

« Affaire Orpéa » : Note sur les opportunités, les avancées nécessaires et les points de vigilance

Février 2022

Introduction

La Cndepah a pris connaissance des éléments du livre « Les Fossoyeurs » ainsi que du rapport anonymisé d'inspection diligenté en 2018 par l'ARS Ile-de-France.

L'impact médiatique important qu'a provoqué cette affaire dite « Orpéa » amène la Conférence des directeurs d'établissements publics à prendre position. Comme à son habitude, la Cndepah le fait sur le fond, de la manière la plus objective et documentée possible.

Les faits dénoncés dans le livre, concernant un établissement en particulier et un groupe en général, méritent que toute la lumière soit faite. C'est le rôle de L'Etat, dans son rôle d'inspection, dans son rôle d'enquête par une ou des commissions parlementaires. C'est éventuellement celui de la justice également.

La conférence constate que, très majoritairement, les familles de nos établissements publics ne font pas l'amalgame entre certaines des pratiques dénoncées par Victor Castanet, et celles que nos établissements publics proposent.

Il apparaît pourtant nécessaire d'interroger le fonctionnement actuel de nos établissements, de l'ensemble du secteur pour proposer des améliorations rapides et efficaces. La Cndepah souhaite apporter sa contribution au débat public, au travers des axes prioritaires suivants :

1. Les moyens humains

1.1 Les ratios en personnel soignant

Nombre de nos établissements publics brillent par un humanisme généreux, engagé, et nos Ehpad publics n'ont pas à rougir de l'accompagnement des résidents.

Pour autant, et sans gager ni minimiser l'effort de l'Etat en matière d'investissement (un plan sans précédent, de 2.1 milliards d'euros de modernisation du parc immobilier, notamment public), en matière d'attractivité des métiers (les personnels ont bénéficié de revalorisations importantes dans le cadre du Ségur de la Santé), force est de constater et d'admettre qu'un pilier essentiel n'a pas été véritablement traité : celui des effectifs.

C'est vrai, et nous le reconnaissons, les effectifs ne font pas tout et ne constituent pas un gage absolu de qualité.

Bien sûr le management, la démarche qualité, la politique de formation, les engagements dans la qualité de vie au travail, la richesse d'un projet d'établissement incluant une dimension éthique, la qualité des recrutements sont autant de points essentiels qui concourent à la qualité d'un Ehpad.

Pour autant, et les familles et les résidents le savent bien : proposer un accompagnement de qualité, dans le cadre des ratios en personnel que nous connaissons relève souvent du miracle... reposant sur l'engagement, l'implication d'un personnel pourtant mis à rude épreuve par la crise sanitaire.

C'est la raison pour laquelle, en toute conscience, la Cndepah appelle, dans le cadre d'une loi Autonomie ambitieuse, à apporter une réponse adaptée à la question des effectifs.

La Cndepah est la seule organisation à avoir objectivé la situation existante et à avoir projeté précisément les besoins.

Deux dossiers sont accessibles :

<https://cndepah.fr/les-effectifs-soignants-en-ehpad/>

<https://cndepah.fr/myriam-el-khomri/>

La Cndepah se permet d'en rappeler les principales conclusions :

Que permettent les effectifs actuels soignants en Ehpad ?

Bien sûr les soins de base attendus, l'accompagnement pour les actes essentiels de la vie courante, sont réalisés, incluant la toilette, le lever, l'aide au repas et le coucher, notamment pour les résidents ayant besoin d'accompagnement.

La toilette est un temps important de la matinée : mais les ratios en personnel actuels amènent à ce que chaque soignant accompagne environ 10 résidents. Un temps long, donc, qui ne permet de terminer la prise en charge des résidents au titre de leur toilette (incluant le lever, la toilette à proprement parler, l'habillage et la réfection du lit) que vers 11H30. Et d'y consacrer environ une vingtaine de minutes pour chaque résident....

Des douches et des bains sont proposés aux résidents. Dans la majeure partie des Ehpad, l'ambition est de proposer un bain ou une douche par semaine. Cet objectif ne peut pas être atteint à ce jour.

Les soignants assurent la prise en charge de l'incontinence des résidents, dont, selon les Ehpad 70 à 90% présentent une incontinence. Les effectifs moyens ne permettent pas de développer une véritable politique de mobilisation des capacités résiduelles des résidents, ni de prévention, pas plus que des actions régulières visant à chercher la rééducation des résidents incontinents.

L'aide au repas, pour les trois repas de la journée, et pour désormais un nombre croissant de résidents, est également une mission importante et chronophage.

Par délégation des infirmiers, les aides-soignants participent à la distribution des médicaments.

Les soignant accompagnent, et souvent de très belle manière, avec beaucoup d'humanité les résidents en fin de vie. La prise en compte de la douleur, de l'inconfort et le respect des volontés sont une réalité dans les Ehpad.

Les transmissions quotidiennes sont organisées, le plus souvent informatisées, permettant d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement. Elles sont faites 2 à 3 fois par jour selon les établissements.

Des projets de vie individualisés sont mis en place, sans qu'ils ne soient suffisamment préparés, approfondis ni mis à jour régulièrement. C'est pourtant, en théorie, la colonne vertébrale de toute prise en charge. Ces temps importants tant qualitativement que quantitativement ne sont à ce jour pas valorisés.

Les soignants assurent également un lien fort et direct avec les familles, qui, bien que pas toujours très présentes, ont légitimement des attentes et des exigences accrues.

Enfin, les soignants, en dépit d'un ratio faible, assurent également une partie des fonctions plus liées à l'hôtellerie : la distribution des repas, débarrassage des tables, vaisselle, gestion des déchets et gestion du linge Ce qui vient diminuer encore le temps direct auprès des résidents. Ces temps ne sont pas précisément comptabilisés et constituent une forme de glissement de tâches, au détriment du temps direct auprès des résidents.

D'une manière générale, les soignants concentrent leur temps auprès des résidents les plus dépendants et/ou en fin de vie, mais ne parviennent pas à proposer une individualisation suffisante de la prise en charge, à respecter le rythme de vie des résidents, ni à mettre des actions de prévention à destination des résidents les plus autonomes. La course quotidienne contre le temps ne permet pas de dédier du temps relationnel de qualité et génère de la frustration mais aussi de l'épuisement par un travail encore trop taylorien. Pour accomplir toutes ces missions, les ratios en personnel ne permettent de consacrer, en moyenne, que 43 minutes¹ par résidents le matin. L'après-midi, incluant le début de soirée et donc le repas du soir et le coucher, ce sont 28 minutes dont bénéficie en moyenne chaque résident.

¹ Les 3 soignants en moyenne par unité de 30 lits représentent 1305 minutes de travail. Divisé par le nombre de résidents, soit 30, cela représente 43.5 minutes par résident.

Que permettront les effectifs soignants de demain en Ehpad ?

Grâce aux ratios améliorés, le temps soignant par jour le serait bien évidemment aussi : **on passerait de 43 minutes à 65 minutes par résident en moyenne en matinée et de 28 minutes l'après-midi à 43 minutes.**

C'est évidemment mieux et cela permettrait d'améliorer l'aide aux repas, de rendre au temps du repas toute son importance, d'atteindre l'objectif d'un bain ou d'une douche par semaine, de mieux respecter le rythme individuel des résidents, de développer un temps relationnel plus satisfaisant, incluant des temps d'animation thérapeutique.

A titre d'exemple, il serait ainsi possible de consacrer une trentaine de minutes le matin à la toilette des résidents, et de finir vers 10H50. **Chaque soignant prendrait en charge environ 7 résidents et non plus 10.**

Cela permettrait par voie de conséquence de développer les suivis nutritionnels, d'hydratation, d'améliorer le suivi bucco-dentaire des résidents, trop souvent délaissés.

Cela permettrait aussi de renforcer les temps de prévention à destination des résidents les plus autonomes qui n'en bénéficient presque pas à ce jour.

Cela permettrait de renforcer significativement les temps de stimulations des capacités restantes des résidents et de moins faire « à leur place », faute de temps.

Cela permettrait de proposer à la fois une présence plus humaine, plus réconfortante et rassurante, mais aussi plus professionnalisée. Le soignant serait plus disponible et moins stressé.

Dans ce schéma de service, on inverse une tendance : dans une logique plus domiciliaire, c'est le soignant qui doit s'adapter aux résidents et non le contraire.

Cela permettrait aussi de reconnaître et renforcer les temps de transmissions, les temps dédiés aux projets de vie, les temps relationnels avec les familles...

Pour autant, l'atteinte de ces nouveaux ratios, déclinés en temps de présence quotidienne n'est pas la panacée mais bien un minima en deçà duquel il ne serait ni raisonnable, ni digne de tomber. On le comprend aisément, 65 minutes de présence en moyenne, ne permet pas de tout faire de manière optimale. Mais ce serait néanmoins une avancée évidente. Cette avancée serait d'autant plus constatée, si, par ailleurs, les soignants pouvaient encore davantage se libérer des tâches hôtelières et centrer leur travail sur leur cœur de métier.

1.2 l'encadrement intermédiaire

La Cndepah souligne la grande nécessité de renforcer l'encadrement intermédiaire.

Les AS/AMP ainsi que les ASH faisant fonction sont insuffisamment accompagnées et encadrées. **Afin d'améliorer la dynamique, la qualité des projets, et la qualité managériale, il est indispensable de créer un poste d'encadrement intermédiaire pour une ou deux unités.** C'est un maillon quasi inexistant dans nos établissements qui pourrait pourtant concourir à animer un collectif, à développer un sentiment d'adhésion et de cohésion autour de valeurs partagées.

Le statut, adaptable bien évidemment, pourrait être celui d'un infirmier expérimenté en gériatrie.

1.3 les personnels de vie sociale et les psychologues

La crise du Covid19 a montré également **la nécessité de renforcer les effectifs des équipes de vie sociale –animation, souvent réduite à une personne dans les Ehpad.**

L'individualisation des accompagnements, le renforcement qualitatif des accompagnements sociaux, la meilleure prise en considération des histoires de vie, des envies et des attentes des résidents appellent à ce renforcement important.

Si l'on veut mieux respecter les choix de vie dans nos établissements, répondre à des attentes qui ont évidemment évoluées de nos aînés, s'adapter également à l'accroissement de leur dépendance, en moyenne, il est indispensable d'augmenter sensiblement les effectifs d'animation.

Dans le même esprit, **la crise a révélé le rôle essentiel qu'ont joué et que doivent demain jouer les psychologues.**

Souvent les Ehpad ne disposent pas d'un ETP complet. C'est très insuffisant.

1.4 la démographie médicale

Nombreux sont les établissements à ne pas disposer de temps de médecins coordonnateurs, par incapacité à trouver des candidats.

Cette situation est hétérogène sur le territoire national, mais concerne une majorité de territoire.

Pour beaucoup d'établissements, la situation se dégrade également pour ce qui concerne les médecins traitants de ville. Le dispositif expérimental de salariat de médecin prescripteur, se rapprochant du modèle que certains Ehpad en tarif global ont développé en recrutant directement des praticiens hospitaliers, est une avancée. Mais elle butte de plus en plus sur une démographie médicale, pour la spécialité de gériatrie, défavorable.

Le modèle de l'Ehpad aux compétences médicales renforcées pourrait être compromis par ce facteur désormais limitant de la capacité des établissements à trouver/recruter des médecins.

1.5 La formation

La Cndepah constate que les actions de formations structurées, pensées en groupe interne dans le cadre d'un projet d'établissement sont complexes à organiser. Les effectifs exsangues ne le permettent que très imparfaitement. L'augmentation des ratios pourraient concourir également à monter en qualité par une formation interne aux établissements facilitée.

- ASG

Outre les ratios d'effectifs, à proprement parler, et conformément aux propositions faites au moment de la mission « El Khomeri », la Cndepah propose la généralisation de la formation Assistant de soins en gériatrie (ASG) à destination des aides-soignants.

La formation Assistant de soins en gériatrie (ASG) amène incontestablement une amélioration constatée de la qualité d'accompagnement, dans tous ses aspects. Elle permet notamment d'adapter de manière sensible les pratiques professionnelles aux nouveaux profils de résidents accueillis, présentant très majoritairement des troubles cognitifs.

Cette plus-value est constatée à condition que le personnel formé le soit en proportion suffisante au sein de l'établissement. Un aide-soignant (AS) formé ASG, « isolé » au sein d'un Ehpad ne pourra seul permettre une transformation des mentalités, des cultures.

Ainsi la Cndepah préconise que Les 140 heures de formation ASG constituent un module **obligatoire** complémentaire à la formation initiale pour tous les AS travaillant en gériatrie. Il n'est pas un préalable obligatoirement à l'entrée en établissement gériatrique, mais un attendu dans un délai relativement court (moins de 5 ans).

Le double objectif d'amélioration de la qualification des AS et de la valorisation salariale est ainsi atteint, concourant à l'amélioration très significative de l'attractivité des métiers.

- **Les formations en promotion de la bientraitance**

La Cndepah appelle à ce que les plans de formation des Ehpad intègrent de manière systématique et structurée, dans une dimension pluriannuelle, les formations promouvant la bientraitance.

Les formations de type « Humanitude », les expériences de type « simulateur de vieillissement », « vis ma vie » donnent des résultats intéressants. Les formations visant à rappeler, par empathie, ce qu'est le quotidien des résidents sont préconisées.

- **Les nouveaux modes de formations**

La Cndepah recense des expériences réussies de formations aux formats plus courts, plus ludiques, plus interactifs que ne sont les modules de formation habituels.

Les jeunes générations arrivant sur le marché du travail ne trouvent plus très adaptés les formats de formation classique. A nous de nous adapter !

La Cndepah constate enfin, comme les autres acteurs du secteur, la grande difficulté à recruter des professionnels qualifiés.

Dans ce contexte défavorable, la Cndepah considère que les établissements n'auront d'autres choix que d'accompagner de nouveaux professionnels non diplômés, dans une démarche plus ou moins longue de qualification, recrutés plus pour un profil, une motivation et une appétence que pour un diplôme. En aucun cas, cela ne doit constituer pour autant un renoncement à la qualité, mais bien une adaptation à la réalité du marché du travail actuel.

2. La démocratie au sein de nos établissements

2.1 Le conseil de la vie sociale

Le conseil de la vie sociale n'est plus adapté. Il doit faire l'objet d'une réforme en profondeur, devant permettre de mettre au centre du débat les préoccupations principales des résidents et de leurs familles. L'ordre du jour, souvent en calque de celui du conseil d'administration, ne facilite pas le débat.

Les modalités de représentation sont également devenues inadaptées, notamment en raison de la « durée moyenne de séjour » plus courte des résidents actuels.

La Cndepah appelle de plus, à l'occasion de la réforme des conseils de la vie sociale, à inclure, en sus des représentants des familles, à l'image du secteur hospitalier, des représentants des usagers nommés par l'agence régionale de santé. Formés, présents sur un temps long, ils pourraient apporter un regard complémentaire intéressant et participer activement à la construction des projets d'établissement, inscrits dans un territoire.

2.2 les autres formes de démocratie interne

La Cndepah appelle tous les établissements à organiser de manière structurée l'expression des usagers.

Il s'agit, pour les établissements, de rythmer l'année par des temps de rencontres structurés et réguliers.

Ce cadencement démocratique n'a pas à être modélisé pour tous les Ehpad. Il leur appartient de le définir. Mais la Cndepah appelle à ce qu'un projet d'animation de la vie démocratique interne soit formalisé, incluant une programmation annuelle des temps forts, dont le calendrier serait communiqué aux résidents à leurs familles.

A titre d'expériences réussies, il faut noter la participation active dans certains établissements d'associations d'usagers, d'association de familles, de territoires. Ce sont des interlocuteurs, souvent exigeants, qui obligent les établissements à se questionner en permanence et à éviter de fonctionner en vase clos.

2.3 L'éthique

En septembre 2021, Fabrice Gzil remettait à Brigitte Bourguignon la charte « Ethique et accompagnement du grand-âge ».

Il s'agit désormais d'en assurer la diffusion effective dans les établissements, qui doivent s'en emparer activement.

3. La démarche qualité

3.1 L'individualisation de l'accompagnement

Si les ratios en personnel sont un facteur limitant important, il faut cependant noter que les établissements n'organisent qu'insuffisamment la prise en compte des besoins et envies des résidents en tant qu'individu.

Les projets de vie individuels devraient être des temps majeurs devant en permettre la déclinaison. Faute de temps, les personnels de nos établissements ne parviennent que peu à les faire vivre réellement. C'est pourtant la pierre angulaire de l'accompagnement. Il faut les remettre au centre, dans le cadre de ratios en personnel améliorés.

C'est aussi une attente majeure des résidents que nous accueillons et de leurs familles. Les établissements doivent aussi, **en leur sein**, amorcer le tournant domiciliaire pour se rapprocher autant que possible d'un accompagnement sur mesure, très individualisé. Cette révolution culturelle, engagée, mais qui doit être accélérée, est une condition sine qua non à une forme de « désirabilité » de l'Ehpad par les usagers potentiels. C'est ce point majeur qui permettra aux usagers d'entrer dans nos établissements par choix assumé, plutôt que par défaut, voire par dépit.

3.2 le pilotage de la démarche qualité

La Cndepah appelle à ce que les CPOM soient des temps privilégiés pour structurer la gouvernance de la qualité dans nos établissements avec un financement complémentaire dédié, notamment pour les établissements de petite capacité.

Les regroupements d'établissements par le biais de directions communes ou de GCSMS constituent des organisations facilitant la mutualisation d'ingénieurs qualité (cf dossier grand-âge et établissements, <https://cndepah.fr/grand-age-et-etablissements/>).

La Cndepah demande à ce qu'un temps d'ingénieur qualité, ou de manager qualité, soit suffisant sur chaque site afin d'éviter un trop grand éparpillement.

A minima, l'adhésion à des structures locales promouvant la qualité, offrant des outils, apportant de la formation et de l'aide méthodologique est une nécessité.

La Cndepah rappelle néanmoins la nécessité d'associer, à cette démarche qualité, de manière très étroite tous les acteurs des sites, notamment l'encadrement intermédiaire, afin de ne pas aboutir à une démarche « hors sol », désincarnée, ne visant qu'à répondre aux attendus du CASF. L'association des usagers et de leurs familles est devenue également un point incontournable.

Enfin, la Cndepah appelle à une mise en cohérence des outils de pilotage de la qualité, et appelle de ses vœux la mise en place d'une réforme aujourd'hui repoussée, sous l'égide de la HAS.

3.3 la qualité de vie au travail

Cette dimension est désormais mieux reconnue et valorisée. Mais la qualité de vie au travail, élément déterminant dans l'attractivité de nos métiers, reste encore appréhendée dans des politiques nationales et régionales par saupoudrage plus que comme une politique structurante.

Les CPOM doivent être des temps privilégiés pour contractualiser une politique d'établissement ambitieuse et pluriannuelle, avec un accompagnement financier fléché, également assise sur une dynamique pluriannuelle.

La capitalisation des expériences réussies pourrait faire l'objet d'un recensement, afin d'aider les établissements à s'en inspirer.

La Cndepah considère que le sens au travail et la cohésion d'équipe peuvent gagner en profondeur par une démarche construite de QVT, qui ne doit, là encore, pas être considérée comme un passage obligé réglementaire, mais bien comme une opportunité.

3.4 le financement de la qualité

Enfin, il est nécessaire de rappeler que le modèle tarifaire en place, pour le forfait soins, ne valorise que très peu les actions visant à améliorer la qualité d'accompagnement des résidents. Le modèle Pathos, pierre angulaire du financement, ne concourt en rien à la valorisation des mesures de prévention, rendant donc accessoire leur déclinaison dans les établissements. C'est une réforme, maintes fois annoncées, qu'il faut mener.

4. Contrôles et inspections

En réaction à l'affaire Orpéa, la Cndepah n'appelle pas à une campagne aveugle, excessive et sans discernement des inspections de tous les établissements.

Les inspections doivent répondre à certains cas de figure que la Cndepah souhaite rappeler.

C'est principalement le cas lorsque, par faisceaux concordants, des plaintes et réclamations sont transmises à l'une des autorités en charge du contrôle des établissements que sont les conseils départementaux et les ARS.

La Cndepah considère qu'il faut également faire toute la lumière sur l'utilisation des crédits publics par les établissements privés afin de garantir, de manière fiable et sur un temps long, qu'ils ne sont pas utilisés à d'autres fins que celles de couvrir des dépenses effectives de soins ou de dépendance. Les inspections, en ce qu'elles permettent de creuser finement les effectifs en place, leur affectation géographique et budgétaire, constituent un outil nécessaire dans cette vérification.

Mais la Cndepah rappelle aussi la nécessité de travailler en bonne intelligence avec les ARS et les conseils départementaux, et de graduer avec pondération et discernement les vérifications. Dans certaines régions, des pratiques respectueuses et intelligentes, dans le cadre d'une démarche

valorisante des initiatives et pratiques de l'établissement permettent d'appréhender l'inspection comme un temps constructif, et non essentiellement à charge.

Les moyens dont disposent les Ehpad sont insuffisants. Soyons vigilants à ce que des inspections, uniquement à charge, et ne visant qu'à mesurer l'écart des pratiques avec la norme, n'emmènent pas la démotivation déjà fragile de nos professionnels.

La Cndepah propose qu'un groupe de travail soit mis en place pour travailler conjointement avec des représentants d'ARS à la modélisation modernisée des inspections.

5. Equité et transparence

La Cndepah rappelle que des distorsions importantes existent entre le secteur public et le secteur privé commercial, notamment au travers de la taxation du travail et de la valeur ajoutée et autres crédits d'impôts.

Ces dimensions, éminemment techniques sont pourtant très structurantes.

En aucun cas la Cndepah n'appelle à une nationalisation quelconque des Ehpad, ni ne conteste le principe ou l'existence d'établissements privés commerciaux. Il est en revanche nécessaire d'objectiver les données notamment fiscales afin d'en permettre la pleine compréhension de tous. La Cndepah appelle à ce que ce travail d'objectivation soit mené.

Le simple exemple de l'accès à une TVA réduite illustre bien cette problématique. Véritable parcours du combattant pour le secteur public, là où le secteur commercial a obtenu de l'administration fiscale en décembre 2021 un régime extrêmement plus favorable.

Rappelons aussi que les établissements publics, pour les risques dits « statutaires » sont leur propre employeur. Ainsi, un aide-soignant absent et devant être remplacé pèse budgétairement totalement sur l'établissement public, là où la sécurité sociale, par le biais des indemnités journalières, rembourse en grande partie l'employeur privé pour lui permettre d'assurer son remplacement.

C'est à une mise à plat de ces régimes fiscaux et assuranciers qu'il est désormais nécessaire de procéder.