perte d'autonomie. Le CESE dans son avis de 2011 estimait que son financement devait reposer que la solidarité nationale dans le cadre de la création d'un 5<sup>ème</sup> risque. Le président de la république a récemment évoqué cet enjeu fondamental pour notre avenir, ceci nous redonne du courage.

Le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse et le groupe des associations remercie la rapporteure ainsi que la section pour le travail de qualité accompli. Ils ont voté l'avis.

## CFDT

Viellir dans la dignité nous impose collectivement de questionner les choix et les moyens que nous réservons à l'adaptation de la société au vieillissement. Différentes pétitions adressées au CESE s'accordent sur la nécessité d'assurer aux personnes âgées un accompagnement et des soins plus dignes, respectueux de leurs droits fondamentaux. Agir avant le vieillissement en pesant sur les déterminants de santé, par la prévention, pour éviter les pertes d'autonomie est primordial mais non suffisant.

Forte de l'enquête « *Parlons effectifs* » de sa fédération santé en 2017, la CFDT affirme la nécessité d'une réflexion nationale sur le financement solidaire et collectif de la perte d'autonomie, que la personne fasse le choix du maintien à domicile ou de l'hébergement en EHPAD.

Nous devons assurer des ressources publiques pérennes pour gérer la perte d'autonomie : faut-il intensifier ou diversifier les sources de financement ? Pour la CFDT, un risque universel doit être financé par des impôts affectés reposant sur tous les revenus, à l'instar de la CSG dont la récente augmentation devrait être affectée à ce but. C'est pourquoi la CFDT dit clairement non à la mise en place d'une nouvelle journée de solidarité où seuls les salariés seraient mis à contribution.

Dès aujourd'hui, il est nécessaire de donner aux EHPAD les moyens de leurs missions en revalorisant le tarif des soins et en complétant les critères de leurs dotations. Il convient également de combattre les inégalités territoriales en réalisant, en lien avec les départements, un travail de rapprochement du niveau de l'APA.

L'insuffisance des moyens financiers conduit à faire du personnel la variable d'ajustement. Tous les professionnels alertent sur cette situation qui impose de réduire au strict minimum le temps passé avec chaque personne alors que les besoins relationnels sont au cœur du bien vieillir. Or, aujourd'hui la prise en charge ne permet pas de prendre ce temps, de prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie et/ou de maintenir les capacités des personnes, instaurant ainsi une maltraitance institutionnelle.

Pour mettre fin à cette situation et redonner le sens initial du cœur des métiers pour lesquels tous et toutes ont été formés, il faut impérativement réaménager le temps de travail des personnels, leur garantir des conditions d'emploi décentes et rendre opposable immédiatement à l'ensemble des EHPAD, privés et publics, une norme minimale

d'encadrement infirmière.s et aide-soignant.es de 0.6 ETP par résident.e en confirmant l'objectif du plan Solidarité-Grand Âge d'un taux d'encadrement de un pour un.

Il est temps d'agir pour que vieillir n'entraîne pas le déni des droits citoyens. La CFDT a voté l'avis.

## CFE-CGC

Le groupe CFE-CGC a voté l'avis *Viellir dans la dignité* car le sujet de la dépendance est stratégique.

Pour le groupe CFE-CGC, les personnes âgées sont en effet une richesse pour notre société. Nous devons donc les accompagner à « mieux vieillir », que ce soit dans le cadre d'un maintien à domicile ou dans un établissement.

Malheureusement, ce qui est loin d'être le cas actuellement. En effet, la CFE-CGC déplore des dysfonctionnements majeurs au sein des EHPAD et des services de soins à domicile.

Quelques exemples :

- les EHPAD sont les premiers déserts médicaux de France puisque près de 40 % sont sans médecins coordinateurs;
- les EHPAD manquent cruellement de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants... d'où une surcharge de travail et un épuisement professionnel.

Un autre problème est celui du financement : les EHPAD sont le premier « *reste à charge* » des résidents et de leurs familles. Il nous faut trouver de nouvelles sources de financement.

Pour la CFE-CGC, la solution la plus efficace serait de créer une 5<sup>ème</sup> branche de la Sécurité sociale, seule solution pérenne pour répondre aux besoins financiers. Dans tous les cas, nous sommes d'accord avec la préconisation n°3 de l'avis demandant justement d'ouvrir un large débat public sur les sources de financement de l'autonomie.

Mais la CFE-CGC demande également de la bienveillance pour les personnes âgées et les personnels, mais aussi pour celles et ceux qui les aident et les soutiennent au quotidien. Nous demandons une meilleure reconnaissance des aidants familiaux. Il faut organiser la prise en compte de leur rôle par rapport à leur activité professionnelle et dans leur vie personnelle, et mieux faire connaître auprès du grand public et des employeurs le dispositif « congé de proche aidant ».

Pour conclure, il nous faut travailler tous ensemble afin d'améliorer cette situation et trouver des solutions car il y a vraiment urgence ! Pour la CFE-CGC, c'est clairement un choix de société, surtout que, ne l'oublions pas, le secteur du médico-social est un véritable gisement d'emplois, de nouveaux métiers.

La France doit être innovante...

# Déclarations des groupes

## CFTC

Les termes « *situation indigne, maltraitance, personnel à bout de souffle* », oui ces mots sont durs à entendre dans une société moderne comme la nôtre. Pourtant il relève de situations vécues par les personnes s'occupant des soins auprès de nos aînés.

C'est pourquoi, le titre de cet avis porte, pour la CFTC une dimension essentielle qui est la dignité de la personne.

Le CESE, et plus particulièrement notre section, a donc eu raison de s'intéresser aux différentes pétitions mettant en exergue la vie et l'organisation du travail dans les EHPAD et d'élargir les préconisations au-delà de ces lieux d'accueil.

Prévenir la perte d'autonomie tout au long de la vie et organiser son financement avant qu'il ne soit trop tard sont des préconisations de bon sens.

Offrir un hébergement de qualité, protecteur sans disparités sociales et territoriales et soutenir les solutions alternatives en permettant à chaque personne âgée de rester le plus longtemps possible dans son lieu de vie habituel, sont des préconisations essentielles pour vivre dans la dignité.

Un trop grand déséquilibre financier existe entre les départements avec un reste à charge souvent insupportable pour les familles. Le financement des EHPAD est complexe et leurs tarifs sont trop importants. Les tarifs mensuels varient de 3154€ à Paris à 1612€ dans la Meuse.

La multiplication des plans (Alzheimer, dépression, cancer, maladies neuro-dégénératives...) qui se superposent et font intervenir une pluralité d'acteurs, rend complexe et inopérants les circuits de pilotage, de coordination et de financement.

Le groupe de la CFTC approuve donc toutes les préconisations pouvant contribuer à un meilleur financement de l'autonomie.

Éviter les ruptures dans les parcours de soins, combattre l'isolement social, intégrer les EHPAD dans la vie sociale et culturelle sont des préconisations permettant aux personnes âgées de continuer de faire partie de notre société et non pas d'être mises à part, voir cachées.

Toutes ces préconisations soutenues par la CFTC ne peuvent se mettre en place qu'à plusieurs conditions :

- revaloriser les métiers du secteur de l'aide à domicile;
- soutenir et accompagner les aidants familiaux;
- recruter dans l'ensemble des métiers concernés par ce secteur d'activité;
- former les personnels pour accueillir au mieux les personnes dépendantes.

Il est écrit dans cet avis que : « *Le regard de la société sur les personnes âgées doit changer. Il doit évoluer pour que la bientraitance, le droit d'être traitée de manière digne, ne soit plus un débat mais une évidence* ».

Le groupe CFTC a donc voté cet avis.

## CGT

L'avis témoigne bien de l'ampleur des dégâts et de leurs conséquences sur les hommes et les femmes accueillis en EHPAD. Ces dernières représentent les trois quarts des résidents. Discriminées dans la vie, dans le travail, les femmes continuent à l'être jusqu'au bout de leur vie.

On entre désormais en moyenne beaucoup plus tard en établissement, au grand âge, quand la vulnérabilité des personnes est très élevée.

Pour allonger les temps de vie en bonne santé, sans incapacité, des politiques de prévention audacieuses restent à inventer et à développer tout au long de la vie, particulièrement dans le cadre de la scolarité et celui du travail, ainsi qu'aux moments des ruptures de vie dont le chômage et la précarité sont des temps de grande fragilité.

Ceci étant, prendre soin, accompagner, respecter la personne âgée, pourquoi notre pays n'en est-il pas vraiment capable quand d'autres font beaucoup mieux ? Dans nombre de domaines la France recule, parfois sévèrement, dans les classements internationaux. C'est préoccupant.

Le système qui s'attache à la prise en charge de nos aîné.e.s en perte d'autonomie est complexe, morcelé, inégalitaire, inefficace dans son ensemble. Il manque cruellement de moyens humains et financiers, il manque de transparence et d'objectifs qualitatifs, il est maltraitant. Tout cela l'avis le dénonce.

De ce fait une majorité de personnes, maintenues à domicile ou « hébergées » - ce vilain mot - sont en souffrance, tout comme le personnel qui les accompagne dans des conditions souvent inacceptables.

L'intitulé de l'avis donne la mesure de ce qu'il convient de réaliser d'urgence ; permettre à nos ascendants, qui sont nos parents, grands-parents ou arrières grands-parents, de vieillir dans la dignité. Chacun, chacune a œuvré au cœur de la vie sociale, a travaillé 40 ans et plus, a contribué à la création de richesses, la plupart ont élevé des enfants. La négligence et l'inhumanité dont ils et elles sont en partie victimes doivent cesser impérativement.

La CGT a de nombreuses propositions dans ce domaine, dont toutes ne sont pas intégrées dans cet avis. Trois quarts des dépenses liées à la perte d'autonomie proviennent de l'assurance maladie, la perte d'autonomie fait donc partie des risques qui doivent être couverts par la branche maladie de la Sécurité sociale, financée par la cotisation sociale, et non par un nouvel impôt de solidarité mettant de nouveau à contribution les salariés et les retraités imposables.

La CGT est partie prenante des luttes des personnels qui réclament des effectifs suffisants, des recrutements, des formations et la reconnaissance des qualifications.

L'avis, au-delà de l'état des lieux, avance des préconisations qu'il est urgent de mettre en œuvre en associant tous les acteurs, les personnes âgées et les professionnel.le.s ainsi que leurs représentants en premier lieu.

# Déclarations des groupes

---

## CGT-FO

Le groupe FO est actuellement en congrès et aurait voté cet avis.

Tout d'abord, le groupe FO tient à remercier les rapporteurs pour le travail effectué dans un délai plus que contraint. Les échanges étaient riches avec des auditions de qualité à la hauteur des enjeux que la problématique du vieillissement représente pour des millions de nos concitoyens. Si nous ne pouvons pas ignorer le poids des évolutions démographiques et les multiples défis qu'il représente pour notre système de protection sociale, la prise en charge du vieillissement ne peut se faire sans moyens supplémentaires et la situation va se tendre encore plus dans les années à venir. En 2050, selon le scénario central de l'Insee, la France compterait 22.3 millions de personnes d'au moins 60 ans, soit près de 30% de sa population et une augmentation de 80% par rapport à 2005. En haut de la pyramide des âges, ces évolutions seront encore plus spectaculaires : les 75 ans et plus passeraient de 4.9 millions à 10.9 millions, soit plus de 122% d'augmentation et les 80 ans et plus de 1.1 millions à 4.2 millions, soit près de 282% d'augmentation. Ces évolutions impacteront mécaniquement le nombre de personnes âgées dépendantes, qui ne cessera d'augmenter, et la pression sur les EHPAD, qui ont déjà du mal à répondre à la demande actuelle, va encore s'accroître.

Bien sûr le groupe FO est d'accord avec plusieurs des points développés dans cet avis en particulier sur la nécessité d'anticiper et de financer la perte d'autonomie ou encore de donner plus de moyens matériels et humains aux EHPAD, afin d'assurer convenablement leurs missions.

Paradoxalement, la catastrophique situation dans laquelle se trouvent beaucoup de personnes âgées dépendantes risque de prendre encore plus d'ampleur suite à certains choix faits par les pouvoirs publics. Nous savons par exemple qu'il existe un fort décalage entre le niveau de revenu des personnes âgées et le coût d'accès aux EHPAD. Selon la CNSA, une place en EHPAD est en moyenne facturée 1 949 euros au moment où un retraité ne touche en moyenne que 1322 euros par mois. Or l'augmentation de la CSG pour les retraités ne peut que les fragiliser encore plus. D'autre part, on ne peut mener une réelle politique de la dépendance si l'argent de la CNSA est siphonné à chaque fois par l'État pour financer d'autres programmes (50 millions en 2016 pour aider certains Départements en difficultés).

De même, pour le groupe FO il ne peut y avoir d'amélioration dans la prise en charge de la dépendance sans un réel plan de construction et d'ouverture de milliers de nouvelles places. Rien que pour maintenir le ratio actuel de 146 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans, il faudrait doubler le nombre de places actuelles d'ici à 2040. Bien évidemment, le manque d'effectifs dans les EHPAD et la dégradation sans cesse de leur condition de travail ne peut pas durer. Des milliers d'emplois peuvent être créés dans ce secteur où l'on ne compte que 6 soignants pour 10 personnes dépendantes contre le double en Allemagne, par exemple.

Enfin, comment assurer le financement de la dépendance quand on sait que la récente loi de programmation des finances publiques pour les années 2018-2022 prévoit une diminution des dépenses sociales de l'ordre de 30 milliards d'euros ?

## Coopération

Les auteurs des différentes pétitions l'ont dit dans leur audition : nous sommes face à un véritable problème de société, celui de la difficulté de pouvoir assurer un service et des soins de qualité à nos aînés. Le constat de l'insuffisance de moyens humains et financiers est accablant, certes, mais nous avons encore le pouvoir d'agir dans ce domaine. Pour cela notre regard sur le vieillissement et sur les défis à relever doit changer positivement.

Les pétitionnaires ont indiqué que la modernité résidait dans la collaboration des modes d'accompagnement et de prise en charge, la pluridisciplinarité, avec une nécessaire égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. Ils ont souligné que l'on pouvait trouver dans ce secteur, non seulement un gisement de création d'emplois, mais aussi, un potentiel d'innovation important.

En ce sens, nous avons mis en lumière une innovation organisationnelle : nous parlons ici des SCIC, les Sociétés coopératives d'intérêt collectif. En effet, les premières maisons de santé pluridisciplinaires et des plateformes gérontologiques voient le jour sous cette forme coopérative et participative, dont la principale caractéristique est d'associer toutes les parties prenantes telles que les usagers et leur famille, les habitants de la cité, du territoire, les collectivités locales, les lieux d'accueil : maison de retraites, centre hospitalier, services à domicile, ... sans oublier les professionnels libéraux et les salariés.

Inscrites dans une démarche territoriale, favorisant les partenariats, elles peuvent permettre aux personnes âgées de vivre à domicile ou à proximité selon leur choix, et de bénéficier d'une gamme de services au plus près de leurs attentes en termes d'espaces de vie et d'activités.

Par ailleurs, la question du financement de la perte d'autonomie est à nouveau soulevée et il s'agit ici d'une question prégnante puisque le reste à charge est une réelle préoccupation pour les ménages. C'est pourquoi le groupe de la coopération soutient les propositions de l'avis favorables au débat sur les sources de financement. À cet égard, il renouvelle son attachement aux principes de mutualisation, de solidarité nationale et de justice sociale, sur lesquels s'appuie l'avis.

L'avis préconise également de renforcer la prévention, de faciliter l'aide aux aidants, de valoriser certains métiers : tout cela est parfaitement nécessaire et le groupe y souscrit sans réserve. Le groupe de la coopération a voté l'avis.

## Entreprises

En France, nos aînés sont plus nombreux en valeur absolue. Et lorsqu'ils perdent leur autonomie, ils peuvent arriver dans les structures d'accueil dans des conditions physiques et cognitives dégradées. Notre pays se doit de trouver des solutions nouvelles à ce constat.

L'avis insiste sur la prévention visant à limiter les pertes d'autonomie évitables, ce qui est un enjeu majeur. Restons positifs, il existe des solutions pour rester en bonne santé plus longtemps et profiter de la vie par exemple en privilégiant le sport, en valorisant la relation humaine et en respectant les choix des personnes qui souhaitent rester à leur domicile.

# Déclarations des groupes

---

Améliorer la prévention tout au long de la vie, veiller aux bons déroulements des transitions professionnelles et aux conditions de travail sont importants mais le groupe des entreprises souligne que d'autres facteurs auraient pu être évoqués et notamment le bien être alimentaire, physique, psychologique. Le chômage nuit également à la santé. La prévention doit se développer sur tous les lieux de vie. Nous regrettons ce choix qui est de mettre l'accent sur le seul lieu de travail.

Cet avis pointe l'insuffisance de moyens humains, financiers et de compétences, une tension dans l'organisation du travail dans les EHPAD et de graves inégalités territoriales.

Le groupe des entreprises salue l'adoption de solutions alternatives mais regrette profondément que la question du financement n'ait pas été travaillée d'avantage. Le risque étant que notre avis se limite à un catalogue de bonnes intentions. D'autant que plusieurs des recommandations adoptées risquent d'entraîner des coûts supplémentaires dans un contexte de raréfaction des finances publiques. Comment permettre, dans ces conditions, une prise en charge digne et efficiente de la dépendance ?

À l'heure où les EHPAD sont confrontées à des difficultés majeures de recrutement et de fidélisation des salariés, la question de la juste rémunération de ces métiers, de la formation et de l'acquisition des compétences doivent être posées. Il nous semble que la taxation des contrats courts ne fera qu'augmenter le coût du travail et fragilisera économiquement les établissements concernés.

Viellir n'a pas d'âge, vieillir dans la dignité doit se faire dans le respect de chacun, et la recherche d'un certain bonheur soit simplement être possible.

Pour ces raisons, le groupe des entreprises s'est abstenu sur cet avis.

## Mutualité

Le titre de l'avis présenté par Marie-Odile Esch résume parfaitement le défi que notre société doit relever.

Depuis un siècle l'espérance de vie a considérablement progressé et l'autonomie financière des personnes âgées est devenue une réalité grâce aux systèmes de retraite.

C'est pourtant dans ce contexte positif que la notion de maltraitance s'est invitée dans les débats sur les prises en charge sanitaires et plus encore médico-sociales. Elle a même été qualifiée de maltraitance ordinaire dans une étude de la HAS, ordinaire parce que banalisée, ignorée ou oubliée par les institutions, par ailleurs dépourvues des moyens d'y remédier, intériorisée par ceux qui en sont les victimes.

Si la loi d'adaptation de la société au vieillissement a permis certaines avancées, force est de reconnaître que les bonnes intentions se heurtent aujourd'hui à l'insuffisance des ressources.

Le constat est sévère mais partagé par tous les acteurs du secteur de l'accompagnement et du soin des personnes âgées: des contraintes budgétaires liées à l'insuffisance de l'Ondam médico-social, une réforme de la tarification des EHPAD inaboutie et un modèle économique des services d'aide à domicile à consolider.

La mutualité qui gère 509 établissements et services pour personnes âgées dans 70 départements constate quotidiennement les difficultés à faire face aux besoins grandissant de résidents dont le niveau de dépendance augmente ... d'autant que les ambitions du plan "solidarité grand âge" de 2006 qui fixait l'objectif ambitieux d'un personnel par résident sont loin d'être atteintes. Le cercle vicieux s'installe, pénibilité du travail, difficultés de recrutement, absentéisme ...

La prévention est majeure comme le souligne l'avis, y compris en mobilisant des outils aux résultats rapides telle la détection et la prévention des troubles sensoriels souvent à l'origine de la perte d'autonomie. Mais s'engager dans une politique de prévention suppose une coordination des acteurs autour de la personne accompagnée qui préfigure une logique de parcours, enjeu commun à l'ensemble du système de santé.

La question du financement des EHPAD ne peut plus être différée, mais aussi urgente et indispensable soit elle, elle ne suffira pas, seule, à faire face au défi du vieillissement.

C'est une nouvelle conception du soin et de l'accompagnement, l'émergence de nouveaux métiers et services qui sont nécessaires.

Pour y parvenir, les interventions existantes, l'APA en particulier, doivent évoluer vers un droit universel. En effet seule une prise en charge collective de la perte d'autonomie peut apporter une solution durable même si l'assurance complémentaire peut jouer un rôle à condition d'une large mutualisation qui passe par des mécanismes contraignants.

Le groupe de la mutualité a voté cet avis qui prolonge et complète nos travaux précédents en souhaitant qu'il contribue à faire prendre conscience à chacun que l'heure n'est plus aux déclarations d'intention et au constat mais à la réduction de l'écart entre ces dernières et la réalité.

## Outre-mer

La succession des rapports depuis 20 ans, fait apparaître les mêmes constats sur le vieillissement. L'allongement de l'espérance de vie est, certes, un progrès majeur, toutefois, notre société éprouve toujours la plus grande difficulté à répondre aux enjeux économiques et sociaux de la prise en charge des personnes âgées.

Les mouvements sociaux des personnels des EHPAD ont cristallisé les débats autour des moyens et des financements des établissements d'hébergement mais l'enjeu est plus vaste et consiste à instituer une politique ambitieuse en matière de dépendance pour ne pas creuser davantage les inégalités existantes.

Outre-mer, à l'horizon 2030, les Antilles et La Réunion feront partie des territoires français les plus concernés par le vieillissement démographique. À titre d'exemple, la Guadeloupe et la Martinique compteront plus de personnes âgées que de jeunes. Dans ces territoires, la question du vieillissement et de la dépendance est d'autant plus préoccupante que le contexte socio-économique est déjà fortement dégradé.

# Déclarations des groupes

En effet, le taux de chômage élevé, la faiblesse des revenus et le nombre croissant de bénéficiaires de prestations sociales révèlent le faible niveau de ressources des populations ultramarines. Cette précarité est plus significative chez les personnes âgées où les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est 7 fois plus élevées que dans l'Hexagone.

La paupérisation de cette population s'accroît davantage si on tient compte du coût plus élevé des soins ce qui inévitablement, dissuade beaucoup d'entre eux à se soigner.

À ces difficultés, s'ajoute le plus souvent une insuffisance de l'offre de soins, le déficit des professionnels médicaux ou paramédicaux voir des déserts médicaux dans certains territoires. Enfin, l'offre d'hébergement apparaît globalement insuffisante, vétuste ou inexistante comme à Mayotte qui ne dispose d'aucune structure d'accueil pour les personnes âgées. Ces écarts sont plus marqués pour les capacités d'accueils en EHPAD et d'hébergements dans divers territoires (Notamment en Guyane et à Mayotte).

*« Il est évident que le vieillissement de la population affectera nos modèles de développement déjà fortement interrogés par ailleurs ».*

L'annonce à venir des orientations stratégiques devront nécessairement répondre aux interrogations sur la tarification, les conditions de travail des professionnels et des moyens accordés aux EHPAD. De plus, les stratégies régionales de santé devront traiter, au plus près des territoires, du parcours de santé des personnes âgées et de l'accompagnement de la dépendance. Le groupe de l'Outre-mer a voté l'avis.

## Personnalités qualifiées

**Véronique Séhier** : « Aujourd'hui en France plus d'un million de seniors, soit 8% de la population, vit avec moins de 1.000 euros par mois, dont plus de 500 000 avec le minimum vieillesse, en-dessous du seuil de pauvreté: les conditions de vie, de travail, de logement, d'insertion sociale ont une influence directe sur la santé des personnes. Les 2, 3 millions de personnes qui vivent durablement dans la grande pauvreté dans notre pays ont leur espérance de vie réduite de 20 à 25ans. La pauvreté constitue un risque accru d'isolement et de perte d'autonomie.

Les inégalités sociales se renforcent avec les inégalités entre les femmes et les hommes :

- 70% des travailleurs économiquement pauvres sont des femmes ;
- les pensions de droit direct des femmes retraitées sont inférieures de 42 % en moyenne à celles des hommes ;
- les 3/4 des allocataires du minimum vieillesse sont des personnes seules et, parmi elles, près de 60 % sont des femmes.

Les femmes sont concernées par la dépendance à plusieurs niveaux :

- elles sont majoritaires dans les EPHAD : elles représentent 73,6 % des résidents de 75 ans ou plus ;
- les aidants familiaux sont le plus souvent des aidantes: d'après le rapport de la DRESS de 2015, ce sont elles principalement qui se mobilisent dans la famille pour aider leur parent ou leur conjoint lorsqu'ils ou elles deviennent dépendants. Avec

toutes les conséquences que cela peut avoir sur leur travail, sur leur santé et leur vie sociale: épuisement, isolement, renforcés par la difficile mise en œuvre de l'aide aux aidantes et du droit au répit.

- enfin, elles constituent l'immense majorité des professionnels concernés. Tant dans l'accompagnement à domicile (97% des aides à domicile) qu'au sein des établissements (90 % des aides-soignants). En EPHAD, elles subissent de plein fouet les tensions décrites dans cet avis: pressions liées manque de personnel, au rythme effréné, amplitudes horaires, sentiment de ne pouvoir « prendre soin » correctement des personnes. Il faut du temps pour accomplir les gestes du quotidien dans un contexte relationnel bien traitant et sécurisant, respectueux de la personne âgée et des professionnel.le.s qui la prennent en charge.

Dans un contexte d'inégalités sociales qui se creusent, et pour donner le droit à chaque personne de rester dignement aux commandes de sa vie jusqu'au bout, il est urgent de mettre autour de la table tous les acteurs concernés aux différents niveaux pour traiter la question des moyens financiers, humains, d'innovation et de formation. C'est un choix de société et une responsabilité collective en termes de prévention et de prise en charge. C'est bien à la solidarité nationale de garantir cette qualité de l'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie pour toutes les personnes, et notamment pour les plus précaires, et autrement qu'à travers le doublement des journées de solidarité car le compte n'y serait pas. Je voterai cet avis ».

## Professions libérales

Le récent avis adopté par le CESE a montré combien le « mal mourir » touchait notre pays. L'avis présenté aujourd'hui illustre le « mal vieillir » que le récent conflit dans les EHPAD est venu rappeler.

Le sujet est loin d'être secondaire, à plusieurs titres :

- la France vieillit à grande vitesse. Au 1er janvier 2018, elle comptait moins de 20% de personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les projections INSEE, elles devraient représenter plus du quart de la population en 2040 ;
- si l'allongement de l'espérance de vie à la naissance ne cesse de croître l'espérance de vie en bonne santé, elle, stagne. C'est précisément dans cet intervalle, qui ne cesse de s'allonger, que se développe la perte d'autonomie et la dépendance.

Ces deux phénomènes conjugués, entre autres, représentent un véritable défi pour notre société.

Vieillir simplement ne suffit plus, chacun revendique à juste titre aujourd'hui le droit de vieillir dans la dignité.

Pour cela, il est indispensable d'assurer à chaque personne âgée un parcours coordonné intégrant les différentes étapes du vieillissement, en évitant les ruptures et en répondant aux besoins individuels de chacun.

Ce parcours ne concerne pas seulement les EHPAD, mais aussi tous les lieux de vie des personnes âgées, en particulier leur domicile auquel elles sont très attachées, et qui doit, autant que possible, être privilégié

# Déclarations des groupes

---

Il est urgent, d'une part, de se donner les moyens de financer la montée en charge des besoins (en soins et en hébergement) et, d'autre part, de retarder au maximum l'arrivée au stade de la dépendance par une politique de prévention active pour tous, afin que le dernier âge de la vie ne soit pas celui de l'ultime discrimination sociale.

À l'heure où nous devons donner toute leur place à nos aînés dans notre société, les professionnels libéraux, qui prodiguent quotidiennement soins, accompagnement et conseils auprès de 5 millions de français, ne peuvent que constater la place irremplaçable du premier cercle : la famille et l'entourage. À ce titre, saluons les aidants, notamment familiaux, qui font un travail remarquable et silencieux, souvent au détriment de leur propre santé et de leur activité professionnelle.

L'engagement récent du Président de la République en faveur d'un cinquième risque consacré à la dépendance relance opportunément un chantier sur lequel nous n'avons pas pu ou pas su aboutir jusqu'ici.

Le groupe des professions libérales est favorable à cette évolution mais à la condition de faire appel à des moyens nouveaux, en écartant d'emblée, comme le soulignait déjà l'avis du CESE de 2011 sur *La dépendance des personnes âgées*, l'idée d'une augmentation de la contribution des entreprises et des salariés pour le financer.

Enfin, le groupe des professions libérales tient à saluer la rapporteure, Marie-Odile ESCH, pour la qualité de son avis rendu dans un temps restreint quand bien même la problématique demande une réflexion et des actions qui s'inscrivent dans le temps. Le groupe des professions libérales a voté l'avis.

## UNAF

Pour Raymond Radiguet, « Tout âge porte ses fruits, il faut savoir les cueillir ». Donner sens à cette citation, telle est la ligne directrice de cet avis d'interpellation pour vieillir dans la dignité.

Les préconisations explorent nombre de pistes : la prévention de la perte d'autonomie en amont par une action collective sur les facteurs de risque, le respect du « libre choix » entre le soutien à domicile de qualité ou l'accueil en établissement accessible et respectueux des personnes. Le groupe de l'UNAF se retrouve pleinement dans cette approche axée, en priorité, sur l'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes et de leur famille.

Il partage les préconisations de l'avis et retient que l'aide à domicile est centrale et ce d'autant plus que nombre d'enquêtes montrent un attachement des personnes âgées à rester à leur domicile le plus longtemps possible. Le groupe de l'UNAF souligne l'importance d'une revalorisation des forfaits pour les degrés élevés de dépendance. Au-delà des disparités territoriales, il faut relever le plafond des plans d'aide de ces personnes et viser le rapprochement des taux d'effort en fonction des niveaux de dépendance. L'enjeu, dès lors, est de mieux financer la qualification des personnels d'aide à domicile.

S'agissant de l'accueil en établissement, la question du reste à charge est essentiel et en lien direct avec le niveau des retraites. Le groupe de l'UNAF partage la nécessité de revaloriser le tarif soins. La segmentation des financements nuit à la prise en charge globale de la personne et nécessite l'ouverture d'un grand chantier.

Au rang des solutions alternatives, le groupe de l'UNAF tient à mettre l'accent sur le dispositif de l'accueil familial insuffisamment développé alors qu'il permet d'accompagner les personnes âgées avec un lien intergénérationnel.

Enfin l'accompagnement et le soutien des aidants familiaux sont pris en compte dans l'avis. L'aide aux aidants permet d'éviter des situations critiques et d'empêcher des solutions peu efficaces comme un placement en établissement par défaut ou une hospitalisation à répétition faute de solutions à l'extérieur. Le groupe de l'UNAF retient les propositions de soutien et d'accompagnement des aidants, telles le droit au répit et le baluchonnage. Il forme le vœu que l'expérimentation prévue dans la loi pour un État au service d'une société de confiance puisse voir rapidement le jour. Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

## UNSA et Environnement et nature

« *Se lever, se laver, se raser, s'habiller, s'alimenter. Tout cela en 10 minutes. Un exploit ? Non, c'est mon quotidien* » Tel est la réalité de vie d'un homme de 90 ans en EHPAD.

Pendant la loi intitulée *Adaptation de la société au vieillissement*, du 28 décembre 2015 bâtie sur 3 piliers que sont l'anticipation, l'adaptation de la société au vieillissement et l'accompagnement de la perte d'autonomie comportait un certain nombre d'avancées comme par exemple :

- le renforcement de la prévention de la perte d'autonomie ;
- la revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ;
- la reconnaissance des « proche aidants » et le droit au répit ;
- le plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie, le développement d'une offre d'habitat - intermédiaire ou regroupé- adapté aux besoins des personnes âgées et la transformation des logements foyers en « résidence autonomie ».

Tout en reconnaissant que cette loi structurait un système et qu'elle impulsait une dynamique générale nous regrettons déjà le manque d'ambition financière. De plus, la loi ne traitait de la perte d'autonomie qu'à domicile et non en établissement.

À cela s'ajoute une évolution démographique galopante des personnes de plus de 60 ans puis qu'en 2060, le pays en comptera 23,6 millions soit un habitant sur 3. Cette même année, il devrait y avoir 200 000 centenaires alors qu'ils sont un peu plus de 20 000 seulement aujourd'hui.

Cette augmentation de la proportion de personnes âgées devrait entraîner un plus grand nombre de pathologies telles que le déficit auditif, visuel, l'arthrose, le diabète, la dépression et la démence, qui sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. Les conséquences sont doubles: financières bien sûr, avec un système de financement

# Déclarations des groupes

---

de la santé qui pourrait s'en trouver davantage fragilisé; mais aussi sanitaires et sociales pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches.

Nombre de ces pathologies sont susceptibles d'entraîner chez les séniors une perte d'autonomie plus ou moins complète, et donc des conditions de vie dégradées, et des répercussions sur les « aidants », à ne pas négliger non plus.

Actuellement, sur le terrain, il ne faut pas oublier que les résidents qui demandent le plus d'attention sont ceux qui conservent une autonomie résiduelle. Pourtant à ce jour ce n'est pas comptabilisé et cela conduit à accroître la dépendance des résidents, par l'action du personnel toujours plus pressé qui fait à la place de la personne plutôt qu'aider la personne à faire.

On constate également que :

- le dispositif prévoyant un agent par résident prévu par le Plan Solidarité Grand Age de 2006 est loin du compte puisqu'à ce jour il évolue entre 0.56 pour les EHPAD privées à but lucratif à 0.68 pour les EHPAD Publiques;
- la tarification est toujours très complexe et les prix de séjour sont très variables d'un établissement à l'autre et surtout aucun établissement ne se considère sur-doté ;
- les baisses de dotations induites par la convergence tarifaire mettent à mal les moyens en effectifs
- le reste à charge est très important puisque selon la dernière étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), celui-ci s'élève en moyenne à 1758€ par mois avant la prise en compte de l'aide sociale hébergement ;
- les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes âgées handicapées et de personnes présentant des troubles psychiatriques. Le personnel n'est ni formé, ni en nombre suffisant pour gérer ces formes de démences ou de handicap, très différentes de celles classiquement observées chez les personnes âgées.

Aussi, cet avis aux préconisations pertinentes, arrive à un moment crucial où il nous paraît indispensable de réformer les principes de financement et de solutionner l'insuffisance des moyens humains dans les établissements accueillant nos aînés qui ont le droit de finir leur vie dignement.

Il s'agit bien d'un problème sociétal auquel notre pays doit répondre en mettant en œuvre des réformes conséquentes afin de donner au secteur les moyens nécessaires pour permettre aux professionnels de les accompagner avec humanité dans la dignité.

Comme déjà dit par les deux groupes lors de l'avis porté en 2011 dans cette enceinte, il y a consensus sur le fait que la perte d'autonomie constitue un risque encouru par chacun et chacune et que par conséquent, son financement doit continuer à s'appuyer sur un socle de solidarité nationale.

Les deux organisations partagent la nécessité de rechercher d'autres sources de financement comme l'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit et /ou un recours modéré à la CSG.

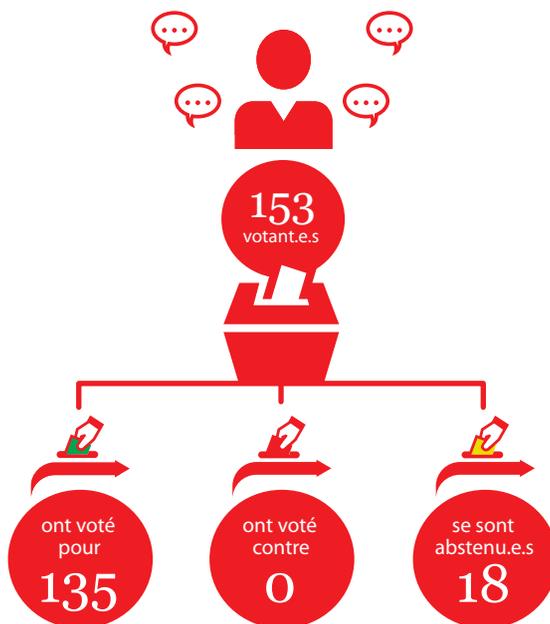
---

L'objectif est de construire un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, financé par la solidarité nationale. Son traitement ne peut être du ressort des seules victimes et de leur famille mais doit au contraire être socialisé, étendu à toutes les générations et à tous les revenus y compris ceux du capital.

Nous considérons qu'il faut arrêter de faire porter la solidarité nationale uniquement sur les salariés comme le fait la journée de solidarité et donc nous rejetons l'idée d'un recours à une deuxième journée de ce type évoquée récemment.

Le groupe Environnement et nature et le groupe UNSA ont voté l'avis.

## Sur l'ensemble du projet d'avis présenté par Marie-Odile Esch



L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public lors de la séance plénière du Conseil économique, social et environnemental le 24 avril 2018

Ont voté pour : 135

<i>Agriculture</i>	M. Bernard, Mme Bonneau, M. Cochonneau, Mme Cottier, MM. Coué, Épron, Mme Even, M. Ferey, Mme Gautier, MM. Lainé, Roguet, Mme Valentin, M. Verger, Mme Vial.
<i>Artisanat</i>	Mme Amoros, MM. Crouzet, Le Lann, Mme Sahuét, M. Stalter, Mme Teyssedre.
<i>Associations</i>	M. Jahshan, Mme Lalu, M. Lasnier, Mmes Martel, Sauvageot, M. Serres.
<i>CFDT</i>	Mme Blancard, MM. Cadart, Duchemin, Mme Esch, M. Gillier, Mme Houbairi, M. Nau, Mme Pajeres y Sanchez, MM. Quarez, Ritzenthaler, Saint-Aubin.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artéro, Mmes Biarnaix-Roche, Couvert, M. Dos Santos.
<i>CFTC</i>	Mmes Coton, Lecerf, MM. Sagez, Thouvenel, Vivier.
<i>CGT</i>	Mmes Cailletaud, Chay, Farache, M. Fourier, Mme Garreta, MM. Marie, Meyer, Naton, Rabhi, Teskouk.
<i>Coopération</i>	Mme Blin, M. Lenancker, Mmes Lexcellent, Roudil.

<i>Environnement et nature</i>	MM. Badré, Beall, Mme de Béthencourt, MM. Bonduelle, Bougrain Dubourg, Compain, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, M. Genty, Mmes Martinie-Cousty, Popelin.
<i>Mutualité</i>	M. Caniard.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	MM. Blanchet, Coly, Mme Delair, M. Dulin, Mme Weber.
<i>Outre-mer</i>	M. Antoinette, Mmes Biaux-Altman, Bouchaut-Choisy, MM. Guénant-Jeanson, Lobeau, Mme Mouhousoune, MM. Rivière, Suve, Togna, Vernaudon.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Adam, MM. Adom'Megaa, Amsalem, Aschieri, Bennahmias, Boccara, Bontems, Bussy, Cabrespines, Mmes Collin, Djouadi, M. Duval, Mmes Gibault, Goujon, Grard, M. Guglielmi, Mme Hurtis, MM. Joseph, Keller, Kettane, Mmes Lechatellier, Le Floc'h, Léoni, Levaux, Mignot-Verscheure, MM. Pasquier, Roustan, Mmes Rudetzki, Sehier, Thiéry, MM. Thieulin, Thomiche, Mmes Trostiansky, Verdier-Naves.
<i>Professions libérales</i>	M. Chassang, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mmes Allaume-Bobe, Blanc, MM. Chrétien, Clévenot, Mmes Gariel, Koné, MM. Marmier, Renard, Tranchand.
<i>UNSA</i>	Mme Arav, M. Chevalier, Mme Vignau.

Se sont abstenue.e.s : 18

<i>Entreprises</i>	M. Asselin, Mme Boidin Dubrulle, M. Cordesse, Mmes Couderc, Dubrac, MM. Dutruc, Gailly, Gardinal, Mme Ingelaere, MM. Lejeune, Nibourel, Pfister, Pottier, Mmes Prévot-Madère, Roy, Tissot-Colle.
<i>Personnalités qualifiées</i>	MM. Pilliard, Wargnier.

## N° 1 COMPOSITION DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

✓ **Présidente** : Aminata KONÉ

✓ **Vice-présidents** : Étienne CANIARD, Michel CHASSANG

### **Agriculture**

✓ Anne GAUTIER

### **Artisanat**

✓ Pascale MARTEAU

### **Associations**

✓ Jean-François SERRES

### **CFDT**

✓ Marie-Odile ESCH

✓ Catherine PAJARES Y SANCHEZ

### **CFE-CGC**

✓ Sabrina ROCHE

### **CFTC**

✓ Pascale COTON

### **CGT**

✓ Jacqueline FARACHE

✓ Jean-François NATON

### **CGT-FO**

✓ Philippe PIHET

✓ Josette RAGOT

### **Coopération**

✓ Christian ARGUEYROLLES

### **Entreprises**

✓ Sophie DUPREZ

✓ Stéphanie PAUZAT

✓ Geneviève ROY

### **Environnement et nature**

✓ Agnès POPELIN

### **Mutualité**

✓ Étienne CANIARD

**Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse**

✓ Antoine DULIN

**Outre-mer**

✓ Sarah MOUHOUSOUNE

**Personnalités qualifiées**

✓ Sylvie CASTAIGNE

✓ Jean-Jacques ELEDJAM

✓ Marie-Aleth GRARD

✓ Laure LECHATELLIER

✓ Françoise RUDETZKI

✓ Véronique SÉHIER

**Professions libérales**

✓ Michel CHASSANG

**UNAF**

✓ Marie-Andrée BLANC

✓ Aminata KONÉ

**UNSA**

✓ Martine VIGNAU

**Personnalités associées**

✓ Marie-Josée AUGÉ-CAUMON

✓ Fatma BOUVET de la MAISONNEUVE

✓ Édouard COUTY

✓ Jean-François LE GRAND

✓ Estelle MOLITOR

✓ Ernestine RONAI

✓ Christian SAOUT

✓ Christine TELLIER

## N° 2 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

En vue de parfaire son information, la section des affaires sociales et de la santé a successivement entendu :

- ✓ **M. Patrick PELLOUX**  
*Médecin urgentiste du SAMU de Paris Hôpital Necker-Enfants Malades*  
*Signataire de la pétition « Dignité des personnes âgées, des moyens pour nos EHPAD ! »*
- ✓ **M. Christophe PRUDHOMME**  
*Médecin urgentiste du SAMU de Seine-Saint-Denis*  
*Signataire de la pétition intitulée « Dignité des personnes âgées, des moyens pour nos EHPAD ! »*
- ✓ **Mme Karine LACOUR-CANDIARD**  
*Responsable du Pôle Communication à la Fédération Hospitalière de France*  
*Signataire de la pétition intitulée « Halte à la baisse des moyens des maisons de retraite publiques »*
- ✓ **Mme Annie LELIÈVRE**  
*Responsable du Pôle Autonomie à la Fédération Hospitalière de France*  
*Signataire de la pétition intitulée « Halte à la baisse des moyens des maisons de retraite publiques »*
- ✓ **Mme Malika BELARBI**  
*Responsable du Collectif accueil de la personne âgée de la Fédération CGT Santé et Action sociale*
- ✓ **Mme Juliette BORDET**  
*Secrétaire départementale de la Fédération FO Service public et Santé de Dordogne*
- ✓ **M. Patrick BOURDILLON**  
*Chargé du suivi et du revendicatif de la Fédération CGT Santé et Action sociale*
- ✓ **M. Bertrand BRAND**  
*Fédération CFDT Santé-Sociaux du Haut-Rhin*

## N° 3 BIBLIOGRAPHIE

Bensadon, Anne-Carole et Daniel, Christine, Inspection générale des affaires sociales et Scarbonchi, François, Inspection générale de l'administration, *Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile*, septembre 2017.

Bonne, Bernard, sénateur, *Ehpad : quels remèdes ?*, rapport d'information n°341 (2017-2018), Sénat, 7 mars 2018.

Boutrand, Monique, *Séniors et cité*, avis et rapport du CESE adoptés le 11 mars 2009.

Boutrand, Monique et Prada, Daniel, *Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement*, avis du CESE adopté le 26 mars 2014.

Bozio, Antoine, Gramain, Agnès et Martin, Cécile avec la contribution de Masson, André, *Quelles politiques publiques pour la dépendance ?*, Les notes du conseil d'analyse économique, n°35, Conseil d'analyse économique, octobre 2016.

Castaigne, Sylvie et Lasnier, Yann, *Les déserts médicaux*, avis du CESE adopté le 13 décembre 2017.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *La situation des EHPAD en 2016 (Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD)*, rapport de la CNSA, novembre 2017.

Confédération française démocratique du travail (CFDT) Santé sociaux, *Parlons effectifs « On est combien aujourd'hui ? »*, enquête, septembre 2017.

Confédération française démocratique du travail (CFDT) Santé sociaux, *Les conditions de travail et conditions de vie en structure accueillant des personnes âgées dans le Haut-Rhin en 2008*.

Coquillion, Michel, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*, avis du CESE adopté le 26 septembre 2007.

Coton, Pascale et Roy, Geneviève, *Les conséquences des séparations parentales sur les enfants*, avis du CESE adopté le 24 octobre 2017.

Cour des comptes, Chambres régionales & territoriales des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie – Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, synthèse du rapport public thématique, juillet 2016.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Document de travail, Série études et recherche n° 134, septembre 2016.

Dharréville, Pierre, député, proposition de loi « Pour une reconnaissance sociale des aidants », rapport, n° 682, Assemblée nationale, 21 février 2018.

# Annexes

---

Farache, Jacqueline, *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner*, avis du CESE adopté le 10 mai 2016.

Fizzala, Arnaud, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix*, Les dossiers, n°1, DREES, mars 2016.

Gailly, Pierre-Antoine, *Fin de vie : la France à l'heure des choix*, avis du CESE adopté le 10 avril 2018.

Labazée, Georges, *Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile*, mission confiée par le Premier ministre, mars 2017.

Muller, Marianne, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015*, Études et résultats, n° 1015, DREES, juillet 2017.

Serres, Jean-François, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, avis et rapport du CESE adoptés le 28 juin 2017.

Vérollet, Yves, *Le développement des services à la personne*, avis et rapport du CESE adoptés le 24 novembre 2007.

Vérollet, Yves, *Les services à la personne*, avis de suite du CESE adopté le 19 novembre 2008.

Weber, Monique et Vérollet, Yves, *La dépendance des personnes âgées*, avis du CESE adopté le 15 juin 2011.

## N° 3 SIGLES

AMP	Aide médico-psychologique
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
AVS	Auxiliaire de vie sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
MONALISA	Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
DCT	Droit de consommation sur les tabacs
DIRRECTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ETP	Équivalent temps plein
GIR	Groupe iso-ressources
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
NOTRe	Nouvelle organisation territoriale de la République
MSA	Mutualité sociale agricole
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PRS	Plan régional de santé
RPS	Risques psycho-sociaux
SAAD	Service d'aide à domicile
USLD	Unité de soins de longue durée

## Dernières publications de la section des affaires sociales et de la santé

<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p><b>Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité</b> Jean-François Serres</p> <p>CESE 17 JUILLET 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p><b>Les conséquences des séparations parentales sur les enfants</b> Pascale Coton et Geneviève Roy</p> <p>CESE 24 OCTOBRE 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p><b>Pour des élèves en meilleure santé</b> Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve</p> <p>CESE 31 MARS 2018</p>
--	--	--

## Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental

<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p><b>Fin de vie : la France à l'heure des choix</b> Pierre-Antoine Gally</p> <p>CESE 16 AVRIL 2018</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p><b>Pour une réforme globale de la fiscalité locale</b> Jean-Karl Deschamps et Didier Gardinal</p> <p>CESE 15 MARS 2018</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p><b>L'orientation des jeunes</b> Laure Delair et Albert Ritzenthaler</p> <p>CESE 12 AVRIL 2018</p>
--	--	--

Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

[www.lecese.fr](http://www.lecese.fr)

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15<sup>e</sup>,  
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental.  
N° 411180013-000418 - Dépôt légal : avril 2018

Crédit photo : iStock

# LES AVIS DU CESE



L'insuffisance des moyens humains et financiers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fait l'objet de nombreuses pétitions citoyennes publiées sur internet. Les pétitionnaires déplorent des situations de sous-effectifs, des conditions de travail dégradées. Avant tout, il.elle.s pointent un impératif : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes.

Les pétitions portent en elles des enjeux financiers et sociétaux sur lesquels le CESE a pris position ces dernières années. En 2014, il avait favorablement accueilli le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement : les orientations proposées, et notamment la place donnée à la prévention, au respect des droits fondamentaux des personnes âgées, au maintien à domicile, lui paraissaient aller dans le bon sens. Le CESE s'inquiétait toutefois des insuffisances du financement de la perte d'autonomie.

La « crise des EHPAD » montre que, plus de deux années après l'entrée en vigueur de la loi, les progrès ne sont pas suffisants. Cette crise ne peut pas être isolée des difficultés de notre système de santé. Les incertitudes sur le financement de la perte d'autonomie demeurent. Pour le CESE, cela signifie que les réponses doivent être globales et s'inscrire dans une approche prospective et décloisonnée du médical, du social et du médico-social.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL  
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna  
75775 Paris Cedex 16  
Tél. : 01 44 43 60 00  
[www.lecese.fr](http://www.lecese.fr)

N° 41118-0013

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-152192-6



9 782111 521926



Direction de l'information  
légale et administrative  
Les éditions des *Journaux officiels*  
[www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)