



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea

MARS 2022

Jean-Philippe de **SAINT MARTIN**
Thomas **ESPELLAC**
Amaël **PILVEN**
Gaspard **BIANQUIS**
Aude **COSTA**
Louise **MARIANI**
Samuel **MONTEIL**
Anne **ROSSION**
Valentine **VERZAT**

Thomas **AUDIGÉ**
Pr Bertrand **FENOLL**
Valentine **FOURNIER**
Frédéric **LALOUE**
Hervé **LÉOST**
Julien **ROUSSELON**

**Inspection générale
des finances**

**Inspection générale
des affaires sociales**



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Ministère délégué auprès du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance, chargé des Comptes publics
Ministère des Solidarités et de la Santé
Ministère délégué auprès du ministère des Solidarités et de la Santé, chargé de l'Autonomie
Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion

RAPPORT

IGF N° 2022-M-012-06

IGAS N° 2022-016R

MISSION SUR LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) DU GROUPE ORPEA

Établi par

Sous la supervision de
JEAN-PHILIPPE DE **SAINT-MARTIN**
Inspecteur général des
finances

THOMAS **AUDIGÉ**
PR BERTRAND **FENOLL**
Inspecteurs généraux
des affaires sociales

THOMAS **ESPELLAC**
AMAËL **PILVEN**
GASPARD **BIANQUIS**
AUDE **COSTA**
LOUISE **MARIANI**
SAMUEL **MONTEIL**
ANNE **ROSSION**
VALENTINE **VERZAT**
Inspecteurs des finances

VALENTINE **FOURNIER**
FRÉDÉRIC **LALOUE**
HERVÉ **LÉOST**
JULIEN **ROUSSELON**
Inspecteurs des affaires sociales

Avec le concours du Pôle
Science des données de l'IGF
SOPHIE **MAILLARD**
PHILIPPE **FONTAINE**

- MARS 2022 -

INTRODUCTION

Le contenu de ce rapport est soumis aux dispositions des articles L.311-2, L.311-5 et L.311-6 du code des relations entre le public et les administrations.

Par lettre de mission en date du 1^{er} février 2022, la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, le ministre des solidarités et de la santé, le ministre délégué aux comptes publics et la ministre déléguée chargée de l'autonomie ont mandaté l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances pour réaliser un contrôle du fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea et du bon usage des deniers publics qui financent certaines de leurs activités.

La commande incitait la mission à concentrer ses travaux sur huit points :

- ◆ 1/ les suites apportées aux différents contrôles ou inspections effectués sur les établissements ainsi que la complétude des informations transmises ;
- ◆ 2/ les pratiques du groupe ou application des recommandations sur l'attribution aux établissements de consommables tels que les protections hygiéniques ou sur les enjeux liés à la nutrition des résidents ;
- ◆ 3/ les pratiques du groupe sur l'encadrement des patients les plus dépendants ;
- ◆ 4/ les pratiques managériales, le taux d'encadrement au sein des établissements et le temps de présence effectif des personnels (souvent soignants) auprès des résidents ;
- ◆ 5/ les modalités de signalement et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches des résidents et les professionnels et les actions développées pour les prévenir, en dialogue avec les résidents et leurs familles ainsi qu'avec le personnel ;
- ◆ 6/ les pratiques financière du groupe en matière de gestion des dotations « soins » et « dépendance », EHPAD par EHPAD, par département et globalement, et la sincérité des informations délivrées sur l'utilisation des financements publics aux autorités de tutelle ;
- ◆ 7/ la transparence des informations sur les établissements auprès des familles et des résidents ;
- ◆ 8/ les modalités de contrôle et d'évaluation interne permettant le respect des obligations légales communes à tous les établissements médico-sociaux accueillant des publics vulnérables.

Ces questions sont traitées dans six axes d'investigation appelés « annexes » qui ont fait l'objet d'un échange contradictoire avec le groupe Orpea :

- ◆ l'organisation et le fonctionnement des EHPAD du groupe Orpea ;
- ◆ l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées ;
- ◆ l'utilisation des forfaits « soins » et « dépendance » ;
- ◆ l'organisation des achats et les relations avec les fournisseurs ;
- ◆ les ressources humaines ;
- ◆ les contrôles internes et externes.

1. Présentation du réseau Orpea

Orpea, créé en France en 1989, est devenu en quelques années un groupe international dont l'activité couvre 23 pays, pour un chiffre d'affaires dépassant 4 Md€¹, et un patrimoine de 12 Md€, dont plus de 7 Md€ en immobilier. Cela en fait non seulement le plus gros gestionnaire de maisons de retraites, mais également la première foncière de santé en Europe. La rentabilité du groupe est dans la moyenne du secteur, avec un taux d'EBITDAR² sur chiffre d'affaires de 25 %. L'activité française, qui se concentre principalement sur les cliniques privées et les EHPAD, est une composante essentielle de l'activité du groupe : la zone France-Bénélux, engendre 60 % du chiffre d'affaires total.

Le réseau d'Orpea compte 228³ EHPAD en France qui emploient 14 000 salariés⁴ et ont hébergé 27 392 résidents en 2021. La grande majorité des EHPAD (203 sur 228) sont rattachés à la SA Orpea, les autres étant filialisés.

Le réseau d'EHPAD a perçu en 2020 plus de 360 millions d'euros de financements publics, dont 270,5 M€ provenaient de la branche maladie (devenue branche autonomie à partir de 2021), au titre des soins, et plus de 96,5 M€ provenaient des conseils départementaux, au titre de la prise en charge de la dépendance. Les résidents et leur famille prennent en charge, quant à eux, l'hébergement (avec le cas échéant des aides publiques couvrant partiellement ces frais) et une partie des frais liés à la dépendance.

2. Sources exploitées par la mission

Les travaux de la mission se sont fondés sur plusieurs sources :

- ◆ des investigations **au siège**, auprès de l'ensemble des directions et services, Groupe et France, et l'examen de la documentation interne fournie ;
- ◆ des **visites inopinées** de dix établissements dans six régions différentes, organisées sur une durée de une à deux journées selon des modalités différentes (cf. tableau 1). La méthode de contrôle employée pour ces établissements comprenait notamment :
 - une visite des locaux, des différentes unités, des salles de restauration, de l'infirmier, de la lingerie, des lieux de vie collective, des locaux de stockage de matériel, *etc* ;
 - le décompte des stocks de protections de chacune des unités de l'établissement ;

¹ Les données financières qui suivent sont tirées de la présentation aux investisseurs des résultats semestriels de mi-2021 effectuée par le groupe Orpea le 22 septembre 2021.

² *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortisation and restructuring or rent costs*, à savoir les revenus avant soustraction des intérêts, impôts, dépréciation, amortissement et frais de restructuration ou de location.

³ Ce chiffre correspond à la liste d'EHPAD transmise à la mission en février 2022. Ce chiffre peut ensuite varier dans le rapport selon les années et les sources employées.

⁴ Données du bilan social de juillet 2021.

- des entretiens avec l'équipe de direction, le personnel soignant et non soignant (de jour et de nuit), des familles, des résidents, des intervenants externes (kinésithérapeutes...);
 - l'analyse de la politique de l'établissement en matière de ressources humaines (liste des personnels, plannings, tableaux des absences, etc) et le contrôle d'un échantillon de dossiers de membres du personnel (contrôle des contrats et diplômes);
 - l'analyse d'un dossier documentaire fourni par le directeur d'établissement, appuyé par la direction régionale et le siège, sur les principaux points de contrôle (gouvernance, pilotage budgétaire, prise en charge des résidents etc.);
 - l'examen des documents financiers internes de l'établissement et leur confrontation avec les documents produits par le siège à destination notamment des autorités de tarification.
- ◆ **40 rapports d'ARS⁵** relatifs à des établissements du groupe Orpea établis entre 2018 et 2021. L'exploitation de rapports remontant à 2018 et 2019 permet d'éviter de concentrer l'analyse sur la période perturbée par la crise du Covid mais aussi de vérifier, en lien avec les ARS, dans quelle mesure les recommandations de ces rapports ont été mises en œuvre par les établissements concernés (cf. tableau 2);
 - ◆ **1 943 décisions (recommandations, prescriptions, injonctions)** formulées dans les rapports d'inspection menés par les ARS sur les EHPAD depuis 2018;
 - ◆ les **échanges réguliers avec l'ensemble des ARS tout au long de la mission**, permettant de tenir compte de leurs investigations les plus récentes dans le cadre des plans de contrôle régionaux lancés en février 2022;
 - ◆ un **échantillon de 45 rapports d'évaluation externe** sur des établissements Orpea, établis entre 2014 et 2021 (cf. tableau 3);
 - ◆ un **échantillon de 15 rapports d'évaluation interne** des EHPAD Orpea, établis entre 2013 et 2021 (cf. tableau 4);
 - ◆ un **échantillon de 9 CPOM Orpea et de 6 CPOM concernant d'autres structures privées**, ainsi que des documents de suivi de ces CPOM lorsqu'ils existaient.

Afin de disposer de données de comparaison permettant de situer les établissements Orpea par rapport aux moyennes du secteur des EHPAD, en particulier du secteur privé lucratif, la mission a exploité notamment les **sources de données suivantes** :

- ◆ répertoire Finess afin d'identifier le champ des EHPAD;
- ◆ base Insee « Postes » issue des DADS-DSN (notamment pour calculer les taux d'encadrement et les niveaux de rémunération des personnels);
- ◆ base Dares « Mouvements de main-d'œuvre » pour calculer les indicateurs de rotation de main d'œuvre et la part de CDD dans les effectifs;
- ◆ données de l'Assurance maladie issues de la base « ResidESMS » pour situer la consommation de soins de ville dans les établissements Orpea par rapport aux moyennes sectorielles;
- ◆ données CNSA issues des remontées déclaratives des documents budgétaires et financiers des EHPAD (système d'information ImportERRD) pour le nombre de lits et les indicateurs de dépendance et soins des résidents;
- ◆ données issues du tableau de bord de la performance médico-sociale (ANAP / CNSA / ATIH).

⁵ Rapports conjoints avec les conseils départementaux dans quelques cas.

Tableau 1 : Liste des EHPAD ayant fait l'objet d'une visite inopinée de la mission

[...]

Tableau 2 : Liste des EHPAD sur lesquels portent les rapports ARS consultés par la mission

Établissement	Ville
EHPAD résidence les Bords de seine	Neuilly-sur-Seine
EHPAD le Relais des Sens	Talence
EHPAD les Magnolias	Agen
EHPAD la Tour de Pujols	Villeneuve-sur-Lot
EHPAD Croix-Rousse	Lyon 4e Arrondissement
Maison de retraite Orpea	Vannes
EHPAD docteur l'Hoste	Villers-Semeuse
EHPAD Creil	Creil
EHPAD résidence les Lys	Montigny-en-Gohelle
EHPAD résidence du Moulin de l'Épine	Saint-Vrain
EHPAD Orpea la garenne	La Garenne-Colombes
EHPAD les Pivoines	L'Isle-D'espagnac
EHPAD résidence l'Océane	Saint-Georges-de-Didonne
EHPAD résidence les Aloes	Saint-Sulpice-de-Royan
EHPAD résidence le verger d'Anna	Sainte-Terre
EHPAD Orpea les Jardins de Grasse	Grasse
EHPAD résidence Orpea la Clairière	Montélimar
EHPAD clos des Benedictins	Bourges
Résidence Orpea la demoiselle	Vouziers
Résidence Orpea la Montagne de Reims	Villers-Allerand
EHPAD la Cerisaie	Poigny-la-Forêt
EHPAD résidence Normandy cottage	Mandres-les-Roses
EHPAD résidence la Claire Fontaine	La Rochelle
EHPAD le Relais des sens	Talence
EHPAD Orpea les rives d'or la Couture	La Couture-Boussey
EHPAD les Jardins de Jouvence	Albi
EHPAD les Écrivains	Guérande
EHPAD le clos des Muriers	Batz-Sur-Mer
EHPAD le clos de l'Oseraie	Osny
EHPAD Orpea Fontaine-au-pire	Fontaine-Au-Pire
EHPAD la Bastide des Oliviers	Vitrolles
EHPAD résidence Orpea le Corbusier	Boulogne-Billancourt
EHPAD les Jardins de Chartres	Chartres
EHPAD Orpea Fère-en-Tardenois	Fere-en-Tardenois
EHPAD Orpea Péronne	Péronne
EHPAD Île de Nantes	Nantes
EHPAD le Bosguerard	Saint-Pierre-du-Bosguerard
EHPAD Beaulieu	Caen
EHPAD Quentin la tour	Saint-Quentin
EHPAD de Crampel	Toulouse

Source : Mission, d'après les rapports ARS sur la période 2018-2021.

Tableau 3 : Rapports d'évaluation externe exploités par la mission

Région	Commune	Date
Alpes Sud	Chateauneuf de Grace	2014
Alpes Sud	Vence	2018
Alpes Sud	Magagnosc	2014
Alpes Sud	Nice	2019
Alpes Sud	Roquebrune 2	2018
Alpes Sud	Saint Laurent du Var	2016
Alpes Sud	Cagnes 2	2018
NAQ	Carbon blanc	2021
NAQ	Andernos	2017
Centre	Saint-Benoît	2017
Centre	Fontaine-le-Compte	2021 (prov.)
Centre	Neuville de Poitou	2019
Centre	Bourges	2016
Centre	Orléans	2020
Centre Ouest	Echillais	2018
Centre Ouest	Saint-Sulpice de Royan	2020
Est	Nancy	2017
Est	Charleville-Mézières	2019
Est	Villers Semeuse	2020
IDF	Valenton	2018
IDF	Coubron	2018
IDF	Saint Jacques	2017
IDF	Les Musiciens Saint Maur	2014
IDF	Les Lilas	2020
IDF	Edith Piaf	2019
IDF	Pré Saint Gervais	2014
IDF	Villiers-le-Bel	2019
IDF	Arnouville	2019
IDF	Neuilly BDS 2	2020
Nord	Loos	2019
Provence	Marseille	2019
AURA	k,,	2018
Ouest	Guérande	2016
Ouest	Nantes	2016
Ouest	Rezé	2016
Provence	Marignane	2014
Occitanie	Toulouse Crampel	2014
Loire Auvergne	Royat	2014
IDF	Batignolles	2017
IDF	Leudeville	2016
IDF	Auxerre	2020
IDF	Boulogne	2020
IDF	Mozart	2018
Nord	Le Cateau Cambraisi	2020
Nord	Berlaimont	2019
Nord	St Omer	2017

Source : Mission.

Tableau 4 : Rapports d'évaluation interne exploités par la mission

EHPAD	Date
Alençon	2013
Alençon	2021
Toulouse Crampel	2013
Toulouse Crampel	2021
Terrasses Mozart	2016
La Rochelle	2013
La Rochelle	2021
Caen St Nicolas	2013
Caen St Nicolas	2021
Bordeaux	2013
Bordeaux	2021
Villeneuve sur Lot	2021
Troyes	2021
St Denis de l'Hôtel	2016
Creil	2014

Source : Mission.

ANNEXES ET PIÈCES JOINTES

LISTE DES ANNEXES ET DES PIÈCES JOINTES

ANNEXE I :	L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD ORPEA
ANNEXE II :	L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES
ANNEXE III :	L'UTILISATION DES FINANCEMENTS PUBLICS POUR LA PRISE EN CHARGE DES SOINS ET DE LA DÉPENDANCE
ANNEXE IV :	L'ORGANISATION DES ACHATS ET LES RELATIONS AVEC LES FOURNISSEURS
ANNEXE V :	L'ORGANISATION ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES
ANNEXE VI :	LES CONTRÔLES INTERNES ET EXTERNES
PIÈCE JOINTE 1 :	ÉLÉMENTS RELATIFS AU CONTRADICTOIRE
PIÈCE JOINTE 2	LETTRE DE MISSION

ANNEXE I

L'organisation et le fonctionnement des EHPAD Orpea

SOMMAIRE

1. L'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) DU GROUPE ORPEA EST MARQUÉE PAR UN FORT DEGRÉ DE CENTRALISATION	1
1.1. Les équipes de direction des EHPAD du groupe Orpea sont fragilisées par un <i>turn over</i> élevé dans certains établissements	1
1.2. L'autonomie de la direction d'établissement est limitée par le niveau régional et le siège	2
1.2.1. <i>Le périmètre d'activité du directeur d'exploitation est assez restreint.....</i>	<i>2</i>
1.2.2. <i>La direction régionale est un échelon central pour le pilotage des établissements en application des consignes du siège</i>	<i>3</i>
1.2.3. <i>Des évolutions auraient été amorcées dans les modalités de pilotage des opérations sans se traduire dans les pratiques managériales</i>	<i>4</i>
1.3. Le projet d'établissement n'a qu'une place modeste dans la gouvernance quotidienne.....	5
1.3.1. <i>Le projet d'établissement ne structure pas l'activité de l'établissement</i>	<i>5</i>
1.3.2. <i>Le plan de formation n'est pas toujours formalisé et se concentre sur les formations obligatoires et les mini-formations.....</i>	<i>6</i>
1.3.3. <i>Les établissements tirent inégalement parti de leur environnement local..</i>	<i>7</i>
2. LA PRÉVENTION ET LE SUIVI DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES PÂTISSENT D'UNE PROCÉDURE COMPLEXE ET CENTRALISÉE AU NIVEAU DU SIÈGE.....	7
2.1. La politique de promotion de la bientraitance est mise en œuvre de façon hétérogène par les EHPAD du groupe	8
2.2. Malgré une procédure très encadrée par le siège, le circuit interne de traitement des évènements indésirables est peu formalisé au niveau des EHPAD.....	9
2.3. ORPEA ne transmet aux autorités que les évènements indésirables les plus graves dans des délais souvent trop longs	11
2.3.1. <i>Les instances jouent un rôle de filtre.....</i>	<i>11</i>
2.3.2. <i>Quatre événements indésirables graves sur cinq sont liés aux soins.....</i>	<i>12</i>
2.3.3. <i>Les délais de transmission des événements indésirables sont ralentis par la procédure d'Orpea.....</i>	<i>13</i>
3. LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE STRATÉGIE AFFIRMÉE DU SIÈGE.....	13
3.1. Plusieurs formes de participation sont prévues mais mises en œuvre de façon hétérogène au sein des EHPAD	13
3.2. Les résultats des enquêtes de satisfaction ne sont pas toujours exploités au niveau des établissements.....	14
3.3. L'information donnée aux résidents ou à leurs représentants légaux devrait faire l'objet d'une plus grande attention.....	15
3.3.1. <i>Chaque EHPAD dispose de ses propres documents obligatoires d'information des personnes</i>	<i>15</i>
3.3.2. <i>La proposition de désignation de la personne de confiance ne fait pas l'objet d'une traçabilité suffisante susceptible d'être contrôlée par la mission.....</i>	<i>16</i>

3.3.3. L'information des résidents sur les personnes qualifiées n'est pas systématique.....	16
3.4. Les modalités et la qualité des liens avec les familles présentent une marge de progression dans de nombreux établissements.....	17
3.4.1. Les modalités d'échange sont dépendantes des initiatives prises par les directions d'établissement.....	17
3.4.2. Le traitement des plaintes et réclamations peut gagner en fluidité et en proximité avec les résidents et leurs familles	17
3.4.3. Dans 99 % des cas, le délai de remboursement des résidents par Orpea dépasse les 30 jours réglementaires.....	19

Annexe I

Cette partie vise à apporter des éléments de réponse aux points suivants de la lettre de mission :

- ◆ les modalités de signalement et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches des résidents et les professionnels, ainsi que les actions développées pour les prévenir ;
- ◆ la transparence des informations sur les établissements délivrées auprès des familles et des résidents.

Ces deux enjeux sont resitués dans une analyse plus globale de l'organisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea et de leur utilisation des différents outils en matière de signalement des événements indésirables, ou encore de démarche d'amélioration de la qualité.

1. L'organisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea est marquée par un fort degré de centralisation

1.1. Les équipes de direction des EHPAD du groupe Orpea sont fragilisées par un *turn over* élevé dans certains établissements

L'équipe de direction des EHPAD du groupe Orpea est constituée d'un directeur d'exploitation et d'un adjoint au directeur, assistés d'une ou d'un assistant de direction ainsi que du médecin coordonnateur et de l'infirmier diplômé d'État coordonnateur (IDEC).

Parmi les rapports des agences régionales de santé (ARS) sur la période 2018-2021, une part significative de ceux ayant traité ce point de contrôle met en avant **l'arrivée récente du directeur ou de la directrice d'exploitation, succédant parfois à des directeurs restés sur de très courtes périodes**. Ce constat est de nouveau dressé par plusieurs ARS lors des visites de février 2022. Une ARS a ainsi constaté qu'un établissement a connu 13 directeurs en 12 ans ce qui pose problème pour l'animation du projet d'établissement, le dialogue avec les familles et le management de l'équipe. L'ancienneté moyenne des directeurs d'exploitation est de 7 ans selon les données d'Orpea (et 53% des directeurs sont présents depuis moins de cinq ans).

Au sein des EHPAD contrôlés par la mission (cf. tableau 1), le taux de rotation apparaît élevé pour cinq des huit EHPAD pour lesquels la donnée est disponible (moins de trois ans en moyenne sur le poste) et très élevé pour deux d'entre eux (moins d'un an et demi en moyenne sur le poste).

Tableau 1 : Rotation des directeurs sur huit EHPAD contrôlés par la mission

EHPAD contrôlés	Nombre de directeurs sur les dix dernières années
EHPAD Crampel	5
EHPAD Marengo Jolimont	3
EHPAD Chanterelle	7
EHPAD La Sénatorerie	1
EHPAD Les Chesnaies	1
EHPAD Saint André	4
EHPAD Saint-Jacques	7
EHPAD Les portes du Luberon	4

Source : Tableau des directeurs sur les dix dernières années remis par Orpea à la mission.

Annexe I

Interrogée à ce sujet, la direction des opérations du groupe Orpea relève des difficultés particulières de fidélisation sur ces fonctions dans certains territoires, en particulier en région Île-de-France. Les données transmises à la mission font état, sur la période 2012-2021, de 314 départs définitifs du groupe de directeurs d'exploitation, soit une trentaine par an en moyenne sur un total de 230 EHPAD environ sur la période. Orpea met en avant un taux de turn over moyen sur ces fonctions de 12,8% sur 2018-2021.

Au-delà de la fonction de directeur, certains établissements sont marqués par une instabilité de l'encadrement de l'équipe soignante (médecin coordonnateur et IDEC). Des dispositifs de soutien par le niveau régional sont prévus en cas de vacance sur l'un de ces postes. Ces dispositifs ne peuvent toutefois pas assurer dans la durée la présence de proximité nécessaire pour ces fonctions.

L'organisation d'une réunion hebdomadaire de l'équipe de direction, préconisée par le groupe, a été constatée dans les différents établissements visités par la mission comme lors des contrôles réalisés par les ARS. Cette réunion rassemble principalement le directeur et son adjoint, le médecin coordonnateur, l'IDEC, le psychologue¹, le responsable hôtelier.

1.2. L'autonomie de la direction d'établissement est limitée par le niveau régional et le siège

1.2.1. Le périmètre d'activité du directeur d'exploitation est assez restreint

Le directeur d'exploitation est recruté par le directeur régional et passe un entretien, avant sa prise de poste, à la direction des opérations du siège. De même, le médecin coordonnateur de l'établissement est recruté par le directeur d'exploitation en lien avec le médecin régional, et l'IDEC de l'établissement en lien avec l'IDEC régionale.

L'autonomie du directeur d'établissement est fortement limitée en pratique :

- ◆ sur la base des documents uniques de délégation, la délégation dont dispose le directeur d'exploitation ne s'étend pas à la gestion budgétaire de l'établissement (y compris achats) ni aux recrutements. Le directeur d'exploitation signe les contrats de travail en tant qu'employeur mais tout recrutement doit être validé par la direction régionale dans le système d'information des ressources humaines (en l'occurrence, l'application SIRHAP²). Orpea met en avant la possibilité pour le directeur d'exploitation de valider lui-même le recrutement s'il juge que celui-ci est urgent et absolument nécessaire à la continuité de l'activité. Cela concernerait 23% des embauches, sans que la mission n'ait été en mesure d'expertiser ce chiffre transmis à l'occasion du contradictoire et sans être assorti d'éléments de justification. Par ailleurs, le directeur d'exploitation peut engager une dépense dès lors qu'il respecte son budget mensuel et que l'achat est prévu au catalogue du groupe Orpea. En cas de dépassement ou d'achat hors catalogue une validation de la direction régionale ou du siège est nécessaire (cf. Annexes III et IV) ;

¹ Psychologue qui n'est pas systématiquement à temps plein sur l'établissement.

² Voir l'annexe relative aux ressources humaines.

Annexe I

- ◆ le directeur d'établissement exerce ses fonctions en application d'un ensemble de normes produites par le groupe. Dans ce système, les procédures qualité occupent une place considérable et sont d'application obligatoire pour l'ensemble des établissements. Selon le document d'enregistrement universel (DEU), ces procédures « *portent sur divers événements susceptibles d'affecter le bon fonctionnement, la performance ou la réputation du Groupe, ainsi que la sécurité des résidents, des patients et des salariés.* ». Selon le DEU, la mise à jour de ces procédures est réalisée au minimum deux fois par an. Près de 500 procédures et outils seraient utilisés dans les établissements pour encadrer et garantir les pratiques (prise en charge, gestion, activités, restauration, maintenance, etc.). Au niveau médical, des protocoles et procédures qualités spécifiques existent, et l'outil NETSoins³ permet de tracer l'ensemble des actes et des soins dispensés dans les établissements. Le directeur d'établissement est garant de leur bonne application au sein de l'établissement par l'ensemble des personnels ;
- ◆ l'activité du directeur d'établissement et de son équipe s'appuie sur des audits sur place menés régulièrement par la direction régionale (référénts qualité, travaux, restauration, soins) ;
- ◆ le programme d'action qualité (PAQ) s'avère structurant en pratique pour toute l'activité du directeur. Il comporte une multiplicité d'actions à conduire suite à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), à des réclamations de familles, à des contrôles externes ou évaluations internes, *etc.* Il faut souligner que les CPOM Orpea sont systématiquement signés par le directeur général d'Orpea SA ;
- ◆ plus globalement, **les directions d'établissement sont destinataires de plusieurs centaines de protocoles qualité construits par le groupe** concernant les soins mais aussi l'ensemble de l'organisation (hygiène, administration, etc.) ;
- ◆ les directeurs sont également astreints à un *reporting* important visant à suivre l'ensemble des indicateurs relatif au pilotage budgétaire de l'établissement en matière de masse salariale, de résultat net, ou encore du taux d'occupation (*cf.* Annexe III).

La marge de manœuvre du directeur d'établissement se limite donc strictement aux tâches relatives à l' « exploitation » quotidienne de l'établissement, et en particulier la gestion des ressources humaines de proximité (constitution des plannings, gestion des absences, encadrement des équipes), à la prospection de nouveaux résidents auprès des prescripteurs et à la relation avec les familles.

1.2.2. La direction régionale est un échelon central pour le pilotage des établissements en application des consignes du siège

La chaîne hiérarchique au sein du groupe Orpea est fortement intégrée. Les 15 directeurs régionaux (DR), rattachés au directeur des opérations du siège, sont les supérieurs hiérarchiques des directeurs d'exploitation. Le directeur régional procède à l'évaluation du directeur d'exploitation sur la base d'une grille de cent points de contrôles fixée par le groupe. Ils pilotent de façon rapprochée l'exécution du budget des établissements (*cf.* Annexe III). Ils sont destinataires d'un *reporting* régulier de la part des directeurs d'établissement. Les directeurs d'exploitation sont souvent issus de promotions internes au sein du groupe et les directeurs régionaux du groupe Orpea sont généralement des anciens directeurs d'exploitation (*cf.* Annexe V).

³ Il s'agit du logiciel de soins utilisé dans les EHPAD du groupe Orpea.

Annexe I

La mission n'a pas eu connaissance de fiches de postes précisant les missions des directeurs régionaux. Pour autant, **les relations entre la direction des opérations et les directions régionales illustrent un pilotage très centralisé**. Un comité d'exploitation se tient tous les mois au siège, avec l'ensemble des directeurs régionaux. Cette réunion est complétée par un point hebdomadaire animé par le directeur des opérations avec une partie des DR par roulement. Au niveau régional, le DR réunit ses directeurs lors d'une réunion opérationnelle régionale (ROR) tous les mois. Les liens étroits entre la direction régionale et le siège sont illustrés également dans le domaine de la qualité : les référents qualité des DR sont rattachés à la direction qualité du siège, de même que les médecins coordinateurs régionaux sont en lien hiérarchique avec la direction médicale du siège.

En outre, on note que les primes des directeurs d'exploitation comme des directeurs régionaux sont attribuées tous les six mois en fonction de l'évaluation par leur supérieur hiérarchique de l'atteinte de leurs objectifs, fondée sur une auto-évaluation demandée aux directeurs et de critères quantitatifs liée au respect des objectifs concourant au résultat économique de l'établissement – et de critères qualitatifs pour ce qui concerne les directeurs d'exploitation. La fréquence de ces évaluations témoigne d'un fort degré de pilotage du réseau, de même que l'amplitude de modulation des primes des directeurs. Le système de calcul des primes des directeurs d'exploitation, qui n'a pas été revu depuis 2011, repose sur le respect des objectifs sur les trois indicateurs budgétaires prioritaires (chiffre d'affaires, masse salariale et résultat d'exploitation (NOP)) auquel s'ajoute un objectif de nature qualitative, l'atteinte d'au moins 90 % de « qualité perçue » dans l'établissement (sur la base des critères de l'évaluation qualité semestrielle). Un « bonus » en fonction de l'augmentation du NOP est également appliqué à tous les directeurs, des critères qualitatifs étant prévus pour les seuls directeurs d'établissement (cf. Annexe V).

Ces illustrations d'une forte centralisation contrastent avec le discours des directeurs régionaux et de la direction des opérations, qui ont préféré dans le cadre des échanges avec la mission parler d'« accompagnement » de leurs établissements, d'« appui » voire de « *coaching* », alors même que les procédures et pratiques décrites par la mission illustrent un fort degré de pilotage.

1.2.3. Des évolutions auraient été amorcées dans les modalités de pilotage des opérations sans se traduire dans les pratiques managériales

La direction des opérations a indiqué à la mission avoir cherché récemment à promouvoir l'autonomie des directeurs régionaux. Ce changement de méthode aurait coïncidé avec le départ du précédent directeur des opérations mais aussi avec la suppression de l'échelon des directeurs de division, qui constituait une strate de pilotage supplémentaire entre le siège et les DR. L'évolution vers plus d'autonomie est confirmée par les directeurs régionaux rencontrés par la mission qui expriment également une diminution de la « *pression* » ressentie. Ils mettent en avant une « *autre méthode de management fondée sur la responsabilisation* » et moins de *reporting*.

Ces témoignages illustrent la volonté du groupe de mettre en avant une évolution de ses pratiques managériales mais qui ne paraissent pas s'être traduites, à ce jour, par des évolutions structurelles, ni en matière budgétaire ni en matière de pilotage des cadres. Ainsi, l'analyse des supports de réunion des COMEX ne laisse pas apparaître d'évolution significative dans les outils utilisés ou dans les indicateurs suivis. De même, le système de primes décrit *supra* est toujours en vigueur plus de trois ans après le changement de management de la direction des opérations, en dépit du souhait affiché de le faire évoluer pour l'avenir.

1.3. Le projet d'établissement n'a qu'une place modeste dans la gouvernance quotidienne

1.3.1. Le projet d'établissement ne structure pas l'activité de l'établissement

Aux termes de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF), le projet d'établissement « *définit les objectifs, les modalités d'organisation et de fonctionnement* » de l'EHPAD. Il est établi tous les cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation. Selon les recommandations de bonnes pratiques, le projet d'établissement constitue « *l'outil principal qui permet de donner sens aux pratiques, d'en identifier le cadre organisationnel, et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers* »⁴.

Les entretiens conduits par la mission dans les EHPAD montrent pourtant que le projet d'établissement ne paraît pas bien connu du personnel, y compris parfois de membres de l'équipe de direction, médecin coordonnateur ou IDEC, alors qu'il doit comporter un projet de soins. De fait, les rapports des ARS comme les rapports d'évaluation externe que la mission a pu consulter soulignent que sa construction n'obéit pas toujours à une méthode participative conformément aux obligations légales et le conseil de la vie sociale n'est pas toujours consulté sur le projet. De plus, le projet d'établissement ne comporte pas toujours un projet de vie spécifique ni un projet de soins adapté aux unités spécifiques Alzheimer et aux unités grands dépendants contrairement aux recommandations et aux engagements affichés par le groupe.

Les contrôles des ARS dont la mission a eu connaissance sur la période 2018-2021 mettent en exergue des projets d'établissements expirés dans environ la moitié des établissements concernés par ce point de contrôle (10 établissements concernés), parfois depuis plusieurs années. Ce point a également été constaté dans plusieurs EHPAD visités par la mission en février 2022 ainsi que dans une grande partie des contrôles ARS réalisés sur la même période. D'après les données transmises par le groupe, **la proportion de projets d'établissements arrivés à expiration est en février 2022 de 64 %, soit 146 projets non mis à jour sur 227 sites**. La proportion de projets d'établissement non mis à jour monte à 95 % dans certaines régions.

Plusieurs raisons expliquent le défaut d'actualisation de ces projets d'établissement :

- ◆ une raison conjoncturelle : de nombreux projets d'établissements devaient être renouvelés en 2020, année pendant laquelle les équipes de direction ont dû privilégier d'autres actions au regard de la crise liée à l'épidémie de Covid-19. Cependant, ce constat d'un retard dans l'actualisation des projets d'établissements avait déjà été posé par les ARS avant 2020 ;
- ◆ des raisons structurelles : d'une part, le *turn over* sur les fonctions de direction qui ne facilite pas l'engagement de ce type de projet nécessairement porté par l'équipe de direction, et ce sur une certaine durée (notamment compte tenu du caractère censément participatif de son élaboration). D'autre part, le peu d'autonomie des directeurs d'exploitation ne favorise pas non plus l'engagement de ce type de démarche propre à l'établissement.

Le manque d'actualisation des projets d'établissements ne permet pas la prise en compte des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés récemment avec les tutelles, alors que les objectifs fixés dans les CPOM recourent souvent les axes qui structurent les projets d'établissement: projet de soin, projet d'animation, projet de vie, ressources humaines. À défaut d'actualisation, les orientations contractualisées avec les pouvoirs publics dans le cadre des CPOM ne sont donc pas intégrées dans les projets d'établissement.

⁴ « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », ANESM, mai 2010.

Ainsi, le projet d'établissement tient une place modeste dans le pilotage des établissements du groupe en comparaison des autres outils propres à ORPEA, notamment des outils de pilotage budgétaire et de la masse salariale ou du respect des procédures internes.

1.3.2. Le plan de formation n'est pas toujours formalisé et se concentre sur les formations obligatoires et les mini-formations

Le directeur d'exploitation est responsable de la mise en œuvre d'un plan de formation au niveau de son établissement, dont la conception et le suivi font partie des 100 critères d'évaluation à apprécier par le directeur régional. Selon le dossier transmis par le groupe Orpea à la mission, « *chaque année, un plan de formation est mis en œuvre par chaque établissement, selon son projet d'établissement et en lien avec la DRH* ». La fiche métier du directeur d'exploitation indique qu'il tient compte des vœux du personnel, suit le plan de formation et s'assure du bon déroulement des formations. Les directeurs rencontrés indiquent que les souhaits de formation ou de VAE sont remontés par les agents au cours des entretiens d'évaluation.

Au cours des visites réalisées par la mission comme dans les contrôles des ARS, les plans de formation n'ont pas toujours pu être transmis. Quand ils ont été produits, il s'agit d'une simple liste de formations à accomplir dans l'année sans que le lien avec les priorités du projet d'établissement ni avec les souhaits de formation des agents ne soient précisés. On relève aussi le poids des formations obligatoires dans les bilans de formation transmis.

Dans les établissements contrôlés par les ARS et visités par la mission, le personnel rencontré met avant l'accent porté sur les « mini formations », réalisées par du personnel de l'établissement. Parmi les rapports établis par les ARS sur des établissements Orpea sur la période 2017-2020, 20 % pointent la prépondérance trop forte des formations courtes et mini-formations. Le groupe indique que ces mini-formations doivent être assurées au moins une fois par an pour l'ensemble du personnel conformément à une liste de thèmes. La mission n'a pas eu connaissance d'un document permettant à la direction de chaque établissement de s'assurer régulièrement du respect de cet objectif de suivi des « mini-formations » pour l'ensemble du personnel ni des effets produits sur l'amélioration des pratiques.

En complément, **la politique volontariste de promotion de la validation des acquis de l'expérience (VAE) présentée par le groupe ne paraît pas se traduire par des objectifs formalisés qui seraient fixés au niveau régional ou aux directeurs d'exploitation**, en termes par exemple de nombre de parcours de VAE qui seraient à engager dans l'année. Une direction d'établissement et une direction régionale interrogées par la mission à cet égard ont fait état de l'absence de tout document écrit. Le seul protocole dont la mission a eu connaissance porte sur l'identification, par le directeur d'exploitation, des agents qui suivent une VAE dans le système d'information des ressources humaines (SIRHAP) afin de faire émerger leur financement sur le forfait soins (cf. Annexe III). Par ailleurs, dans la même logique, il est demandé aux directeurs d'exploitation, dans les remontées d'information au siège, d'identifier les auxiliaires de vie présentes dans la structure et d'indiquer « *si elles ont commencé ou vont entamer une démarche de qualification* ».

1.3.3. Les établissements tirent inégalement parti de leur environnement local

Afin d'améliorer la prise en charge des résidents, les EHPAD doivent nouer des liens avec les acteurs du territoire, en particulier en formalisant leurs relations avec les établissements de santé ou médico-sociaux ou encore avec les professionnels de santé libéraux⁵.

Les visites de la mission et les contrôles ARS mettent en avant plusieurs points :

- ◆ des conventions signées avec au moins un établissement de santé du territoire, destinées par exemple à faciliter les admissions directes des résidents sans passage par les services d'urgences ; cependant, dans une minorité d'établissements, ces conventions ne sont pas actualisées ou inexistantes ;
- ◆ des relations avec des réseaux de gérontologie, y compris psychiatrique, ou encore avec l'hospitalisation à domicile (parfois en l'absence de convention) ;
- ◆ des conventions rarement signées avec les médecins traitants. Plusieurs établissements interrogés mettent en avant le refus des médecins de signer ces conventions ;
- ◆ l'absence fréquente de conventions formalisées avec les officines, mise en lumière par les contrôles ARS ciblés sur le circuit du médicament.

L'inscription de l'établissement sur son territoire fait partie des cent critères évalués par le directeur régional lors de l'évaluation du directeur d'exploitation : parmi les actions encouragées dans la trame d'évaluation, on note l'utilisation de l'hospitalisation à domicile (HAD). L'accent est mis en particulier sur la mobilisation de sociétés filiales du groupe (sont cités CLINEA, ADHAP et DOMIDOM).

La variabilité du nombre de partenariats noués et de leur pertinence, n'est pas seulement imputable au dynamisme des différentes directions d'établissements. Elle tient également à l'hétérogénéité des contextes locaux en matière d'offre médicale et d'offre de soins.

2. La prévention et le suivi des évènements indésirables pâtissent d'une procédure complexe et centralisée au niveau du siège

Conformément à l'article L. 331-8-1 du CASF, **les établissements médico-sociaux ont l'obligation de signaler tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, dont les cas de maltraitance présumés**, aux autorités administratives. L'article L. 1413-14 du code de la santé publique (CSP) impose par ailleurs à tout professionnel de santé l'obligation de signaler à l'ARS un évènement indésirable grave lié aux soins (EIGS).

Ces déclarations doivent intervenir « **sans délai** »⁶.

L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements et le contenu de l'information aux autorités administratives. Il comporte en annexe une fiche de transmission.

Ces obligations de transmission n'épuisent pas l'information qui peut être donnée aux autorités administratives quant à des dysfonctionnements qui, sans être graves, sont répétés ou font l'objet d'une vigilance particulière (par exemple fugues de résidents sans alerte des forces de l'ordre). En effet, l'objectif de cette démarche n'est pas de rechercher les fautifs ou la seule cause immédiate apparente de l'évènement indésirable, mais bien d'en identifier les causes profondes afin d'en prévenir la réitération. L'objectif visé est donc l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers.

⁵ Voir articles L. 312-7, L. 314-12, R. 313-30 et D. 312-158 du CASF sur ces conventionnements.

⁶ Article R331-8 du CASF.

Enfin, différentes dispositions du code pénal⁷ sanctionnent l'absence de signalement de faits relevant d'infractions pénales.

2.1. La politique de promotion de la bientraitance est mise en œuvre de façon hétérogène par les EHPAD du groupe

Orpea s'est doté d'un **code de conduite au niveau du groupe** qui met en avant les valeurs de professionnalisme, de loyauté, de bienveillance et d'humilité. Ce code conçu pour l'ensemble des salariés promeut une démarche d'éthique et rappelle le droit d'alerte des salariés.

Ces valeurs sont déclinées *via* des procédures applicables en EHPAD.

Dans ces dernières, la politique de promotion de la bientraitance⁸ passe principalement par la désignation de deux **référénts bientraitance**, chargés, sous la responsabilité du directeur, de mettre en place une démarche de bientraitance au sein de l'établissement. Il s'agit de salariés volontaires pour exercer cette mission et qui ont reçu une formation interne d'une journée par un référent régional lui-même formé par la direction médicale du groupe Orpea. Ils exercent cette mission sans lien hiérarchique avec les personnels de l'établissement.

Afin d'être identifiables, ils doivent être présentés dans leur fonction à l'ensemble des personnels par le directeur, et leur diplôme doit être affiché à l'accueil. Les visites réalisées par la mission montrent que ce principe n'est pas toujours respecté, plusieurs personnels interrogés n'avaient pas connaissance de ces référents.

Leurs principales missions, décrites dans le document « le référent bientraitance en EHPAD », sont :

- ◆ entretenir dans l'équipe une culture partagée du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, de sa singularité ; favoriser l'expression du résident ;
- ◆ contribuer à la mise en œuvre d'une réflexion collective impliquant une remise en question permanente sur les pratiques des professionnels ainsi qu'une démarche continue d'adaptation à des situations données ;
- ◆ contribuer, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, à maintenir un cadre institutionnel stable avec des règles claires, connues et sécurisantes pour tous sous le contrôle du directeur.

Le référent bientraitance mobilise principalement deux outils :

- ◆ les mini-formations « bientraitance » à destination du personnel ;
- ◆ la tenue d'un registre bientraitance qu'il renseigne au minimum une fois par mois et dans lequel il recense toutes les actions entreprises au sein de l'établissement en lien avec la bientraitance. Il y relate au moins deux situations par an qui ont conduit les équipes à une réflexion sur les concepts de bientraitance et d'éthique.

Au sein des établissements visités, la mission a pu constater la présence d'au moins un référent bientraitance mais a constaté des différences d'appropriation et de mise en œuvre de ces deux outils.

⁷ L'article 434-3 sanctionne l'absence de signalement aux autorités judiciaires ou administratives des « privations, mauvais traitements ou agressions ou atteintes sexuelles » ; l'article 223-6, alinéa 1 sanctionne le non empêchement d'un crime ou d'un délit contre l'intégrité corporelle ; les articles 223-6, alinéa 2 et 223-7-1 sanctionnent la non-assistance à personne en péril ; l'article 434-1 sanctionne la non-dénonciation de crime.

⁸ Article HAS « Promotion de la bientraitance » mis en ligne le 7 septembre 2015, « *La bientraitance est une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'usager et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance* ».

Annexe I

Les supports de formation interne en matière de bientraitance paraissent privilégiés sur toute autre forme de référence ou de réflexion extérieure au groupe. À titre d'illustration, lors de l'une des visites de la mission en EHPAD, une référente bientraitance a mentionné l'existence d'un « manuel bientraitance » élaboré au niveau du groupe. La référente se sert de ce manuel qui daterait, selon elle, de 2012 ou 2013 pour développer la politique bientraitance au sein de l'établissement ainsi que les mini formations. La mission n'a pas été rendue destinataire de ce document dont elle a sollicité la transmission.

Les contrôles des ARS relèvent également :

- ◆ que les mini-formations, qui ne sont pas toujours en nombre suffisant, se substituent bien souvent à un dispositif d'analyse des pratiques qui mériterait d'être porté par des intervenants extérieurs ;
- ◆ que dans plusieurs établissements, il n'existe qu'un référent bientraitance, un contrôle dans un établissement ayant relevé qu'il s'agissait de la directrice de l'établissement, ce que le protocole national ne permet pas. Dans certains établissements, les personnels ne savent pas nommer les référents ;
- ◆ que la présence de référents bientraitance ne permet pas, à elle seule, d'affirmer au sein de l'établissement une politique volontariste de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance ;
- ◆ qu'en l'absence de déclinaison et d'appropriation de la procédure du siège au niveau de l'établissement, les personnels ne maîtrisent pas l'organisation retenue relative à la politique de bientraitance, qui reste peu lisible.

Ainsi, les outils de promotion de la bientraitance sont appropriés de façon hétérogène au sein des établissements par les personnels qui accompagnent quotidiennement les résidents et ne paraissent pas permettre de remplir l'objectif d'amélioration des pratiques en matière de prévention de la maltraitance dans l'ensemble des établissements.

Enfin, dans aucun établissement visité, la mission n'a constaté l'affichage du 3977, numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicaps victimes de maltraitance. Sans être obligatoire, cet affichage permet de libérer la parole et d'interroger les évènements et situations sous un angle de prévention de la maltraitance.

2.2. Malgré une procédure très encadrée par le siège, le circuit interne de traitement des évènements indésirables est peu formalisé au niveau des EHPAD

Le circuit de signalement des évènements indésirables prévoit, à l'échelle du groupe, la remontée de tout évènement de manière systématique aux directeurs d'exploitation, puis au directeurs régionaux et enfin au directeur des opérations « *afin de définir les actions correctives (...) et d'informer éventuellement les autorités de tutelle* ». Le DEU pour 2020 rapporte que « *tous les évènements indésirables graves font l'objet d'un traitement particulier (information en interne et en externe auprès des autorités de tutelle, analyse des causes et des actions correctives à mener, tant sur le plan local qu'au niveau du pays et du groupe)* ».

La mission a été rendue destinataire d'une fiche de procédure « signalement d'un évènement indésirable grave » qui recouvre le traitement des EIG et des EIGS (évènements indésirables graves associés à des soins). Cette fiche de procédure est assortie de 8 annexes :

- ◆ annexe 1 : formulaire de transmission de l'information aux autorités administratives ;
- ◆ annexe 2 : fiche de déclaration d'un évènement indésirable grave associé à des soins (EIGS) - volet 1 : déclaration initiale à l'ARS ;

Annexe I

- ◆ annexe 3 : fiche de déclaration d'un évènement indésirable grave associé à des soins - volet 2 : suivi des actions ;
- ◆ annexe 4 : trame type rapport médical circonstancié ;
- ◆ annexe 5 : tableau de suivi des évènements indésirables déclarés ;
- ◆ annexe 6 : fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses sans effet ;
- ◆ annexe 7 : fiche de déclaration de matériovigilance ;
- ◆ annexe 8 : fiche de déclaration de pharmacovigilance.

La procédure fait intervenir de nombreuses personnes dans la rédaction des fiches de déclarations. Celles-ci sont destinataires des fiches pour information ou pour avis. Pour autant, dans le déroulement des actions à effectuer, le terme « validation » revient à plusieurs reprises.

Les principales étapes de la procédure interne sont les suivantes :

- ◆ dès la survenue de l'évènement indésirable, le directeur d'exploitation informé par le personnel prévient le directeur régional et le médecin coordonnateur régional. Le directeur régional prévient les services du siège (direction médicale, expert métier, pôle « signalement, suivi d'inspections, réclamation »). En concertation avec le directeur régional et le service juridique, un pré-signalement oral ou par mail est adressé aux autorités de contrôle (conseils départementaux et agences régionales de santé) ;
- ◆ dans les quatre heures, une analyse des causes et une chronologie des faits doivent être établies. Rédigées par le directeur d'exploitation avec l'aide du médecin coordonnateur, elles sont transmises au directeur régional et au médecin coordonnateur régional pour validation. Le directeur régional les transmet ensuite au pôle « Signalement, Suivi d'inspection, Réclamation » (SSIR) du siège ;
- ◆ ensuite, le directeur d'exploitation ébauche une fiche d'EI sur la base de déclarations le plus souvent orales du personnel qui a été témoin de l'EI :
 - il transmet ensuite ce projet de fiche au directeur régional qui la valide ;
 - le directeur régional la transmet à son tour aux deux services du siège concernés : d'une part, le pôle SSIR pour validation et appréciation du niveau de gravité justifiant ou non la transmission de la fiche aux autorités ; d'autre part, la direction des opérations médico-sociales (« expert métier » auprès du directeur mais aussi directeur lui-même pour information) ;
 - la FEI ainsi validée redescend *via* le DR afin que le directeur la transmette aux autorités concernées.

La procédure est la même concernant les EIGS qui sont à déclarer sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé, la fiche étant extraite du site pour transiter par les différents échelons et services avant d'être saisie par le directeur de l'établissement.

Concernant les personnels, l'annexe 4 du livret d'accueil du salarié – **charte de confiance** incite au signalement des évènements indésirables. Cette charte porte la signature du directeur de l'établissement.

La mission n'a pas été en mesure de vérifier la réalité de la remise systématique de cette charte aux personnels des EHPAD visités et encore moins d'apprécier le degré d'incitation à la mise en œuvre de cette charte par la direction, en l'absence de traçabilité de remise de ce document aux personnels.

Annexe I

Les rapports de contrôle des ARS comme les constats établis par la mission lors de ses visites d'EHPAD en février 2022 relèvent de **nombreux écarts ou dysfonctionnements relatifs au signalement des EIG dans les EHPAD** :

- ◆ la quasi-totalité des rapports des ARS souligne que ces procédures sont peu connues et peu appropriées par les personnels : ce point est mis en avant par 9 ARS sur les 10 qui ont investigué cette question ;
- ◆ les remontées d'incidents sont majoritairement à l'oral en interne à l'établissement sans dispositif de traçabilité ;
- ◆ **il existe peu de culture partagée et de réflexion commune sur la définition d'un évènement indésirable ou d'une maltraitance** ;
- ◆ pour les EIGS, la déclaration des EIG passe par l'utilisation de NETSoins mais la direction de l'établissement n'a pas accès à l'appliquet ou ce dernier ne permet pas de signaler certains incidents. Une infirmière rencontrée par la mission indique que le chemin de signalement dans NETSoins ne lui permet que de signaler une chute. La mission a pu confirmer ce point lors d'une présentation de l'outil NETSoins ;
- ◆ les conseils de la vie sociale ne sont pas ou peu informés des EIG ;
- ◆ il existe très peu voire pas de signalements dans certains établissements et une absence de politique volontariste de signalement des EI(G) (cf. 2.3.2) ; une absence de charte de « non-punition » pour les personnels ;
- ◆ **très peu d'analyse des causes qui puisse permettre d'en prévenir la réitération et de développer une culture de l'approche par les risques**, le cas échéant au-delà des seules réponses médicalisées. Une mini-formation se substitue parfois à cette analyse des causes.

2.3. ORPEA ne transmet aux autorités que les évènements indésirables les plus graves dans des délais souvent trop longs

La procédure décrite au 2.2 qui fait intervenir le siège dans la validation des fiches contribue à réduire le nombre de déclarations transmises aux autorités.

2.3.1. Les instances jouent un rôle de filtre

Le pôle SSIR, rattaché à la direction des établissements et des services médico-sociaux (DRESMS) qui gère l'ensemble des relations avec les tutelles, valide le contenu des fiches et la transmission à l'agence régionale de santé et au conseil départemental compétents.

Les directeurs d'EHPAD disposent dans ce cadre d'une faible autonomie dans le lien avec les autorités qui se trouvent privées de signaux faibles sur les établissements. La responsable du pôle SSIR indique à la mission que cette procédure a pour objectif de caractériser la gravité qui rend obligatoire la transmission de la fiche et de rédiger celle-ci de façon exhaustive de sorte que les autorités n'aient pas à demander d'éléments complémentaires.

L'exploitation des tableaux de suivi du siège montre qu'en 2021, le pôle SSIR a été destinataire de 435 évènements indésirables dont 43 situations ne seront pas qualifiées d'évènement indésirable grave devant conduire à la transmission d'une fiche aux autorités administratives. Ce sont ainsi presque 10 % des signalements effectués par un directeur d'établissement et retransmis par le niveau régional qui ne parviendront pas aux autorités en application de la procédure du siège. À titre d'exemple, la mission a relevé que n'avaient pas finalement fait l'objet d'une fiche d'EIG, la présence d'une arme à feu dans la chambre d'un défunt, une disparition de bijoux ou encore une chute ayant donné lieu à dépôt de plainte.

L'étude des comptes rendus des staffs régionaux montre également que des événements indésirables sont écartés à cet échelon et ne sont transmis ni au siège ni aux autorités administratives. Ainsi l'étude de ces comptes rendus pour une région en 2021 révèle les débats et questionnements sur de possibles EIG. Ainsi une situation qualifiée de tentative de suicide ne se retrouve pas dans le recensement national tenu au siège qui précise l'état de transmission d'une fiche d'évènement indésirable aux autorités.

Enfin, la mission constate que les événements indésirables liés aux « carence RH » (poste vacant de médecin coordonnateur ou difficultés importantes de recrutement ayant un impact sur le fonctionnement de l'établissement) **ne font l'objet d'un signalement que depuis 2021.** Pourtant, cette catégorie est bien mentionnée dans l'annexe 1 « Liste non exhaustive d'exemples d'évènements indésirables » sous la rubrique « Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines », document V2 datant de 2017.

Ceci est corroboré par l'exploitation des tableaux de suivi du siège qui révèle pour les années 2018, 2019 et 2020, une seule situation relative à la carence de médecin coordonnateur et qui ne fait pas l'objet d'une transmission de fiche d'EIG aux tutelles contre 17 en 2021 dont toutes feront l'objet d'un signalement.

Pourtant, de l'avis de tous les interlocuteurs de la mission, ces situations de carence RH – qui ne concernent d'ailleurs pas que l'absence de médecin coordonnateur- concourent aux situations de maltraitance.

2.3.2. Quatre événements indésirables graves sur cinq sont liés aux soins

Le siège caractérise 255 événements indésirables graves en 2018, 420 en 2019, 291 en 2020 et 392 en 2021. Cela représente une à deux fiches par établissement par an.

Concernant le nombre de signalements, le document « EHPAD - Analyse des EI et réclamations 2021 » du groupe Orpea daté de février 2022 établit une analyse sommaire de ces éléments pour les années 2019, 2020 et 2021. Ce document estime le taux d'évènements indésirables, en France, à 1,4 % en 2021.

Tant les rapports des ARS que les constatations réalisées par la mission (cf. *supra*) conduisent à douter de la complétude de ces mécanismes de recensement et montrent que, dans sa communication, Orpea ne retient qu'une faible quantité d'évènements indésirables conformément à la doctrine restrictive indiquée *supra*.

Tableau 2 : Taux d'évènements indésirables graves 2019 à 2021 dans les EHPAD ORPEA en France

Données sur les événements indésirables graves	2019	2020	2021
Nombre de résidents dans l'année	28 433	26 506	27 392
Nombre d'évènements indésirables	423	291	392
Taux d'évènements indésirables	1,5 %	1,1 %	1,4 %

Source : Document d'analyse des événements indésirables remis par le groupe Orpea.

Ce document précise, pour 2021, que :

- ◆ 162 établissements ont été concernés par 392 événements dont 317 liés aux soins ;
- ◆ 72 % des EHPAD sont concernés par au moins un EI ;
- ◆ 2,4 EI en moyenne ont été signalés par EHPAD concerné ;
- ◆ 10 établissements présentent entre 5 et 8 événements indésirables.

Ramené au nombre de résidents accueillis sur l'année 2021, on constate un taux EI/ nombre de résident accueilli de 1,4%.

Dans ce même document, on constate que **la grande majorité des évènements indésirables signalés sont ceux liés aux soins** (plus de quatre sur cinq), le nombre d'évènements indésirables graves non lié aux soins étant de 75 en 2021.

2.3.3. Les délais de transmission des évènements indésirables sont ralentis par la procédure d'Orpea

Plusieurs ARS déplorent le **caractère tardif des transmissions**, qu'elles rapportent à la complexité et à la lourdeur de la procédure d'Orpea relative à l'élaboration des fiches.

À titre d'illustration, l'exploitation des tableaux de suivi de siège d'Orpea montrent pour 2021 :

- ◆ 42 situations de tentative de suicide signalées (l'une est qualifiée de suspicion et une autre concerne un personnel) ;
- ◆ 25 de ces 42 situations ont fait l'objet d'un pré-signallement aux autorités administratives ;
- ◆ le délai de signalement aux autorités administratives par transmission de la fiche d'évènement indésirable varie de 4 jours à 80 jours avec **une moyenne légèrement supérieure à 14 jours**.

3. La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement ne fait pas l'objet d'une stratégie affirmée du siège

3.1. Plusieurs formes de participation sont prévues mais mises en œuvre de façon hétérogène au sein des EHPAD

Les instances de participation sont définies aux articles D311-3 à D311-32-1 du CASF. Le Conseil de la vie sociale (CVS) « *est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement...* ». D'autres formes de participation sont également prévues dont les enquêtes de satisfaction. Le groupe Orpea mène une démarche nationale annuelle d'enquête de satisfaction dans ses EHPAD bien que celles-ci soient non obligatoires dans les EHPAD, le CVS constituant la forme de participation de droit commun.

Le fonctionnement du CVS révèle de nombreux écarts à la réglementation. La composition et le fonctionnement du CVS sont définis réglementairement. Chaque EHPAD dispose d'un CVS. Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, il donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie... Le CVS doit obligatoirement être consulté sur des documents importants, dans le cadre de leur élaboration ou de leur révision en particulier le règlement de fonctionnement de l'établissement et le projet d'établissement. Dans tous les cas, son rôle est consultatif.

Dans plusieurs EHPAD visités ou ayant fait l'objet de contrôles ARS, des écarts ont été relevés :

- ◆ dans un quart des EHPAD concernant la tenue des réunions : des **CVS non réunis** depuis plusieurs mois ou le rythme de trois réunions annuelles minimum non respecté ;
- ◆ concernant le formalisme et le contenu des réunions : de nombreux procès-verbaux (PV) ne sont pas signés par les membres, les échanges sont davantage informatifs et descendants entre le gestionnaire de l'EHPAD et les résidents et leurs familles ;
- ◆ dans un établissement visité, le CVS se réduit à deux membres, le directeur d'exploitation et un représentant des familles.

Annexe I

Pour ce qui concerne les établissements où le CVS se réunit conformément à la réglementation, le CVS ne semble pas être le lieu privilégié d'échanges, de dialogues, de consultations et de résolutions des difficultés, la culture de la participation paraissant peu développée. Ce constat peut s'expliquer pour partie à une difficulté à mobiliser les familles des résidents. Il s'explique aussi par le rôle consultatif du CVS qui semble limiter la portée de l'instance et la possibilité que les propositions faites par les familles soient réellement prises en compte.

De nombreux contrôles indiquent que la question des événements indésirables n'y est pas évoquée (cf. *supra*).

Même si les directions des établissements font valoir d'autres formes de participation plus informelles (échanges au quotidien), **les écarts observés ne sont pas de nature à donner une place suffisante aux résidents et aux familles dans le fonctionnement de l'établissement et dans l'amélioration des conditions de vie et de prise en charge des résidents.**

L'absence de réunion durant la période de crise sanitaire a été un frein majeur au fonctionnement de cette instance qui n'a pas trouvé à s'adapter dans d'autres modes de fonctionnement à distance en visio ou audio conférence.

3.2. Les résultats des enquêtes de satisfaction ne sont pas toujours exploités au niveau des établissements

Une enquête de satisfaction annuelle, appelée « baromètre satisfaction annuel » est mise en place au sein des EHPAD du groupe Orpea depuis 2000. Les critères retenus pour cette enquête suivent les engagements de la charte « Résidents/ Familles Orpea Qualité », commune à tous les établissements.

◆ Construction et méthode de l'enquête

L'enquête de satisfaction est réalisée et traitée par un prestataire extérieur. Le questionnaire papier a été complété par un questionnaire dématérialisé très récemment (2020).

L'enquête est anonyme mais les résidents et les familles ont la possibilité de lever l'anonymat en précisant leurs coordonnées. Ils peuvent également demander une réponse à leurs remarques ou suggestions. Dans ce dernier cas, les questionnaires sont traités comme des réclamations ou plaintes par le directeur de l'établissement (cf. 3.3). Jusqu'au changement introduit en 2020, l'ensemble des informations collectées l'était au format papier.

Dans le document interne d'Orpea « Méthodologie Manuel Baromètre de satisfaction Résidents/ familles », il est porté un point de vigilance sur le remplissage des questionnaires : « *La direction, le personnel administratif, le stagiaire, l'animateur, le psychologue, tout personnel... ne peuvent aider le résident à compléter son questionnaire. Toute aide apportée au résident doit provenir de son entourage/famille/Représentant Légal ou d'un bénévole.* ». Le prestataire externe échange avec la direction qualité du siège pour savoir si des questionnaires doivent être exclus lorsqu'il y a un doute sur la personne qui l'a rempli. La mission a été rendue destinataire de questionnaires écartés au motif qu'« *une personne de la résidence (ex : animatrice, stagiaire,..) a apporté une aide aux résidents pour le compléter* ». En pratique, environ 1 % de questionnaires « douteux » sont exclus chaque année du calcul des résultats. **Ceci interroge pour autant sur la possibilité pour des personnes dépendantes qui ne reçoivent pas ou peu de visites d'exprimer leurs avis et proposition.**

Le siège pilote la démarche et a produit un document d'information à destination des directeurs d'établissement qui reprend les modalités de mise en œuvre, des consignes pour la distribution des questionnaires « papier » et un rappel des dates importantes.

◆ **Les résultats de l'enquête et les suites apportées**

Les résultats font l'objet d'une présentation aux directeurs d'établissement par les directeurs régionaux en réunion opérationnelle régionale en février puis il revient au directeur d'établissement sur les deux mois suivants d'en analyser les résultats, d'en faire une présentation aux équipes, au CVS et aux familles et de saisir les plans d'actions correspondant dans l'outil interne « Plan d'action qualité » (PAQ).

Dans la pratique et comme la mission a pu le relever, les actions ainsi définies sont introduites dans le PAQ sans priorisation ou hiérarchisation particulière. Le référent qualité de la direction régionale sera chargé de veiller à la mise en œuvre de ce plan d'action en lien avec le directeur de l'établissement.

Outre la question de la représentativité des résultats dans certains établissements (cf. infra), les contrôles effectués par les ARS dans les établissements relèvent que **le plan d'action n'est pas toujours réalisé ni les réponses apportées aux familles dont les commentaires ont pu s'apparenter à des réclamations**. De même, le lien avec le CVS n'est pas systématiquement fait, en lien avec le faible dynamisme de cette instance précédemment décrit. Ainsi, les résultats de cette enquête ne sont pas toujours partagés au sein de l'établissement.

Au niveau du siège d'ORPEA, une analyse nationale et par régions est produite. Pour les années 2018, 2019 et 2020, les taux de retour se sont situés entre 51,4 % et 55,2 % avec un maximum de 10 029 retours. En 2020, l'ensemble des indices montre un niveau de satisfaction entre « plutôt satisfait » et « très satisfait ». Les deux items où le degré de satisfaction est le moins élevé sont les activités et les repas, items très propices à une appréciation immédiate par les résidents et leurs familles. À la question « recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ? », 70,8 % des personnes répondent « oui, certainement », 24,5 % « oui, peut-être » et 4,7% « non, pas du tout ». Ces résultats sont présentés au COMEX et aux instances de gouvernance du groupe.

3.3. L'information donnée aux résidents ou à leurs représentants légaux devrait faire l'objet d'une plus grande attention

De nombreuses dispositions réglementaires existent afin de garantir la transparence de l'information donnée aux résidents et de leur permettre d'exprimer un consentement éclairé vis-à-vis des décisions prises concernant leur vie quotidienne dans l'établissement, mais également les soins et l'accompagnement qui leur sont dispensés.

3.3.1. Chaque EHPAD dispose de ses propres documents obligatoires d'information des personnes

Le siège a produit des maquettes de documents que les directeurs d'établissement peuvent compléter pour les adapter à leur établissement. Ainsi, chaque EHPAD dispose de son règlement de fonctionnement, de son livret d'accueil, de sa charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Ces documents prêts à l'utilisation ne permettent pas pour autant de prévenir de nombreux écarts dans leur élaboration (constats d'absence de consultation du CVS pour l'élaboration du règlement de fonctionnement) ou dans leur complétude (constats d'absence d'informations précises comme la liste et les coordonnées des personnes qualifiées).

Outres ces écarts dans l'élaboration voire l'affichage des documents, on constate que dans plusieurs établissements **la démarche d'information demeure incomplète**. Des contrôles ont ainsi relevé l'absence de signature du résident ou de son représentant légal sur le contrat de séjour ou encore l'absence de matérialisation de l'acceptation ou du refus de la désignation d'une personne de confiance.

Par ailleurs, dans plusieurs établissements, si le recueil du consentement de la personne est apparent dans la phase d'admission, il peut s'étioler par la suite. Les projets personnalisés, quand ils existent, ne sont souvent pas revisités à échéance régulière et n'associent pas toujours le résident et ses représentants légaux.

3.3.2. La proposition de désignation de la personne de confiance ne fait pas l'objet d'une traçabilité suffisante susceptible d'être contrôlée par la mission

Depuis la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015⁹, la personne âgée accueillie en EHPAD dispose du droit de désigner une personne de confiance qui dispose d'attributions propres dans le secteur médico-social, au-delà du strict domaine de la santé : accompagner le résident et veiller au respect de ses droits dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale. La personne de confiance peut ainsi être consultée par le résident lorsque ce dernier rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits, et ce dès la conclusion du contrat de séjour.

Si aucune disposition règlementaire n'impose l'obligation d'inscrire le nom et les coordonnées de la personne de confiance désignée par le résident dans son dossier administratif, la mission a pu constater que le logiciel NETSoins permet d'indiquer les coordonnées de la personne de confiance en plus de celles du représentant légal du résident.

Mais au-delà du constat établi par les ARS dans plusieurs EHPAD concernant l'absence de traçabilité du respect des dispositions règlementaires de l'article D.311-0-4 du CASF, la mission n'a pas été en capacité d'évaluer les pratiques au sein des EHPAD permettant aux résidents de disposer effectivement de la désignation et du concours d'une personne de confiance.

3.3.3. L'information des résidents sur les personnes qualifiées n'est pas systématique

Conformément à l'article L.311-5 du CASF, « *toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social (...) peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental.* »

Les personnes qualifiées sont choisies par les autorités pour leur connaissance de l'organisation administrative et judiciaire, des politiques publiques, leur expertise et leur expérience dans le secteur social et médico-social. Elles présentent des garanties d'indépendance vis-à-vis des établissements et services avec lesquels elles pourraient être amenées à engager une procédure de médiation. Elles interviennent bénévolement.

La personne qualifiée peut être saisie par un résident ou un membre de sa famille dans un contexte de rupture de dialogue avec l'équipe de l'EHPAD ou dans une situation conflictuelle. Elle a pour rôle d'informer les usagers de leurs droits et de les aider à les faire valoir, elle favorise le dialogue et peut même assurer un rôle de médiation.

⁹ Article L 311-5-1 du CASF.

Annexe I

Dans plusieurs EHPAD visités, l'annexe comportant la liste des personnes qualifiées n'a pas été transmise avec les livrets d'accueil que la mission a demandés. Les contrôles effectués par les ARS font également état d'un défaut d'affichage. **La mission n'a donc pas recueilli d'éléments probants quant à l'information systématique par les établissements de la liste des personnes qualifiées du département du lieu de l'EHPAD à ses résidents et leurs familles.**

3.4. Les modalités et la qualité des liens avec les familles présentent une marge de progression dans de nombreux établissements

3.4.1. Les modalités d'échange sont dépendantes des initiatives prises par les directions d'établissement

Le lien avec les familles est avant tout quotidien et de fait très dépendant de la disponibilité et du savoir-être de l'équipe de direction de l'établissement. Le rôle du directeur dans l'impulsion et la qualité des liens avec les résidents et les familles est important. La mission a pu constater lors de ses visites l'importance de celui-ci dans la régulation des difficultés et des attentes quotidiennes des résidents et des familles.

Dans certains EHPAD ayant fait l'objet de contrôle des ARS, d'autres modalités de liens avec les familles peuvent être proposées tels que des « cafés des familles » qui s'apparentent à des groupes de paroles, souvent animés par le psychologue de l'EHPAD, et qui permettent aux familles et aux résidents d'exprimer leurs difficultés, voire leur souffrance, d'être écoutés et de se sentir moins seuls face à leurs difficultés ; des boîtes à idées où chacun peut glisser une remarque ou une suggestion ; la participation des résidents aux commissions « menus » ; l'envoi aux familles d'un journal mensuel d'information ou la mise en place d'un outil de communication dématérialisé intitulé « Orpea Family ». Ces différents dispositifs n'ayant pas vocation à se substituer au CVS contribuent toutefois à favoriser la prise en compte de la parole des usagers.

Toutefois, l'association de la famille à l'élaboration et à l'actualisation du projet personnalisé du résident reste limitée. Pourtant, ce projet traitant de dimensions aussi diverses que la vie quotidienne, la vie sociale, les soins (dont l'accompagnement psychologique) et l'accompagnement en fin de vie, l'association régulière de la famille pourrait permettre d'explicitier les compromis nécessaires à la liberté de choix du résident dans un contexte de prise en charge institutionnel.

3.4.2. Le traitement des plaintes et réclamations peut gagner en fluidité et en proximité avec les résidents et leurs familles

Orpea a formalisé deux fiches de procédures relatives à la gestion des réclamations :

- ◆ orales, reçues au niveau du siège : la procédure permet essentiellement de rattacher cette réclamation orale à celle des réclamations écrites en assurant sa traçabilité et sa transmission au directeur de l'EHPAD concerné ;
- ◆ écrites reçues au siège, en DR, ou à l'établissement.

Hors protocoles, le directeur de l'EHPAD gère au quotidien, dans une forme de dialogue continu, les réclamations et doléances faites à l'oral, par les résidents et les familles, reçues par mail ou consignées dans un cahier, situé le plus souvent à l'accueil.

Annexe I

Les contrôles effectués par les ARS montrent que ces échanges ne sont pas toujours tracés, au moins pour ce qui concerne les écrits dans le cahier de doléance et que les personnels ne sont pas toujours au fait du circuit de traitement de ces réclamations. Ainsi **la mission constate un traitement non systématique des réclamations de faible importance qui peuvent pour autant constituer des signaux faibles dont l'analyse pourrait être utile à la prévention des risques.**

La procédure de gestion des réclamations écrites est complexe et fait intervenir un grand nombre d'interlocuteurs au siège, en directions régionales et au niveau de l'établissement, dont le nombre et les fonctions varient au regard de la criticité de la réclamation. La procédure décrit trois niveaux de réclamation, dont l'appréciation des risques témoigne d'une perspective orientée vers l'établissement ou le groupe et non vers le résident et la qualité de sa prise en charge :

- ◆ réclamation de niveau 1 : sans risques potentiels ;
- ◆ réclamation de niveau 2 : potentiels risques administratifs (ars, cd, organismes tutélaire...);
- ◆ réclamation de niveau 3 : engageant la responsabilité et/ou portant atteinte à la réputation de l'établissement ou du groupe.

Le principe est que toute réclamation doit obtenir une réponse. Ainsi, le directeur de l'établissement recevra la famille et/ou lui adressera un courrier de réponse. L'élaboration de celui-ci fera intervenir dans un circuit montant et redescendant le directeur d'établissement, le directeur régional, l'expert métier placé à la direction des opérations médico-sociales, le pôle « Signalement, Suivi d'inspection, Réclamation » (SSIR) de la DRESMS si la plainte a été transmise par la tutelle ou qu'elle implique potentiellement un lien avec cette dernière, notamment en cas d'EIG révélé. À chaque étape, la réclamation sera consignée dans un tableau de suivi tenu par chaque entité afin de mener une analyse et de formaliser des plans d'actions.

Même si formellement et selon les dires des personnes rencontrées par la mission, ce circuit n'est pas un circuit de validation mais de soutien et d'accompagnement du directeur, la mission constate, comme certaines ARS, qu'il alourdit le traitement, allonge les délais de réponse et réduit la proximité avec le requérant. Par ailleurs au niveau de l'établissement, **il n'existe pas toujours d'outils de suivi de ces réclamations permettant une analyse globale, et certains personnels ne connaissent pas les procédures.**

Concernant le nombre de réclamations, le document « EHPAD - Analyse des EI et réclamations 2021 » du groupe Orpea daté de février 2022 établit une analyse sommaire de ces éléments pour les années 2019, 2020 et 2021. Ce document estime le taux de réclamation à 0,8 % en 2021. Les modalités de calcul de ce taux ne tiennent compte que des réclamations arrivées « hors établissement » alors qu'elles ne représentent que 33,7 % de l'ensemble des réclamations, ce qui semble démontrer une stratégie de communication du groupe.

Tableau 2 : Taux de réclamations 2019 à 2021 dans les EHPAD ORPEA en France

Informations relatives aux réclamations	2019	2020	2021
Nombre de résidents dans l'année	28 433	26 506	27 392
Nombre de réclamations hors établissements dans l'année	363	333	223
Taux de réclamation	1,3 %	1,3 %	0,8 %
Nombre total de réclamations (hors et en établissement)	782	715	661
Taux de réclamation	2,75 %	2,7 %	2,4 %

Source : ORPEA.

En 2021, au niveau national, 661 réclamations ont ainsi été traitées : 223 reçues hors établissement et 438 reçues par l'établissement, soit moins de deux réclamations par chaque établissement en moyenne.

Annexe I

Le document « EHPAD - Analyse des EI et réclamations 2021 » donne des précisions sur les déclarations reçues hors établissement pour 2021 :

- ◆ 150 établissements concernés par 223 réclamations ;
- ◆ 2/3 des EHPAD concernés par au moins une réclamation dans l'année ;
- ◆ 1,5 réclamation en moyenne par EHPAD concerné ;
- ◆ 30 établissements qui présentent entre 3 et 5 réclamations.

Ce document constate une baisse significative du nombre de réclamations reçues en 2021 (223 contre 333 en 2020 et 363 en 2019) : « *pas d'explication particulière si ce n'est l'hypothèse que depuis la crise COVID, nous avons pris l'habitude de communiquer plus souvent et mieux.* ». **Ce commentaire interroge la pratique du groupe en matière d'analyse des causes des réclamations.**

La sophistication du circuit de traitement des réclamations contraste avec l'absence de certains outils simples qui permettraient d'ouvrir davantage les canaux de réception des réclamations. Ainsi, interrogé sur l'existence d'une adresse mail et/ou de coordonnées téléphoniques publiées sur le site d'Orpea pour faciliter la déclaration et le traitement des réclamations, l'expert métier a répondu par la négative. Seules figurent les coordonnées du département à la protection des données, qui est dès lors parfois saisi pour une réclamation par des familles. Or, l'expert métier dispose d'une adresse fonctionnelle pour la gestion en interne des réclamations qui arrivent de plusieurs interlocuteurs d'Orpea. Cette multiplicité de destinataires des réclamations dont aucun n'est identifié comme tel pour les usagers entraîne un risque de déperdition non mesuré.

3.4.3. Dans 99 % des cas, le délai de remboursement des résidents par Orpea dépasse les 30 jours réglementaires

En 2021, 13 % des réclamations reçues hors établissement portent sur la facturation. Ce taux est stable par rapport à 2020 (12,3 %).

Dans le cadre de ses investigations, la mission a analysé le point spécifique des remboursements des résidents par Orpea en cas de trop-perçu (décès, fin de contrat ou transfert vers un autre établissement).

L'article L. 314-10-1 du code de l'action sociale et des familles dispose qu'au « *décès du résident, dès lors que ses objets personnels ont été retirés des lieux qu'il occupait, seules les prestations d'hébergement délivrées antérieurement au décès mais non acquittées peuvent être facturées. Les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées en raison du décès sont restituées dans les trente jours suivant le décès.* » L'article L. 314-10-2 du même code dispose qu' « *aucune somme ne peut être exigée pour la remise en état des lieux occupés dans le cas où un état des lieux contradictoire n'a pas été réalisé à l'entrée et à la sortie du résident.* »

Par ailleurs l'article R. 314-49 précise que « *la caution est restituée à la personne hébergée ou à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ou, s'il s'agit de majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative aux biens, à la personne chargée de cette mesure dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier.* »

Selon le tableau des remboursements des résidents fourni par Orpea, en 2021, sur 3 315 sorties ayant mené à un remboursement, **le délai de remboursement a été supérieur à 30 jours pour 3 296 dossiers, soit 99 % des sorties.** Le délai maximal de remboursement est de 364 jours. Ce délai s'explique majoritairement par le délai de constitution de la demande : une fois la demande transmise au service administration des ventes, le délai de remboursement moyen est de sept jours.

Annexe I

En outre, selon le tableau des dossiers en attente de remboursement, au 31 janvier 2022, 995 sorties sont encore en attente de remboursement pour un solde cumulé de 2,65 M€. 971 dossiers sont en attente depuis plus de 30 jours par rapport à la date de sortie. En moyenne, les dossiers sont en attente depuis 576 jours et représentent 2 666 € par créancier. **11 % des dossiers représentent plus de 5 000 € par créancier, le montant maximal étant de 23 887 €.**

Sur les 995 dossiers en attente de remboursement, **pour 400 dossiers soit 40 % d'entre eux, l'état du dossier n'est pas indiqué et il n'y a aucun commentaire, ce qui interroge sur les efforts déployés par la société pour rembourser les montants perçus.**

ANNEXE II

L'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. LE RESPECT DES CHOIX DE VIE DU RÉSIDENT MÉRITE UNE ATTENTION PARTICULIÈRE	2
1.1. L'adéquation des profils de résidents admis aux capacités de prise en charge n'est pas garantie	2
1.1.1. <i>Les critères d'admission ne sont encadrés par aucune doctrine, et la préadmission n'est pas la règle</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Au niveau local la décision finale relève du directeur, et au niveau national il n'existe pas de suivi.....</i>	<i>3</i>
1.2. Le projet d'accompagnement personnalisé du résident est souvent absent, mal conçu ou peu connu des équipes	3
1.3. Le projet de soins actualisé fait souvent défaut	4
1.4. Les droits et libertés du résident ne font pas l'objet d'une information claire auprès des résidents et des familles.....	5
2. LA PLACE DES SOINS AU SEIN DE LA PRISE EN CHARGE N'EST PAS GARANTIE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS D'ORPEA.....	6
2.1. Les EHPAD se heurtent au fractionnement structurel de l'exercice médical entre médecin traitant et médecin coordonnateur, éventuellement régional	6
2.1.1. <i>Un EHPAD d'Orpea sur cinq (18 %) est dépourvu de médecin coordonnateur, ce qui ne singularise pas le groupe par rapport au reste du secteur.....</i>	<i>6</i>
2.1.2. <i>Des « médecins prescripteurs » pallient dans quelques départements la carence en médecins traitants.....</i>	<i>8</i>
2.2. La présence des équipes de soins auprès des résidents s'avère souvent instable	9
2.2.1. <i>Des difficultés sont constatées dans la présence auprès des résidents, notamment au moment des levers et pendant la nuit.....</i>	<i>9</i>
2.2.2. <i>Le rôle de l'infirmier coordinateur n'est pas suffisamment tourné vers la coordination externe à l'établissement.....</i>	<i>10</i>
2.2.3. <i>Le mode d'intégration des nouveaux personnels ne garantit pas la transmission des savoirs.....</i>	<i>11</i>
2.2.4. <i>Les différentes réunions d'équipe ne suffisent pas toujours à garantir la pluridisciplinarité des approches.....</i>	<i>11</i>
2.2.5. <i>Les transmissions au sujet des résidents ne font l'objet que d'un seul temps d'échange formalisé par nycthémère</i>	<i>12</i>
2.3. L'organisation des soins a d'indiscutables fragilités	12
2.3.1. <i>Les personnels sont en incapacité de s'approprier les nombreux protocoles de soins et procédures</i>	<i>12</i>
2.3.2. <i>Il est fréquent que le dossier médical ne permette pas la traçabilité des soins, sans que la responsabilité n'en incombe toujours à Orpea</i>	<i>13</i>
2.3.3. <i>La vigilance sur le secret professionnel dit médical n'est pas totale.....</i>	<i>14</i>
2.3.4. <i>En matière de suivi, l'état bucco-dentaire reste encore insuffisant, la psychiatrie étant un autre point de vigilance</i>	<i>15</i>

2.3.5.	<i>Il existe des points de vulnérabilité dans la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament.....</i>	16
2.3.6.	<i>La prise en charge de la douleur et son évaluation n'ont pas la même rigueur dans tous les établissements.....</i>	18
2.3.7.	<i>La prise en charge des situations d'urgence constituait jusqu'ici une insuffisance qui fait aujourd'hui l'objet d'un plan de formation des personnels</i>	19
3.	L'ACCOMPAGNEMENT DE LA DÉPENDANCE EST ALTÉRÉ PAR LE MANQUE DE TEMPS DES PERSONNELS	20
3.1.	La structuration de la journée des résidents est dictée par les « cadences » des personnels.....	20
3.2.	Le lien entre l'hygiène et le bien être des résidents est parfois rompu.....	21
3.2.1.	<i>Le temps de la toilette n'est pas un moment de détente.....</i>	21
3.2.2.	<i>Il n'est pas identifié de rationnement systématique des protections mais des mésusages localisés en cas de formation insuffisante des personnels</i>	22
3.3.	La surveillance cutanée des points d'appui et la prévention des escarres n'est pas un point critique mais reste tributaire des problèmes d'effectifs	22
3.4.	La traçabilité des fréquentes chutes est insuffisante et la prévention reste parfois inaboutie	23
3.5.	L'utilisation des contentions n'est pas suffisamment réévaluée	24
3.6.	Il n'existe pas de garantie suffisante que les besoins nutritifs des résidents soient systématiquement satisfaits	25
3.6.1.	<i>Le repas est un plaisir nécessaire pour la personne âgée.....</i>	25
3.6.2.	<i>Les grammages des aliments sont sensiblement et systématiquement insuffisants.....</i>	26
3.6.3.	<i>En l'absence d'autres éléments probants que les grammages, il existe un sérieux doute quant à l'atteinte de l'apport calorique nécessaire.....</i>	28
3.6.4.	<i>Pour les résidents les plus dépendants, le temps des repas dépend de la disponibilité des personnels, avec des durées de jeûne nocturne excessives.....</i>	30
3.6.5.	<i>Alors que plus de la moitié des résidents ont une dénutrition modérée ou sévère, le protocole dénutrition est discutable</i>	32
3.7.	L'accès au psychologue et au psychomotricien est très inégal	34
3.8.	La nature et la fréquence des animations interrogent sur la priorité qui leur est accordée.....	35

INTRODUCTION

Cette partie vise à apporter des éléments de réponse sur les points suivants de la lettre de mission :

- ◆ les pratiques du groupe et l'application des recommandations sur l'attribution aux établissements de consommables tels que les protections hygiéniques ou sur les enjeux liés à la nutrition des résidents ;
- ◆ les pratiques du groupe sur l'encadrement des résidents les plus dépendants.

Les différents constats établis sur les pratiques dans le domaine de l'hygiène ou de la nutrition doivent nécessairement s'intégrer dans une vision plus globale de la qualité de l'accompagnement proposée par les établissements du groupe.

Pour cela, l'analyse suivante se fonde sur 40 rapports d'Agences régionales de santé (ARS)¹ relatifs à des établissements du groupe, établis entre 2018 et 2021, mais aussi dix visites de sites par des membres de la mission, ainsi que divers documents internes transmis par le siège. L'exploitation de rapports plus anciens permet d'éviter une surreprésentation de la période où la crise du Covid a été la plus forte, qui a pu perturber fortement certaines dimensions de l'accompagnement pour des raisons évidentes (animation, restauration...). La consultation de l'actuelle matrice d'analyse des risques du groupe et des procédures actuelles, et surtout de récentes remontées synthétiques des ARS, permet le cas échéant de confirmer la persistance des problèmes détectés.

L'exposé ci-après évoque les problèmes récurrents ou plus sporadiques de prise en charge qui sont constatés ou ont pu être constatés assez récemment au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe. Ces problèmes sont pour certains des axes d'amélioration plus que des dysfonctionnements majeurs, et ils ne concernent pas tous les EHPAD du groupe. Mais même pour les quelques établissements dont la situation peut avoir été diagnostiquée comme globalement assez bonne, des insuffisances ont été documentées. Dans ce contexte, les excédents dégagés par le groupe sur les forfaits soins/dépendance octroyés par les pouvoirs publics s'opèrent pour partie au détriment du bien-être des résidents (cf. Annexe III).

¹ Conjointement avec les conseils départementaux dans quelques cas.

1. Le respect des choix de vie du résident mérite une attention particulière

1.1. L'adéquation des profils de résidents admis aux capacités de prise en charge n'est pas garantie

1.1.1. Les critères d'admission ne sont encadrés par aucune doctrine, et la préadmission n'est pas la règle

Malgré l'existence d'un protocole d'admission datant de mai 2019 (comportant une recherche du consentement), parfois inconnu du personnel, il n'existe pas de critères généraux d'admission formalisés par Orpea. Ceux-ci, semblent, avec quelques fluctuations selon les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe, uniquement fondés sur des aspects médicaux. Parmi les types de profils semblant généralement refusés, les patients dont la pathologie psychiatrique préexiste au vieillissement, ou encore les patients porteurs d'une gastrostomie percutanée endoscopique. Il a été précisé lors d'entretiens menés par la mission dans deux EHPAD que l'établissement n'était pas adapté pour ces patients, qu'il ne disposait pas de personnel formé pour la gestion de cas complexes et que la gestion d'un épisode aigu constituerait une réelle difficulté de prise en charge. Les critères d'admission ne sont pas toujours connus des membres de l'équipe.

La lecture des contrôles d'Agences régionales de santé (ARS) illustre toutefois des écarts de pratique : l'un indique que seraient refusées « *les personnes requérant des besoins de soins continus (sondes naso-gastriques...) ou les personnes avec d'importants troubles du comportement* », mais un autre signale que le médecin coordonnateur et la psychologue indiquent plus simplement « *ne pas retenir les demandes émanant de personnes présentant des risques suicidaires ou réclamant une surveillance importante* » (il y est d'ailleurs fait état d'« *évaluation systématique du risque suicidaire (...) dès le premier mois qui suit l'entrée du résident dans la structure* », une réévaluation pouvant avoir lieu en cas de risque documenté par les équipes).

Cette fluctuation de la pratique d'admission, qui peut certes pour partie correspondre à des différences de situation objectives de capacité de prise en charge, se conjugue toutefois à un respect inégal de la procédure de préadmission affichée par le groupe (avec une quasi-absence des visites *ad hoc* ou leur caractère sommaire dans certains établissements, y compris dans un EHPAD visité par la mission). Dans le cas d'un contrôle d'EHPAD par une ARS, le rapport indique que « *les admissions se font majoritairement en urgence, donc sans préparation* ». Si d'autres rapports de contrôle suggèrent que la procédure serait davantage mise en œuvre dans certains établissements, des rapports d'évaluation externe pointent aussi la situation inverse. Or la préadmission ne fait l'objet d'aucune vérification de la check-list utilisée pour les audits internes du groupe.

1.1.2. Au niveau local la décision finale relève du directeur, et au niveau national il n'existe pas de suivi

D'après des entretiens menés par la mission dans un EHPAD, le médecin coordonnateur examine le dossier, mais il ne voit pas systématiquement le futur résident. Le protocole d'admission n'aborde d'ailleurs pas l'évaluation gériatrique, ni le mode de coordination des informations de soins/habitudes de vie entre d'une part les professionnels et le représentant du résident, d'autre part entre les différentes catégories de professionnels ; ainsi, une ARS a pu constater que *« l'accueil du nouveau résident n'obéit pas à une logique organisationnelle structurée, mais il dépend de la disponibilité des professionnels présents »*. Une ARS recommande encore récemment à un EHPAD de *« prévoir la participation de la psychologue à la commission d'admission, en particulier pour les demandes d'intégration de l'unité de soins adaptés »*.

De plus, l'avis du médecin coordonnateur ne lie pas la direction, même si la direction médicale « médico-social » du siège fait état d'une absence de document interne confirmant ce point (suite à une demande de la mission). Le directeur médical « médico-social » a certes écrit à la mission qu'*« en pratique on demande de ne pas faire d'entrée sans validation du médecin coordonnateur. Si cela arrive nous considérons cela comme un dysfonctionnement »*.

Toutefois, compte tenu des éléments qui précèdent, la mission estime que l'adéquation des profils de résidents aux capacités de prise en charge n'est pas garantie. La conjugaison d'une faible documentation des critères d'admission et d'un caractère non-systématique des préadmissions revient en effet à laisser s'exercer sans régulation l'incitation des directeurs d'EHPAD à maximiser les taux d'occupation.

Sur ce point, la mission relève que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a d'ailleurs proposé, dans son très récent rapport², de *« renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en rendant leur avis contraignant lors de l'admission de nouveaux résidents »*. Si le sujet de réglementation dépasse donc le seul cas du groupe Orpea, il n'en reste pas moins que **la mission n'a pas reçu la liste des cas de refus de résidents sur deux ans avec motif associé qu'elle a demandée à la direction médicale « médico-social » du siège**. Il lui a été répondu : *« pas de statistique de tenue des refus de dossier d'admission. Il est demandé sur site de garder un exemplaire du dossier refusé »*. De plus, le groupe n'a pas tenté de mettre à profit par la suite³ ces éléments disponibles au niveau local.

1.2. Le projet d'accompagnement personnalisé du résident est souvent absent, mal conçu ou peu connu des équipes

Ce projet doit être formalisé, adapté et élaboré pour chaque résident par une équipe pluridisciplinaire en y associant la famille. Il doit comporter une évaluation des besoins de la personne,⁴ un projet de vie et un projet de soins. Dans certains établissements il n'est pas conforme au 7° de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), par exemple en ne comportant pas la signature des intéressés. Dans d'autres, les projets d'accompagnement personnalisé ne sont pas mobilisés dans l'accompagnement quotidien du résident, faute d'appropriation par les équipes. Dans d'autres encore, une véritable démarche pluridisciplinaire fait défaut.

² Rapport d'information n° 5152 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion de ses travaux sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 9 mars 2022.

³ Y compris à la faveur de la phase contradictoire.

⁴ Article L 311-3 et D 312-155 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Annexe II

Les récentes remontées des ARS auprès de la mission sont éloquentes : si certaines ARS indiquent que les projets de vie font défaut dans un établissement, la situation est parfois encore plus défavorable, avec une région où ce sont trois structures sur six qui se caractérisent par l'absence de projet d'accueil et d'accompagnement individualisé des résidents. De plus, pour deux autres structures, le projet est réalisé « *sans consultation des familles ou de manière très succincte* » ; de même, dans une autre région, l'ARS appelle un EHPAD à « *relancer la démarche relative à l'élaboration des projets personnalisés* ». Une ARS s'inquiète quant à elle que « *les projets de vie des résidents ne sont pas connus des personnels qui assurent l'accompagnement des résidents. En l'absence d'une évaluation pluridisciplinaire ils ne peuvent pas se les approprier* », et une autre ARS mentionne le besoin d'« *assurer l'élaboration, le suivi et l'évaluation continue du projet personnalisé pour l'ensemble des résidents* » et d'« *établir un recueil formalisé des habitudes de vie et une évaluation régulière conforme aux recommandations* ». Enfin une dernière ARS signale que si les plans personnalisés sont prévus, avec bilan d'intégration, ils ne sont pas toujours à jour et signés.

En cohérence avec ces constats des ARS, 24 des 45 rapports d'évaluation externe consultés par la mission évoquent une incomplétude, une insuffisance actualisation ou une insuffisante personnalisation des projets de vie personnalisés, et sept d'entre eux s'inquiètent de bilans d'intégration non systématiques ou non réalisés.

Certes, les déficiences dans la mise en place des projets personnalisés ne se limitent pas à Orpea si l'on en croit les récents constats de la Cour des comptes⁵, qui indique que si « la presque totalité des EHPAD de l'échantillon contrôlé a mis en place le PAP », « seulement quelques-uns le réalisent systématiquement pour tous les résidents et l'actualisent au cours de l'année »

Toujours est-il que 58 % des résidents n'ont pas de projet personnalisé à jour avec des objectifs identifiés et le consentement du résident⁶. La check-list utilisée par le groupe pour ses audits internes ne comporte comme point de vérification que la qualité du contenu de ces plans.

1.3. Le projet de soins actualisé fait souvent défaut

Selon les bonnes pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁷, l'encadrement doit mettre en place un projet d'accompagnement global et transversal des résidents, **dont un projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement en vertu de l'article D. 312-158 1° du CASF**. Or, il est fréquent que les projets d'établissement ne soient pas actualisés (voir annexe I). Orpea signale à cet égard que 64% de ces projets des EHPAD du groupe sont en cours de révision, proportion considérable présentée comme une conséquence de la crise sanitaire.

Le projet de soins, dans lequel interviennent de multiples acteurs internes ou externes à l'EHPAD, doit définir des priorités propres à l'établissement sur certains aspects dans le domaine des pratiques et de la formation.

⁵ La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, un nouveau modèle à construire, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

⁶ Direction médicale Orpea – février 2022.

⁷ HAS-ANESM qualité de vie en EHPAD « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », juin 2008.

L'absence de projets de soins est préjudiciable aux équipes et à la prise en charge des résidents pour plusieurs raisons : par l'absence de démarche collective de soignants autour d'un projet, par l'absence d'appropriation nécessaire des multiples protocoles de soins qui est le préalable nécessaire à la construction du projet, par la moindre harmonisation et auto-évaluation des pratiques induite, et enfin par l'absence de transmissions de pratiques de soins stabilisées aux nouveaux arrivants.

1.4. Les droits et libertés du résident ne font pas l'objet d'une information claire auprès des résidents et des familles

La législation prévoit que la charte des droits et libertés⁸ doit être affichée dans une partie visible des locaux⁹. Un contrôle d'ARS a montré que ce n'est pas systématiquement le cas.

Il doit être proposé à tout résident de désigner une **personne de confiance**¹⁰ (cf. Annexe I). Par ailleurs, la possibilité de rédiger des **directives anticipées** (pour les personnes malades) doit être portée à la connaissance des résidents, ce qui n'est pas toujours le cas selon un contrôle ARS. Un autre contrôle d'ARS ayant regardé en détail ce point note que l'établissement n'avait pas développé une démarche systématique de recueil des directives anticipées. Dans le cas d'un autre EHPAD, une évaluation externe préconisait une « *amélioration de l'information liée aux directives anticipées* ». Des carences au sujet des directives anticipées sont également signalées par d'autres rapports d'évaluation externe.

Encore très récemment, une ARS incitait un établissement à « *délivrer aux nouveaux résidents une information concernant les directives anticipées* », tandis qu'un audit interne d'établissement communiqué à la mission¹¹ signalait une nécessité de mise à jour des directives anticipées, du fait d'une incomplétude.

De plus, il est recommandé que l'établissement désigne en son sein un **référént** pour chaque résident¹², ce qui n'est pas toujours le cas selon au moins trois contrôles d'ARS, la notion pouvant d'ailleurs s'avérer inconnue des personnels. **La check-list utilisée par le groupe pour ses audits internes ne comporte aucun point de vérification à cet égard.**

Au quotidien, le respect de la dignité et de l'intimité des personnes peuvent manquer de rigueur avec par exemple l'absence de fermeture systématique des portes de chambres lors des soins d'hygiène. Des évaluations externes témoignent que des formations « dignité » ou bientraitance ne sont pas suffisamment suivies par les personnels.

⁸ Cette « charte des droits et libertés de la personne accueillie » comporte 12 articles concernant le principe de non-discrimination, le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, le droit à l'information, le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, le droit à la renonciation, le Droit au respect des liens familiaux, à la protection, à l'autonomie, le principe de prévention et de soutien, le droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie, à la pratique religieuse et le respect de la dignité de la personne et de son intimité.

⁹ Article L 311-4 du CASF.

¹⁰ Articles L 311-4, L 311-5 du CASF et L 1111-6 du CSP. Cette personne n'est pas la même que la personne de confiance devant accompagner les patients dans leur parcours de santé (article L. 1111-6 du code de la santé publique). Il était prévu d'harmoniser les définitions.

¹¹ A sa demande (aléatoire).

¹² ANESM volet 4 Qualité de vie en EHPAD : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident.

2. La place des soins au sein de la prise en charge n'est pas garantie dans certains établissements d'Orpea

2.1. Les EHPAD se heurtent au fractionnement structurel de l'exercice médical entre médecin traitant et médecin coordonnateur, éventuellement régional

2.1.1. Un EHPAD d'Orpea sur cinq (18 %) est dépourvu de médecin coordonnateur, ce qui ne singularise pas le groupe par rapport au reste du secteur

2.1.1.1. Le temps médical est insuffisant en partie à cause de la démographie défavorable de la médecine générale

Le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

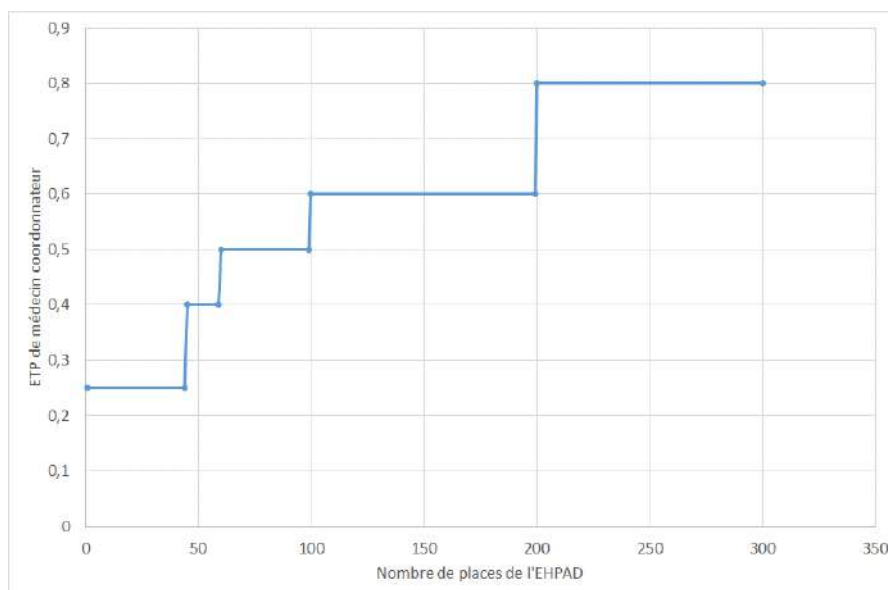
Le temps médical de médecin coordonnateur dans les EHPAD est fixé par décret (D. 312-156 du CASF) (cf. tableau 1) sans véritable proportionnalité avec le nombre de résidents (cf. graphique 1). Il faut noter que ces quotités minimales de temps médical rendent parfois complexe le recrutement d'un praticien.

Tableau 1 : Temps médical minimal de médecin coordonnateur

ETP minimal	Places
0,25	Inférieur à 44
0,40	45 à 59
0,50	60 à 99
0,60	100 à 199
0,80	Egal ou supérieur à 200

Source : Article D. 312-156 du CASF.

Graphique 1 : Évolution du temps médical en fonction de la capacité de l'établissement



Source : Article D. 312-156 du CASF.

Selon les informations transmises à la mission par la direction médicale « médico-social », sur 226¹³ EHPAD Orpea en France, 185 ont un médecin coordonnateur en février 2022, 41 en étant donc dépourvus (18 %). Tel était le cas de plusieurs EHPAD du groupe lors des contrôles ARS - tandis que dans d'autres c'est la quotité travaillée qui s'avérait insuffisante, certains médecins coordonnateurs partageant leur temps avec d'autres activités, par exemple hospitalières ou libérales. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) est de 86,35 pour 116,35 ETP budgétés soit une différence de 30 ETP. La moyenne est de 0,38 ETP par établissement pour 0,51 budgété.

La proportion d'EHPAD du groupe Orpea sans médecin coordonnateur (41/226) reste sensiblement inférieure aux 33 % très récemment évoqués par la Cour des comptes dans son analyse transversale de la situation du secteur¹⁴ (certains rapports d'ARS relatifs à des EHPAD d'Orpea ont pu évoquer eux-mêmes, à propos du temps de présence du médecin coordonnateur, le contexte local difficile). La Cour des comptes a aussi évoqué, dans un rapport rendu public plus récemment¹⁵, une proportion d' « au moins 20 % » en se basant cette fois sur les tableaux de bord de l'ANAP¹⁶ au 31 décembre 2019. Ce chiffre reste un peu supérieur au taux de vacance enregistré chez Orpea.

En l'absence de médecin coordonnateur, c'est le médecin coordonnateur régional qui le remplace, mais en sus de ses attributions propres, si bien que l'on peut s'interroger sur son implication réelle dans le suivi médical d'urgence des résidents. Il a pu être constaté que le temps de présence du médecin coordonnateur régional ne lui permettait pas d'assurer un temps de coordination suffisant avec les médecins traitants et avec les équipes.

2.1.1.2. Les missions du médecin coordonnateur dépassent dans les faits le seul rôle de coordination

La grande majorité des EHPAD du groupe sont en tarif partiel, donc avec des médecins traitants extérieurs. Mais, si les missions du médecin coordonnateur sont clairement définies, il apparaît que dans la plupart des EHPAD, un certain nombre de résidents n'ont pas de médecin traitant, en raison de la démographie défavorable de la médecine de ville, mais aussi parce que des médecins traitants arrêtent le suivi de leurs patients à leur entrée dans l'EHPAD ; il en résulte, en pratique, des prises en charges directes par les médecins coordonnateurs, parfois nombreuses, qui sont contraires à la règle (cf. 13° de l'article D. 312-158 du CASF), même si l'on en comprend les raisons.

Les résidents prennent en moyenne 7,4 médicaments par jour et la prescription est faite dans 39,9 % des cas par le médecin traitant et 19,6 % par le médecin coordonnateur, le solde correspondant aux retranscriptions faites par les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (indispensables pour le plan de traitement) lorsque les médecins ne le font pas¹⁷. A noter que la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), consultée par la mission, en matière de consommation de médicaments, a indiqué ne rien relever de vraiment spécifique concernant les EHPAD Orpea.

¹³ Le fichier communiqué par la direction médicale « médico-sociale » se basait sur 226 EHPAD.

¹⁴ Cour des comptes, rapport public annuel 2022, partie « les personnes âgées hébergées dans les EHPAD ». La Cour des comptes évoque à la fois un niveau de 32 % documenté dans une étude de 2015 de la Drees (*Les difficultés de recrutement en Ehpap*, Études et résultats n° 1067, juin 2018) ainsi que, sur son propre échantillon, « un tiers [d'EHPAD] qui connaissait ou avait connu récemment une vacance de poste de médecin coordonnateur ». Mais ce second chiffre n'est pas pleinement comparable aux 18% d'Orpea qui sont mesurés à un instant précis.

¹⁵ La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, un nouveau modèle à construire, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

¹⁶ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

¹⁷ Direction médicale Orpea – février 2022 ; à cet égard, voir aussi *infra* paragraphe relatif au dossier médical.

Annexe II

Un contrôle d'ARS a relevé que l'évaluation gériatrique n'était pas réalisée dès l'admission de chaque résident, malgré les dispositions de l'article D. 312-158 du CASF, et **il faut surtout noter que sur l'ensemble des établissements, 54 % des résidents n'ont pas d'évaluation gériatrique datant de moins d'un an**¹⁸. La qualité de cette évaluation est en revanche l'objet d'un point de vérification de la check-list des audits internes du groupe.

De plus, l'entrée des résidents ne donne pas toujours lieu à un échange entre le médecin coordonnateur et les IDE pour organiser l'accueil et la prise en charge du résident.

De manière générale, il est très fréquent que les commissions de coordination gériatrique ne respectent pas le rythme de deux réunions par an qui est censé être le leur, en application du 3° de l'article D. 312-158 du CASF. C'est le cas dans au moins deux des EHPAD visités par la mission. Cela a aussi été le cas au moins huit EHPAD contrôlés par les ARS. Cette situation s'explique notamment par les vacances de postes au sein de l'EHPAD (pas de médecin coordonnateur) ou ses difficultés à nouer les partenariats nécessaires lorsque l'offre locale est engorgée.

Certains rapports d'ARS indiquent que les procédures organisant les relations entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants n'existent pas ou sont imparfaites.

Ainsi, un rapport de contrôle d'ARS a pu noter que l'organisation à cet égard « *ne permet pas aux soignants de différencier le rôle de médecin coordonnateur de celui du médecin traitant* ». Ce manque de structuration de la relation peut aussi aboutir à la non consultation du médecin traitant dans des cas éthiques complexes, ou à une alternance voire une concomitance des prises en charge entre médecin coordonnateur et médecin traitant. Ainsi, l'absence de définition du mode de coordination peut contrevenir à la continuité des soins et aux recommandations de l'ANESM¹⁹. Le sujet de l'absence de formalisation adéquate de la coordination avec les professionnels extérieurs peut fréquemment renvoyer à l'absence de conventions avec un certain nombre de professionnels libéraux (kinésithérapeutes par exemple), ce qui n'est pas conforme aux articles L. 314-12 et 13 et à l'article R. 313-30-1 du CASF ; les arrêtés fixant les contrats-types ont toutefois été en partie censurés par le Conseil d'Etat en 2013.

Les enjeux de coordination ont aussi parfois simplement trait à la relation entre le médecin coordonnateur et les IDE ou l'infirmière coordonnatrice (IDEC).

2.1.2. Des « médecins prescripteurs » pallient dans quelques départements la carence en médecins traitants

Il existe par ailleurs au sein des EHPAD Orpea des « médecins prescripteurs » financés par les ARS à titre d'expérimentation dans certains départements (cf. tableau 2). La Cour des comptes a récemment souligné l'intérêt de telles expérimentations²⁰.

¹⁸ Direction médicale Orpea – février 2022.

¹⁹ ANESM qualité de vie en EHPAD volet 4 « l'accompagnement médicalisé de la santé du résident », septembre 2012.

²⁰ La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, un nouveau modèle à construire, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

Tableau 2 : Médecins « prescripteurs » dans les établissements Orpea - 2022

Département	Nombre d'établissements	Total ETP
Seine Saint Denis	1	0,2
Hauts de Seine	4	0,2
Yvelines	6	1,8
Seine et Marne	6	1,55
Essonne	4	0,7
Calvados	1	0,3

Source : Orpea.

Le rôle de ces médecins est essentiellement de pallier l'absence de médecin traitant de certains résidents.

2.2. La présence des équipes de soins auprès des résidents s'avère souvent instable

2.2.1. Des difficultés sont constatées dans la présence auprès des résidents, notamment au moment des levers et pendant la nuit

2.2.1.1. Un encadrement présentant des fragilités

Quand ils ont traité la question des effectifs de l'établissement contrôlé, les rapports d'ARS établis sur la période 2018-2021 ont fait apparaître des tensions sur la charge de travail du personnel réellement présent. Ces tensions étaient liées notamment à des postes vacants, mais aussi parfois au fait que les effectifs réels constatés dans l'établissement n'étaient pas toujours au niveau projeté dans les conventions tripartites, avec des écarts significatifs, y compris de personnel soignant, dans certains cas (cf. Annexe V).

Dans les constats émis par les ARS, la tension sur les effectifs est fréquente et particulièrement prégnante au moment du réveil des résidents : départ de l'équipe de nuit et arrivée échelonnée de l'équipe de jour, insuffisance des transmissions entre équipes. Dans un établissement, cela contraint à décaler des toilettes (cf. *infra*) quand un auxiliaire de vie est présent seul sur une unité jusqu'à 9h30, heure d'arrivée de l'aide-soignant en complément. La présence d'un seul agent sur ces plages horaires conduit également à des glissements de tâches dans un sens ou dans l'autre :

- ◆ dans un établissement, il est constaté que l'auxiliaire de vie réalise seul des toilettes ;
- ◆ dans un autre établissement, l'aide-soignant, dans les cas où il est seul en début de matinée, est amené à assurer toutes les fonctions le matin, y compris des fonctions de type « hôtelier » qui ne relèvent pas de sa compétence, ni d'un financement par la dotation soins.

Malgré la sous-occupation de certains établissements, ces tensions sur le personnel se maintiennent avec des conséquences sur la prise en charge dans certains cas. Dans le dossier préparé pour la ministre, le groupe évoque un « effectif renforcé aux moments clés de la journée : la toilette et les soins de nursing, assurés par des professionnels qualifiés et diplômés, l'aide aux repas ». Or, les éléments récemment transmis par certaines ARS font état de toilettes réalisées rapidement faute de temps dans un établissement, ou de toilettes qui doivent se prolonger au-delà du déjeuner et jusqu'à 15h dans l'après-midi dans un autre établissement. Une autre ARS met en avant l'absence de présence continue d'agents sur une unité protégée.

Annexe II

Ces situations dans lesquelles un agent dédié sur une unité est seul pendant une plage horaire peuvent aussi se retrouver pendant les temps de pause et le soir après le repas (cf. 3.1).

2.2.1.2. Des fragilités renforcées à certains moments sensibles

Selon les constats de certaines ARS, la permanence de nuit constitue également un point de fragilité dans certains établissements. Il peut s'agir de l'absence de personnel de nuit dédié dans une unité ou encore d'un personnel de nuit ne disposant pas d'un diplôme d'aide-soignant, ou plus généralement de l'insuffisance de ses effectifs, notamment dans les unités de soins adaptés (USA), comme noté dans plusieurs évaluations externes.

Du point de vue de l'encadrement des résidents la nuit, on note une situation hétérogène dans trois établissements visités par la mission en février 2022 sur trois régions différentes :

- ◆ dans le premier établissement, renforcement récent des équipes de nuit permettant d'assurer désormais la présence d'un agent à chaque étage comptant une vingtaine de lits (aide-soignant (AS) ou auxiliaire de vie (AV)) ; la situation est jugée satisfaisante par le personnel depuis ce renforcement ;
- ◆ dans le second établissement, qui compte environ 90 lits, deux agents étaient présents la nuit pour l'ensemble de l'établissement. Cela signifie qu'il n'y a alors pas de présence d'un agent en permanence sur l'USA. De plus, dans ce même établissement, **deux agents sont chargés du coucher de 26 résidents dans l'unité grands dépendants** ;
- ◆ dans le troisième établissement, qui compte environ 80 lits, trois agents sont présents de nuit dont deux aides-soignantes.

Le caractère souvent ramassé des équipes de nuit, composées généralement d'AS et d'AVS, peut donner lieu à certaines dérives, comme, selon un contrôle ARS, l'administration de paracétamol hors prescription, ce qui contrevient au 6° de l'article R. 4311-7 du CSP. La surveillance nocturne était par ailleurs l'un des points de réclamations des résidents ou de leur famille dans certains EHPAD contrôlés, et un point de recommandation de l'ARS dans d'autres, avec par exemple un constat que 70 % des temps de réaction aux sonnettes supérieurs à 20 minutes avaient lieu la nuit.

La traçabilité des rondes de nuit est un point de vérification des check-lists utilisées par Orpea pour ses audits internes. Pour autant, selon un constat très récent d'une ARS, « *la prise en charge nocturne est fragilisée par le manque de continuité de surveillance notamment dans les unités sécurisées* ». Il apparaît que cela impacte également l'accompagnement de la prise des petits déjeuners.

Toutefois, même de jour, une autre ARS constatait fin 2021 à propos d'un EHPAD que « *le recours massif aux vacataires sur une quotité journalière de travail différente des agents fixes génère un risque dans la continuité du service auprès des résidents* ».

De plus, les week-ends et la période estivale sont souvent cités comme des moments critiques, qu'il s'agisse d'EHPAD contrôlés par les ARS ou par la mission, même si l'existence d'un sous-effectif les week-ends ne concerne pas tous les établissements.

2.2.2. Le rôle de l'infirmier coordinateur n'est pas suffisamment tourné vers la coordination externe à l'établissement

Sur les 36 items que comporte la fiche métier de l'infirmier coordinateur (IDEC), seuls trois, non spécifiquement mis en exergue dans une rubrique *ad hoc*, concernent les liens avec les partenaires extérieurs (réseau gérontologique, établissements de santé, projets de télémédecine).

Annexe II

De plus, au niveau interne, lorsque l'IDEC est présent, selon plusieurs rapports d'ARS, il n'investit pas toujours son rôle dans la démarche qualité et la gestion des risques ou n'y est pas formé, et n'a pas toujours connaissance des outils de bonnes pratiques professionnelles. La surveillance du travail des soignants n'est pas toujours formalisée.

Enfin, en cas d'absence de l'IDEC, les EHPAD ne mettent pas toujours en place une organisation garantissant la coordination des informations, le management des équipes et le contrôle de l'activité.

À cet égard, on notera que la direction médicale « médico-social » a indiqué à la mission qu'il y avait quinze postes vacants sur l'ensemble des sites, dont il est prévu que six soient pourvus début avril 2022. La direction indique ne recruter que des temps pleins sur ces postes.

2.2.3. Le mode d'intégration des nouveaux personnels ne garantit pas la transmission des savoirs

Un travail en binôme lors des prises de poste, et des évaluations rapides lors des premières semaines, sont de nature à mieux garantir la maîtrise des savoir-faire. Mais ces précautions ne sont pas toujours prises. **Plusieurs évaluations externes et contrôles des ARS montrent que le personnel n'est pas assez accompagné sur les pratiques métiers par manque de temps des encadrants.** De même s'agissant de la remise d'une fiche de présentation de l'établissement, qui n'est pas toujours réalisée (cf. Annexe V).

2.2.4. Les différentes réunions d'équipe ne suffisent pas toujours à garantir la pluridisciplinarité des approches

Les comptes rendus des réunions hebdomadaires de « staff » ne sont pas systématiquement portés à la connaissance de tous les agents²¹. L'existence ou la qualité d'ordres du jour et de comptes rendus indique que ces réunions ne sont pas toujours très structurées.

Des réunions pluridisciplinaires d'équipe, également hebdomadaires, se tiennent le plus souvent, sans toutefois garantir dans certains cas la pluridisciplinarité des projets d'accompagnement personnalisés des résidents. Ces réunions sont l'occasion d'évoquer à la fois des problématiques institutionnelles et des situations individuelles. La régularité des réunions pluridisciplinaires, et la qualité de leurs comptes rendus, constitue un point de vérification des checks-lists utilisées par le groupe pour ses audits internes mais les évaluations externes montrent qu'elles sont parfois insuffisamment tenues, ou qu'elles n'abordent pas certains points clés, par exemple l'examen de certains indicateurs ou les retours d'expérience sur certains événements.

De manière plus générale, 24 des 45 rapports d'évaluation externe consultés par la mission évoquent des insuffisances de coordination entre les acteurs du soin, qui s'étendent toutefois au-delà du seul enjeu de la pluridisciplinarité, avec notamment la gestion des transmissions entre équipes, objet du paragraphe suivant.

²¹ Selon un rapport de contrôle d'ARS.

2.2.5. Les transmissions au sujet des résidents ne font l'objet que d'un seul temps d'échange formalisé par nycthémère

Selon les bonnes pratiques professionnelles HAS-ANESM²², les professionnels doivent partager le même niveau d'information relatif à la prise en charge des résidents. L'article R. 4311-1 du code de la santé publique (CSP) impose aux IDE de transmettre les informations nécessaires à un suivi de qualité des patients.

Or, on ne retrouve pas toujours de temps de transmission formalisé entre les équipes de jour et de nuit, point évoqué par près d'une dizaine des évaluations externes consultées par la mission, avec en particulier le matin une traçabilité des événements de la nuit qui n'est pas toujours réalisée. Les plages (qu'il s'agisse des transmissions de mi-journée ou entre équipes de jour et de nuit), parfois d'une demi-heure, peuvent être réduites à un quart d'heure. Même dans le cas des transmissions de début d'après-midi, l'organisation des horaires de travail ne permet pas à tous les agents d'assister aux transmissions orales. Les agents présents ont certes le devoir de transmettre les informations à leurs collègues, mais un rapport d'ARS a signalé un non-respect de cette consigne.

De plus, tous les professionnels ne saisissent pas d'une manière systématique sur le logiciel de suivi [...] ²³, en temps réel, les informations quotidiennes portant sur la prise en charge des résidents (cf. 2.3.2).

Ainsi, la texture²⁴ du régime alimentaire d'une résidente décédée d'une fausse route n'était pas connue par l'ensemble du personnel en charge de l'aide aux repas.

2.3. L'organisation des soins a d'indiscutables fragilités

2.3.1. Les personnels sont en incapacité de s'approprier les nombreux protocoles de soins et procédures

Les procédures sont classiquement accessibles à la fois via le portail qualité et en version papier dans des classeurs situés en infirmerie. Pourtant, le nombre considérable de protocoles et procédures dans le domaine du soin (71²⁵) peut poser plusieurs problèmes :

- ◆ une absence de mise à jour régulière selon l'état de la science et une pauvreté en logigrammes ;
- ◆ une absence d'appropriation voire une méconnaissance par les personnels, qui constitue le principal point d'attention dans le cas d'Orpea.

Ainsi, le rapport de contrôle d'une ARS a remarqué que l'EHPAD « *n'organise pas des séances périodiques de présentation et de sensibilisation aux protocoles, ni des séances/audits pour évaluer le degré d'acquisition (...) de ces protocoles* », le rapport d'une autre agence que « *le personnel, même s'il est présent depuis plusieurs années, ne se réfère pas aux procédures* ».

²² HAS-ANESM volet 1, « de l'accueil de la personne à son accompagnement », décembre 2010.

²³ Logiciel traçant l'évolution de l'état de santé des résidents, de leur dépendance et les événements intercurrents.

²⁴ Pour prévenir les troubles de la déglutition, les aliments peuvent être moulinsés ou hachés.

²⁵ Dont 19 au titre du Coronavirus (source : direction médicale « médico-social »).

Annexe II

Pour donner des exemples plus précis s'agissant des protocoles : un rapport de contrôle évoque le cas d'un EHPAD où, si le référentiel de diagnostic infirmier de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA²⁶) est utilisé, en revanche il n'est pas retrouvé d'évaluation de la douleur, ni de réévaluation des contentions en équipe pluridisciplinaire, ni de planification de la surveillance, et pour l'agressivité, l'utilisation du diagnostic n'est pas appliqué. Les parties suivantes donnent plusieurs autres exemples de thèmes pour lesquels les protocoles ne sont pas appliqués et/ou connus (urgence, troubles de la déglutition, chutes, contenu du dossier médical).

Tout récemment encore, une ARS évoque, dans une remontée à la mission, « *des protocoles de soins génériques du groupe inadaptés au contexte des établissements, inconnus et non réappropriés par leurs personnels* ». Une autre ARS indique également que « *les procédures existent mais sont non appropriées par les personnels* ».

Par ailleurs, l'existence d'une organisation permettant aux agents d'échanger sur les bonnes pratiques de prise en charge est recommandée par l'HAS-ANESM²⁷. À cet égard, les ARS ont pu être conduites à déplorer, dans le cas d'EHPAD aux échanges de pratiques insuffisants, l'absence de référents identifiés sur des thèmes tels que « *la nutrition, la douleur, les escarres* » ou encore l'absence de groupes de parole ou d'analyse de pratiques formalisée.

Plusieurs rapports font aussi part de la non déclinaison sur le terrain du concept de « référent bientraitance » (cf. Annexe I).

2.3.2. Il est fréquent que le dossier médical ne permette pas la traçabilité des soins, sans que la responsabilité n'en incombe toujours à Orpea

La traçabilité médicale de l'examen clinique dans les dossiers de soins ne permet pas de comprendre clairement la stratégie thérapeutique entreprise pour chaque résident. Ce manque peut être préjudiciable lors d'un épisode sanitaire aigu ou dans la situation de fin de vie, lorsque plusieurs médecins sont amenés à intervenir dans l'établissement auprès du résident. En effet, certains médecins traitants gardent au moins une partie du dossier médical des résidents qu'ils suivent dans leur cabinet, ou ne tracent pas leurs interventions ; cela vaut aussi pour certains autres professionnels libéraux (kinésithérapeutes), autant de sources de non-conformité vis-à-vis du protocole institutionnel Orpea de mai 2016, qui détaille le contenu du dossier médical. Il s'agit toutefois d'un problème récurrent dans les EHPAD en tarif partiel, depuis l'échec du dispositif des contrats-types (cf. 2.1.1.2), avec certains médecins traitants refusant de saisir les informations dans les logiciels de suivi des EHPAD, car ils tiennent déjà le dossier patient à leur cabinet et ne veulent pas saisir deux fois.

De plus, certains EHPAD rencontrent des difficultés pour obtenir des services hospitaliers les comptes rendus opératoires en retour d'hospitalisation (*a contrario*, pour les transferts de résidents en urgence, l'outil [...] permet l'édition automatisée d'un dossier de liaison d'urgence complet).

S'il peut donc arriver que, dans certains établissements, l'utilisation de [...] ne concerne que certains médecins traitants, voire ne concerne aucun d'entre eux, les prescriptions sont normalement retranscrites et imprimées par les IDE, ce qui génère toutefois des risques d'erreur.

²⁶ Association nord-américaine pour le diagnostic infirmier.

²⁷ HAS-ANESM volet 4 « l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012, « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », décembre 2008.

Annexe II

Par ailleurs, les actes de soins ne sont parfois pas répertoriés par date chronologique et par agent, avec un contrôle d'ARS ayant mis en évidence des cas d'actes enregistrés à des dates postérieures au décès.

Le stockage du dossier « papier » est, quant à lui, souvent effectué dans des armoires ouvertes et donc accessibles sans respect de la confidentialité, comme noté par plusieurs inspections de contrôle (cf. 2.3.3).

2.3.3. La vigilance sur le secret professionnel dit médical n'est pas totale

L'article L 1110-4 du CSP énonce que « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* »

◆ **L'information est donnée aux résidents et à leurs familles**

Le secret est un devoir des professionnels mais c'est également un droit des résidents, y compris après leur sortie de l'établissement et même après leur décès. Pour cela, les résidents et leurs familles doivent être informés dès avant l'admission qu'ils sont pris en charge par un ensemble de personnels qui travaillent en équipe. Cela doit être écrit dans le livret d'accueil. Dans ce cas, « *les informations les concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe* ». La mission a effectivement retrouvé cette information pour les résidents dans les livrets d'accueil consultés.

◆ **Le partage d'information n'est pas organisé selon ce qui est strictement nécessaire à chaque professionnel**

Les directions ont accès, si l'on en juge par l'analyse des droits d'accès aux logiciels, qui sont particulièrement complexes et détaillés, aux éléments suivants concernant les résidents : l'évaluation médicale personnalisée, l'évaluation AGGIR²⁸, les transmissions de soins dites « soins flash » et le projet personnalisé. L'évaluation médicale du résident et les transmissions de soins relèvent du secret professionnel des personnels de santé et ne peuvent être partagées avec des tiers qu'avec l'accord du résident ou de sa personne de confiance.²⁹

Selon Orpea, l'évaluation médicale du résident ne serait accessible qu'en lecture pour les directions dans le but d'affiner les droits pour chaque évaluation et ne permettrait en fait que l'accès à la grille AGGIR pour les directeurs. L'accès pour les directeurs aux transmissions de soins ne leur permettrait que d'envoyer un message à destination des soignants, sans possibilité de lecture des transmissions (ciblées ou narratives).

²⁸ La grille AGGIR évalue les fonctions mentales et capacités corporelles dans la vie courante.

²⁹ Article R4127-95 CSP : *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises et des collectivités où il exerce.*

Annexe II

Toutefois ce partage n'apparaît pas limité à ce qui est strictement nécessaire à chaque intervenant pour la prise en charge³⁰.

A contrario, un rapport d'ARS a ainsi recommandé d'ouvrir l'accès à [...] aux « *acteurs extérieurs comme les médecins traitants et la pharmacie d'officine* », notant que l'absence de possibilité de connexion à distance « *résulte d'un choix de la direction générale du groupe Orpea* ».

◆ **L'archivage et l'accès aux documents ne garantissent pas la confidentialité**

Une mise en danger de la confidentialité de certaines informations médicales a pu être liée, dans certains établissements, à l'utilisation du fax par les IDE pour l'émission d'ordonnances et la réception de résultats d'examens, ce qui contrevient à l'article L. 1110-4 du CSP rendu applicable aux EHPAD par l'article 3 de l'arrêté du 8 septembre 2003³¹. Au demeurant, la non présentation des originaux est contraire aux dispositions de l'article R. 5132-22 du CSP. Enfin, une ARS s'est encore récemment inquiétée d'enjeux de préservation du secret médical, évoquant la nécessité de « *garantir la confidentialité des dossiers médicaux papier des résidents* » (cf. 2.3.2).

2.3.4. En matière de suivi, l'état bucco-dentaire reste encore insuffisant, la psychiatrie étant un autre point de vigilance

La téléconsultation n'est pas utilisée même si 14,7 % des résidents ont donné leur consentement à cette procédure.

Malgré les précautions supposées prises à l'admission (cf. *supra*), plusieurs EHPAD indiquent faire face à une vraie difficulté à nouer les partenariats requis dans le domaine de la psychiatrie. Cette difficulté ne concernant toutefois pas tous les établissements, il semble qu'elle soit bien à rattacher aux engorgements locaux de la filière.

Le suivi bucco-dentaire et les soins associés restent eux aussi souvent insuffisants. Une ARS a ainsi remarqué à propos d'un EHPAD qu'« *il n'existe pas de réelle politique institutionnelle structurée, les pratiques dépendant encore trop du bon vouloir des agents* », et à propos d'un autre que « *la stratégie institutionnelle est apparue peu claire, sur la formation des agents (pas ou peu assurée) comme sur les conduites à tenir (pas ou peu de procédures)* ». De plus, si dans l'un des deux cas au moins, l'EHPAD disposait de chariots réservés spécifiquement à l'entretien et au nettoyage des appareils dentaires, ces équipements n'étaient pas mobilisés par les équipes, avec la survivance de pratiques qualifiées « *d'ancienne école* ». Une autre ARS a recommandé à un établissement de « *sensibiliser les personnels, notamment par le biais de formations, aux soins bucco-dentaires des résidents et organiser l'effectivité de la prise en charge dans ce domaine* » ; elle note dans le cas d'un autre que « *la thématique de la prise en charge bucco-dentaire n'était pas gérée de manière pleinement satisfaisante et que les personnels interrogés en étaient conscients* », l'EHPAD n'ayant pas signé de convention avec des professionnels du domaine. Aussi les familles devaient-elles fréquemment trouver elles-mêmes un praticien.

³⁰ –L'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles qui pose que sont garanties à toute personne prise en charge dans un établissement ou service social ou médicosocial « *la confidentialité des informations la concernant* ». Cela concerne le personnel administratif, le personnel de service, les personnels chargés de soins ou d'animation. Cela concerne le personnel titulaire mais aussi les stagiaires et même les bénévoles intervenant dans l'établissement. Ce partage, même entre professionnels, n'est autorisé que sur ce qui est strictement nécessaire à la prise en charge.

³¹Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Annexe II

Encore récemment, une ARS signale à la mission que « *le suivi de l'état bucco-dentaire (bilan initial et coordonnées d'un dentiste référent ou télé-expertise bucco-dentaire) n'est pas homogène entre les établissements* », et une autre ARS demande à un EHPAD de « *veiller à la réalisation effective des soins d'hygiène bucco-dentaire* ».

La prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées est certes un sujet identifié comme un axe d'amélioration bien au-delà des seuls EHPAD du groupe Orpea, avec une mention explicite de l'enjeu dans la stratégie nationale de santé 2018-2022.

2.3.5. Il existe des points de vulnérabilité dans la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament

Il faut d'abord noter que la prescription individuelle, écrite, lisible et signée n'est pas systématique³². En pratique, seuls certains médecins saisissent directement leurs prescriptions dans le logiciel. Dans les autres cas, c'est le médecin coordonnateur qui effectue la retranscription des ordonnances et cela constitue une source d'erreurs.

Plusieurs rapports d'ARS ont été ciblés sur ce domaine qui s'inscrit dans le cadre de l'article 2 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui visait une amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maisons de retraite médicalisées.

Ces rapports concluent généralement à une prise en charge médicamenteuse « *bonne dans l'ensemble* » dans le cas des EHPAD d'Orpea.

Toutefois, selon certains de ces rapports, les procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse, même si elles sont classiquement accessibles à la fois via le portail qualité et en version papier dans des classeurs situés en infirmerie, ne sont pas toujours connues des personnels, comme c'est aussi le cas pour les procédures dans d'autres domaines (cf. 2.3.1).

De plus, le projet d'établissement comporte, normalement, un plan d'action en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Mais dans un grand nombre de cas, soit les projets d'établissements eux-mêmes font défaut, soit ils négligent cette dimension, à l'image d'ailleurs de l'évaluation interne. Les établissements réalisent toutefois des autodiagnostic des risques liés à la prise en charge médicamenteuse. La consultation de la commission de coordination gériatrique sur les objectifs de la politique qualité du médicament n'est pas la règle.

La désignation du pharmacien référent de l'établissement n'est pas toujours formalisée même en présence d'un contrat, ce qui n'est pas de nature à favoriser l'exercice rigoureux des missions qui lui sont dévolues par l'article L. 5126-10 du CSP. Ce sont aussi parfois les mentions des référents au sein de l'EHPAD qui manquent, ou la réalité des pratiques qui n'est pas reflétée. L'articulation des responsabilités respectives de l'EHPAD et de la pharmacie est parfois insuffisamment explicitée, alors que la préparation des doses à administrer doit être contrôlée par un pharmacien, en vertu de l'article L. 5125-15 du CSP.

Toutefois, le pharmacien référent n'est pas le seul fournisseur des résidents qui ont - en principe - le libre choix de leur pharmacien. Normalement, l'EHPAD (qui n'est pas l'acheteur des médicaments dès lors qu'il n'a pas de PUI) est tenu de s'adresser à tous les pharmaciens des résidents. En outre, les familles peuvent très bien faire exécuter une prescription dans une officine et ramener les médicaments à la personne.

³² Selon un rapport de contrôle d'ARS.

Annexe II

Le déficit de formalisation peut aussi concerner la désignation de la personne de l'EHPAD en charge de la prise en charge médicamenteuse. L'administration des médicaments n'est dans certains cas pas formalisée par un protocole de soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 313-26 du CASF. Certains projets d'accompagnement personnalisés n'intègrent pas la question de l'autonomie des résidents dans la gestion de leurs médicaments.

Surtout, des problèmes de traçabilité des médicaments ont été détectés par les ARS dans au moins sept établissements ces dernières années, avec des modes de fonctionnement et notamment de déconditionnement des médicaments rendant impossible leur identification lors de l'administration (avec perte de numéro de lot, perte de la date de péremption, perte du nom et du dosage). Ainsi, ont pu être distribués des collyres dont les dates de validité étaient dépassées.

Concernant la traçabilité des prises de médicaments, elle s'effectue dans un grand nombre de cas via la lecture des code-barres de l'infirmière, du résident et de l'opération, par des « zappettes » ou « scannettes » qui sont ensuite déchargées sur le système informatique et viennent alimenter [...] (la direction médicale « médico-social » d'Orpea a confirmé à la mission qu'un déploiement total de tablettes est en cours).

Il semble toutefois que certains EHPAD fassent exception, un rapport d'ARS ayant fait état d'un traçage par l'IDE sous [...] à l'issue de sa tournée, autrement dit à distance de l'événement, alors qu'un traçage au fur et à mesure est recommandé. Certains rapports ARS précisent que l'IDE attend systématiquement que le résident ait pris (ou refusé) ses médicaments avant d'enregistrer la prise ou le refus, même si d'autres suggèrent l'inverse. Un double contrôle des piluliers est généralement effectué avant administration ; il s'agit au demeurant d'un point de vigilance de la check-list des audits internes, qui n'est cependant pas généralisé au vu de certaines évaluations externes.

Le « livret thérapeutique » consiste en une liste préférentielle de médicaments adaptés aux impératifs gériatriques, qui a été établie par le groupe Orpea, en conformité avec le 7^{ème} alinéa de l'article D. 312-158 du CASF, et mise à jour en mai 2019. Certains rapports présentent toutefois cette liste comme « *sommaire par rapport à ce qu'il est possible de trouver dans la littérature sur le sujet* ».

Le groupe semble par ailleurs veiller à limiter la iatrogénie, avec notamment une volonté de juguler l'usage des neuroleptiques, indiquée dans des documents internes du groupe, évoquée par un médecin coordonnateur d'EHPAD dans le cadre d'un contrôle ARS, et confirmée par les statistiques de consommation des résidents des EHPAD Orpea³³. Le rapport annuel d'activité médicale d'un autre établissement évoquait la volonté de juguler la prise de médicaments, avec un passage de 12 à 8 du nombre moyen de lignes médicamenteuses par résident, tandis qu'un rapport d'ARS signalait une « *démarche d'allègement des prescriptions médicamenteuses* ». Toutefois, une ARS diagnostiquait encore récemment dans un EHPAD le besoin de « *renforcer la prévention du risque iatrogène lié aux prescriptions médicamenteuses en lien avec les médecins prescripteurs et le pharmacien référent* ». La iatrogénie est au demeurant un problème général dans les EHPAD, encore plus complexe à résoudre dans le cas des EHPAD en tarif partiel, du fait de la présence de nombreux prescripteurs externes³⁴.

³³ D'après de données Assurance Maladie, 24,8 % des résidents Orpea ont bénéficié d'au moins une prescription de neuroleptiques en 2019, la proportion s'élevant à 26,0 % pour l'ensemble des EHPAD privés (lucratifs ou non lucratifs).

³⁴ Dans les EHPAD avec une pharmacie à usage intérieur, le pharmacien peut avoir une action pédagogique auprès des prescripteurs même si cela reste compliqué.

Annexe II

Parmi quelques points de vulnérabilité plus spécifiques qui ont été constatés dans plusieurs rapports de contrôle d'ARS, peuvent être mentionnés :

- ◆ **des comprimés qui ne doivent pas être écrasés ou des gélules qui ne doivent pas être ouvertes sont administrés à des patients identifiés comme ayant des troubles de la déglutition**, tout le personnel soignant ne connaissant pas systématiquement la procédure sur l'écrasement des médicaments, et le pharmacien ne transmettant pas à l'EHPAD la liste des médicaments non écrasables. Dans un autre EHPAD, les pharmaciens qui préparaient les médicaments n'avaient pas été informés de la capacité des résidents à avaler et il n'était pas vérifié si la forme galénique du médicament était compatible avec l'écrasement du comprimé. Il en résulte un risque d'effet indésirable. Pourtant, le sujet des médicaments non écrasables n'est pas actuellement retracé dans la check-list d'Orpea dans le cadre de ses audits internes d'établissements ;
- ◆ **les modalités de livraison ou de détention des médicaments thermosensibles, le protocole relatif à la conduite à tenir en cas de grandes variations de températures, ou les procédures liées à la maintenance du réfrigérateur qui s'avéraient perfectibles ;**
- ◆ la présence de **médicaments périmés dans des stocks de pharmacie ;**
- ◆ **les délais entre prises de médicaments parfois trop courts**, en lien avec les délais entre repas, pouvant se limiter à deux heures (cf. 3.6.4).

Ont enfin pu se présenter divers enjeux de sécurisation dans certains établissements, signalés dans des contrôles ARS : médicaments et seringues stockés dans la salle des délégués des personnels, armoires non fermées, absence de dispositif de rangement sécurisé dans les chambres des résidents aptes à gérer et prendre seuls leurs traitements, livraisons de médicaments via des caisses non scellées, ce qui, lorsque l'opération n'est pas réalisée par un pharmacien ou un personnel habilité à le seconder, contrevient à l'article L. 5125-25 du CSP. Mais l'absence d'accès des équipes de nuit aux médicaments autres que de nuit, ou encore l'absence de chariots médicaments ouverts dans les couloirs, constituent des points de vérification des check-lists d'audit interne du groupe.

2.3.6. La prise en charge de la douleur et son évaluation n'ont pas la même rigueur dans tous les établissements

En février 2022, on comptait 56,2 % des résidents d'Orpea sous antalgiques et 16,6 % sans évaluation de la douleur pour lesquels il n'y avait donc pas d'adaptation du traitement, ce qui n'est pas conforme aux recommandations³⁵.

S'il existe un protocole « analyse et évaluation de la douleur » de novembre 2017, sa prise en charge est parfois insuffisante au regard des situations analysées.

Ainsi, le contrôle d'un EHPAD par l'ARS établira que, malgré les transcriptions sous [...] de douleurs intenses d'un résident suite à une chute, celui-ci ne sera examiné par un médecin que quatre jours après. Il sera alors diagnostiqué une ancienne fracture.

Toutefois, selon un autre contrôle, qui indique que les entretiens et les observations dans les dossiers concordent, la douleur est « *mesurée par l'IDE à l'admission* », puis ensuite « *testée a minima chaque mois, et plus régulièrement si le résident nécessite des antalgiques (voire plusieurs fois par jours pour un résident sous stupéfiants)* », l'ensemble étant tracé sous [...]. Un autre rapport de la même ARS note également que « *l'évaluation de la douleur est réalisée quotidiennement surtout pour les patients sous médicaments antalgiques ou stupéfiants* ».

³⁵ Direction médicale Orpea.

Annexe II

La vérification de la conformité de la prise en charge et de la surveillance de la douleur est présente dans la check-list des audits internes du groupe. Un audit interne d'établissement communiqué à la mission³⁶ préconise ainsi de « *mettre en place l'évaluation de la douleur régulièrement* ».

2.3.7. La prise en charge des situations d'urgence constituait jusqu'ici une insuffisance qui fait aujourd'hui l'objet d'un plan de formation des personnels

Une procédure Orpea de novembre 2018 définit la prise en charge des urgences vitales dans les établissements. La réactivité en situation d'urgence repose sur un personnel formé, un dossier accessible, renseigné et à jour, et des équipements qui fonctionnent³⁷. Deux aspects doivent être distingués :

- ◆ **l'insuffisance des dossiers médicaux** (cf. 2.3.2), et parfois de la traçabilité des soins met en difficulté les intervenants des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) après sollicitation du Centre 15, en particulier en l'absence de médecin dans l'établissement (le personnel ayant parfois pour consigne d'appeler SOS médecins lorsque l'urgence n'est pas absolue, mais SOS médecins refuserait le plus souvent de venir) ; le dossier de liaison d'urgence (DLU) a vocation à formaliser le lien entre l'EHPAD et les urgences ;

Encadré 1 : Le dossier de liaison d'urgence (DLU)

Le DLU se compose de deux documents distincts : le document de liaison d'urgence et la fiche de liaison d'urgence.

Le document de liaison d'urgence est une synthèse du dossier médical du patient. Il comprend les coordonnées du résident, ses antécédents et allergies, son état de santé fonctionnel et psychique, etc. Il contient la checklist de tous les documents qui doivent être annexés au DLU (ordonnances en cours, résultats récents de biologie, etc.). Le DLU contient les coordonnées de la personne de confiance désignée par le résident, une copie de ses directives anticipées, ainsi qu'une indication « en soins palliatifs » signifiant que selon l'avis du médecin traitant les soins de confort sont à privilégier.

La fiche de liaison d'urgence comprend deux volets : au recto, le document de transfert de l'EHPAD vers le service d'urgence. Il précise le motif du transfert aux urgences, les constantes observées, les noms des personnes informées du transfert, etc. ; au verso, le document de retour du service d'urgence vers l'EHPAD précise le diagnostic établi aux urgences et les traitements entrepris. Il comprend en annexe la copie du dossier des urgences et les ordonnances de sortie. Il facilite la continuité des soins pour le résident de retour dans son EHPAD.

Source : HAS, article « le dossier de liaison d'urgence : essentiel pour le suivi du patient âgé dépendant, article mis à jour le 12 juin 2019.

- ◆ **l'insuffisance de formation des personnels** : les formations obligatoires relatives aux soins d'urgence constituent un chapitre important du plan de formation d'Orpea et sont mises en œuvre en nombre³⁸. Toutefois, parfois tout le personnel n'est pas formé aux gestes d'urgence et ne connaît pas le protocole correspondant, ni la démarche à suivre les week-ends et jours fériés ; il ne connaît pas non plus une partie du matériel disponible, par exemple l'aspirateur à muqueuses, tandis que la maintenance de certains équipements peut n'être pas conforme aux dispositions réglementaires (R. 5212-25 du

³⁶ À sa demande (aléatoire).

³⁷ Une trousse d'urgence est disponible dans la salle de soins et son matériel tracé. Un rapport note que la procédure de gestion de la trousse de secours est connue et appliquée, même si d'autres relèvent certaines approximations, notamment dans son rangement ou son scellement, avec une non-conformité à l'article R. 5126-113 du CSP dans ce dernier cas.

³⁸ Les diverses formations Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) (première formation et recyclage) ont accueilli 688 stagiaires en 2021, auxquelles il faut ajouter 69 formations à l'utilisation des défibrillateurs (DRH Orpea).

Annexe II

CSP pour le défibrillateur). Récemment encore, une ARS estimait nécessaire de « réaliser la formation des équipes soignantes aux gestes d'urgences et à l'utilisation du matériel d'urgence ». Orpea a indiqué qu'en la matière une vague de formations se déploie sur l'ensemble des EHPAD depuis 2021,

En février 2022, on compte en moyenne **29 résidents d'Orpea hospitalisés par jour, pour 85 % en urgence, et la moitié dans les services d'urgences**, ce qui témoigne de l'importance du sujet ne serait-ce qu'en raison de la durée de séjour d'une personne âgée dans un service d'urgence (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Hospitalisation des résidents

Hospitalisations par catégories	Nombre
Nombre total (pour 17 154 résidents)	730
% d'hospitalisations en urgence	84,9
% d'hospitalisations au service des urgences	49,0
% d'hospitalisations programmées	15,0
% d'hospitalisations en urgence mais pas au service des urgences	37,1
% d'hospitalisations en urgence et au service des urgences	47,8

Source : Orpea, du 1er au 23 février 2022.

3. L'accompagnement de la dépendance est altéré par le manque de temps des personnels

3.1. La structuration de la journée des résidents est dictée par les « cadences » des personnels

La structuration de la journée des résidents est tributaire à la fois des horaires des grands rites qui dictent son rythme (levers, toilette, repas, couchers), et de la satisfaction réactive des différents besoins d'aide qui peuvent survenir au fil des heures. L'analyse suivante se fonde sur divers rapports et retours d'ARS.

- ♦ **le rythme de la journée** : la situation d'effectifs réduits (cf. Annexe V) pouvant survenir au moment de la toilette (cf. *infra*) entrave la prise en compte du rythme de vie des résidents, à rebours des recommandations de l'ANESM³⁹, un contrôle d'ARS ayant évoqué des levers selon la progression des agents dans le couloir. Et c'est donc potentiellement en l'espèce le principe d'un « accompagnement individualisé de qualité », adapté à l'âge et aux besoins du résident (article L. 311-3 du CASF), qui est remis en cause. Cette problématique peut aussi survenir en soirée, avec une grande variabilité dans les horaires du coucher comme en témoignent les observations faites par la mission dans une dizaine d'établissements contrôlés.

Dans un établissement contrôlé par la mission il s'agissait de couchers très tôt (à partir de 17h30, voire même à 17h si un salarié était absent). Dans un autre, les couchers commencent à 18h45 afin de limiter la charge restant pour les équipes de nuit qui commencent à 19h30. Ailleurs, une aide-soignante réalise les couchers à partir de 19h15 : elle a la charge de réaliser six couchers en trente minutes, soit cinq minutes par coucher. Dans un autre EHPAD chaque aide-soignante doit réaliser huit couchers avant son départ (les départs sont réalisés entre 19h30 et 20h30) ; une aide-soignante a confirmé que cela peut conduire à coucher à partir de 17h des résidents grands dépendants, plus difficiles à manipuler et qui exigent donc plus de temps de prise en charge. Il y a aussi un dernier cas où les équipes de nuit ne font aucun coucher, les équipes

³⁹ Qualité de vie en EHPAD volet 2 – juin 2011.

Annexe II

de jour ont donc, comme pour les toilettes le matin, la responsabilité d'une douzaine de couchers alors qu'elles terminent entre 19h30 et 20h30. Afin de s'assurer de pouvoir dédier une quinzaine de minutes par coucher, elles devraient commencer vers 16h30-17h.

A contrario, un contrôle d'ARS avait signalé un coucher de certains résidents après 22h, parfois au-delà de minuit, faute de personnels suffisants. Le rapport de l'ARS diagnostiquait en effet plus généralement « *une difficulté à répondre lors des temps forts de l'institution (repas, lever, coucher)* ». Certains choix d'heure des repas peuvent également se rattacher à l'enjeu de respect du rythme de vie des résidents (cf. 3.6.1). **Globalement, l'heure des levers et des couchers, ou leur amplitude et leur gestion, ne fait l'objet d'aucun point de vérification dans la check-list des audits internes du groupe ;**

- ◆ **la réponse aux appels** : au quotidien, la réactivité du personnel au regard du déclenchement des sonnettes d'appel des résidents est relevée comme insuffisante. Le manque de maintenance de certaines installations contribue parfois à aggraver les choses, ainsi les sonnettes ne marchaient pas dans l'un des établissements visités par la mission. La vérification des bips est d'ailleurs un point de vérification des check-lists utilisées par le groupe dans le cadre de ses audits internes. **Pour autant, une remontée très récente d'une ARS indique des temps de réponse longs, ou une absence de réponse, dans 3 établissements sur 12.** Une autre ARS constate que « *le personnel dispose d'un téléphone portable mais le test d'un appel malade n'a pas été concluant avec un temps de réponse anormalement long* », une troisième ARS évoquant le caractère « *aléatoire* » de la réponse aux tests appels malades. Plusieurs ARS ont quant à elles signalé à la mission des « *appels malades non fonctionnels* ».

3.2. Le lien entre l'hygiène et le bien être des résidents est parfois rompu

3.2.1. Le temps de la toilette n'est pas un moment de détente

Pour une personne âgée, la toilette est un moment de détente. Elle contribue au bien-être physique et moral. Elle permet notamment de conserver une maîtrise de la coordination des mouvements et une meilleure image de soi-même. Elle doit respecter sa pudeur et son intimité et la laisser réaliser seule un maximum de gestes, quel que soit son degré de dépendance, **en prenant pour cela le temps qu'il faut.**

Toutefois, dans un certain nombre d'établissements, les moyens humains disponibles sont particulièrement limités entre 7h et 9h, comme l'ont constaté plusieurs ARS mais aussi la mission (cf. Annexe V). Il est effet fréquent qu'une partie de l'effectif ne prenne son poste qu'à 9h, donc après un premier temps fort de la matinée.

Cela implique que l'aide au petit-déjeuner repose sur un nombre limité d'agents, et que dans un certain nombre de cas, la réalisation des toilettes occupe toute la matinée, jusque 11h voire 12h selon les étages, comme avait pu le signaler un rapport d'ARS, que rejoignent dans ce constat de plus récentes remontées d'ARS, **avec dans une région des toilettes jusqu'à midi ou au-delà dans deux établissements sur douze**, et dans une autre le constat que « *compte-tenu du manque de personnel, la réalisation des toilettes n'est pas toujours adaptée à la population accueillie* ». La mission a elle-même fortuitement constaté une telle situation dans l'un des établissements visités.

Les résidents ne se voient généralement proposer qu'une douche par semaine, comme cela a pu être indiqué à la mission par les équipes dans un établissement visité, et comme cela est noté par certains rapports d'ARS. Pourtant le temps de la douche n'est pas notablement supérieur à celui d'une toilette au lavabo et le bien-être pour le résident supérieur.

Annexe II

En outre, la capacité de surveillance est ainsi amoindrie à ce moment de journée, face à des risques aussi divers que les chutes (au lever) ou les fausses routes (au petit déjeuner), d'où une incapacité à garantir la sécurité des résidents et leur bien-être, conformément aux dispositions du 1° et du 3° de l'article L. 311-3 du CASF.

Un autre type de risque est lié à la participation d'auxiliaires de vie à des toilettes complètes, avec à cet égard des rappels par les ARS des dispositions de l'article L. 311-3 3° du CASF.

La check-list des audits internes du groupe ne comporte aucun point de vérification lié aux horaires des toilettes, ou encore à la fréquence des douches des résidents (mais évoque, sous la rubrique hygiène, la « tenue et présentation des soignants » ou la propreté des « mains des résidents »).

3.2.2. Il n'est pas identifié de rationnement systématique des protections mais des mésusages localisés en cas de formation insuffisante des personnels

En dépit de son caractère fondamental pour le confort et la dignité des personnes, le sujet des changes est absent de la check-list que le groupe utilise pour ses audits internes. Les récentes remontées des ARS auprès de la mission **ne relèvent pas de système organisé de rationnement des produits d'incontinence.** En revanche, elles attestent de l'existence de difficultés ponctuelles dans ce domaine sur plusieurs points (cf. Annexe IV) :

- ◆ **l'inadaptation des tailles** : dans une région, on relève pour deux établissements sur douze, des « *tailles et type des protections disponibles en stocks parfois non adaptées (que du XL / ou protections du type [...] pas toujours adaptées, surtout la nuit)* » ;
- ◆ **la mauvaise gestion des stocks** conduisant à des situations de ruptures d'approvisionnement de certaines catégories de protection pouvant aller du week-end à une période de cinq à sept jours, obligeant le personnel à l'utilisation de protections moins adaptées aux besoins spécifiques des résidents ;
- ◆ **le mésusage** : plusieurs ARS soulignent l'enjeu de formation et de sensibilisation du personnel, dont l'absence peut conduire au mésusage des protections, avec plus globalement le besoin d'« *harmoniser les pratiques professionnelles en matière de politique de réveil et de change et les communiquer tant auprès des agents de jour que des agents de nuit* ».

3.3. La surveillance cutanée des points d'appui et la prévention des escarres n'est pas un point critique mais reste tributaire des problèmes d'effectifs

Il existe un protocole de « *prévention des plaies de décubitus (escarres) et plaies chroniques* » daté de novembre 2021.

À la date du contrôle, 3,42 % des résidents ont un ou plusieurs pansements d'escarres⁴⁰. Ce chiffre n'apparaît pas excessif.

⁴⁰ Direction médicale Orpea – février 2022.

Annexe II

En effet, la survenue d'escarres dans les EHPAD découle d'une importante proportion de résidents polyopathologiques en fin de vie, population chez laquelle la prévalence est importante⁴¹. Un récent retour d'inspection indiquait même une « *absence d'escarre à ce jour dans l'établissement* ».

Une ARS indique que le psychomotricien a formé les équipes de jour et de nuit sur la manipulation des personnes avec escarre et sur l'utilisation des différents matériels, y compris les matériels de levage et de transfert (avec la présence dans les récents plannings de mini-formations de sept occurrences de formation sur des thèmes tels que la manipulation du fauteuil confort, l'utilisation du matelas à air, du verticalisateur, du lève-personne). Un point sur les escarres était réalisé en réunion hebdomadaire multidisciplinaire.

Une autre ARS note à propos d'un établissement visité que « *l'analyse du risque d'escarres conduit, le cas échéant, à la mise en place d'un matelas à air. Les personnels rencontrés ont indiqué disposer aisément de cette ressource. Le délai de mise en place est rapide après l'objectivation du besoin. Le processus de commande du matériel est connu. L'évaluation des risques d'escarres par le principe de compression est effective* ».

Ce constat mérite sans doute d'être nuancé puisque la même ARS note toutefois, à propos d'un autre établissement, que les personnels, tout en indiquant disposer de matelas en nombre suffisant, regrettent « *l'absence de stock tampon* », qui conduit en fait à un délai de quelques jours avant la mise en place d'un matelas adapté. De plus, l'action de prévention associée y posait la question d'une surcharge de travail du fait du manque de personnel aide-soignant.

Sur cette question comme sur les autres, les tensions sur le personnel peuvent donc vite avoir des conséquences. **Le suivi des escarres et la formation associée constituent néanmoins un axe spécifique du dispositif interne d'analyse des risques des établissements.**

3.4. La traçabilité des fréquentes chutes est insuffisante et la prévention reste parfois inaboutie

Sur la période du 1^{er} au 23 février 2022, 16,8 % des résidents ont fait une chute et 2 % une chute dite grave, ce qui confirme la prégnance de ce sujet en EHPAD⁴². Il existe d'ailleurs un protocole Orpea « *la conduite à tenir en cas de chute* » mis à jour en novembre 2019, et un onglet dans [...] consignait pour chaque résident la fréquence et les circonstances.

Toutefois, l'exploitation de ces « fiches chutes » dans un objectif de repérage et de prévention (notamment pour celles qui sont liées à des facteurs externes) n'est pas toujours connue, et les fiches sont parfois absentes du dossier médical, même lorsque la majorité des déclarations de chutes saisies dans les transmissions comportent un remplissage exhaustif des items prévus dans le logiciel [...].

⁴¹ « *Chez la personne âgée en fin de vie, l'escarre n'est pas une règle mais l'accumulation des facteurs de risque augmente sa prévalence comprise entre 35 à 63 % : dénutrition, dépendance, démence évoluée, accident vasculaire cérébral et pathologie cancéreuse créent les circonstances favorables à l'apparition d'escarres, de même que l'insuffisance cardiaque comme respiratoire du fait du risque d'anoxie. L'instabilité hémodynamique avec bas débit sur ces terrains fragiles va déclencher l'éclosion simultanée de multiples plaies, ou sur un terrain artéritique sous-jacent, un stade aggravé d'escarres au niveau des membres inférieurs. Les facteurs intrinsèques généraux priment le plus souvent sur les facteurs extrinsèques locaux, expliquant l'évolution péjorative de ces escarres, leur tendance à atteindre n'importe quelle zone du corps.* » Journée gériatrie Congrès SFAP Besançon – Escarre PA Fin de vie - E.MALAQUIN-PAVAN/F.CORLE rapport d'expertise Escarre et soins palliatifs pour la conférence de consensus ANAES Escarres de novembre 2001.

⁴² Direction médicale Orpea – février 2022.

Annexe II

Ainsi, un contrôle a établi que dans le cas d'un multi-chuteur, la surveillance toutes les heures prescrite par le médecin après la deuxième chute n'est pas retrouvée dans le dossier médical avant la troisième chute. Très récemment encore, selon les remontées d'une ARS à la mission, « *le repérage des risques de chute n'est pas effectué dans tous les établissements* ».

Il existe aussi un protocole Orpea sur « *la prévention, la gestion et l'analyse des chutes* ». En matière d'action préventive, une ARS a aussi noté à propos d'un EHPAD l'animation régulière d'un atelier « *prévention des chutes* » animé par le psychomotricien, en particulier à destination des résidents des USA (souvent déambulants).

Cependant, dans certains établissements les mesures correctives mises en œuvre restent essentiellement d'ordre médical, laissant largement de côté les actions portant sur l'environnement et l'amélioration de la surveillance matérielle ou humaine des résidents, même dans un cas de réclamation où le grief relatif au déficit d'encadrement était parmi les plus objectivables. Dans ce dernier cas, l'ARS constatait qu'en raison de leurs troubles cognitifs, les résidents de l'unité protégée ne pouvaient recourir aux dispositifs d'appel malade installés dans leurs chambres ni à d'éventuels systèmes d'alarme tels que des bracelets, ce qui renforçait encore le besoin de surveillance. Pourtant, elle notait que « *le staff de direction n'aborde les chutes que de façon rapide et toujours individuellement* ». Les tensions sur les personnels représentent donc un risque évident si l'on considère que la surveillance est un élément de la prévention.

3.5. L'utilisation des contentions n'est pas suffisamment réévaluée

Il existe des « *recommandations générales de sécurité des dispositifs de contention* » d'Orpea datées de mai 2016, avec un protocole mis à jour en mai 2019 « *contention physique passive des personnes âgées* ».

Dans les EHPAD du groupe, parmi les résidents s'étant vus prescrire une contention, 70,16 % ont des barres de lit (réévaluation mensuelle), et pour 15,78 % une contention supplémentaire est prescrite.⁴³ Parfois celle-ci a pu ne pas être utilisée de façon appropriée, avec par exemple un contrôle de l'ARS ayant constaté l'utilisation de ceintures de contention abdominale sans maintien pelvien, contraire à une recommandation de l'ex-Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS, devenue ANSM).

S'il arrive, assez rarement semble-t-il, que les contentions ne fassent pas l'objet de recherche de consentement⁴⁴ (avec une évocation du sujet dans deux rapports d'ARS), **il est plus fréquent qu'elles ne soient pas réévaluées mensuellement comme prévu par le protocole du groupe Orpea, allant le cas échéant à l'encontre des bonnes pratiques de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)⁴⁵.**

La présence de réflexions pluridisciplinaires bénéfiques-risques, ainsi que de mises à jour des prescriptions, fait aujourd'hui partie des points de vérification de la check-list des audits internes.

⁴³ Direction médicale Orpea – février 2022.

⁴⁴ Cela constitue alors une absence de respect des droits des résidents : l'article L 311-3 du CASF garantit en effet la liberté d'aller et venir des résidents, leur information et leur consentement au regard de leur prise en charge et traitements.

⁴⁵ ANAES, « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », octobre 2000.

Malgré cela, une récente remontée d'ARS indique que si la prescription médicale est la norme, il apparaît que le protocole de révision / 24h n'est pas en vigueur dans tous les établissements. Une autre ARS a estimé qu'il restait nécessaire de « *veiller à la surveillance des effets secondaires des contentions et à leur traçabilité sur le plan de soins informatisé* ». Une troisième ARS a déploré une formalisation insuffisante de la procédure d'établissement et de réévaluation périodique des mesures de contention et de restriction d'aller et venir des résidents. A ce dernier égard, l'une de ces ARS recommandait récemment à un établissement de « *formaliser une annexe au contrat de séjour pour les résidents ayant une restriction de leur liberté d'aller et venir* », évoquant les articles R. 311-0-5 à R. 311-0-9 du CASF.

3.6. Il n'existe pas de garantie suffisante que les besoins nutritifs des résidents soient systématiquement satisfaits

3.6.1. Le repas est un plaisir nécessaire pour la personne âgée

La nutrition des personnes âgées n'est pas qu'un sujet d'apport. Pour que les aliments parviennent avec certitude dans l'estomac des résidents plusieurs conditions doivent être remplies :

- ♦ **le plaisir de la qualité du repas, de la convivialité qui s'y attache, du rythme que cela donne à la journée et des rites qu'ils comportent** (place à table, complicité avec les personnels ...) ; en effet, selon une recommandation de 2019 de l'*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*(ESPEN)⁴⁶, « *pour les personnes âgées en institution dénutries ou en risque de l'être, la prise de nourriture devrait pouvoir s'appuyer sur un environnement convivial et agréable afin de favoriser un régime alimentaire adéquat et le maintien de la qualité de vie* » (recommandation 13 de niveau A, à large consensus – accord à 100 %) ;
- ♦ **le temps consacré au repas et la qualité de l'aide éventuellement nécessaire** notamment pour les grands dépendants, ce qui suppose un personnel patient et en nombre suffisant. Il ne peut être acceptable qu'un plateau reparte peu ou pas entamé parce que le personnel n'a pas le temps d'aider correctement aux repas.

Le groupe Orpea (y compris notamment Clinea) accueille trois types de population : des patients en clinique psychiatrique ou en rééducation fonctionnelle, des patients en clinique de convalescence, des personnes âgées en EHPAD et cela conduit à des distributions de "grammages" différents.

Ces populations ne sont pas caractérisées en termes d'âge, de pathologies, de statut nutritionnel ou de besoins nutritionnels. Il est possible (probable) qu'il y ait des individus similaires dans les trois groupes, notamment des personnes âgées, à risque de dénutrition ou dénutries, en convalescence et en rééducation, dont il faut pouvoir couvrir les besoins nutritionnels.

Une alimentation équilibrée doit apporter des nutriments énergétiques, des nutriments structurels, des fibres alimentaires et de l'eau. Beaucoup d'aliments contiennent en proportion variable ces éléments. Un repas équilibré doit les contenir tous en fonction des besoins nutritionnels, qui sont différents selon l'âge, l'activité physique, ou l'état de santé des individus.

⁴⁶ ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics ; D Volkert, A Beck, T Cederholm, A Cruz-Jentoft, S Goisser, L Hooper, E Kiesswetter, M Maggio, A Raynaud-Simon, CC. Sieber, L Sobotka, D van Asselt, R Wirth, SC Bischoff; Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47.

Annexe II

En dehors de ce qui est proposé à un individu, son apport nutritionnel va aussi dépendre de son appétit et de sa soif.

Lorsque l'appétit est normal, voire augmenté, il est logique de tenter de privilégier des aliments pauvres en énergie (par exemple cinq fruits et légumes) afin de prévenir ou de limiter les maladies de surcharge.

En revanche, lorsque l'appétit est diminué, ce qui est souvent le cas des malades et des personnes dépendantes, c'est au contraire les aliments denses qu'il faut favoriser, afin de limiter ou de prévenir le risque de dénutrition.

3.6.2. Les grammages des aliments sont sensiblement et systématiquement insuffisants

On voit donc qu'une structure qui tenterait de couvrir les besoins nutritionnels d'un individu qui a des difficultés à manger un volume important (soit en raison de difficultés masticatoires, praxiques ou de satiété précoce) devrait en réalité proposer des grammages faibles d'aliments riches en énergie et en protéine (densification alimentaire) plusieurs fois dans la journée (collations, cf. 3.6.3).

Sans explications et sans les analyses prouvant que les faibles volumes sont suffisamment riches, une telle proposition alimentaire peut être mal comprise par les usagers (résidents ou patients), leur famille et parfois même par le personnel.

Encadré 2 : le grammage ne définit pas à lui seul l'apport nutritionnel

Le grammage des aliments est une notion développée pour les recettes de cuisine et secondairement utilisée comme un guide à la création de repas équilibrés. Dans ce second usage, le grammage peut être source de confusions et de dérives. Ce qui est facile à peser lors d'une recette de cuisine, est très compliqué à mettre en œuvre lors de la création d'un repas et cela pour de nombreuses raisons, peu visuelles, mais tenant à la quantité d'eau présente dans les aliments (principalement cuits).

Autrement dit, pour un même poids d'aliment proposé, sa valeur nutritionnelle peut varier considérablement. Proposer un volume de potage n'indique pas sa richesse calorique ni protéique. Entre un bouillon clair et une soupe avec du lait ou du fromage, la valeur nutritionnelle est sensiblement différente. Il en est de même pour la cuisson des légumes (en fonction ou non de la présence de matières grasses) ou des viandes dont le mode de cuisson lente favorise la tendreté (en raison d'une moindre déperdition d'eau), ce qui logiquement diminue la richesse nutritionnelle de la viande dès lors que l'on se base sur le poids cuit et non pas cru.

Ainsi, pour un grammage identique, la qualité du produit détermine pour partie sa valeur énergétique.⁴⁷

Aussi, espérer juger de la qualité nutritionnelle d'un repas sur de simples grammages déclaratifs relève de la gageure. Seule une analyse chimique de la composition d'un repas pris au hasard dans le circuit de distribution permet une analyse réaliste de ce qui est proposé au convive. Ce type d'analyse est d'un coût raisonnable et devrait idéalement être effectué lors des contrôles externes. Seule cette analyse, qui n'est pas actuellement obligatoire, permet de prévenir les contestations.

Le Groupement d'Étude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition (GEM-RCN)⁴⁸ émet des recommandations en grammage pour le déjeuner et le dîner des personnes âgées.

⁴⁷ Exemple : teneur en eau de la viande.

⁴⁸ Le GEMRCN "Groupement d'Étude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition" est, depuis sa première version en 1999, un guide pratique concernant la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration collective sociale. Son objectif principal est d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis en collectivité compte tenu en particulier des objectifs du PNNS 3 (Programme National Nutrition Santé) et du PNA (Plan National pour l'Alimentation).

Annexe II

Pour les personnes âgées en résidence ou clinique (prévalence estimée de la dénutrition 25 à 50 %), les menus proposent un grammage différent pour le déjeuner et le dîner.

Un tableau de grammage a été remis à la mission lors d'une visite d'établissement ; il a pour objet de permettre aux chefs de cuisine des EHPAD d'Orpea de traduire le plan alimentaire en quantité d'aliments à commander en fonction du nombre de résidents mais aussi de salariés qui vont déjeuner sur l'établissement. La mission estime que ce document a une valeur informative puisqu'il permet d'indiquer la quantité d'aliments à commander en fonction du nombre de convives. Or, d'une part les quantités commandées ne peuvent être qu'un majorant des quantités utilisées en cuisine. D'autre part, les éventuels salariés concernés n'étant pas des personnes âgées, ils ont en moyenne des besoins alimentaires supérieurs aux résidents, qui devraient donc tirer à la hausse les grammages moyens commandés.

Pour le déjeuner et surtout pour le dîner, les grammages Orpea s'avèrent systématiquement et sensiblement inférieurs au grammage GEM-RCN pour les aliments protéiques (viande, œuf, poisson) et les féculents (cf. tableau 4). Les grammages de laitages sont, eux, en cohérence avec le grammage GEM-RCN.

L'insuffisance de grammage ou son absence de contrôle sont d'ailleurs relevés dans les évaluations externes, qui indiquent que dans certains établissements, les cuisiniers ne sont pas assez sensibilisés sur l'importance de la nutrition pour les résidents.

Tableau 4 : Insuffisance des grammages par rapport aux recommandations pour les personnes âgées du Groupement d'Étude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition (GEM-RCN)

	PRODUITS prêts à consommer, en grammes (plus ou moins 10 %) sauf exceptions signalées	Midi		Soir	
		GEM-RCN	Orpea	GEM-RCN	Orpea
CRUDITÉS sans assaisonnement	Concombre	90	70	-	-
	Melon, Pastèque	150	120	-	-
	Champignons crus	80	60	-	-
	Fond d'artichaut	80	70	-	-
	Céleri	80	60	-	-
	Choux-fleurs	80	70	-	-
ENTRÉES DE FÉCULENTS	(Salades composées à base de pommes de terre, blé, riz, semoule ou pâtes)	100	80 à 90	-	-
ENTRÉES PROTIDIQUES DIVERSES	Jambon cru de pays	50	40	-	-
	Pâté, terrine, mousse	50	45	-	-
	Pâté en croûte	65	45	-	-
	Rillettes	50	45	-	-
	Salami - Saucisson - Mortadelle	50	40	-	-
ENTRÉES de PRÉPARATIONS PATISSIÈRES SALEES	Friand, feuilleté	80 à 120	60	-	-
VIANDES SANS SAUCE					
BŒUF	Bœuf braisé, bœuf sauté, bouilli de bœuf	100	90	70	40
	Rôti de bœuf, steak	-	-	60	40
	Steak haché de bœuf, viande hachée de bœuf	100	90	70	40
	Boulettes de bœuf, ou d'autre viande, de 30 g pièce crues (à l'unité)	4	3	3	2

Son rôle est d'accompagner les acteurs de la restauration collective dans les choix nutritionnels qu'ils font, selon le type de convives et d'établissements, en passant par :

- un contrôle des fréquences de service de plats sur 20 repas consécutifs ;
- un contrôle des grammages des portions servies selon l'âge et l'institution des convives ;
- des recommandations spécifiques relatives aux services de sel, pain, eau, sauces.

Annexe II

VEAU	Sauté de veau ou blanquette (sans os)	100	90	70	40
	Steak haché de veau, viande hachée de veau	100	80	-	-
	Hamburger de veau, Rissollette de veau, Préparation de viande de veau hachée	100	80	-	-
AGNEAU-MOUTON	Gigot	-	-	60	40
	Sauté (sans os)	100	90	70	40
	Boulettes d'agneau-mouton de 30 g pièce crues (à l'unité)	4	3	3	2
	Merguez de 50 g pièce crues (à l'unité)	-	-	2	1
PORC	Rôti de porc, grillade (sans os)	-	-	60	40
	Sauté (sans os)	100	90	70	40
	Jambon DD, palette de porc	-	-	70	40
	Saucisse de porc de 50 g pièce crue (à l'unité)	-	-	2	1
VOLAILLE-LAPIN	Rôti, escalope et aiguillettes de volaille, blanc de poulet	-	-	60	55
	Sauté et émincé de volaille	100	90	70	40
	Jambon de volaille	-	-	60	40
	Cordon bleu ou pané façon cordon bleu	100	90	-	-
	Cuisse, haut de cuisse, pilon de volaille (avec os)	140	120	-	-
	Escalope panée de volaille ou autre viande	100	90	-	-
	Cuisse ou demi-cuisse de lapin (avec os)	140	120	-	-
Paupiette de lapin	100	80	-	-	
ABATS	Foie, langue, rognons, boudin	100	80 à 95	-	-
ŒUFS (plat principal)	Œufs durs (à l'unité)	-	-	1,5	1
POISSONS (Sans sauce)					
	Poissons non enrobés sans arêtes (filets, rôtis, steaks, brochettes, cubes)	100	80	70	40
	Beignets, poissons panés ou enrobés (croquettes, paupiettes, ...)	-	-	70	50
PLATS COMPOSÉS					
	Poids de la portion de plat, comprenant denrée protidique, garniture et sauce (hachis parmentier, brandade, raviolis, cannellonis, lasagnes, choucroute, paëlla, légumes farcis, autres plats composés ...)	-	-	175	150
	Préparations pâtisseries (crêpes, pizzas, croque-monsieur, friands, quiches, autres préparations pâtisseries) servies en plat principal	-	-	150	130 à 140
	Quenelle	120	110	80	70
LÉGUMES CUITS		150	140	150	90
FÉCULENTS CUITS	Riz - Pâtes - Pommes de terre	200	150	150	100
	Purée de pomme de terre, fraîche ou reconstituée	230	150	180	100
	Frites	200	150	-	-
	Légumes secs	200	150	150	100
	Pâtisserie sèche emballée (tous types de biscuits et gâteaux se conservant à température ambiante)	30 à 50	25	30 à 50	25
	Biscuits d'accompagnement	20	15	20	15

Source : Selon les colonnes, GEM-RCN, ou document fourni à la mission par Orpea.

3.6.3. En l'absence d'autres éléments probants que les grammages, il existe un sérieux doute quant à l'atteinte de l'apport calorique nécessaire

Les menus sont conçus au siège d'Orpea, avec l'appui d'une diététicienne. Des menus de substitution sont systématiquement proposés. Certains rapports d'ARS évoquent également l'existence de menus canicule à base d'assiettes froides, prévus en cas de fortes chaleurs.

Il existe une commission des menus dans les établissements qui se réunit une fois par trimestre ou trois fois par an. De nombreux rapports attestent de son existence effective. Elle est composée de représentants de la direction et du personnel (dont le responsable restauration du groupe Orpea et le chef de cuisine de l'EHPAD), des représentants des familles et des résidents.

Annexe II

De plus, s'il existe deux grammages de menus (cf. 3.6.2), il existe trois gammes d'établissements⁴⁹. Cependant, la méthode de construction des offres alimentaires d'Orpea est établie par le service restauration en lien avec la direction médicale. Elle se fonde en effet sur le Programme national nutrition santé (PNNS) et des recommandations du GEMRCN. Elle aboutit à l'élaboration d'un plan alimentaire (sur cinq semaines) commun à tous les sites en France. À la suite de la préparation du plan alimentaire, une commission, composée de chefs d'établissements, de membres du service restauration et de diététiciens, construit les cycles de menus saisonniers sur cinq semaines ainsi que les déclinaisons de régimes. Les cycles de menus sont élaborés selon **trois niveaux de gamme (G1, G2, G3) néanmoins toujours basés sur le plan alimentaire commun**.⁵⁰

Les niveaux de gamme ne sont donc pas différents sur le plan du grammage, de l'apport protéique ou énergétique. Les différences reposent sur la qualité des produits, sur leur préparation et sur leur présentation: par exemple, dans le premier cas des proportions différentes d'Arabica et de Robusta dans le café, ou dans le dernier cas la possibilité de demander au déjeuner un petit pain individuel plutôt que des portions de baguettes ou de pain de mie.

Or, sur le plan énergétique, le GEM-RCN a indiqué **que les apports énergétiques proposés ne doivent pas être inférieurs à 1 800 – 2 000 kcal/j et au moins à 30 kcal/kg/j, et à au moins 1 g de protéines/kg/j, ce qui est cohérent avec les recommandations françaises HAS 2007 et les recommandations plus récentes de l'ESPEN**, en particulier les deux premières⁵¹ :

- ◆ la recommandation 1, relative à l'apport énergétique chez la personne âgée, indique que « *la valeur de référence pour l'apport énergétique journalier des personnes âgées est 30 kcal par kg ; cette valeur est à ajuster selon les individus en fonction de leur statut nutritionnel, de leur niveau d'activité physique, de leur état de santé et de leur tolérance* » (recommandation de niveau B à large consensus – accord à 97%) ;
- ◆ la recommandation 2, relative à l'apport protéique chez la personne âgée, indique que « *pour les personnes âgées, l'apport en protéines minimal journalier recommandé s'établit à 1g par kg. Cette valeur est à ajuster selon les individus en fonction de leur statut nutritionnel, de leur niveau d'activité physique, de leur état de santé et de leur tolérance* » (recommandation de niveau B à large consensus - accord à 100%).

Pour évaluer précisément si les menus sont en accord avec les recommandations, il serait nécessaire de disposer d'une vision non seulement protéique, mais aussi calorique, des apports sur l'ensemble de la journée. L'insuffisance des grammages porte, notamment le soir, comme on l'a vu plus haut, sur des aliments à forte teneur en protéines (viandes, œufs, poissons).

Le GEM-RCN propose un dîner à quatre composantes à la place de cinq composantes le soir, l'objectif est de fournir l'énergie et les protéines nécessaires en proposant des plats plus denses. Il est aussi possible de répartir les aliments nécessaires sur trois repas + collation(s).

⁴⁹ Selon un document reçu du siège couvrant 223 EHPAD, les établissements sont répartis en trois gammes selon la répartition suivante : 185 résidences en G1, 26 résidences en G2, 12 résidences en G3.

⁵⁰ Méthode de construction des offres alimentaires d'Orpea.

⁵¹ ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics ; D Volkert, A Beck, T Cederholm, A Cruz-Jentoft, S Goisser, L Hooper, E Kiesswetter, M Maggio, A Raynaud-Simon, CC. Sieber, L Sobotka, D van Asselt, R Wirth, SC Bischoff; Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47.

Annexe II

Orpea a communiqué à la mission, à l'issue de la phase contradictoire, les apports caloriques qui seraient associés aux repas, qu'il n'est pas possible de contre-expertiser faute de connaissance de la composition et du mode d'élaboration des plats présents dans les menus.

Concernant la qualité des aliments, les reproches des résidents consultés par la mission concernaient essentiellement la qualité de la viande. Dans certains établissements est relevé par les contrôles des ARS un fort mécontentement des résidents quant à la qualité de la restauration.

3.6.4. Pour les résidents les plus dépendants, le temps des repas dépend de la disponibilité des personnels, avec des durées de jeûne nocturne excessives

Il y a tout d'abord la question du nombre de prises alimentaires au cours de la journée, et de leur espacement.

Un sujet de préoccupation concerne, dans plusieurs EHPAD, la période de jeûne excessive entre un dîner servi généralement assez tôt, et le petit déjeuner. Cette période dépasse bien souvent les douze heures que les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM présentent comme un plafond. Le sujet a d'ailleurs été signalé à la mission par un membre de conseil de la vie sociale (CVS). Cela a amené dans certains cas Orpea à prévoir une collation nocturne à 21h ou à 22h. Mais cette pratique, pourtant obligatoire en vertu de l'annexe 2.3.1 visée à l'article D. 312-159-2 du CASF, ne semble toutefois toujours pas généralisée ; dans certains EHPAD où elle est présente, elle reste associée à une notion de collation « à la demande » qui ne semble pas forcément très incitative pour des résidents dont certains sont dans un état dépressif ou souffrent de pertes de repères ou de déficiences cognitives, même s'il est vrai que le terme de « mise à disposition » utilisé par l'article précité du CASF laisse lui-même planer une ambiguïté dommageable.

L'existence d'une collation ne fait à ce jour pas partie de la check-list d'Orpea, dans le cadre de ses audits internes d'établissements. Or, une remontée récente d'une ARS auprès de la mission fait état d'une « gestion rigoureuse » des goûters et collations de nuit (« quantité rationnée »), tandis qu'une deuxième ARS indique que « les inspecteurs ont relevé un jeûne nocturne supérieur à 12h dans tous les établissements inspectés », une troisième ARS relevant « une problématique d'amplitude de repas à +12H ». Dans une quatrième région aussi le constat est fait dans un établissement qu'« entre le dîner (18h15 à 19h-19h30) et le petit déjeuner qui peut débuter à 7h30 pour certains résidents voire plus tardivement pour d'autres, le délai (période de jeûne) est supérieur à 12h ». Or si une collation y est systématiquement proposée dans l'après-midi, ce n'est pas le cas après le dîner. Le diagnostic CPOM complété par l'établissement fait part de l'intention de décaler l'heure du repas du soir à 18h30-18h45 à partir de 2022, à l'occasion de la mise en place d'une nouvelle organisation.

Inversement, il arrive que la faiblesse des effectifs ou les contraintes d'organisation conduisent à des intervalles inférieurs à deux heures entre les prises alimentaires, par exemple avec un goûter servi à compter de 16h alors que les résidents sortent de table à 14h30, ou encore un intervalle inférieur à 2h30 entre le goûter et le dîner. Or, la recommandation REM-GCN est de préserver au minimum 3h entre chaque repas.

Annexe II

S'agissant de l'hygiène, un audit de l'hygiène en cuisine est réalisé chaque mois.

Mais le principal sujet reste que les repas doivent être pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et au besoin des personnes prises en charge (cf. tableau 5).⁵²

Les chiffres communiqués par Orpea montrent que 13,15 % des résidents ont des troubles de mastication et 10,9 % des troubles de la déglutition ce qui souligne le temps qui doit être accordé à la prise des repas et la surveillance nécessaire.

Pour les résidents autonomes, les tables sont certes généralement assorties de signalétiques (code couleur...) indiquant le régime alimentaire des résidents. L'actualisation des plans de table conditionne donc la qualité de prise en charge et doit à ce titre suivre le rythme des admissions ; il s'agit d'ailleurs d'un point de vérification de la check-list utilisée par le groupe pour ses audits internes.

Pour les autres résidents, la présence d'une information écrite sur les chariots peut s'avérer lacunaire.

Le personnel de cuisine dispose quant à lui d'informations sur les régimes alimentaires qui peuvent prendre la forme d'un tableau mural, dont la réactualisation à un rythme adapté est donc là encore un enjeu.

Tableau 5 : Aide au repas d'une personne âgée

	Temps nécessaire	Nombre de personnes / résident
S'alimente seule	45 mn	1 pour groupe
A peu d'appétit et besoin de stimulation	60 mn	1 pour 4
A besoin d'aide pour manger	90 mn	1

Source : Mission avec prise en compte des recommandations « Les bonnes pratiques en EHPAD » - DGS /DGAS/ Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), octobre 2007.

Les troubles de la déglutition font l'objet d'un protocole en date du 1^{er} novembre 2016, non toujours mis en œuvre, par exemple du point de vue de la nécessaire collaboration entre IDE et médecin dans la validation du changement de texture des aliments. Ainsi, ces troubles peuvent être à l'origine d'évènements indésirables graves (EIG) tel qu'un décès par fausse route. Cela soulève la question de la qualité de la circulation de l'information entre les équipes soignantes⁵³ et avec les équipes de restauration, ainsi que celle des moyens humains mobilisables : une ARS relevait ainsi que dans l'établissement concerné par l'EIG précité, le ratio des personnels autorisés (par leur formation) à prendre en charge les résidents était inférieur au taux moyen national et que certains agents qualifiés pour le nursing réalisaient des tâches ménagères. Par ailleurs, la liste du personnel ne comportait pas les noms de tous les agents prenant en charge les résidents. Plus spécifiquement, les auxiliaires de vie ne pouvaient correctement s'acquitter de leur mission d'aide aux repas car elles devaient aussi faire la vaisselle et intervenir en cas de besoin dans les chambres des résidents. Par ailleurs, malgré la présence de 46 résidents ayant un régime haché ou mixé, le rapport annuel d'activité médicale n'évoquait pas l'enjeu de prévention du risque de fausse route. L'EHPAD n'avait, de plus, pas analysé après coup les causes organisationnelles ayant conduit au décès constaté (cartographie des risques, RETEX...).

⁵² Décret n° 2012- 144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux.

⁵³ Une ARS évoque, dans une remontée toute récente concernant un établissement, un sujet d'articulation entre l'infirmière et l'aide-soignant en fonction des régimes et des traitements, risquant de générer des problèmes de santé pour les résidents.

Annexe II

À la lumière d'un document interne transmis par le siège, à savoir une présentation d'octobre 2020 à l'encadrement des établissements (directeurs, médecins coordonnateurs et IDEC), le sujet de la prise en charge des troubles de la déglutition et des fausses routes figure certes aujourd'hui en bonne place dans l'agenda (mentions des slides 37 et 44).

Comme on l'a vu *supra*, les troubles de la déglutition soulèvent aussi des enjeux particuliers s'agissant de la prescription et de l'administration des médicaments.

3.6.5. Alors que plus de la moitié des résidents ont une dénutrition modérée ou sévère, le protocole dénutrition est discutable

La définition de la dénutrition chez les personnes âgées est la même que chez les adultes plus jeunes. Néanmoins, certaines spécificités comme l'hétérogénéité importante de la population âgée et les étiologies souvent multiples de la dénutrition peuvent rendre la caractérisation de l'état nutritionnel plus complexe⁵⁴. De plus, des modifications physiologiques rencontrées au cours du vieillissement (modification de la composition corporelle, dysrégulation de l'appétit, séquestration splanchnique, résistance à l'anabolisme, insulino-résistance...) fragilisent l'état nutritionnel des personnes âgées, notamment en cas de pathologies chroniques ou événement aigu. Enfin, la dénutrition s'inscrit volontiers dans une spirale délétère chez les sujets âgés : la détérioration de l'état nutritionnel aggravant le pronostic des comorbidités qui sont elles-mêmes des facteurs étiologiques de dénutrition⁵⁵

Il existe un protocole Orpea sur « *la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé* » daté de novembre 2019.

Il existe également un protocole de suivi du poids des résidents, mis à jour en novembre 2019. Celui-ci prévoit notamment l'instauration d'une fiche de suivi en cas de perte de poids de plus de 5 % ou de refus alimentaire. La surveillance mensuelle du poids (et le calcul automatique de l'indice de masse corporelle (IMC)) et l'albuminémie sont tracés dans le logiciel [...] tout comme les constantes de la biologie. De nombreux rapports de contrôle attestent de l'effectivité de la pratique de pesée mensuelle, de même que les visites effectuées par la mission. La surveillance du poids est hebdomadaire pour les résidents les plus dénutris ou suivant un régime hyperprotéiné. Un rapport de contrôle indique que l'albuminémie est dosée *a minima* tous les six mois (tous les trois mois pour les résidents dénutris). Une ARS s'est toutefois récemment inquiétée de l'absence d'une surveillance mensuelle de la prise d'aliments.

Le protocole Orpea de « *prise en charge de la dénutrition du sujet âgé* » propose bien, non seulement de peser tous les résidents tous les mois, mais aussi :

- ◆ de calculer les ingesta sur trois jours en cas de situation à risque de dénutrition et de rechercher les causes de dénutrition ;
- ◆ si les ingesta restent insuffisants de prescrire un régime hyperprotéidique et surveiller le poids ;
- ◆ et en étape suivante d'introduire des compléments nutritionnels oraux.

Cela est globalement conforme aux recommandations et usages. (cf. tableau 6)

⁵⁴ Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – HAS 2007.

⁵⁵ Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – HAS 2021.

Tableau 6 : Recommandations sur le diagnostic de la dénutrition et de sa sévérité

Critères étiologiques	Critères phénotypiques et sévérité	
<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la prise alimentaire égale ou supérieure à 50 % pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques. • Situation d'agression (pathologie aigüe ou chronique, ou maligne évolutive) 	Perte de poids égale ou supérieure à <ul style="list-style-type: none"> • 5 % en un mois • 10 % en 6 mois • 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie IMC inférieur à 22 kg/m ²	Perte de poids égale ou supérieure à <ul style="list-style-type: none"> • 10 % en un mois • 15 % en 6 mois • 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie IMC inférieur à 20 kg/m ² Albuminémie inférieure à 30g/l

Source : D'après « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – HAS 2021 ».

Cependant plusieurs points peuvent être discutés dans ce protocole :

- ◆ **il n'y est question que de régime hyper protidique, et non de régime hyper protidique et hyper énergétique qui est ce qui est recommandé et nécessaire pour reprendre du poids.** Ce que ce régime hyper protidique recouvre n'est pas décrit. S'il s'agit d'ajouter de la poudre de protéine [...] (87 g de protéines du lactosérum/100 g de produit) dans les plats, c'est en effet un moyen efficace d'augmenter la teneur en protéines des plats. Mais il manque alors un enrichissement en calories (lipides, glucides). Par ailleurs, il n'a pas été prouvé cliniquement que les protéines du lactosérum aient une efficacité supérieure aux autres protéines, dont la caséine, pour améliorer le statut nutritionnel. Et il a déjà été noté (de manière informelle) que le goût et la texture de cette poudre [...] pouvaient ne pas être appréciés. Une ARS a d'ailleurs récemment indiqué à la mission que « ces produits, très largement utilisés au lieu de repas naturellement enrichis en cuisine avec des aliments de qualité semblent peu appréciés des résidents. La proportion de résidents dénutris est très élevée, et la réponse qui privilégie l'utilisation de substituts alimentaires à la réalisation en cuisine de préparations culinaires enrichies à l'aide de produits alimentaires de qualité ne paraît ni adaptée ni efficace » ;
- ◆ **les critères d'arrêt de la prise en charge nutritionnelle reposent sur des marqueurs biologiques (préalbumine, albumine) et les ingesta alors qu'ils devraient reposer principalement sur l'atteinte du poids cible ;**
- ◆ **il n'est pas noté que l'on peut envisager la nutrition artificielle (entérale surtout) en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale,** en fonction de la situation clinique, du pronostic et en respectant les considérations éthiques.

Les chiffres fournis par Orpea sur le mois de février 2022 montrent que **plus de la moitié des résidents en EHPAD ont une dénutrition modérée ou sévère** (52,58 %) (cf. tableau 7) ; un tiers des rapports d'évaluation externe consultés par la mission (15 sur 45) pointent des enjeux liés à la nutrition, qu'il s'agisse d'insuffisance du suivi des grammages ou de la dénutrition, ou d'un manque de sensibilisation du personnel.

Tableau 7 : Dépistage et traitement de la dénutrition

Suivi	% de résidents avec un relevé de poids < 1 mois	89,7
	% de résidents avec un relevé d'albuminémie < 1 an	90,8
Dénutrition	% de résidents dénutris modérés	36,7
	% de résidents dénutris sévères	15,9
	% de résidents dénutris avec une albuminémie < 3 mois	58,8
	% de résidents dénutris avec une texture hachée	30,9
	% de résidents dénutris avec une texture mixée	31,1
Régime HP	% de résidents sous régime HP	57,2
	% de résidents dénutris sous régime HP	80,2
	% de résidents non dénutris sous régime HP	31,7

Source : Orpea, février 2022.

Le suivi de l'hydratation et de la fonction rénale est, quant à lui, consigné dans les dossiers des résidents ; il existe un protocole « déshydratation » de mai 2017. Des carafes d'eau sont placées et changées tous les jours dans les chambres des résidents. Mais un rapport d'ARS indique que l'hydratation des résidents n'est tracée qu'en période caniculaire et en cas d'indication spécifique des médecins. Le sujet de l'hydratation des résidents est absent de la check-list des audits internes réalisés par le groupe.

3.7. L'accès au psychologue et au psychomotricien est très inégal⁵⁶

Le nombre d'ETP moyen de psychologue dans les établissements est de 0,45 pour un nombre d'heures moyen de 93 heures mensuelles.

Les psychologues ont indiqué à la mission assurer des bilans d'évaluation cognitive et thymiques, ce que l'on retrouve aussi dans certains rapports d'ARS. Leur activité de soutien individuel des résidents peut être fragilisée par l'absence d'animateur, avec alors un possible déport vers des activités de groupe.

En 2019, presque la moitié des résidents ont eu au moins une prescription d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques (49,4 % dans chaque cas), et 22,5 % une prescription d'hypnotiques⁵⁷. **La comparaison avec les résidents d'autres EHPAD privés lucratifs ou non-lucratifs situe le taux de consommateurs d'hypnotiques à un niveau plus élevé (22,5 % au lieu de 20,6 %), tandis qu'il se situe à un niveau équivalent pour les antidépresseurs (respectivement 49,4 % et 49,2 %) et les anxiolytiques (respectivement 49,4 % et 49,0 %).**

Dans un établissement contrôlé, les séances individuelles de psychomotricien prévues n'étaient pas réalisées. Toutefois, dans plusieurs établissements, la psychomotricienne indique procéder à des toilettes thérapeutiques.

Des groupes de parole n'existent que dans certains EHPAD, à l'initiative de la psychologue, avec une périodicité bimensuelle autour de thèmes liés à la vie des résidents et des familles.

⁵⁶ Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. – ANSEM 2016.

⁵⁷ Assurance maladie – Chiffres 2019 relatifs au champ des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur.

3.8. La nature et la fréquence des animations interrogent sur la priorité qui leur est accordée

Il existe un enjeu global d'équilibrage des animations entre la dimension thérapeutique, sociale et ludique. Le programme des activités d'animations n'est, dans certains cas, pas assez travaillé avec le psychologue et/ou la psychomotricienne. Une ARS a été conduite à remarquer que « *le profil des personnes âgées en EHPAD ayant évolué, la frontière entre activités ludiques et activités thérapeutiques tend à s'estomper et requiert aujourd'hui une plus grande collaboration entre les professionnels du soin et les professionnels sociaux* ». Parfois aussi, les choix d'animation négligent trop les activités physiques quotidiennes destinées à maintenir la mobilité physique et l'autonomie fonctionnelle au regard des bonnes pratiques de l'ANESM⁵⁸. Les salles de balnéothérapie ne sont d'ailleurs pas toujours utilisées. Il en va de même des salles Snoezelen, ce qui implique alors que les personnes confinées au lit restent à l'écart des animations de groupe (dans un contexte où il s'agit souvent des seules animations).

Malgré ces multiples enjeux de stimulation appropriée des résidents dans leur diversité, l'existence et la nature des activités d'animation ne fait l'objet d'aucun point de vérification dans la check-list utilisée par le groupe pour ses audits internes. Dans l'un des établissements qu'elle a visités, la mission a constaté qu'au jour de son arrivée, l'animatrice aidait les AVS et AS. **Une récente remontée d'une ARS fait ainsi état de l'absence ou quasi-absence d'animations dans trois établissements sur douze.** Les évaluations externes pointent elles aussi fréquemment la rareté des animations, ou leur caractère insatisfaisant (avec notamment une insuffisante concertation avec les résidents ou un besoin de professionnalisation).

⁵⁸ ANESM, L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médicosocial, février 2009.

ANNEXE III

L'utilisation des financements publics pour la prise en charge des soins et de la dépendance par le groupe Orpea

SYNTHÈSE

L'objectif de ce chapitre est de répondre au point 6 de la lettre de mission confiée à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances qui demande à la mission d'examiner les « *pratiques financières du groupe en matière de gestion des dotations « soins » et « dépendance » EHPAD par EHPAD, par département et globalement, la sincérité des informations délivrées aux autorités de tutelle* »

En particulier, ce chapitre étudie, pour les années 2017 à 2020 :

- ◆ le cadre juridique, l'évolution des financements publics reçus par le groupe et leur utilisation entre la masse salariale, les achats et les excédents ;
- ◆ les procédures budgétaires mises en œuvre par le groupe Orpea et leurs effets sur la maîtrise des dépenses par les directeurs d'établissements ;
- ◆ la construction par le siège des états réalisés des recettes et des dépenses» (ERRD) transmis aux autorités de tarification pour chacun des établissements du groupe ;
- ◆ l'analyse des excédents réalisés sur les forfaits publics et de leur affectation par le groupe ;
- ◆ l'emploi par le groupe Orpea des crédits non reconductibles octroyés par les agences régionales de santé (ARS) pour des dépenses d'investissement concourant au soin des résidents ;
- ◆ la nature du contrôle effectué sur l'ensemble de ces points par les acteurs publics impliqués.

Les travaux de la mission ont été ralentis par la difficulté de fiabiliser les données transmises par le groupe. À titre d'exemple, la balance comptable générale, comprenant tous les établissements pour les années 2017 à 2019, n'a été transmise que le 7 mars 2022 après plusieurs itérations entre la mission et le groupe. En outre, le fonctionnement en silos des directions du siège mobilisées dans la gestion des financements publics et la gestion budgétaire (direction des relations établissements et services médicosociaux, service du contrôle de gestion, comptabilité) a rendu nécessaire un travail important de consolidation des données transmises par chacun d'eux. Enfin des écritures comptables sont passées sur la base de tableaux transmis par les différentes directions sans que le service de la comptabilité ne dispose de toutes les pièces justificatives, ce qui fragilise l'utilisation des données comptables dans le cadre du contrôle.

À l'issue de ses travaux, la mission dresse les constats suivants :

- ◆ les forfaits globaux soins et dépendance¹ du groupe Orpea en soins et en dépendance ont augmenté respectivement de 12,4 % et de 3,0 % entre 2017 et 2020 en raison notamment de la convergence tarifaire. Dans le même temps la masse salariale brute financée sur ces enveloppes a augmenté de respectivement 8,0 % et 5,6 % ;
- ◆ la procédure budgétaire suivie par le groupe pour chacun des EHPAD implique notamment :
 - la « mise en réserve » d'une partie du forfait « soins » qui ne figure pas dans le budget cibles des établissements afin de permettre, en fin d'année, l'imputation de plusieurs charges. Cette mise en réserve correspond à 80 000 € en moyenne par établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le principe de cette mise en réserve au moment de l'élaboration des budgets des établissements n'est pas contesté par le rapport mais son montant, qui va au-delà des sommes pouvant être imputées *a posteriori* au soin ;

¹ Avant 2017, il s'agissait de dotations.

Annexe III

- un suivi budgétaire resserré des établissements au travers des directions régionales, avec la mise à jour mensuelle des plans d'action visant à assurer le respect des objectifs budgétaires fixés par le groupe ;
- des opérations de retraitements à la clôture par la direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS) conduisant à augmenter les dépenses imputées aux établissements et déclarées aux autorités tarifcatrices afin de justifier de l'usage des fonds publics. Ces opérations comprennent notamment :
 - le paiement par le forfait soins des établissements des auxiliaires de vie faisant fonction d'aide-soignant, sans justification de leur(s) diplôme(s), du suivi d'une formation ni des activités réalisées ;
 - ponctuellement, la bascule d'une partie de la masse salariale des auxiliaires de vie quand leur nombre dépasse celui qui était prévu dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses², bascule effectuée par le siège sans justification des diplômes, du suivi d'une formation ni des activités réalisées ;
 - les primes d'intéressement des agents et les primes qui ne sont pas automatiquement intégrées à la paye (prime exceptionnelle pour l'activité, prime Covid) ;
 - une partie des impôts et taxes du groupe (taxe sur les salaires du siège, contribution économique territoriale, contribution sociale de solidarité sur les sociétés, participation des employeurs à l'effort de construction, contribution AGEFIPH³, assurance responsabilité civile) ;
- ◆ les excédents dégagés sur les forfaits publics, qui doivent être affectés à des dépenses de soin et de dépendance, représentent en cumulé plus de 35 M€ dont 20 M€ depuis 2017. Ces excédents ne font l'objet d'aucun suivi comptable précis⁴, et seuls 3 % ont été utilisés par Orpea ;
- ◆ les crédits non reconductibles font l'objet d'un suivi plus précis, sans pour autant être dépensés davantage, le stock de crédits non reconductibles accumulé par le groupe représentant 6 M€ ;
- ◆ les ARS ont signalé à Orpea certaines irrégularités depuis 2017 (bascules d'auxiliaires de vie censées faire fonction d'aide-soignant, imputations irrégulières de certaines charges comme l'assurance responsabilité civile) sans que le groupe n'y donne suite autrement qu'en ne reconduisant pas les pratiques indiquées dans les comptes des EHPAD concernés, alors même que ces pratiques sont généralisées à l'échelle du groupe.

La conclusion de la mission est que la procédure budgétaire retenue par le groupe Orpea conduit (1) à dégager des excédents sur les forfaits et (2) à permettre une minoration des excédents déclarés par l'imputation de dépenses qui ne devraient pas l'être. L'atteinte des budgets cibles fixés aux établissements implique un pilotage fin de la masse salariale et des charges variables de la part des directeurs régionaux du groupe susceptible d'avoir un impact sur la qualité des soins apportés aux résidents des établissements.

Au total, la mission considère qu'entre 2017 et 2020, 50,2 M€ ont été indûment payés par Orpea sur ses forfaits soins :

- ◆ une part de la contribution économique territoriale du groupe, estimée à 18,0 M€ par la mission ;

² La masse salariale de ces postes d'auxiliaires de vie aurait dû être prise en charge sur la section hébergement à 100 % dès lors que le forfait dépendance est déjà intégralement dépensé.

³ Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées.

⁴ Seule une première provision ayant été passée le 22 février 2022, après le début de la mission d'inspection.

Annexe III

- ◆ 70 % de la rémunération d'auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie sans justification de leurs diplômes, du suivi d'une formation ni des activités réalisées à hauteur de 27,8 M€ ;
- ◆ la rémunération d'une partie des auxiliaires de vie quand leur nombre dépasse ce qui était prévu dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses à hauteur de 2,35 M€ ;
- ◆ la prise en charge de la contribution sociale de solidarité des sociétés, à hauteur d'1,6 M€ ;
- ◆ la prise en charge d'assurance, notamment la responsabilité civile à hauteur de 0,5 M €.

Ces montants représentent par exemple 1,5 équivalent temps plein (ETP) d'aides-soignants ou assimilés toutes charges comprises⁵ par an et par établissement du groupe Orpea⁶.

En outre, la mission a constaté que les excédents réalisés sur les forfaits par le groupe Orpea (20 M€ depuis 2017) n'étaient pas suivis spécifiquement et sont donc susceptibles d'apparaître au résultat du groupe, ce qui va à l'encontre du principe d'affectation de ces excédents posé par le code de l'action sociale et des familles (article R. 314-244).

Les montants des excédents non-utilisés depuis 2017 représentent 0,56 ETP d'aides-soignants supplémentaire par an et par EHPAD.

Au total, une utilisation conforme des forfaits octroyés et des excédents réalisés aurait conduit les résidents du groupe Orpea à bénéficier du travail de deux aides-soignants ou assimilés supplémentaires par établissement et par an.

⁵ Le coût moyen d'un aide-soignant/aide médico-psychologique/accompagnant éducatif et social est estimé à 37 000 € annuel par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

⁶ 228 établissements en moyenne sur les années 2017 à 2020.

SOMMAIRE

1. LES RÉMUNÉRATIONS BRUTES DES PERSONNELS FINANCÉS PAR LE FORFAIT SOINS DES EPHAD DU GROUPE ORPEA ONT AUGMENTÉ DE 8 % ENTRE 2017 ET 2020 ALORS QUE LES FORFAITS SOINS ONT PROGRESSÉ DE 12,4 % ET QUE LE GROUPE A DÉCLARÉ 20 M€ D'EXCÉDENTS NETS SUR LES FINANCEMENTS PUBLICS	1
1.1. Les EHPAD privés à but lucratif reçoivent pour leurs prestations de soin et de dépendance des forfaits respectivement octroyés par les agences régionales de santé et les conseils départementaux	1
1.2. Les forfaits globaux soins des EHPAD Orpea ont augmenté de 29,8 M€ entre 2017 et 2020, notamment en raison de la « <i>convergence tarifaire</i> »	3
1.3. La hausse des forfaits ne s'est pas accompagnée d'une hausse proportionnelle de la masse salariale, les excédents et les achats ayant en revanche significativement augmenté	6
1.3.1. <i>Les rémunérations brutes des personnels financés par le forfait soins ont augmenté de 8 % entre 2017 et 2020 alors que les forfaits soins ont progressé de 12 % sur la même période.....</i>	<i>6</i>
1.3.2. <i>Selon les balances comptables, les achats imputables aux sections soins et dépendance ont augmenté de 12 % entre 2017 et 2020</i>	<i>7</i>
1.3.3. <i>L'augmentation des forfaits soins et dépendance a également conduit le groupe Orpea à dégager des excédents croissants sur ces sections, qui représentent 20 M € d'euros entre 2017 et 2020.....</i>	<i>10</i>
2. LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE ET UN PILOTAGE STRICT PAR LES DIRECTEURS RÉGIONAUX PERMETTENT DE RÉSERVER UNE PART DES FORFAITS À DES CHARGES COMPLÉMENTAIRES TOUT EN DÉGAGEANT DES EXCÉDENTS SUR LES DOTATIONS PUBLIQUES.....	10
2.1. Les budgets internes sont différents des budgets remis aux autorités dans le cadre des états de prévision de recettes et de dépenses.....	10
2.1.1. <i>La construction des maquettes budgétaires de l'année s'effectue entre septembre et décembre de l'année n-1 et n'attribue pas l'intégralité des forfaits aux établissements.....</i>	<i>10</i>
2.1.2. <i>La chaîne de validation des budgets remonte jusqu'au directeur général du groupe Orpea dans le cadre du dialogue budgétaire</i>	<i>15</i>
2.1.3. <i>La construction des états de prévision de recettes et de dépenses (EPRD) de l'année N s'effectue entre avril et juin de l'année N, une fois les niveaux de dotations notifiés par les autorités de tarification.....</i>	<i>15</i>
2.1.4. <i>L'organisation de la procédure budgétaire conduit à une sous-consommation globale des financements publics, la mise à jour des budgets n'intervenant qu'en milieu d'année malgré une hausse continue des forfaits dans le cadre de la convergence tarifaire.....</i>	<i>16</i>
2.2. Les outils de suivi budgétaire et le dialogue budgétaire avec les directeurs régionaux induisent un suivi resserré des dépenses des établissements, visant à respecter les maquettes budgétaires	17
2.2.1. <i>Les directeurs réalisent un reporting constant, permettant d'assurer un suivi fin de la dépense.....</i>	<i>17</i>

2.2.2.	<i>Les documents d'analyse du NOP caractérisent un pilotage par la masse salariale et montrent que la priorité est donnée au respect des objectifs budgétaires</i>	<i>19</i>
2.2.3.	<i>Les budgets fixés aux établissements sont respectés dans sept des dix établissements de l'échantillon en 2019, indiquant que ceux-ci constituent un élément de pilotage déterminant</i>	<i>22</i>
3.	LE GROUPE ORPEA A IMPUTÉ SUR SES FORFAITS SOINS ET DÉPENDANCE, SUR LA PÉRIODE 2017-2020, 50,2 M€ DE DÉPENSES QUI N'AVAIENT PAS VOCATION À L'ÊTRE EN VERTU DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES.....	24
3.1.	La DRESMS effectue de nombreux retraitements sur les données internes des établissements afin de calculer les montants déclarés aux autorités au titre des états réalisés des recettes et des dépenses.....	24
3.2.	Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50,2 M€ que la mission estime irrégulièrement rattachés à la section soins.....	29
3.3.	L'analyse des ERRD d'un échantillon de dix établissements a permis de reconstituer à partir de la paie l'exhaustivité des retraitements effectués par la DRESMS, constatant 652 963 € supportés à tort sur le forfait soins soit 5,5 % de celui-ci.....	32
4.	LES EXCÉDENTS RÉALISÉS SUR LES FORFAITS SOINS ET DÉPENDANCE, QUI DOIVENT ÊTRE AFFECTÉS AU NIVEAU DE CHAQUE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS NE SONT PAS SUIVIS SPÉCIFIQUEMENT DANS LA COMPTABILITÉ DU GROUPE ORPEA.....	37
4.1.	La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis fin à la possibilité pour l'autorité de tarification de « reprendre » les résultats des EHPAD mais oblige les gestionnaires à affecter ces résultats.....	37
4.2.	Entre 2017 et 2020, le groupe Orpea a dégagé 20 M€ d'excédents sur ses forfaits, dont seuls 0,9M € ont été dépensés, sans que la comptabilité ne permette d'en retracer le suivi jusqu'en 2022 ni d'en garantir l'affectation dans le respect du cadre réglementaire	38
4.2.1.	<i>Les excédents dégagés par le groupe Orpea sur le financement public des sections soins et dépendance représentent 20 M€ entre 2017 et 2020.....</i>	<i>38</i>
4.2.2.	<i>Les affectations des excédents calculés dans les ERRD ne sont pas traduites comptablement, en contradiction directe avec la réglementation.....</i>	<i>41</i>
5.	LES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES OCTROYÉS PAR LES ARS NE SONT PAS CONSOMMÉS (6M € D'EUROS EN STOCK FIN 2021), ET NE FONT PAS FAIT L'OBJET D'UN SUIVI COMPTABLE CONSOLIDÉ	43
6.	LES POUVOIRS DE CONTRÔLE BUDGÉTAIRE ET FINANCIER DES ARS ONT ÉTÉ SIGNIFICATIVEMENT AMOINDRIS PAR LA LOI ASV ET LES REJETS DE DÉPENSE PONCTUELS NE CONDUISENT PAS À REMETTRE EN CAUSE LES MODALITÉS DE CALCUL DES ERRD PAR LE GROUPE ORPEA	45

1. Les rémunérations brutes des personnels financés par le forfait soins des EPHAD du groupe Orpea ont augmenté de 8 % entre 2017 et 2020 alors que les forfaits soins ont progressé de 12,4 % et que le groupe a déclaré 20 M€ d'excédents nets sur les financements publics

1.1. Les EHPAD privés à but lucratif reçoivent pour leurs prestations de soin et de dépendance des forfaits respectivement octroyés par les agences régionales de santé et les conseils départementaux

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont financés par deux types de dotations publiques : un forfait global « soins », financé par la sécurité sociale via les agences régionales de santé (ARS) et un forfait global « dépendance », financé par les conseils départementaux (auxquels s'ajoutent les participations des résidents et les tarifs journaliers financiers par les autres départements que celui du lieu d'implantation de l'EHPAD).

Le forfait global soins est calculé en fonction du « *groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré* » (GMP - niveau de dépendance moyen des résidents) et du « *pathos moyen pondéré* » (PMP - quantification des soins moyens nécessaires pour les résidents). Le GMP et le PMP sont calculés à partir d'une évaluation individuelle de chaque résident⁷. Ils doivent être évalués avant la conclusion du contrat d'objectifs et de moyens ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat afin de déterminer le GMP et le PMP à prendre en compte dans le calcul des forfaits soins et dépendance.

Le forfait soins est calculé de la manière suivante :

$$\text{Forfait soins} = [\text{GMP} + (\text{PMP} \times 2,59)] \times \text{nombre de places autorisées} \times \text{valeur du point}$$

La valeur du point correspond au coefficient fixé chaque année par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale en fonction de l'option tarifaire, partielle ou globale, de l'EHPAD conformément aux articles R. 314-162 et R. 314-170-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et de la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

Le forfait dépendance est défini de la manière suivante :

Forfait global dépendance = [(GMP x capacité autorisée et financée pour l'hébergement permanent x valeur départementale du point GIR) – participations des résidents – tarifs des résidents d'autres départements].

L'article R. 314-166 du CASF prévoit les modalités d'emploi des produits de la part du forfait global relatif aux soins, celui-ci pouvant venir prendre en charge :

- ◆ « le petit matériel et les fournitures médicales [énumérés par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale] ;
- ◆ les charges relatives au médecin coordinateur, personnel médical, pharmacien et auxiliaires médicaux assurant les soins [hors diététicien] ;
- ◆ les charges de personnels afférentes aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnateurs éducatifs et sociaux [concurrentement avec les produits relatifs à la dépendance] ;

⁷ Les évaluations sont réalisées par le médecin coordinateur de l'établissement et validées par les médecins des conseils départementaux (pour le GIR) et des ARS (pour Pathos).

Annexe III

- ◆ *l'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur une liste fixée par arrêté [des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale] ;*
- ◆ *les médicaments ;*
- ◆ *les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ».*

L'article R. 314-176 du CASF prévoit que la part du forfait global relatif à la dépendance peut prendre en charge :

- ◆ *« les fournitures pour l'incontinence ;*
- ◆ *concurrentement avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;*
- ◆ *les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurrentement avec les produits relatifs à l'hébergement ;*
- ◆ *concurrentement avec les produits relatifs aux soins, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux (...) ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience professionnelle, et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ;*
- ◆ *les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;*
- ◆ *les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation. »*

L'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a revu à compter du 1^{er} janvier 2017 les modalités de financement et de contractualisation des EPHAD. Cet article prévoit :

- ◆ *la substitution, progressivement à compter du 1^{er} janvier 2017, des conventions tripartites par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui ne sont plus prescriptifs sur l'allocation fine des moyens au sein des établissements et qui peuvent être conclus pour l'ensemble des résidences d'un gestionnaire sur un département ;*
- ◆ *une réforme tarifaire par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance sur la base d'une évaluation des moyens nécessaires pour couvrir les besoins en matière de soins et de dépendances (cf. modalités de calcul présentées ci-dessus) ;*
- ◆ *une réforme des règles budgétaires et comptables, avec la mise en place d'états prévisionnels des dépenses et des recettes (EPRD) et l'affectation par les gestionnaires des excédents.*

Ainsi, depuis le passage à la forfaitisation des recettes et aux états prévisionnels de recettes et de dépenses en 2017, les gestionnaires des EPHAD peuvent décider de l'affectation de leurs résultats et les autorités tarifatrices ne peuvent plus effectuer de reprises. Cette affectation est encadrée par des règles d'affectation fixées aux articles R. 314-234 et R. 314-244 du CASF et prévues dans les CPOM (cf. 4). Les autorités tarifatrices peuvent toujours rejeter des dépenses « *manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement* » (R. 314-52 du CASF).

1.2. Les forfaits globaux soins des EHPAD Orpea ont augmenté de 29,8 M€ entre 2017 et 2020, notamment en raison de la « convergence tarifaire »

Les forfaits soins peuvent être suivis de deux façons au sein du groupe Orpea :

- ◆ la direction des relations établissements et services médico sociaux (DRESMS) assure le suivi des notifications des forfaits globaux par les autorités tarifcatrices (ARS et conseils départementaux), et recense donc les forfaits de l'ensemble des établissements ;
- ◆ la comptabilité permet de suivre, au compte 706 560 et pour chacune des entités, les forfaits octroyés pour chacun des établissements du groupe.

Afin de reconstituer les forfaits soins perçus par le groupe Orpea, la mission a utilisé les balances comptables (compte 706 560 « dotations conventions tripartites ») d'une part et les tableaux « forfaits soins » de la DRESMS d'autre part.

L'ensemble des balances comptables (balances d'Orpea SA, des filiales et des établissements ayant fait l'objet d'une transmission universelle de patrimoine au cours de la période) n'a été transmise à la mission que le 8 mars 2022 soit un mois après le début de la mission. Des écarts sont constatés entre les données de la DRESMS et les données issues de la comptabilité, qui sont présentées dans le tableau 1. Certains écarts s'expliquent :

- ◆ par le retraitement des forfaits soins des excédents repris ou des déficits comblés par les autorités de tarification au titre des dotations antérieures à 2017 ;
- ◆ par des montants correspondant à des établissements fermés qui remontent en comptabilité uniquement.

Le groupe Orpea n'a néanmoins pas été en mesure d'expliquer l'ensemble des écarts entre le suivi effectué par la DRESMS et la comptabilité. Les valeurs recensées par la DRESMS étant construites à partir des notifications de la tarification, la mission s'appuie, pour le reste de cette annexe, sur les données de la DRESMS en ce qui concerne les montants reçus au titre des forfaits soins.

Tableau 1 : Évolution des forfaits globaux soins suivant les différentes sources de données mises à la disposition de la mission par le groupe Orpea (en euros)

Année	2017 (en €)	2018 (en €) ⁸	2019 (en €)	2020 (en €)
Forfait soin dans les maquettes soins (données DRESMS)	240 704 290	233 271 544	254 679 804	270 485 527
Nombre d'établissements concernés (données DRESMS)	234	224	224	226
Forfait soin dans les comptes (balance consolidée par la mission)	238 920 019	235 454 937	254 419 487	271 465 985
Nombre d'établissements concernés (balance consolidée par la mission)	234	233	225	226

Source : Balances comptables 2017 à 2020, compte 706 560 ; tableaux Excel « forfaits soins annuels » de la DRESMS (hors établissements 47, 234, 253 et 469).

Le groupe Orpea a donc reçu près de 270,5 M€ de forfait soins (assurance maladie) pour 226 établissements en 2020, soit 29,8 M€ de plus qu'en 2017. Le forfait moyen par établissement a progressé de 1,03 M€ à 1,20 M€ entre 2017 et 2020. Cette augmentation du forfait moyen par établissement montre que le groupe Orpea a bénéficié de la convergence tarifaire sur la période.

⁸ Le nombre d'établissements en 2018 indiqué par le groupe Orpea dans sa réponse du 21 mars 2021 est inférieur d'un établissement par rapport aux tableaux de forfaits soins communiqués par la DRESMS et aux balances comptables. Cette différence s'explique par une opération de cession intervenue au cours de cette même année.

Annexe III

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a prévu de nouvelles modalités de fixation des tarifs soins et dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fondées sur des équations tarifaires visant à évaluer les besoins en ressources des établissements au regard de la dépendance et des besoins de soins de ses résidents (cf. modalités de calcul présentées dans la partie 1.1). La mise en œuvre de ces nouvelles modalités de financement devait être étalée sur sept ans avec la revalorisation progressive du forfait soins au regard de la valeur cible issue de l'équation tarifaire. L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a réduit cette période de convergence de deux ans pour la partie soins.

L'évaluation des ressources reçues au titre de la dépendance a été effectuée par la mission au regard des comptes d'Orpea SA, des établissements ayant fait l'objet d'une transmission universelle de patrimoine au cours de la période et des filiales pour les années 2017, 2018, 2019 et 2020. Compte tenu de la transmission tardive à la mission des éléments consolidés, ces éléments n'ont pas été croisés avec les données de suivi de la tarification transmises par la DRESMS.

Les ressources reçues au titre de la dépendance ont augmenté de 3,0 % entre 2017 et 2020 passant de 93,63 M€ à 96,46 M€. Le nombre d'établissements bénéficiaires du forfait dépendance est passé de 234 à 227 établissements. Comme le montre le tableau 2, le montant versé au titre du forfait est en baisse (de 67,46 M€ à 49,66 M€) alors que la participation des résidents et du conseil départemental augmente (de 25,92 M€ à 42, 59 M€).

Tableau 2 : Évolution des forfaits dépendance reçus par le groupe Orpea entre 2017 et 2020

Modalité de versement	Compte comptable	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en€)	2020 (en €)	Évolution 2017-2020
Aide à la dépendance	706200	67 462 812,50	53 036 872,77	50 845 529,37	49 659 822,93	- 26,4 %
Aide à la dépendance accueil de jour	706202	202 128,69	174 586,66	149 611,78	57 586,58	- 71,5 %
Aide à la dépendance (séjour temporaire)	706204	33 959,53	261 845,71	560 307,28	501 775,64	1 377,6 %
Participation dépendance résident	706205	720 400,67	2 150 126,87	2 629 306,53	2 493 324,61	246,1 %
Participation dépendance conseil départemental	706206	25 199 599,81	37 140 478,95	39 067 068,79	40 092 816,94	59,1 %
Forfait autonomie	706207	15 647,25	8 054,11	10 426,54	40 135,16	156,5 %
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) hors département	706208	-	1 591 807,75	3 375 102,73	3 608 919,17	N.A.
Aide à la dépendance (dispositif financé)	706209	-	-	-	8 017,31	N.A.
Total		93 634 548,45	94 363 772,82	96 637 353,02	96 462 398,34	3,0 %

Source : Mission, d'après les balances d'Orpea SA des établissements ayant fait l'objet d'une transmission universelle de patrimoine et des filiales pour les années 2017, 2018, 2019 et 2020.

1.3. La hausse des forfaits ne s'est pas accompagnée d'une hausse proportionnelle de la masse salariale, les excédents et les achats ayant en revanche significativement augmenté

Les financements publics reçus par le groupe Orpea ne peuvent connaître que les destinations suivantes :

- ◆ les charges de personnel contribuant au soin (aides-soignants, aides médico-psychologiques, aides, accompagnants éducatif et social, infirmiers diplômés, et professions médicales) et à l'accompagnement de la dépendance (auxiliaires de vie, psychologue, serveurs, plongeurs) et les honoraires et frais liés à l'intervention de personnels contribuant à la prise en charge des soins et de la dépendance dans les établissements ;
- ◆ les achats de produits médicaux ou de nettoyage, d'entretien et de protections ;
- ◆ l'amortissement de certains matériels médicaux et petits équipements figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale ;
- ◆ les excédents éventuels dégagés sur les forfaits.

La mission a cherché à reconstituer la part et l'évolution de chacune de ces affectations au sein des dotations reçues par le groupe Orpea entre 2017 et 2020.

Il est impossible de suivre chacune de ces destinations dans les comptes du groupe Orpea, car :

- ◆ les charges de personnel sont agrégées par établissement sans distinction entre leurs sources de financement (hébergement, soins ou dépendance) ;
- ◆ les dotations aux amortissements prises en compte dans le calcul des résultats des sections soins et dépendance des ERRD sont calculées et suivies extra comptablement ;
- ◆ les excédents sur les dotations publiques ne font pas l'objet d'un schéma de suivi comptable.

La mission a donc procédé à une estimation de ces destinations à partir des données disponibles.

1.3.1. Les rémunérations brutes des personnels financés par le forfait soins ont augmenté de 8 % entre 2017 et 2020 alors que les forfaits soins ont progressé de 12 % sur la même période

À partir des données de la paye et à périmètre constant par rapport aux établissements dont les forfaits soins sont suivis par la direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS), la mission a calculé l'évolution des rémunérations des postes relevant du soin entre 2017 et 2020 et constaté qu'elle n'augmentait pas proportionnellement au forfait soins (cf. tableau 3).

En effet, alors que les forfaits soins ont augmenté de 12 % à l'échelle du groupe entre 2017 et 2020, la rémunération brute consacrée aux métiers du soin n'a augmenté que de 3 % entre 2017 et 2020. Sont pris en compte 70 % des rémunérations des aides-soignants, conformément à la clé de répartition la plus communément utilisée par le groupe Orpea, ainsi que 100 % de la rémunération des infirmiers diplômés et des fonctions médicales. Sont également affectés au soin les rémunérations des auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignants ou en formation (cf. annexe consacrée aux ressources humaines et point 3.1 de la présente annexe). Ces rémunérations, imputées à la section soins, sont en hausse de 105 % sur la période.

Au total, les rémunérations brutes des personnels financés par le forfait soins ont augmenté de 11,6 M€ soit 8 % sur la période 2017-2020 alors que le forfait lui-même augmentait de 29,8 M€ soit 12 %.

Annexe III

Tableau 3 : Évolution comparée des forfaits soins et des rémunérations brutes hors charges des postes relevant de la section soins entre 2017 et 2020

[...]

Les ressources reçues au titre de la dépendance ont augmenté de 3,0 % entre 2017 et 2020 passant de 93,6 M€ à 96,5 M€. Sur la même période les rémunérations brutes des postes contribuant à la prise en charge de la dépendance ont augmenté de 5,6 % (cf. tableau 4). Sont prises en compte les rémunérations brutes des aides-soignants, des accompagnants éducatifs et sociaux, des aides médico-psychologiques et des auxiliaires de vie à hauteur de 30 %, ainsi que les rémunérations des psychologues à hauteur de 100 %. Compte tenu de la transmission tardive des données comptables complètes par le groupe Orpea la mission n'a pas été en mesure de vérifier la cohérence du périmètre des établissements pris en compte en comptabilité pour les forfaits dépendance et dans la paie pour les rémunérations associées à la dépendance.

Tableau 4 : Évolution comparée des moyens reçus par le groupe Orpea au titre de la dépendance et des rémunérations brute des postes prenant en charge la dépendance entre 2017 et 2020 (en €)

[...]

1.3.2. Selon les balances comptables, les achats imputables aux sections soins et dépendance ont augmenté de 12 % entre 2017 et 2020

D'après les données issues des balances des comptes d'Orpea SA, des établissements ayant fait l'objet d'une transmission universelle de patrimoine au cours de la période et des filiales pour les années 2017, 2018, 2019 et 2020 et suivant la nomenclature remise à la mission pour comptabiliser les achats relevant du soin et de la dépendance, ces achats ont progressé de 12 % entre 2017 et 2020.

⁹ Ou assimilés : aides médico-psychologiques, accompagnant éducatif et social.

Annexe III

Certains comptes n'ont pas été pris en compte dans la mesure où ils donnent lieu à des retraitements par la DRESMS pour la constitution des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) et où seule une partie des dépenses imputables à ces comptes est prise en compte dans les ERRD :

- ◆ compte comptable 615 700 retraçant les dépenses liées aux contrats de maintenance ;
- ◆ compte comptable 621 201 de frais de sous-traitance divers dont les dépenses imputées aux ERRD sont triées sur facture ;
- ◆ compte 624 200 de transports de résidents dont les dépenses imputées aux ERRD sont également triées en lien avec les établissements.

La hausse des achats est de 12 % sur la période 2017-2020 (cf. tableau 5).

Les produits de la part du forfait global relatif aux soins sont également employés pour la couverture de l'amortissement et de la dépréciation du matériel médical. L'annexe de l'arrêté du 30 mai 2008 fixe la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L 314-8 et R 314-162 du même code. Au sein du groupe Orpea la DRESMS est en charge du suivi du matériel médical amortissable et du calcul des dotations aux amortissements déclarées dans les ERRD. D'après les tableaux de la DRESMS, les dotations aux amortissements ont augmenté de 305 392 € en 2017 à 1 631 263 € en 2020 (cf. tableau 6).

Annexe III

Tableau 5 : Achats pour le soin et la dépendance réalisés par le groupe Orpea suivant la typologie des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) entre 2017 et 2020

Intitulé	Compte ERRD	2017 (€)	2018 (€)	2019 (€)	2020 (€)	Évolution 2017-2020
Intervenants médicaux	6223	1 523 466,89	1 394 423,65	1 461 482,31	1 489 199,35	- 2,2 %
Location matériel médical	61357	12 293 933,40	12 376 345,89	12 603 032,58	11 898 178,40	- 3,2 %
Fournitures hôtelières (hors couches et produits absorbants)	602260	3 883 629,58	3 939 741,50	3 960 018,34	4 731 753,52	21,8 %
Couches, alèses et produits absorbants	602261	7 205 734,12	7 328 969,72	7 668 842,18	7 136 403,46	-1,0 %
Fournitures médicales	606600	5 692 602,11	5 820 405,55	5 983 611,56	6 138 724,93	7,8 %
Actes de biologie et radiologie	611110	302 328,26	291 142,97	256 850,48	597 395,14	97,6 %
Ergothérapie	611210	1 101 650,95	1 070 232,88	1 160 570,58	850 753,84	-22,8 %
Personnel médical et paramédical (intérim)	621130	2 909 655,65	2 897 240,50	3 137 540,04	4 575 236,55	57,2 %
Blanchissage à l'extérieur	628100	4 338 353,43	4 303 606,21	4 355 445,83	6 557 586,62	51,2 %
Indemnisation commission gériatrique	N.A.	26 809,95	19 895,00	24 601,75	8 900,50	- 66,8 %
Total	N.A.	39 278 164,34	39 442 003,87	40 611 995,65	43 984 132,31	12,0 %

Source : Mission, d'après les balances comptables du groupe Orpea depuis 2017, les documents internes du groupe indiquant le suivi comptable des éléments affichés à l'ERRD (retraitements de la mission).

Tableau 6 : Dotations aux amortissements du matériel médical déclarés dans les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) entre 2017 et 2020

	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)	Évolution 2017-2020 (en %)
Dotations aux amortissements déclarés dans les ERRD	305 392,43	2 200 921,57	20 987 230,08	1 631 262,87	434,15%

Source : Tableau des dotations aux amortissements transmis par le groupe Orpea dans sa réponse le 21 mars 2021.

1.3.3. L'augmentation des forfaits soins et dépendance a également conduit le groupe Orpea à dégager des excédents croissants sur ces sections, qui représentent 20 M € d'euros entre 2017 et 2020

D'après les données consolidées par la DRESMS, les résultats des sections soins et dépendance ont très fortement augmenté au cours des deux dernières années, passant d'un déficit en 2018 (- 1,1 M€) à un excédent de plus de 12,3 M€ en 2020 (cf. tableau 7). Les modalités de suivi, d'affectation et d'utilisation de ces excédents sont présentées dans la partie 4 de cette annexe. Au total les excédents nets représentent 20 M€ pour la période 2017-2020.

Tableau 7 : Évolution des résultats sur les sections soins et dépendance pour les établissements du groupe Orpea entre 2017 et 2020 (en €)

Année	2017	2018	2019	2020	Total
Résultat sur les sections soins et dépendance	158 349,36	- 1 075 614,77	8 362 403,77	12 312 420,43	19 757 558,79

Source : Mission, d'après les tableaux de suivi des excédents constitués par le groupe Orpea.

2. La procédure budgétaire et un pilotage strict par les directeurs régionaux permettent de réserver une part des forfaits à des charges complémentaires tout en dégagant des excédents sur les dotations publiques

2.1. Les budgets internes sont différents des budgets remis aux autorités dans le cadre des états de prévision de recettes et de dépenses

2.1.1. La construction des maquettes budgétaires de l'année s'effectue entre septembre et décembre de l'année n-1 et n'attribue pas l'intégralité des forfaits aux établissements

Le service du contrôle de gestion, rattaché à la direction financière France créée en septembre 2021, est en charge de l'élaboration du budget transmis aux établissements. Ce budget est constitué entre septembre et décembre de l'année N-1. [...]

2.1.1.1. La construction du chiffre d'affaires dans la maquette budgétaire s'appuie sur les

forfaits de l'année précédente, ce qui conduit à sous-estimer les ressources budgétées au regard de la convergence tarifaire positive entre 2017 et 2020

Au sein du groupe Orpea, la direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS), située au siège du groupe et composée de seize agents, gère les aspects liés à la contractualisation et à la tarification.

Annexe III

La DRESMS saisit dans le module «tarification » de [...] :

- ◆ les données relatives aux conventions (conventions tripartites ou CPOM) dans une fiche établissement ;
- ◆ les données des décisions de tarification.

La préparation budgétaire interne au groupe d'une année s'effectue à partir des dernières données connues dans le module tarification de [...] et donc *a priori* à partir de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) de l'année N-1.

Seul le dernier niveau connu du forfait global soins par établissement (dotation notifiée au printemps de l'année N-1) est utilisé pour constituer les maquettes budgétaires de l'année N. Les autres données, en particulier les données relatives aux équivalents temps plein (ETP) des différentes sections, sont également reprises mais seulement pour information.

Depuis 2017, en raison de la convergence budgétaire, le niveau des forfaits soins a systématiquement augmenté. **Cela conduit le groupe Orpea à sous-estimer, *a priori*, le niveau de forfait soins pris en compte dans ses budgets initiaux, en prenant en compte, pour le calcul de l'enveloppe soins de l'année N, le niveau constaté à l'année N-1.**

La loi d'adaptation de la société au vieillissement n° 2015-1776 du 28 décembre 2016 prévoyait en effet de nouvelles modalités de calcul des tarifs soins et dépendance (cf. équations tarifaires au 1.1), applicables à tous les établissements. Ces nouvelles modalités ont conduit, au niveau national, à une réévaluation des dotations des EHPAD¹⁰, pour 83 % à la hausse au niveau du forfait soins (53 % à la hausse pour la dotation dépendance). Au total, 2,9 % des EHPAD devaient avoir une baisse de leurs dotations publiques, pour la majorité des EHPAD publics. La convergence tarifaire a eu pour vocation de lisser cette évolution sur sept ans (réduits ensuite à cinq), et s'est achevée en 2021 pour les forfaits globaux de soins, les EHPAD recevant tous désormais les forfaits¹¹ résultant de l'équation tarifaire.

Dans le cas d'Orpea, le forfait soins a augmenté de 1,34 % entre 2017 et 2018, de 9,01 % entre 2018 et 2019 et de 5,32 % entre 2019 et 2020 en moyenne pour chaque établissement (cf. tableau 8). Cela conduit à une augmentation de 13 771 € entre 2017 et 2018, 93 956 € l'année suivante, et 60 461 € entre 2019 et 2020. Pour autant, les budgets initiaux pour ces années n'intègrent pas cette évolution, dont une partie est prévisible.

Tableau 8 : Forfait soins moyen par établissement : montant et évolution

[...]

¹⁰ www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ170901419.html.
www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180203096.html.

¹¹ Le forfait global soins comportant, outre la part résultant de l'équation budgétaire, des financements complémentaires tels que des forfaits à la place (accueil de jour, hébergement temporaire), ou au dispositif (unité d'hébergement renforcé, pôle d'activités et de soins adaptés). En 2020, ces financements complémentaires ont financé les surcoûts COVID.

Annexe III

Le niveau du forfait dépendance est calculé à partir du chiffre d'affaires dépendance de l'année N-1. Son actualisation est réalisée par une règle de trois à partir du taux d'occupation de l'année passée et du taux d'occupation projeté pour l'année N :

$$CA^{12}dépendance_{projeté} = CA_{dépendance_{n-1}} \times \frac{(taux\ d'occupation)_{projeté}}{(taux\ d'occupation)_{n-1}}$$

L'actualisation dans les maquettes budgétaires du forfait dépendance diffère de celle du forfait soins car le forfait dépendance dépend significativement du nombre de résidents. Le niveau du forfait dépendance budgété se base donc sur le taux d'occupation projeté pondéré par le taux réalisé l'année précédente.

Enfin, le chiffre d'affaires prévisionnel de la section hébergement est calculé à partir du taux d'occupation et du prix moyen hébergement, proposés par les directeurs d'établissement en lien avec les directeurs régionaux.

2.1.1.2. La construction des dépenses dans les maquettes budgétaires conduit à [...] favoriser la constitution d'excédents

[...]

¹² Le terme de « chiffre d'affaires » pour caractériser les recettes liées au forfait dépendance est celui utilisé par le groupe Orpea.

¹³ Le chiffre de 0,09 vaut pour les années 2019, 2020, et 2021. Auparavant, Orpea appliquait un taux de 0,10. La modification a été effectuée, selon le service du contrôle de gestion afin de « coller » davantage les montants « mise en réserve » avec les charges auxquelles ils sont affectés en fin d'exercice.

Annexe III

[...]

¹⁴ Calculs réalisés à partir de l'étude de l'ensemble des maquettes budgétaires du groupe Orpea en 2018.

¹⁵ La mission s'appuie, dans l'ensemble de cette partie, sur l'analyse d'un échantillon de dix EHPAD du groupe Orpea pour lesquels la mission a effectué une vérification sur place (hors Jardins du Mazet), sur l'année 2019.

Annexe III

[...]

2.1.2. La chaîne de validation des budgets remonte jusqu'au directeur général du groupe Orpea dans le cadre du dialogue budgétaire

Le directeur d'établissement élabore sa proposition budgétaire sur la base de cette maquette budgétaire. Il peut faire varier les différentes lignes par rapport aux montants de référence indiqués dans la maquette budgétaire. Entre octobre et décembre de l'année N-1, les propositions budgétaires font l'objet d'un échange établissement par établissement entre le contrôle de gestion et les directeurs régionaux, avec le cas échéant une itération avec le directeur d'établissement.

Les documents sont ensuite validés :

- ◆ par le directeur des opérations, sur la base d'une présentation générale, avec le cas échéant un focus sur certains établissements ;
- ◆ au niveau du directeur général pour ces années dans les mêmes conditions.

Une fois les budgets validés par la direction générale, à la suite des différentes réunions et sans formalisation particulière, le contrôle de gestion arrête définitivement le processus et bascule les informations dans les modules de suivi budgétaire pour l'exercice N (alimentation des éléments de référence du budget).

2.1.3. La construction des états de prévision de recettes et de dépenses (EPRD) de l'année N s'effectue entre avril et juin de l'année N, une fois les niveaux de dotations notifiés par les autorités de tarification

Le suivi budgétaire des dotations publiques par les autorités de tarification s'organise au travers de deux documents (cf. encadré 1) :

- ◆ les états de prévision de recettes et de dépenses (EPRD), à transmettre au plus tard en juin de l'année N (délai réglementaire) ;
- ◆ les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD), à transmettre au plus tard en avril de l'année N+1 (délai réglementaire).

Encadré 1 : Relations avec les tutelles, EPRD et ERRD

L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a fait évoluer les modalités de transmission des documents budgétaires des EHPAD, avec la transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses à compter du 1^{er} janvier 2017. L'année suivant l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), l'établissement doit produire un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), justifiant de l'utilisation des fonds publics. L'article 89 de la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que lorsqu'une personne morale gère ou contrôle plusieurs EHPAD situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu pour l'ensemble des établissements entre cette personne morale (le groupe Orpea ici), le président du conseil départemental et l'ARS.

- EPRD : celui-ci doit être transmis dans les 30 jours suivant la réception des notifications de financements (soins et dépendance) alloués au titre de l'année en cours (entre le 30 avril et le 30 juin). L'EPRD prévoit un niveau d'activité qui induit un niveau de ressources, qui va conduire à un besoin financier adapté. Les autorités de tarification (conseil départemental ou ARS) ont ensuite 30 jours pour valider ou refuser l'EPRD, en fonction des masses financières budgétées, des objectifs du CPOM et de la trajectoire financière de l'établissement. En cas de refus, une deuxième version de l'EPRD est transmise, qui prend en compte les motifs de refus. Le second EPRD est soit exécutoire, soit refusé et arrêté par le directeur général de l'ARS ;
- ERRD : prévu par les articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, il comporte l'état réalisé des recettes et des dépenses (simplifié), un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat et un rapport financier d'activité. Il est transmis au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'exercice auquel il se rapporte.

Source : Mission, d'après le code de l'action sociale et des familles.

La direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS) est chargée d'établir les EPRD et les ERRD. Ces EPRD et ces ERRD traitent exclusivement des enveloppes soins et dépendance et des dépenses qui y sont rattachées.

Les données utilisées pour la constitution des EPRD, qu'il s'agisse des EHPAD ayant conclu un CPOM ou de ceux encore sous convention tripartite, sont les suivantes :

- ◆ s'agissant du chiffre d'affaires, les forfaits soins et dépendance sur la base des notifications reçues et, à défaut, sur la base d'une estimation à partir des GMP/PMP validés et des données connues ;
- ◆ s'agissant des charges, la DRESMS effectue une saisie manuelle à partir de l'EPRD N-1, qui sert de base, et d'ajustements éventuels, effectués à la suite d'échanges avec les directeurs régionaux d'Orpea. Ces ajustements portent tant sur le nombre de postes que sur le coût moyen estimé par poste en fonction du réalisé N-1. En cas de hausse significative des dotations, la DRESMS échange avec les directeurs régionaux pour l'affectation de ces dotations.

Les EHPAD à but lucratif ou non habilités à l'aide sociale ne sont pas tenus de présenter un EPRD en équilibre réel, conformément aux dispositions de l'article R. 314-102 du CASF (qui exclut l'application des dispositions de l'article R. 314-15). Cependant, selon la DRESMS, l'EPRD est présenté à l'équilibre pour la section dépendance et soins mais peut être exceptionnellement produit en déficit pour la section soins. Pour neuf des dix établissements de l'échantillon sélectionnés, les EPRD sont présentés à l'équilibre en 2019.

La construction de l'EPRD, qui se fait plusieurs mois après la validation des maquettes budgétaires des établissements, ne prend donc pas directement en compte ces maquettes. Le budget déclaré aux autorités n'est donc pas en adéquation avec le budget interne de l'établissement, surestimant les dépenses prévues pour la part soins et dépendance.

2.1.4. L'organisation de la procédure budgétaire conduit à une sous-consommation globale des financements publics, la mise à jour des budgets n'intervenant qu'en milieu d'année malgré une hausse continue des forfaits dans le cadre de la convergence tarifaire

Quand l'EPRD est validé (au mois de juin de l'année N) ou lorsqu'une notification actualisée est reçue par la DRESMS, une nouvelle trajectoire budgétaire peut être calculée par le service du contrôle de gestion.

Ainsi, selon le service du contrôle de gestion, si l'évolution de la dotation soins est supérieure à 20 000 € et si elle est connue avant le mois de novembre, la trajectoire budgétaire de l'établissement est mise à jour. Dans ce cas, si les ressources augmentent, le mois suivant la mise à jour un rattrapage de ressources autorisées est réalisé. Dans les matrices budgétaires réalisées dans les outils [...], les règles de mensualisations sont figées. Cela implique que le correctif est nécessairement mensualisé sur douze mois, les suppléments de ressource étant réimputés sur l'intégralité de l'année : **mécaniquement, les EHPAD ne vont donc pas consommer tout le supplément budgétaire, ne disposant que d'une partie proratisée en fonction du nombre de mois restants dans l'année.** Le fait que les établissements ne bénéficient que partiellement des moyens supplémentaires (sur les seuls mois restants, mais à hauteur de mensualités lissées sur l'année), contribue à renforcer les excédents sur les forfaits soins et dépendance faits par le groupe Orpea, les augmentations tarifaires, bien que prévisibles, n'étant pas anticipées au niveau du budget primitif.

Annexe III

Les différentes versions de budget ne sont pas conservées dans les systèmes d'information lors des rectifications. Seule la dernière version est ainsi disponible, calculée à partir de la dotation la plus importante. Les budgets initiaux pour les années 2018 à 2021 étaient donc fondés sur des chiffres d'affaires « soins » et « dépendance » inférieurs à ceux figurant dans les budgets réalisés. Cela conduit à une absence de traçabilité des différents budgets ayant pu être produits au cours de l'année, et est susceptible de peser sur le pilotage des établissements, qui ne disposent que de leur budget « *final* » de l'année n-1.

En 2020 et 2021, et en raison du contexte sanitaire, les budgets n'ont pas été actualisés infra-annuellement, sauf exception. Malgré le reflux du taux d'occupation sur ces deux exercices (liés à la crise sanitaire), les dotations ont été maintenues, et ont continué de croître en lien avec la convergence tarifaire (augmentation du forfait soin de 15,8 M € entre 2019 et 2020). **Les budgets n'ont donc pas été actualisés, tandis que les recettes continuaient de croître, contribuant donc à une augmentation des excédents.** L'excédent pour l'année 2020 est de 12,3 M € en augmentation de 3,9 M € par rapport à 2019.

2.2. Les outils de suivi budgétaire et le dialogue budgétaire avec les directeurs régionaux induisent un suivi resserré des dépenses des établissements, visant à respecter les maquettes budgétaires

2.2.1. Les directeurs réalisent un *reporting* constant, permettant d'assurer un suivi fin de la dépense

Le groupe Orpea s'appuie sur de nombreux outils de *reporting*. Le document de *reporting* aux directeurs régionaux pour l'année 2021 fait état de plusieurs outils de *reporting* en matière budgétaire, dont la mission a pu constater la matérialité dans les neuf EHPAD inspectés en 2022. L'étude des documents transmis par le groupe montre que ces outils, sous diverses formes, ont été utilisés par le groupe en continu sur la période 2017-2021.

[...]

¹⁶ C'est également par cette désignation que Victor Castanet désigne ce document dans son ouvrage *Les Fossoyeurs*.

¹⁷ Un secteur correspond à une fonction exercée par établissement : auxiliaires de vie, aide-soignant/aide-médico-psychologiques, infirmiers diplômés d'État, médecin coordinateur et médical (ergothérapeute, psychomotricien), psychologue).

Annexe III

[...]

¹⁸ *Net Operating Profit*.

¹⁹ Également appelé « suivi masse soin » par le contrôle de gestion.

²⁰ L'outil [...] est l'outil qui sert depuis 2021 à l'élaboration du budget (pour le budget 2022). Avant cela, les établissements pouvaient retrouver leur budget élaboré par le contrôle de gestion et validé dans [...] (pour 2019 et 2020) et dans des tableaux Excel du contrôle de gestion (pour 2018 et 2021).

²¹ La section « factures » regroupe la liste des écritures comptables de la période concernée, en cumul depuis le début de l'année, regroupées sur les lignes du compte d'exploitation [...]. Elle permet ainsi de détailler lignes du compte d'exploitation [...] au regard des dépenses réelles ou provisionnées.

Si une partie des outils de *reporting* du groupe permet un suivi en continu de l'activité dans les établissements, les directeurs d'établissement sont également tenus à des remontées d'informations régulières. Les directeurs d'établissement doivent notamment :

- ◆ saisir quotidiennement les principales statistiques ;
- ◆ en début de mois :
 - saisir le taux d'occupation prévisionnel dans le tableau régional ;
 - transmettre le coût de restauration journalier au référent national et aux référents régionaux ;
 - envoyer les notes de frais à la direction régionale ;
 - assurer un suivi précis des impayés, indiquer ceux devant être bloqués à la relance ;
- ◆ en milieu de mois :
 - mettre à jour les rendez-vous de prospection pour de nouveaux résidents sur le mois précédent, saisir dans le logiciel SIRHAP l'actualisation de la masse salariale pour le mois précédents, saisir les demandes de primes et d'augmentation ;
 - saisir dans le serveur partagé « l'analyse NOP », avec le taux d'occupation prévisionnel et la mise en évidence des « actions commerciales » à l'œuvre et à venir ;
 - saisir le point « Masse » (masse salariale) sur le logiciel SIRHAP sur le mois en cours ;
- ◆ en fin de mois : saisir les demandes de remplacement pour le mois suivant accompagnées d'un courriel explicitant le détail des remplacements prévus, ainsi que de commentaires.

2.2.2. Les documents d'analyse du NOP caractérisent un pilotage par la masse salariale et montrent que la priorité est donnée au respect des objectifs budgétaires

Des documents d'analyse par résidence (« *plan d'actions* » ou « *analyse NOP* ») sont produits chaque mois par les directeurs d'établissement (en prévision des réunions avec les directeurs régionaux) afin d'assurer le respect des objectifs en matière budgétaire. Le tableau 11 montre comment se présentent ces documents d'analyse.

Ces documents visent en particulier le suivi de plusieurs indicateurs clés dans le pilotage des établissements du groupe, que sont :

- ◆ le taux d'occupation (TO) ;
- ◆ le chiffre d'affaires (cumul à M-1) ;
- ◆ la masse salariale (rémunération brute + charges patronales cumul à M-1) ;
- ◆ les ETP d'auxiliaires de vie.

Le document permet d'assurer un suivi fin et régulier du taux d'occupation et des principaux indicateurs, notamment au regard de la masse salariale. Un tableau comprenant le nombre d'ETP et la masse salariale rappelle la consommation, les éléments budgétés, et indique l'écart (positif, en rouge, ou négatif, en vert) pour le mois en cours. Ces éléments (chiffre d'affaires, masse salariale et NOP) correspondent aux critères en fonction desquels les primes des directeurs d'établissement et directeurs régionaux sont attribuées (le montant de la prime étant divisé par deux quand l'établissement ne répond pas au critère de qualité évalué par le directeur régional), illustrant ainsi le rôle central de ces objectifs dans le pilotage des établissements.

À chaque item est associé une « *problématique* » (par exemple un TO insuffisant, une sous-utilisation de l'enveloppe soins, une diminution du NOP...) et un « *plan d'actions* », qui précise les axes de travail à développer pour répondre à ces problématiques. Un membre du personnel (usuellement le directeur ou la directrice) est responsable de chaque action, et une date précise la temporalité de la mise en œuvre.

Annexe III

L'analyse des plans d'action de 2019 pour l'échantillon de dix EHPAD constitué par la mission, et en particulier de la colonne « plan d'actions » permet d'identifier plusieurs points susceptibles de peser sur la qualité de la prise en charge des résidents tout en permettant d'atteindre les objectifs fixés en matière budgétaire :

- ◆ les incitations à réduire la masse salariale et les dépenses :
 - en diminuant les taux de remplacement (70 % au sein de l'EHPAD [...], 80 % à l'EHPAD [...], non remplacement des absents de dernière minute à l'EHPAD [...]) – ce qui pourrait contribuer à expliquer l'absence de procédure de remplacement au sein du groupe (cf. annexe V, consacrée aux ressources humaines) ;
 - en limitant les dépenses de matériel, « *contrôler les dépenses en petit matériel et les reporter si besoin* » ;
- ◆ les incitations à augmenter le taux d'occupation : par exemple en assouplissant les critères d'admission, y compris médicaux (« *assouplir critères et délais de validation des dossiers médicaux, rdv de préadmission si besoin uniquement* »), au sein de l'EHPAD [...] (janvier 2019), élément à mettre en regard avec l'absence de critères d'admission clairs, malgré l'existence d'une procédure d'admission au niveau national (cf. annexe II, consacrée à la prise en charge des résidents).

Par ailleurs, l'imputation des dépenses aux dotations publiques est optimisée au regard ce qui est décrit dans certains plans d'action, sans considération pour le bon usage des deniers publics et sans objectif lié au bien-être ou au soin des résidents :

- ◆ imputation à la dotation soins de la prime d'intéressement liée aux résultats du groupe (EHPAD [...], mai 2019). Si cela n'est pas interdit réglementairement, cela témoigne d'une volonté du groupe d'utiliser les dotations publiques au maximum pour maximiser son résultat sur l'hébergement, les bénéficiaires du groupe en fin d'année ne venant pas abonder la prime d'intéressement des personnels financés sur le forfait soin ;
- ◆ saturation des dépenses prévues sur la section soins pour préserver le secteur hébergement : « *la dotation soins sur le GMASS prévisionnel d'avril est volontairement déficitaire de 3 k€ afin d'absorber une partie de l'excédent et préserver le secteur hébergement* » (plan d'action EHPAD [...] mars 2019). La stratégie retenue ici est celle d'une majoration des dépenses de soin pour diminuer les coûts portant sur l'hébergement, les fonds publics absorbant d'autant les dépenses imputables à la section hébergement ;
- ◆ à l'inverse, minoration d'un excédent perçu comme excessif sur la section soins, susceptible d'ouvrir une négociation avec l'ARS sur son affectation dans le cas où le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévoit que « *l'affectation de résultat excédentaire représentant plus de 5 % des charges brutes (...) fera l'objet d'une proposition d'affectation de résultat présentée dans le cadre du dialogue de gestion du présent contrat pour accord préalable des autorités de tarification* » : « *remplacer auxiliaire de vie (AV) nuit et unité pour personnes âgées désorientées (UPAD) par des aides-soignants (AS) afin que l'excédent de dotation soins n'excède pas 30k€ en fin d'année* » (EHPAD [...], janvier 2019). Si cette optimisation n'est pas irrégulière *per se*, elle témoigne d'une utilisation peu efficace des deniers publics ;
- ◆ mise à profit de glissements de tâche pour minorer l'excédent, en rattachant au périmètre « soins/dépendance » de tâches relevant de l'hébergement, par exemple « *remplacement cuisine effectué par une AV* » (EHPAD [...], mars 2019).

Annexe III

Outre ces éléments, une analyse plus complète de l'intégralité des plans d'action de mars 2019, pour 144 établissements du groupe, permet d'identifier certains points d'attention :

- ◆ le soutien aux initiatives de formation pour la validation des acquis de l'expérience (VAE), afin de « *comptabiliser [des postes d'AV] sur la dotation soins* », précisé à trois reprises. Si la montée en compétences des agents contribue à une démarche qualité, la précision à plusieurs reprises que l'objectif est de les comptabiliser sur la dotation soins conduit à s'interroger sur l'objectif premier de cette incitation aux formations, et sur les tâches effectuées par les agents en VAE ;
- ◆ le non remplacement, la « limitation des remplacements » ou le remplacement partiel des agents absents, précisé à 19 reprises. Pour mars 2019, la limitation du nombre de remplacements imputables sur la section soins (hors limitation des remplacements des agents de ménage pour limiter les dépenses sur la section hébergement principalement) concernait 17 EHPAD, 8 ayant en moyenne sur le mois un taux d'occupation inférieur à 95 % (pouvant justifier cette réduction), neuf un TO supérieur à 95 % ;
- ◆ l'objectif de limitation des excédents sur la dotation soins, évoqué à quatre reprises ;
- ◆ la décorrélation de la masse salariale au taux d'occupation, au [...] : « *en mettant la masse salariale en fonction du CA et non du TO* » ;
- ◆ l'occupation de places surnuméraires, à [...] (« *maintenir l'excédent de TO le plus longtemps possible (+1 ou +2)* »), et la création d'une chambre supplémentaire à Saint Omer (avec un TO déjà à 100 %) ;
- ◆ une gestion des stocks tendue (« *optimiser la gestion des stocks en réajustant les commandes au plus juste* » à [...], « *optimisation des charges variables = produit d'entretien/incontinence* » à [...]) ;
- ◆ la prise en charge des infirmières coordinatrices et des médecins régionaux du groupe par des établissements, à deux reprises.

Ces différents éléments confirment qu'il existe au sein du groupe Orpea des choix visant à :

- ◆ limiter les remplacements pour respecter le budget, ce qui peut emporter des risques pour les résidents ;
- ◆ se rapprocher de la saturation de la dotation soins pour s'assurer de minimiser les excédents, au profit de la dotation hébergement ;
- ◆ attacher à la dotation soins des dépenses sans lien avec le soin apporté aux résidents ou qui n'ont pas vocation à y être rattachées ;
- ◆ sur-saturer les capacités.

2.2.3. Les budgets fixés aux établissements sont respectés dans sept des dix établissements de l'échantillon en 2019, indiquant que ceux-ci constituent un élément de pilotage déterminant

Les dix EHPAD de l'échantillon fixé par la mission ont réalisé, par rapport à leur dernier budget connu sur l'année, indiqué dans le document interne « *convention tripartite* », un excédent total de 405 000 €, soit une moyenne d'environ 40 000 € en 2019.

Sur ces dix EHPAD, sept ont un excédent sur les dotations publiques (les sept ayant un excédent sur la dotation soins), et trois sont en déficit sur la section soins et, globalement, sur l'ensemble de leurs dotations publiques (malgré un résultat excédentaire sur la dotation dépendance pour [...]).

Annexe III

[...]

²² 0.4 ETP de médecin coordonnateur régional ont été imputés sur cet établissement sur le mois d'avril 2019.

3. Le groupe Orpea a imputé sur ses forfaits soins et dépendance, sur la période 2017-2020, 50,2 M€ de dépenses qui n'avaient pas vocation à l'être en vertu du code de l'action sociale et des familles

3.1. La DRESMS effectue de nombreux retraitements sur les données internes des établissements afin de calculer les montants déclarés aux autorités au titre des états réalisés des recettes et des dépenses

À l'issue de chaque exercice, les établissements rendent compte aux autorités de tarification des dépenses engagées grâce aux dotations publiques. Ce compte rendu prend la forme d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) dont la forme est arrêtée par voie réglementaire. Il comprend un bilan comptable retraçant les recettes et les charges relevant des dotations soins et dépendance ainsi que plusieurs annexes. Ces annexes retracent en particulier les charges liées aux ressources humaines et les propositions d'affectations des excédents.

La mission a analysé la méthode de construction des ERRD pour les années 2018 à 2021 et **cette partie vise à reconstituer, avant d'apprécier leur conformité (cf. 3.2)**, l'ensemble des opérations réalisées par le groupe Orpea pour constituer ces ERRD à partir des données des établissements.

La construction des états réalisés des recettes et des dépenses est effectuée, pour l'ensemble des établissements, par la direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS). La directrice de ce service est indiquée, pour tous les ERRD consultés par la mission, comme la personne ayant qualité pour représenter l'établissement. Les ERRD sont établis par les agents de la DRESMS à partir du logiciel [...], s'appuyant sur des échanges avec les directeurs régionaux et les directeurs d'établissement pour compléter les informations. Les ERRD sont ensuite envoyés par la DRESMS aux autorités de tarification sans passer par les directeurs d'établissement. Afin de compléter les ERRD, la DRESMS s'appuie notamment sur des documents Word dénommés « Base CE²³ » qui comprend les principaux ajouts à opérer afin de constituer les ERRD par établissement.

Les données utilisées pour l'ERRD sont les suivantes :

- ◆ le déversement des données de la comptabilité pour les comptes de charges et les produits (cf. tableau de correspondance entre les postes de charges à l'ERRD et les comptes comptables ORPEA²⁴) ;
- ◆ les données de paie (fichier texte généré dans la paie et déversé dans [...]).

S'agissant des données de la paie, celles-ci comprennent notamment les rémunérations chargées des agents des EHPAD dont les salaires sont pris en charge par Orpea grâce aux fonds publics. Aux montants des agents des établissements sont supposés s'ajouter, selon le groupe Orpea, les montants des rémunérations des médecins coordinateurs régionaux²⁵ :

- ◆ jusqu'à l'année 2018 comprise, la paye de ces agents était directement assumée par les établissements (pour un montant de 1,01 M € en 2018, la mission ayant pu retracer ces montants dans la paie) et les charges associées payées sur la dotation soins des établissements ;

²³ Pour « charges d'exploitation ».

²⁴ La présentation des ERRD est contrainte par le cadre réglementaire et comprend une indication, par ligne, des comptes permettant de retracer les dépenses de soin et de dépendance qui ne sont pas liés à des charges de personnels. Le plan de comptes du groupe Orpea ne correspondant pas à l'identique aux comptes de l'ERRD, la DRESMS s'appuie sur un document permettant de rattacher les comptes utilisés en interne à ceux présents à l'ERRD.

²⁵ Les médecins coordinateurs régionaux coordonnent l'activité des médecins coordinateurs des établissements, animent le réseau des médecins coordinateurs et contribuent à la gestion des ressources humaines de soin dans les établissements du groupe Orpea.

Annexe III

- ◆ à compter de 2019, « dans un souci de simplification administrative, les médecins ont été transférés sur le siège et réaffectés a posteriori sur les sites de leurs régions » indique le groupe Orpea. [...] Les « salaires étaient affectés par un 1/12^{ème} par site dans leur région de rattachement sans consigne particulière ». Cependant, [...] cette opération n'a pas été prise en compte dans les ERRD 2019 et pour 65 sites en 2020 à la suite d'un bug informatique.

Si, en principe, les médecins coordinateurs régionaux peuvent être considérés comme contribuant au soin au regard de leurs missions, leur prise en charge au sein des ERRD :

- ◆ n'a pas fait l'objet d'une information des autorités tarifcatrices susceptibles d'entraîner un rescrit clair sur la légitimité de la pratique ;
- ◆ ne se fait pas en fonction de la contribution réelle de ces médecins régionaux aux soins délivrés dans les établissements puisque leur paye est ventilée forfaitairement entre douze établissements de chaque région à part égale.

Enfin, la mission n'a pas pu vérifier, au regard des éléments transmis par le groupe, que la rémunération des médecins coordinateurs régionaux ne fait pas l'objet de doubles imputations.

En outre, des saisies et retraitements manuels sont effectués :

- ◆ l'ajustement des produits au regard des décisions de tarification (exemple retraitement de produits qui ont pu être imputés au mauvais établissement suite au transfert des capacités d'hébergement temporaire) ;
- ◆ l'ajustement de l'affectation des effectifs et de la masse salariale entre sections soins et dépendance (auxiliaires de vie faisant fonction ou en formation, assistant de soin en gérontologie affecté 100 % à la section soins, réaffectation d'une partie de la masse salariale auxiliaires de vie excédentaire). Ces ajustements sont censés être explicités dans les rapports de gestion ;
- ◆ la répartition de la taxe sur les salaires et des autres taxes sur les salaires, voire même d'autres taxes et impôts, du siège reversées sur les établissements ;
- ◆ les amortissements liés au soin suivis par la DRESMS hors comptabilité ;
- ◆ l'affectation des excédents en priorité pour des déficits futurs et sur des projets du groupe et suivi des excédents précédents à partir des tableaux de suivi de la DRESMS ;
- ◆ les provisions au titre des crédits non reconductibles (dotations aux provisions des charges d'exploitation et reprises sur les provisions).

Calcul de la masse salariale et des ETP dans l'ERRD

Afin de préparer les ERRD, plusieurs retraitements sont effectués par la DRESMS :

- ◆ les auxiliaires de vie en formation sont basculés de la section auxiliaires de vie des fichiers de paye dans la section « aides-soignants/aides médico-psychologiques » (soit d'un financement à 70 % par l'hébergement à un financement à 70 % par la dotation soins, 30 % demeurant à la section dépendance²⁶). Cette opération est réalisée par la DRESMS à partir d'une commande spécifique du logiciel [...] qui réalise automatiquement la bascule à partir de la liste des agents identifiés par le service formation comme étant en VAE dans le logiciel [...]. L'annexe consacrée aux ressources humaines du groupe Orpea (annexe V) montre que la quasi-totalité de ces agents a effectivement été référencée comme « en formation » au sein du service formation ;

²⁶ La clé de répartition de la masse salariale des aides-soignants entre le soin et la dépendance est variable d'un ERRD à l'autre. La clé de répartition la plus communément utilisée est de 70 % sur le soin et 30 % sur la dépendance. Dans

Annexe III

- ◆ un certain nombre d'auxiliaires de vie identifiés comme « faisant fonction » d'aides-soignants sont basculés depuis la section « auxiliaires de vie » vers la section « AS/AMP » (et ainsi, les ETP et la masse salariale correspondants). Le choix des auxiliaires de vie ainsi basculés se fait :
 - soit par l'analyse d'un document intitulé « topo activité » ou « support pour élaboration rapport d'activité » complété par les établissements. Ce document Word présente un paragraphe au sein duquel les directeurs d'établissement sont invités à indiquer les noms des « AV faisant fonction d'AS/AMP/AES » et à « préciser si ces AV ont commencé/vont entamer une démarche de qualification ». Pour chaque établissement la DRESMS bascule les agents concernés du secteur « AV » vers le secteur « AS/AMP » de la déclaration faites aux autorités ;
 - soit au travers d'un échange informel avec le directeur concerné qui indique le nom des agents à basculer ;
 - soit au travers d'un échange informel avec le directeur concerné, qui indique le nombre d'ETP concernés, la DRESMS sélectionnant ensuite des agents de la section auxiliaires de vie **au hasard** pour arriver au nombre indiqué par le directeur d'établissement. Le choix des agents au hasard se fait également quand le « topo activité/support pour élaboration rapport d'activité » n'indique qu'un nombre d'ETP ;
- ◆ des primes qui ne sont pas prises en compte dans le déversement de la paie sont ajoutées dans les ERRD :
 - la prime exceptionnelle pour l'activité (dite « prime Macron ») depuis 2019 :
 - en 2019, la prime exceptionnelle pour l'activité n'a été prise en compte que dans l'annexe 9E des ERRD mais pas dans l'annexe 9H ;
 - en 2020, la prime exceptionnelle pour l'activité a été directement ajoutée aux données de la paye pour chacun des agents grâce à une liste des primes octroyées par matricule ;
 - la prime d'intéressement dont la valeur est revue annuellement (740,22 € chargée par an pour 1 ETP en 2017 par exemple) :
 - avant 2020 – ces primes étaient payées par chèques donc il n'y avait pas de moyen de vérifier le coût exact issu de la paie : par défaut, ces primes étaient calculées par l'outil [...] sur la base d'une valeur référence attribuée pour chaque agent au prorata du temps de travail ;
 - après 2020, le montant versé est importé à partir d'un fichier *ad hoc* transmis par le service paie ;
 - en 2020, la prime Covid, qui a été réintégrée dans la paie, les règles d'attribution ayant été fixées par Orpea en fonction des montants réglementaires ;
- ◆ l'ajout par la DRESMS de plusieurs éléments ventilés entre les différents secteurs du soin et indiqués génériquement comme « taxe sur les salaires » dans le listing des personnels :
 - la taxe sur les salaires du siège, ventilée en fonction de la masse salariale consacrée au soin par secteur, à hauteur d'environ 7 000 € par établissement en 2020 ;
 - une part de la contribution économique territoriale du groupe Orpea, à hauteur d'1,8 % de son chiffre d'affaires soin, soit 4,9 M€ au plan national en 2020, ce qui correspond à environ 21 500 € par établissement ;

certains EHPAD, le groupe Orpéa a imputé plus de 30 % de la masse salariale des aides-soignants sur la dépendance et, par conséquent, moins de 70 % sur le soin. En revanche le taux appliqué pour les auxiliaires de vie est toujours de 30 % sur la dépendance et 70 % sur l'hébergement. Dès lors toute opération conduisant à comptabiliser la rémunération d'un auxiliaire de vie comme celle d'un aide-soignant conduit à financer 100 % de sa rémunération sur les fonds publics alors que 70 % était pris en charge par des fonds privés au titre de l'hébergement.

Annexe III

- le complément dit « Organic » dans les documents internes qui correspond à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), calculé comme 0,16 % du chiffre d'affaires soin, soit environ 433 000 € au plan national ce qui correspond à environ 1 900 € par EHPAD en 2020 ;
- la participation des employeurs à l'effort de construction, calculée comme 0,45 % de la masse salariale sur le soin, soit 420 000 € (brut hors charge) au plan national, ce qui correspond à environ 1 800 € par établissement ;
- ◆ une bascule d'une partie des coûts des ETP d'auxiliaires de vie excédentaires au niveau fixé par l'EPRD ayant – « par postulat » - remplacé des aides-soignants, sur la base d'une formule de calcul qui n'a pas pu être reconstituée par la mission. Ces montants ont représenté 359 476,40 € en 2020 (cf. tableau 13).

Une fois ces montants ajoutés à la liste du personnel, celle-ci sert de support à la complétion de l'annexe 9H des ERRD, qui renseigne le détail des charges de personnels supportées par chaque établissement.

La mission note le risque global d'un manque de fiabilité des données transmises aux autorités dans le cadre de la constitution des ERRD au regard :

- ◆ du manque de traçabilité de certaines opérations (bascule des auxiliaires de vie « faisant fonction » ;
- ◆ du nombre d'opérations réalisées manuellement (actualisation des auxiliaires de vie en formation semi-automatisés, ajouts selon les années soit par un fichier Excel soit par un calcul manuel des primes, bascules d'une partie de la masse salariale des auxiliaires de vie excédentaires par rapport à l'EPRD) ;
- ◆ de l'opacité du fonctionnement du logiciel [...] utilisé par la DRESMS, plusieurs opérations étant indiquées dans les documents de procédure comme des « calculs [...]» dont les agents de la DRESMS n'ont pas une connaissance précise du fonctionnement.

Annexe III

Tableau 13 : Décompte de la masse salariale des auxiliaires de vie comptabilisé partiellement ou totalement sur les sections soins des établissements Orpea entre 2017 et 2020 (en €)

	2017	2018	2019	2020
Sur le total des établissements				
Montants total de la masse salariale des auxiliaires de vie (brute en paye et charges à 43 %)	N.D.	122 622 099	127 764 629	140 049 720
Montants basculés en raison d'auxiliaires de vie en formation	9 104 155	10 295 945	12 334 260	12 995 155
<i>...dont coûts supplémentaires pour les ARS (70 %)</i>	6 372 908	7 207 161	8 633 982	9 096 608
Montants basculés en raison d'auxiliaires de vie faisant fonction sans être en formation	5 735 370	6 647 646	10 581 546	16 781 614
<i>...dont coûts supplémentaires pour les ARS (70 %)²⁷</i>	4 014 759	4 653 352	7 407 082	11 747 130
Montants de masse salariale des auxiliaires de vie pris en charge sur l'hébergement et la dépendance avant retraitement	2 697 633	2 255 006	3 164 390	2 397 016
Montants basculés de l'enveloppe hébergement à 100 % vers l'enveloppe soins à 100% sur les salaires des auxiliaires de vie (motif invoqué : seuls des remplacements d'AS peuvent expliquer l'excès de masse salariale AV constaté)	1 054 382	671 398	262 849	359 476

Source : extractions à partir du logiciel [...] de la DRESMS du groupe Orpea.

²⁷ Ce calcul tient compte d'une répartition à 70 % sur le soin et 30 % sur la dépendance, les ERRD variant cependant très ponctuellement entre un ratio 60/40 et 70/30. Dans tous les cas, l'enveloppe hébergement (fonds privés) se voit substituer à 70 % une enveloppe publique.

Calcul des autres charges

Les autres charges (dépenses d'achat de protection ou de matériel médical, recours à l'intérim, etc.) supportées par l'établissement et indiquées à l'annexe 9E des ERRD sont importées à partir des comptes de l'établissement, mais sont également retraitées par la DRESMS, pour les opérations suivantes :

- ◆ la correction de mauvaises écritures entre les immobilisations et les fournitures ;
- ◆ les dotations aux immobilisations corporelles et incorporelles (suivi extra comptable) ;
- ◆ les dotations aux provisions pour charge d'exploitation (CRN) (suivi extra comptable) ;
- ◆ les retraitements sur les dotations dans le cas où elles auraient évolué.

En outre, sont comptabilisés dans le compte 631 de l'annexe 9E des ERRD :

- ◆ le versement à l'AGEFIPH, dont les montants sont calculés à l'échelle du groupe puis répartis par établissement pour 2020 (ils étaient préalablement calculés établissement par établissement) ;
- ◆ le versement de l'assurance responsabilité civile, calculée comme 20 % du compte 616 000 des établissements.

3.2. Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50,2 M€ que la mission estime irrégulièrement rattachés à la section soins

Les dépenses complémentaires ajoutées à l'ERRD constituent, selon les estimations de la mission à partir des données fournies par le groupe, plus de 100 M € de 2017 à 2020.

L'article R. 314-236 du CASF prévoit que l'autorité de tarification peut rejeter les dépenses manifestement étrangères à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif.

L'article R. 314-166 du CASF prévoit les modalités d'emploi des produits de la part du forfait global relatif aux soins, celui-ci pouvant venir prendre en charge :

- ◆ *« le petit matériel et les fournitures médicales [énumérés par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale] ;*
- ◆ *les charges relatives au médecin coordinateur, personnel médical, pharmacien et auxiliaires médicaux assurant les soins [hors diététicien] ;*
- ◆ *les charges de personnels afférentes aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnateurs éducatifs et sociaux [concurrentement avec les produits relatifs à la dépendance] ;*
- ◆ *l'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur une liste fixée par arrêté [des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale] ;*
- ◆ *les médicaments ;*
- ◆ *les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ».*

Au regard de ces dispositions, plusieurs des charges ajoutées aux ERRD ne peuvent être financées sur la dotation soins :

- ◆ la rémunération des auxiliaires de vie *« faisant fonction »* :
 - les auxiliaires de vie relèvent à 30 % du forfait dépendance et à 70 % de dépenses d'hébergement ;

Annexe III

- la qualité de « faisant fonction » n'est reconnue par aucun support juridique et n'est pas incluse dans l'article R. 314-166 du CASF qui ne mentionne que les « aides-soignants, aides médico-psychologiques » et les « accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires de l'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 » ;
 - aucun des documents fournis par le groupe Orpea n'atteste que les agents indiqués à l'ERRD comme « faisant fonction » soient titulaires d'un diplôme ou aient validé une formation en lien avec le soin ;
 - figurent à l'ERRD, dans la section aide-soignant/aide médico-psychologique séparément des auxiliaires de vie faisant fonction : (1) les « accompagnateurs éducatifs et sociaux » titulaires d'un diplôme, recensés comme tels ; (2), les auxiliaires de vie « en formation d'aides-soignants/aide médico-psychologique » ou « en formation d'accompagnateur éducatif et social ». Cette répartition a été confirmée par courriel de la DRESMS à la mission le 3 mars 2022. Dès lors, les auxiliaires de vie restant peuvent être logiquement considérés comme « ni en formation », « ni diplômés », puisque ceux présentant l'un de ces deux critères sont comptabilisés séparément ;
 - l'identification des agents « faisant fonction » ne fait l'objet d'aucune traçabilité au-delà des « *topos activités* » remontés par les directeurs d'établissement, la DRESMS reconnaissant également le choix au hasard des personnels affectés à la section soins quand les directeurs d'établissement ne remontent qu'un nombre d'ETP. Dès lors, la formation de ces agents, qui pourrait, le cas échéant, à les qualifier à être rémunérés sur la dotation soins n'est pas un critère retenu par Orpea ;
- ◆ le paiement par le forfait « soins » d'une part de la masse salariale d'auxiliaires de vie financés en principe sur les autres sections. Ce paiement repose sur ce que la DRESMS a qualifié de « postulat » ou de « règle de gestion ». La règle appliquée est que dès lors qu'un établissement présente un nombre d'auxiliaires de vie significativement supérieur à l'EPRD, ce dépassement s'explique nécessairement par des remplacements supplémentaires d'aides-soignants par des auxiliaires de vie. Dès lors, alors que les rémunérations de ces auxiliaires de vie devraient être financées intégralement sur l'hébergement²⁸, une part de leur rémunération est rebasculée sur la dotation soins. Malgré la transmission d'une partie du code de [...] utilisé pour ce faire, la mission n'a pu retracer les règles de calcul précises de cette bascule. Selon l'extraction Excel de [...] opéré par la DRESMS et remis à la mission, ces montants basculés hors de tout cadre réglementaire et sur la base d'une hypothèse qui n'a pas été partagée avec les autorités tarifificatrices, représentent 2,35 M € entre 2017 et 2020 ;
 - ◆ la prise en charge d'une partie la contribution économique territoriale et de la C3S, ces impôts n'étant pas inclus dans les dépenses pouvant être prises en charge par la dotation soins, et ne constituant pas des charges de personnels ;
 - ◆ la prise en charge de l'assurance responsabilité civile : conformément à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, les EHPAD sont tenus de souscrire une assurance « *destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative* ». Ces dépenses ne peuvent être prises en charge dans le cadre de la dotation soins, n'étant pas mentionnées à l'article R. 314-166 du CASF.

Au total, ces dépenses non éligibles ont représenté une somme de 50,2 M € entre 2017 et 2020.

²⁸ Orpéa pourrait également déclarer un déficit sur la section dépendance, mais ce n'est pas le cas en pratique selon la DRESMS et pour l'ensemble des dix établissements de l'échantillon analysé par la mission.

[...]

²⁹ Ce calcul tient compte d'une répartition à 70 % sur le soin et 30 % sur la dépendance, les ERRD variant cependant très ponctuellement entre un ratio 60/40 et 70/30. Dans tous les cas, l'enveloppe hébergement (fonds privés) se voit substituer à 70 % une enveloppe publique.

³⁰ Le chiffre a été calculé en prenant 20 % du compte 616 000 (balances d'Orpea SA, des filiales et des établissements ayant fait l'objet d'une transmission universelle de patrimoine au cours de la période).

³¹ Les extractions présentées ne valent que pour les années 2019 et 2020, la mission a estimé, au regard de ces montants (3,3 M €) à 6 M € le montant total à la charge du groupe sur les années 2017-2020.

3.3. L'analyse des ERRD d'un échantillon de dix établissements³² a permis de reconstituer à partir de la paie l'exhaustivité des retraitements effectués par la DRESMS, constatant 652 963 € supportés à tort sur le forfait soins soit 5,5 % de celui-ci

À partir des données transmises par le groupe Orpea, la mission a reconstitué les écarts entre les dépenses retracées au sein des établissements (paye, achats) et les déclarations aux autorités de tarification au travers des états réalisés des dépenses et des recettes pour dix établissements, dont les neuf inspectés par l'inspection générale des finances (IGF). La mission a opéré cette vérification sur l'année 2019.

Les écarts entre les données dont disposent les établissements et les données transmises aux autorités pour ces dix établissements conduisent systématiquement à une hausse des coûts rattachables à la dotation soins, comprise entre 77 000 € et 277 000 € en 2019 (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Écarts en masse salariale et en ETP entre les données de la paie (DADS) et les données déclarées aux autorités (MS) en 2019

Établissement	Écart masse salariale (en €)	Écart (en ETP)
[...]	- 267 147	1,41
[...]	- 115 221	- 2,68
[...]	- 77 646	- 0,74
[...]	- 102 873	- 1,55
[...]	- 166 506	- 4,02
[...]	- 145 985	- 4,12
[...]	- 149 443	- 3,75
[...]	- 117 931	- 1,84
[...]	- 119 819	- 3,14
[...]	- 43 231	0,28

Source : Mission, d'après les fichiers de paie (DADS) des établissements et les ERRD (annexe 9H) pour l'année 2019.

En premier lieu, la mission a contrôlé que les opérations indiquées par le groupe Orpea correspondaient bien aux écarts constatés entre les ERRD. À partir de la liste des retraitements indiqués par le groupe Orpea, la mission a recalculé les éléments permettant d'expliquer l'écart entre les dépenses de l'établissement et les dépenses déclarées aux autorités de contrôle. Les calculs de la mission permettent d'expliquer l'ensemble des écarts constatés. En outre, la mission note que pour les dix établissements de l'échantillon la répartition de la masse salariale des aides-soignants et assimilés est bien répartie à 70 % sur l'enveloppe soins et à 30 % sur la dépendance.

Le décompte, au sein des établissements, des auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignants, est au sein de l'échantillon, comme au plan national le principal facteur expliquant la différence entre les documents internes de paie et les ERRD. Au sein de l'échantillon considéré de dix établissements, 1,75 ETP d'auxiliaires de vie en moyenne sont indiqués comme faisant fonction d'aides-soignants dans les établissements, et donc décomptés au sein de l'enveloppe budgétaire des aides-soignants financée à 70 % sur le soin et 30 % sur la dépendance. Cela correspond à un montant moyen par établissement de 50 451 €.

³² Les dix établissements sont les neuf ayant fait l'objet d'un contrôle sur place et sur pièce de l'inspection générale des finances, ainsi qu'un établissement ajouté au hasard, l'EHPAD « Les jardins du Mazet » à Fos-sur-Mer.

Annexe III

Au sein de l'échantillon de dix établissements relevé par la mission, les documents « *topo activité* » ou « *supports pour rapport activité* » supposés retracer le nom des auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignants comprennent, pour les dix établissements, quatre indications de personnes ayant commencé une VAE. Aucun auxiliaire de vie faisant fonction d'aide-soignant n'est déclaré. Or, les modalités de prise en compte indiquées par la DRESMS sont les suivantes : « *ces personnels sont identifiés à partir des « Topo activité » des établissements, des échanges informels avec les directeurs ou de la connaissance que nous avons de la situation de l'établissement. Malheureusement, les échanges ne sont pas tracés par mail. Nous ne pouvons pas « découper » des paies dans l'outil [...], donc nous émargeons le nombre de personnes dans la limite toutefois des ETP AS/AMP prévus au budget* ».

Pour les dix établissements contrôlés, le groupe Orpea n'est donc en mesure de fournir aucun élément attestant que les établissements ont effectivement eu recours à des auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignantes, et encore moins de documents ayant permis leur identification par la DRESMS au moment de leur bascule du secteur « auxiliaires de vie » vers le secteur « aides-soignants » de l'ERRD. **Le financement de ces auxiliaires de vie à 70 % sur les dotations soins, au-delà du cadre réglementaire présenté dans l'annexe ressources humaines, ne peut être considéré comme conforme, aucun justificatif permettant d'attester la réalité de l'exercice des fonctions d'aides-soignants/aides médico-psychologique ou encore d'accompagnant éducatif et social n'ayant été présenté par le groupe Orpea.**

Le décompte des auxiliaires de vie en formation d'aides-soignants est le second facteur explicatif. Au sein de l'échantillon considéré de dix établissements, 1,35 ETP en moyenne sont indiqués comme étant des auxiliaires de vie en formation d'aides-soignants, pour un montant moyen par établissement de 43 021 € (cf. tableau 16).

Annexe III

Tableau 16 : Montants et ETP basculés du secteur « auxiliaires de vie (AV) » vers le secteur « aides-soignants/aides médico-psychologique (AS/AMP) » dans l'ERRD en raison du décompte des AV « en formation de » ou « faisant fonction » d'AS/AMP en 2019

Établissement	Type d'emploi	Auxiliaires de vie en formation d'aides-soignants		Auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignants	
		Évolution de la masse salariale à l'ERRD (en €)	Évolution des ETP à l'ERRD	Évolution de la masse salariale à l'ERRD (en €)	Évolution des ETP à l'ERRD
[...]	Aides-soignants (AS)/ Aides médico psychologiques (AMP)	74 317	2,0	218 095	6,4
[...]	Auxiliaires de vie (AV)	- 22 295	- 0,6	- 65 428	- 1,9
[...]	AS/AMP	6 155	0,3	50 710	1,4
[...]	AV	- 1 847	- 0,1	- 15 213	- 0,4
[...]	AS/AMP	-	-	-	-
[...]	AV	-	-	-	-
[...]	AS/AMP	-	-	72 763	1,9
[...]	AV	-	-	- 21 829	- 0,6
[...]	AS/AMP	70 833	2,0	53 887	1,5
[...]	AV	- 21 250	- 0,6	- 16 166	- 0,5
[...]	AS/AMP	89 261	3,2	-	-
[...]	AV	- 26 778	- 1,0	-	-
[...]	AS/AMP	67 037	2,2	-	-
[...]	AV	- 20 111	- 0,7	-	-
[...]	AS/AMP	50 689	1,8	24 985	0,7
[...]	AV	- 15 207	- 0,6	- 7 495	- 0,2
[...]	AS/AMP	56 133	2,0	23 150	0,7
[...]	AV	- 16 840	- 0,6	- 6 945	- 0,2
[...]	AS/AMP	-	-	48 266	1,3
[...]	AV	-	-	- 14 480	- 0,4
Total décompté	AS/AMP	414 425	13,5	327 648	9,2
Moyenne par établissement	AS/AMP	41 443	1,4	32 765	0,9

Source : Données de la paye (DADS), données renseignées à l'ERRD par le groupe Orpea, tableaux Excel d'extractions du logiciel [...] listant, par matricule et par établissement, les agents basculés d'un secteur car identifiés comme « en formation de » ou « faisant fonction de » aides-soignants ou aides médico-psychologique.

Annexe III

Les différentes taxes décomptées et ventilées comme étant à la charge des établissements sont le troisième facteur explicatif des différences constatées pour les dix établissements étudiés (cf. tableau 17).

Tableau 17 : Montants ajoutés aux charges de personnel dans l'échantillon de dix établissements analysé par la mission en 2019

Établissement	Primes pour l'intéressement (en €)	Autres charges et impôts ajoutés aux montants indiqués comme des « charges de personnels » au sein de l'ERRD (en €)
[...]	24 815	26 960
[...]	24 254	25 808
[...]	27 229	29 826
[...]	23 179	28 605
[...]	29 160	30 183
[...]	30 724	39 089
[...]	40 995	39 429
[...]	31 413	33 126
[...]	25 969	29 321
[...]	24 478	26 357
Total sur l'échantillon	282 216	308 704
Moyenne sur l'échantillon	28 222	30 870

Source : Listes des personnels ajoutés à l'ERRD, modalités de calcul de la prime d'intéressement à l'ERRD des établissements Orpea jusqu'à 2019.

Les montants moyens constatés pour les établissements de l'échantillon correspondent aux montants moyens par EHPAD estimés par la mission pour l'année 2019 pour l'ensemble des charges supplémentaires affectées aux enveloppes soins et dépendance par la DRESMS lors de la construction de l'ERRD. Le tableau 18 retrace pour les dix établissements de l'échantillon les trois principaux rajouts effectués par la DRESMS et regroupé sans distinction à la ligne « *taxe sur les salaires* » suivant chacun des secteurs du soin dans la « *liste des personnels* » accompagnant les ERRD³³.

Tableau 18 : Montants affectés aux établissements de l'échantillon au titre des impôts à la charge du groupe Orpea en 2019 (en €)

Établissement	Part taxe sur les salaires (TS) siège	Part contribution économique territoriale (CET)	Part contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)
[...]	6 780	27 632,89	2 456
[...]	5 331	21 724,61	1 931
[...]	5 798	23 627,29	2 100
[...]	6 805	27 733,17	2 465
[...]	4 972	20 262,17	1 801
[...]	4 491	18 302,82	1 627
[...]	4 298	17 517,86	1 557
[...]	4 763	19 411,77	1 725
[...]	4 383	17 863,44	1 588
[...]	4 881	19 893,29	1 768
Total	52 502	213 969,30	19 019

Source : Mission, à partir des forfaits soins constatés et du mode de calcul indiqué par le groupe.

³³ Afin de reconstituer intégralement les montants il faudrait ajouter le complément au titre de la participation des employeurs à l'effort de construction, dont la conformité est établie.

Annexe III

Outre les charges de personnels, les dépenses hors charges de personnels font également l'objet de plusieurs retraitements par la DRESMS. Pour les dix établissements de l'échantillon, la mission a demandé les pièces (factures, extraits de compte) permettant de justifier les montants à l'ERRD ainsi que les explications nécessaires à la compréhension des écarts entre la comptabilité et les montants déclarés à l'ERRD. Les données comptables présentées ont permis de justifier chacun des écarts constatés.

En particulier, s'agissant des impôts et taxes ajoutées dont l'assurance responsabilité civile et l'AGEFIPH, les montants par établissements sont présentés dans le tableau 19. Ces montants sont agrégés.

Tableau 19 : Montants ajoutés au compte 631 de l'annexe 9E des ERRD (en €)

Etablissements	Montants au titre de l'AGEFIPH et des assurances (ERRD)	Montant responsabilité civile à la balance
La Sénatorerie	8 157,25	634,66
Saint André	7 875,52	623,12
Les Chesnaies	6 752,17	399,26
Saint-Jacques	11 062,42	400,42
Chanterelle	8 492,46	304,25
Crampel	5 964,71	591,58
Marengo Jolimont	6 631,64	589,28
Les Jardins du Mazets	6 788,74	650,05
Les Portes du Lubéron	7 188,12	501,32
Clos du Beauvaisis	9 230,17	556,83
Total	78 143,20	5 250,78

Source : Balance comptable 2019 pour les données responsabilité civile (compte 616 000), extraction [...] fournie par la DRESMS pour l'onglet « autres impôts et taxes » des ERRD.

En moyenne sur l'échantillon, la mission a relevé, s'agissant des opérations effectuées par la DRESMS afin de compléter l'ERRD :

- ◆ 282 216 € au titre de la prime pour l'intéressement ;
- ◆ 308 704 € au titre des impôts et taxes payés sur les dotations soins, sans que le détail des calculs ne soit disponible. Cependant, sur la base des modalités de calcul indiqués, les montants irrégulièrement payés sur l'enveloppe soin peuvent être estimés à 232 988,80 € (CET et C3S) ;
- ◆ 327 648 € au titre des auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants, aides médico-psychologiques ou aide éducatif et social ;
- ◆ 414 425 € au titre des auxiliaires de vie en formation d'aides-soignants, aides médico-psychologiques ou aide éducatif et social ;
- ◆ 69 140 € s'agissant de la rémunération des auxiliaires de vie excédentaire devant être prise en charge à 100 % sur l'hébergement mais dont une partie est rebasculée sur le soin ;
- ◆ 23 187 € au titre de l'assurance responsabilité civile du compte 631100.

Au total, 652 964 € sont irrégulièrement payés par le groupe Orpea pour ces dix établissements sur la dotation soins, qui s'est élevée à 11 887 184 € sur l'année 2019, ce qui correspond à 5,5 % d'utilisation irrégulière des montants octroyés au titre du soin. **L'analyse de l'échantillon de dix EHPAD, pour lequel la mission a reconstitué à 100 % les écarts entre les données de l'ERRD et les données de la paye, confirme les ordres de grandeur par établissement établis au point 3.2.**

Enfin, **la mission constate que les défaillances de la comptabilité analytique du groupe Orpea fragilisent fortement la sincérité des restitutions aux autorités de tutelle**, notamment dans sa capacité à imputer de manière fiable et traçable des charges gérées au niveau du siège sur les comptes de résultat de chacun de ses établissements.

4. Les excédents réalisés sur les forfaits soins et dépendance, qui doivent être affectés au niveau de chaque contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ne sont pas suivis spécifiquement dans la comptabilité du groupe Orpea

4.1. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis fin à la possibilité pour l'autorité de tarification de « reprendre » les résultats des EHPAD mais oblige les gestionnaires à affecter ces résultats

En application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), les EHPAD sont financés « à la ressource » depuis le 1^{er} janvier 2017. Cela signifie que les forfaits soins et dépendance sont déterminés principalement sur la base d'une estimation des besoins des résidents, en lieu et place des anciennes dotations soins et dépendance qui étaient fixées en fonction des dépenses des établissements³⁴. Des financements complémentaires peuvent s'ajouter au résultat de l'équation tarifaire pour constituer le forfait global de soins

Les dispositions de la loi ASV mettent fin à la possibilité pour l'autorité de tarification de reprendre les résultats, que l'établissement soit passé en contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) ou qu'il soit en attente de CPOM en demeurant financé sur la base des anciennes conventions tripartites. En effet, le régime de l'EPRD applicable aux EHPAD à partir du 1^{er} janvier 2017 ne prévoit plus la possibilité de reprise des résultats (articles R. 314-210 à 244 du code de l'action sociale et des familles(CASF)).

S'ils ne peuvent être repris, les résultats doivent néanmoins être affectés. L'affectation des résultats dans les EHPAD privés commerciaux est soumise aux dispositions de l'article R. 314-234 combiné aux dispositions de l'article R. 314-244 du CASF :

- ◆ **l'article R. 314-234 liste ainsi les possibilités d'affectation d'un excédent d'exploitation du compte de résultat.** Celui-ci doit être affecté en priorité à l'apurement des déficits antérieurs du compte de résultat concerné. Les autres possibilités sont l'affectation à un compte de report à nouveau ou de réserve de compensation ;
- ◆ en revanche, **l'article R. 314-244 interdit aux EHPAD privés commerciaux certaines des autres possibilités d'affectation de l'excédent listées au R. 314-234** : l'excédent éventuel du compte d'emploi relatif aux tarifs afférents à la dépendance et aux soins ne peut pas être affecté au financement de mesures d'investissement ni à un compte de réserve de trésorerie ou à la compensation de charges d'amortissement ;
- ◆ **les mêmes articles précisent que le déficit éventuel du compte de résultat est couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire** de ce même compte de résultat.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des établissements commerciaux, y compris ceux en CPOM. En effet, aux termes de l'article R. 314-244, les résultats sont affectés « conformément aux dispositions du CPOM », tout en respectant les règles d'affectation mentionnées ci-dessus pour les EHPAD privés commerciaux. En outre, quand le gestionnaire gère plusieurs établissements ou services, l'article R. 314-235 dispose les contrats peuvent prévoir une libre affectation des résultats entre les comptes de résultats des différents établissements et services médico-sociaux (ESMS) d'un même CPOM, par dérogation à l'article R. 314-234.

³⁴ Cf. le point I. qui rappelle le calcul des équations tarifaires des EHPAD.

Annexe III

En outre, les CPOM peuvent prévoir des modalités particulières d'affectation des excédents. Ainsi, par exemple, le CPOM passé dans l'Orne, prévoit que « *l'affectation de résultat excédentaire représentant plus de 5 % des charges brutes (...) fera l'objet d'une proposition d'affectation de résultat présentée dans le cadre du dialogue de gestion du présent contrat pour accord préalable des autorités de tarification* ».

Cette libre affectation des résultats entre comptes de résultats des différents établissements du CPOM ne signifie pas pour autant une fongibilité entre les résultats des sections tarifaires soins et dépendance d'une part et hébergement d'autre part, sauf à remettre en cause la logique même des sections tarifaires et le périmètre des dépenses imputables sur chaque section.

L'autorité de tarification conserve la possibilité de rejeter certaines dépenses à la clôture de l'exercice. Au moment de l'affectation des résultats, aux termes de l'article R. 314-236, l'autorité de tarification peut rejeter les dépenses « *manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement ou du service* ». Ainsi, l'ARS peut procéder au rejet de certaines dépenses jugées hors de proportion ou ne relevant pas de la section tarifaire soins.

Enfin, l'article R. 314-174 du CASF prévoit une possibilité de modulation de la dotation lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et des collectivités territoriales, le président du conseil départemental module le montant du forfait global. La modulation est opérée sur la tarification de l'exercice en cours et prend en compte le dernier taux d'occupation connu. L'arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles a fixé ce seuil à 95 % pour 2021. Le même article du CASF prévoit que l'autorité de tarification peut tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation. La modulation n'a ainsi pas été appliquée en 2020 et 2021 pour tenir compte des impacts de la crise sanitaire.

4.2. Entre 2017 et 2020, le groupe Orpea a dégagé 20 M€ d'excédents sur ses forfaits, dont seuls 0,9M € ont été dépensés, sans que la comptabilité ne permette d'en retracer le suivi jusqu'en 2022 ni d'en garantir l'affectation dans le respect du cadre réglementaire

4.2.1. Les excédents dégagés par le groupe Orpea sur le financement public des sections soins et dépendance représentent 20 M€ entre 2017 et 2020

Au regard du cadre juridique applicable aux excédents (cf. 4.1) depuis 2017 les excédents réalisés par les EHPAD du groupe Orpea demeurent à la disposition du groupe qui doit cependant respecter les modalités d'affectation réglementaires, déclarer cette affectation au sein des ERRD et en garantir le respect.

En 2021, le groupe Orpea a effectué un travail de recensement des excédents réalisés et de leur utilisation EHPAD par EHPAD et région par région sur la base des ERRD. Ce recensement a été opéré par la direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS).

Annexe III

Le suivi des excédents des établissements conduit sur la base de données des ERRD exploitées par le groupe à retracer 20 M€ d'excédents depuis 2017. Ces 20 M€ s'ajoutent aux 16 M€ d'excédents antérieurs réalisés entre 2002 et 2017 et qui n'avaient pas fait l'objet de reprises (cf. tableau 20). Sur l'ensemble de ces excédents, Orpea n'a retracé, à la date du contrôle, que l'utilisation de 900 000 €, soit 3 % du total des excédents.

Annexe III

Tableau 20 : Excédents, déficits et utilisation des affectations d'excédents réalisés par le groupe Orpea sur les enveloppes soins et dépendance et déclarés au titre des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) remis aux autorités³⁵ (en €)

Région	2017	2018	2019	2020	Solde CPOM	Utilisation des affectations	Solde avec résultats antérieurs à 2017
Alpes-Maritimes	- 855 300,32	- 1 497 912,38	- 1 001 842,22	435 512,00	- 2 919 542,92	0,00	- 2 230 833,63
Aquitaine	- 453 331,13	- 222 079,00	767 592,66	997 314,83	1 089 497,36	415 961,42	673 535,94
Centre	649 178,83	467 404,68	1 061 561,77	658 325,39	2 811 360,62	507 081,56	6 180 317,02
Centre Ouest	1 014 438,86	435 358,67	1 256 081,62	1 337 870,24	4 043 749,39	224 597,09	6 623 197,82
Est	- 72 952,88*	33 899,58	721 156,93	956 849,36	1 638 952,99	30 797,72	2 220 452,49
IDF Nord	93 695,91	41 567,32	498 452,52	197 565,01	831 280,76	3 564,98	827 715,78
IDF Paris	- 631 016,91	- 238 753,55	101 855,04	- 182 949,38	- 950 864,80	0,00	- 950 864,80
IDF Sud	355 057,66*	483 013,30*	779 501,11	1 204 089,36	2 821 661,43	0,00	2 821 661,43
Loire Auvergne	124 210,86	361 751,80	789 882,42	798 488,44	2 074 333,52	- 240 723,04	2 551 339,98
Nord	2 036 899,38	1 563 605,44	2 394 174,22	2 502 616,64	8 497 295,68	0,00	12 033 013,06
Occitanie	180 577,26	440 053,24	360 770,31	390 994,08	1 372 394,89	7 001,46	2 244 128,75
Ouest	489 785,55	151 157,04	924 380,32	965 400,33	2 530 723,24	106 869,38	3 791 909,90
Provence	- 726 978,93	938,45	1 394 211,07	1 772 554,15	2 440 724,74	0,00	4 045 644,58
Rhône Alpes	144 983,27	128 113,04	831 144,45	11 129 407,0	228 232 176	- 169 684,2	326 045 173
Rives de seine	- 2 190 898,05	- 3 223 732,40	- 2 516 518,45	- 835 150,72	- 8 766 299,62	0,00	- 8 766 299,62
Total	158 349,36	- 1 075 614,77	8 362 403,77	12 312 420,43	19 757 558,79*	885 466,37	35 325 370,43

Source : Mission, d'après les tableaux de suivi des excédents constitués par le groupe Orpea.

³⁵ Ces données ont été calculées à partir des tableaux régionaux envoyés par la DRESMS. Trois cases sont différentes du tableau transmis par le contrôle de gestion et sont marquées d'un astérisque. Le montant total des excédents retrouvé par le contrôle de gestion est par conséquent différent de 30 000 € aux données recalculées par la mission, soit 0,15 % de différence.

4.2.2. Les affectations des excédents calculés dans les ERRD ne sont pas traduites comptablement, en contradiction directe avec la réglementation

Le suivi des excédents ne fait l'objet d'aucun schéma comptable interne au groupe permettant de retracer leur affectation dans les comptes et de s'assurer de l'utilisation future des excédents au sein de chaque CPOM et dans le respect des sections tarifaires et du périmètre des dépenses imputables sur chaque section. De ce fait, il est impossible de vérifier si ces excédents sont effectivement ni correctement affectés.

[...]

Le groupe a également transmis un tableau (cf. tableau 21) détaillant les provisions passées par le groupe. Dans ce tableau, les excédents ou déficits des sections soins et dépendance d'une année N correspondent aux excédents ou déficits de ces mêmes sections pour l'exercice précédent.

Tableau 21 : Suivi des excédents et des crédits non reconductibles dans la comptabilité du groupe Orpea (en €)

Catégorie	2018	2019	2020	2021	Cumul
Excédents des sections soins et dépendance de l'année N-1 (source : ERRD)	286	- 1 171	8 362	12 312	19 789
Provision pour modulation	913	3 141	5 052	0	9 106
Provision sur excédent	0	0	0	13 793	13 793
Provisions sur CNR	N.D.	N.D.	N.D.	1 484	1 484
Provisions sur Ségur	N.A.	N.A.	N.D.	6 746	6 746

Source : Tableau remis par le groupe Orpea.

Le cadre comptable des établissements est organisé par le code de l'action sociale et des familles, notamment son article R. 314-5, qui prévoit les dispositions suivantes :

- ◆ « la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements et services gérés par une personne morale de droit privé est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.
- ◆ les comptes non prévus dans ces listes sont ouverts conformément au plan comptable général. »

Annexe III

L'arrêté du 15 décembre 2021 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF fixe ce plan comptable pour 2022. Est ainsi prévu un compte 115 « report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée », dont les subventions sont destinées à enregistrer les affectations des excédents issus du compte de résultat des sections soin et dépendance.

Or, aucun argument juridique n'a pu être opposé à la mission pour justifier la non-application par les établissements du groupe de l'article R. 314-5 du CASF et l'absence d'utilisation des comptes de report à nouveau 115 prévus par le plan comptable pour les établissements et services gérés par une personne morale de droit privé, approuvé par arrêté du 15 décembre 2021 et destinés à garantir un futur emploi de ces sommes conforme à la réglementation. Cet article s'applique de plein droit aux établissements ayant le statut de filiale du groupe. Dans le cas des établissements intégrés à Orpea SA, cette obligation ne peut qu'être portée par l'établissement qui en porte les comptes. Enfin, cet article s'applique explicitement à la comptabilité des établissements. Les comptes d'emplois formalisés dans les ERRD ne peuvent tenir lieu de comptabilité.

Au niveau d'Orpea SA, au-delà du schéma comptable retenu, l'enjeu est la sincérité des comptes, ce qui nécessite de faire apparaître l'existence d'une restriction sur la capacité du groupe à librement utiliser une part de ses fonds propres (35 M € au titre des excédents antérieurs à 2020). Or, entre 2017 et 2020, aucune écriture comptable d'affectation des excédents des sections soin et dépendance n'a été enregistrée dans ses comptes.

[...]

L'absence d'affectation comptable de ces excédents fait courir un risque de sincérité des comptes, dès lors qu'ils ne font pas apparaître l'existence d'une restriction sur la capacité d'Orpea SA à librement utiliser une part de ses fonds propres (35 M€).

5. Les crédits non reconductibles octroyés par les ARS ne sont pas consommés (6M € d'euros en stock fin 2021), et ne font pas fait l'objet d'un suivi comptable consolidé

Le forfait global relatif aux soins est égal, déduction faite du produit prévisionnel de la facturation des tarifs journaliers de soins (produit extrêmement faible, car ne concernant que les résidents non assurés sociaux), à la somme :

- ◆ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles ;
- ◆ des financements complémentaires, mentionnés à l'article R. 314-163 du même code et définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12.

Les « *financements complémentaires* » décrits à l'article R. 314-163 du code de l'action sociale et des familles peuvent notamment recouvrir :

- ◆ les dépenses correspondant à des modalités d'accueil particulières (accueil de jour incluant les dépenses de transport entre le domicile et l'EHPAD, hébergement temporaire, pôle d'activité et de soins adaptés, unité d'hébergement renforcée) ;
- ◆ les dépenses de développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
- ◆ des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
- ◆ des actions de prévention et des actions liées à la gestion des situations de crise exceptionnelles ;
- ◆ des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements.

Ces financements complémentaires peuvent être reconductibles (en particulier pour le financement de certaines modalités d'accueil) ou non reconductibles. Certains crédits non reconductibles sont alloués sur la base d'enveloppes nationales qui sont définies pour 2021 dans la circulaire DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/119 du 8 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Hors le cas particulier des crédits non reconductibles à caractère national (dotations spécifiques réévaluées annuellement au plan national et fléchées afin de faire face à des dépenses ciblées), les crédits non reconductibles correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire. Dans ce cas, s'ils ne peuvent financer des dépenses pérennes auxquelles ils n'étaient pas initialement destinés, ils sont disponibles pour un emploi sur l'exercice N, non reconductible sur l'exercice N + 1 (théoriquement, les crédits octroyés en fin d'année N étant souvent utilisés seulement en année N + 1). Ils ont ainsi vocation à financer uniquement des mesures ponctuelles. Les crédits non reconductibles qui n'ont pas été utilisés pour l'objet pour lequel ils avaient été octroyés peuvent faire l'objet d'une reprise par les agences régionales de santé.

Annexe III

Les crédits non reconductibles (CNR) dont ont bénéficié les établissements du groupe Orpea n'ont pas été consommés intégralement, la transmission de tableaux de suivi de consommation de ces CNR permettant d'identifier des excédents sur les sommes octroyées par les ARS (cf. tableau 22).

Les crédits non reconductibles sont suivis au niveau des directions régionales sur des tableaux Excel, et sont transmis à la DRESMS environ une fois par an. Leur suivi ne fait pas l'objet d'un document standardisé, et les tableaux transmis par les directions régionales permettent d'identifier le caractère insécurisé du suivi de ces crédits, avec des erreurs de calculs et des informations parfois lacunaires.

**Tableau 22 : Excédents de crédits non renouvelables « en stock »
par directions régionales Orpea (en €)**

Région	Montants accordés	Montants dépensés	Excédents
Aquitaine	636 627,00	318 812,39	317 814,61
Alpes-Maritimes	129 112,00	0,00	129 112,00
Provence	428 218,00	53 123,88	375 094,12
Loire Auvergne	60 000,00	18 734,74	41 265,26
Occitanie	161 129,72	29 411,09	131 718,63
Rhône Alpes	244 366,37	88 521,68	155 844,69
Hauts de France	1429 746,09	88 740,35	1 341 005,74
Ouest	555 733,43	122 167,76	433 565,67
Centre	688 412,54	331 723,76	356 688,78
Centre Ouest	542 462,00	223 844,11	318 617,89
IDF Nord	1 847 907,39	1 084 965,51	762 941,88
IDF Paris	803 132,50	421 962,93	381 169,57
RDS	340 853,81	157 155,92	183 697,89
Est	920 742,00	133 590,98	787 151,02
IDF Sud	1 272 112,86	905 691,28	366 421,58
TOTAL	10 060 555,71	3 978 446,38	6 082 109,33

Source : Tableaux de suivi des CNR par direction régionale Orpea.

L'analyse des tableaux de suivi des CNR permet d'identifier la non-consommation de certains crédits depuis plus de dix ans (2011 par exemple pour les EHPAD de Savigny sur Bray, Montmorillon, Montélimar et Villiers le Bel, 2010 à Montigny les Cormeilles, etc.), ceux-ci n'ayant jamais été repris par les agences régionales de santé concernées.

Les CNR non-consommés représentent environ six millions d'euros d'après les tableaux régionaux transmis par Orpea. Le taux de consommation des crédits non reconductibles en solde est de 39,5 %.

Les crédits non reconductibles sont enregistrés au fil de l'eau sur les comptes de produit correspondants. En fin d'année, conformément aux normes comptables applicables, les CNR non consommés, qui sont recensés par la DRESMS avec un risque de non exhaustivité, sont basculés en produits constatés d'avance (PCA), ce qui permet de neutraliser l'effet sur le compte de résultat. Le groupe Orpea n'a pas produit à la mission une procédure interne formalisant la gestion de ces opérations comptables relatives aux PCA. Toutefois, l'analyse des opérations comptables sur les exercices 2017 à 2021 laisse apparaître le schéma suivant : les PCA relatifs à l'année N sont contrepassés au cours de l'exercice comptable N+1, qui enregistre les nouveaux PCA de l'année. Les écritures comptables soulèvent toutefois des interrogations, dès lors que de 2018 à 2021 (à la date de transmission de la balance comptable), les reprises de provision sont systématiquement supérieures aux nouveaux PCA.

Les montants comptabilisés chaque année en PCA n'ont pas pu être justifiés à la mission, au regard notamment des CNR non consommés, et semblent largement sous-estimés face à la non-consommation réelle des CNR (cf. tableau 23).

Annexe III

Tableau 23 : Produits constatés d'avance et suivi de la consommation des CNR (en €)

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Constatation des PCA (crédit)	- 911 380	- 901 956	- 769 566	- 240 500	-130 000
Reprise des PCA (débit)	0	1 160 144	901 956	-639 566	302 000
Solde des PCA de l'exercice	- 911 380 €	258 188	132 390	399 066	172 000

Source : Tableaux de suivi des CNR par les directeurs régionaux transmis par la DRESMS, retraitement mission ; grand livre, compte 487, entre 2017 et 2021.

Ultérieurement à la transmission des balances, le groupe Orpea a indiqué avoir passé une provision à hauteur de 1,484 M€ pour 2021, correspondant à des sommes reçues en 2021 et dont l'utilisation est prévue en 2022 ou 2023³⁶. Cette provision vise ainsi à couvrir les seuls crédits non consommés de 2021 et ne couvre pas l'intégralité des CNR non consommés à date par le groupe Orpea.

Le suivi des dépenses effectuées au titre des CNR par la DRESMS ne garantit pas que l'ensemble des dépenses effectuées à ce titre sont intégralement retracées. En effet, le système de remontée des factures de dépenses sur CNR à la DRESMS est uniquement déclaratif et peu cadré (par exemple via des mentions dans l'outil achat ou l'envoi de la facture directement par la direction régionale).

Enfin, les interrogations sur la fiabilité relative du suivi des CNR par le groupe Orpea sont illustrées par l'écart entre les données transmises par la CNSA et le suivi de la DRESMS :

- ◆ en 2018, la somme des CNR alloués dans les tableaux DRESMS est de 1,4 M€, contre 1 M€ d'après les chiffres CNSA ;
- ◆ en 2019, la somme des CNR alloués dans les tableaux DRESMS est de 1,2 M€, contre 987 000 € selon la CNSA.

Toutefois, malgré ce défaut de fiabilité du suivi, dès lors que le groupe Orpea n'est pas en capacité de démontrer qu'il a provisionné comptablement à hauteur des CNR réellement non consommés, **la mission estime que l'écart entre les CNR non consommés et les PCA comptabilisés (soit 4,598 M€) a indûment majoré le résultat comptable du groupe Orpea.**

6. Les pouvoirs de contrôle budgétaire et financier des ARS ont été significativement amoindris par la loi ASV et les rejets de dépense ponctuels ne conduisent pas à remettre en cause les modalités de calcul des ERRD par le groupe Orpea

Les agences régionales de santé ont compétence pour contrôler les EHPAD sur la base de l'article L. 313-13 du CASF, qui dispose que l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation d'activité d'un établissement social ou médico-social contrôle aussi l'application des dispositions du code. Cette compétence est conjointe à celle des conseils départementaux, conformément aux dispositions des articles L. 313-3 et L. 313-13 du CASF.

L'annexe consacrée à la politique de contrôle revient sur les moyens accordés et les contrôles généraux des annexes. La présente partie de l'annexe se concentre sur les échanges avec les autorités de contrôle autour des forfaits et des ERRD.

Le contrôle budgétaire et financier exercé par les ARS s'exerce au titre :

- ◆ des dispositions générales de l'article L. 313-13 du CASF relatives au contrôle des ESMS ;

³⁶ Il s'agit de formations pour les référents « bientraitance » ou d'équipements pour la télémédecine en EHPAD.

Annexe III

- ◆ des dispositions de l'article L. 313-14-1 du CASF, qui prévoient que l'autorité de tarification peut adresser une injonction et produire un plan de redressement en cas de « *déséquilibre financier significatif et prolongé* » ou de « *dysfonctionnements dans la gestion financière de ces établissements et de ces services* » ;
- ◆ des dispositions des articles R. 314-56 et R. 314-57 du CASF qui prévoient que les ESMS et la personne morale qui en assure la gestion, « *doivent être à tout moment en mesure de produire aux autorités de tarification ou de contrôle, sur leur demande, les pièces qui attestent du respect de leurs obligations financières, sociales et fiscales* », et que les inventaires d'équipements et de matériels doivent être tenus à la disposition des autorités de tarification et de contrôle.

Outre ces contrôles, en application de l'article L. 313-14-2 du CASF, les ARS et les conseils départementaux peuvent demander la récupération de certains montants s'ils constatent des dépenses sans rapport (ou « *manifestement hors de proportion* ») avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou de services fournissant des prestations comparables, ou des recettes non comptabilisées.

Le groupe Orpea a produit des documents indiquant le rejet par des ARS de charges à l'ERRD dans sept départements.

[...]

Annexe III

[...]

ANNEXE IV

L'organisation des achats et la relation avec les fournisseurs du groupe Orpea

SOMMAIRE

1. LA CHAÎNE DES ACHATS DU GROUPE EST CENTRALISÉE, LES ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE FAIBLE AUTONOMIE DANS LE CHOIX DES BIENS ET SERVICES COMMANDÉS.....	1
1.1. Les services supports du siège exercent un contrôle fort sur les contrats signés avec les fournisseurs	1
1.2. Les commandes hors alimentaire représentent [...] M€ en 2021 soit [...] % du montant total et font l'objet d'un contrôle des directeurs régionaux sur un logiciel dédié selon des seuils définis par région.....	2
1.3. Une organisation distincte a été mise en place pour les achats alimentaires qui représentent [...] M€ en 2021 soit [...] %	2
1.3.1. <i>Les commandes alimentaires se font uniquement au sein d'un catalogue de références hébergé sur une plateforme distincte.....</i>	<i>2</i>
1.3.2. <i>L'approvisionnement en denrées alimentaires est géré par la filiale [...], basée au Portugal et dirigée par le directeur des achats groupe</i>	<i>3</i>
1.4. Le service achats groupe dispose de chiffres consolidés permettant des comparatifs entre établissements.....	5
1.5. 16 % des achats hors alimentaire concernent deux fournisseurs : [...] et [...].....	5
1.6. La mission n'a pas mis à jour d'anomalie majeure dans la fourniture de protections contre l'incontinence	6
2. LA PERCEPTION DE COMMISSIONS SUR LES ACHATS A POUR CONSÉQUENCE LA REMONTÉE DANS LE COMPTE DE RÉSULTAT DU GROUPE DE 3 À 5 M€ PAR AN DE FONDS PUBLICS DESTINÉS AU FINANCEMENT DES SOINS ET DE LA DÉPENDANCE.....	7
2.1. Orpea prévoit historiquement dans ses relations avec les fournisseurs des remises de fin d'année, qui ont progressivement été transformées en contrats de prestation de service	7
2.2. Le caractère douteux de l'avantage donnant lieu à des commissions laisse à penser qu'il s'agit bien de remises de fin d'année, pour un montant cumulé de 13 à 18 M€ sur les soins et la dépendance entre 2017 et 2020	9
2.2.1. <i>Le cadre juridique actuel exige un avantage réel accordé au fournisseur en contrepartie du paiement d'une prestation de service</i>	<i>9</i>
2.2.2. <i>La mission a analysé un échantillon de seize commissions dont il ressort au moins quatre irrégularités et le constat que les prestations sont majoritairement imprécises ou inhérentes à la relation contractuelle</i>	<i>10</i>
2.2.3. <i>La facturation des prestations de service analysées est par ailleurs contraire aux exigences de transparence du code du commerce.....</i>	<i>12</i>
2.2.4. <i>La requalification en RFA de ces commissions signifierait que sur la période 2017-2020, 13 à 18 M€ ont été indûment remontés dans le compte de résultat d'Orpea au lieu de financer des charges afférentes aux soins et à la dépendance.....</i>	<i>12</i>

Annexe IV

La mission a été interrogée sur la gestion par le groupe Orpea des forfaits globaux « soins » et « dépendance » perçus par les établissements (point 6 de la lettre de mission) et sur ses pratiques relatives à l'attribution des consommables (point 2). La mission a par conséquent cherché à caractériser la gestion des achats par le groupe selon deux axes :

- ◆ l'organisation de la chaîne des achats et l'implication du siège dans le suivi des achats par les établissements ;
- ◆ la perception par le siège de commissions sur les produits achetés par les établissements, notamment dans les champs soins et dépendance.

1. La chaîne des achats du groupe est centralisée, les établissements ayant une faible autonomie dans le choix des biens et services commandés

1.1. Les services supports du siège exercent un contrôle fort sur les contrats signés avec les fournisseurs et les achats sont réalisés à 97 % au sein d'un catalogue

La fonction achats du groupe Orpea est organisée de la façon suivante :

- ◆ selon l'organigramme groupe en date du 8 février 2022, le service achats groupe comprend 17 agents. Il est rattaché au service « finance et administration » ;
- ◆ selon l'organigramme du service achats France en date du 1^{er} janvier 2022, le service achats France comprend sept agents. Il est rattaché au service des fonctions supports ;
- ◆ selon les standards groupes « achat » en date du 30 novembre 2020, l'ensemble des achats « global » et « national » sont pilotés respectivement par le service achats groupe et le service achats France, qui interviennent tout au long du processus du lancement de l'appel d'offre au suivi de la prestation.

Selon la liste des appels d'offres fournie par Orpea, sur la période 2017-2021, le service achat a lancé 139 appels d'offres dont 5 dans le domaine médical et 1 dans le domaine de l'hygiène. Tous les contrats signés avec les fournisseurs sont validés par le service juridique. Les contrats sont signés par :

- ◆ le directeur achats groupe pour les contrats « global » ;
- ◆ le directeur national pour les contrats « national » ;
- ◆ selon les délégations de signatures pour les contrats « local ».

Une autonomie faible est laissée aux directeurs d'établissement, sous le contrôle des directeurs régionaux et du service achat. Selon la liste des fournisseurs en date du 10 février 2022, le groupe a contractualisé avec 24 222 fournisseurs dont 9 % au niveau global, 33 % au niveau national et 58 % au niveau local. Sur le périmètre des résidences en France, on dénombrait, en 2021, 9 182 fournisseurs selon l'extraction DEMAT du 19 mars 2022. Le document-type de délégation de compétences et de mission des directeurs d'exploitation (ou d'établissement) n'apporte pas de précision sur les possibilités de signature de contrats locaux. Au niveau local, toute dérogation au contrat groupe dans le cadre de la mise en place d'un contrat local doit faire l'objet d'une validation par le service achat.

1.2. Les commandes hors alimentaire représentent [...] M€ en 2021 soit [...] % du montant total et font l'objet d'un contrôle des directeurs régionaux sur un logiciel dédié selon des seuils définis par région

Le groupe Orpea dispose du système d'information eProc pour les achats hors alimentaire. Selon les fiches processus eProc de février 2020, le logiciel permet de gérer les processus suivants :

- ◆ saisies et validation des demandes d'achat : la demande d'achat peut être « catalogue » ou « hors catalogue », dans ce second cas elle devra être validée. Par ailleurs, les demandes « catalogue » peuvent nécessiter une validation du directeur régional (montant seuil¹ variable selon les régions, dépassement du budget ou type de dépense). Le bon de commande est généré automatiquement et envoyé au fournisseur ;
- ◆ demande et validation des nouveaux fournisseurs par le service achats ;
- ◆ traitement des factures par le service comptable et réception par l'établissement.

Selon les standards groupes « achat » en date du 30 novembre 2020, lorsque le produit ou le fournisseur n'est pas référencé, la demande doit être validée par le service achats, sauf pour les contrats locaux. Lorsque le produit est référencé, la demande d'achat peut être soumise à validation de la direction régionale selon des critères pré-enregistrés dans eProc.

Selon l'extraction eProc du 18 mars 2022, les commandes réalisées via eProc représentaient [...] M€ HT en 2021, soit [...] % des achats hors alimentaires.

La demande d'achat devient ensuite une commande fournisseur formalisée par un bon de commande. Les commandes sont validées selon les délégations. Le document-type de délégation de compétences et de mission des directeurs d'exploitation précise que ces derniers doivent « effectuer les achats dans le strict cadre du budget défini et auprès des fournisseurs référencés, valider les factures et les transmettre au siège. »

Lors de la réception de la commande, le bon de livraison est réconcilié avec le bon de commande. La réception est validée par signature du bon de livraison. En cas d'anomalie, la régularisation est demandée au fournisseur via une fiche de signalement. Ces anomalies sont suivies par le service achat.

À réception de la facture, celle-ci est rapprochée du bon de livraison et de la commande. La facture est transmise au service comptable après avoir été validée par le directeur d'exploitation.

1.3. Une organisation distincte a été mise en place pour les achats alimentaires qui représentent [...] M€ en 2021 soit [...] %

1.3.1. Les commandes alimentaires se font uniquement au sein d'un catalogue de références hébergé sur une plateforme distincte

La plateforme [...], mise à disposition par la filiale [...] (cf. 1.3.2), est dédiée aux achats alimentaires. Selon le rapport des utilisateurs [...], seuls les directeurs d'exploitation, certains personnels administratifs et les cuisiniers en chef et seconds ont accès à la plateforme. Il n'y a pas de validation des commandes au niveau régional, aucun des directeurs régionaux n'ayant d'habilitation sur la plateforme.

Selon le guide utilisateur [...] en date du 20 septembre 2017, les menus sont préenregistrés par le service restauration du siège. **Les commandes ne peuvent porter que sur des produits référencés.** La livraison est également validée dans le logiciel.

¹ Les établissements contrôlés par la mission font état d'un seuil de validation de la direction régionale autour de 500 €.

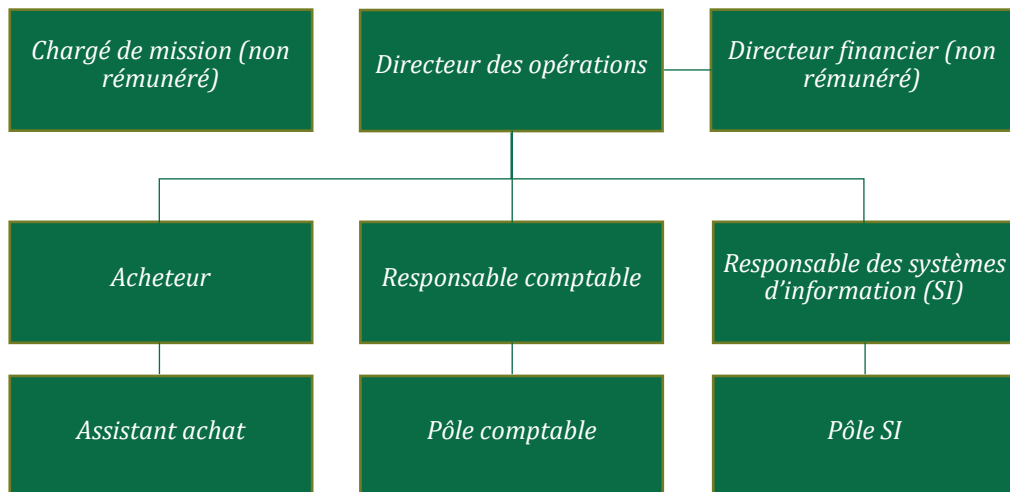
Annexe IV

Les commandes boulangerie sont passées au niveau local, la facture mensuelle est néanmoins enregistrée dans [...].

1.3.2. L'approvisionnement en denrées alimentaires est géré par la filiale [...], basée au Portugal et dirigée par le directeur des achats groupe

L'approvisionnement en denrées alimentaires a fait l'objet d'un contrat cadre entre la société Orpea et la société [...] entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020. Il est à noter que la société [...], basée en Suisse, est dirigée à la date du contrat par le directeur des achats groupe. L'organigramme fourni à la mission en février 2022 fait apparaître une évolution à la tête de cette structure : le directeur des achats est désormais présenté comme un « chargé de mission (non rémunéré) », l'adjoint à la direction achats groupe, figure en tant que « *chief operating officer* (COO, directeur des opérations) », tandis que le directeur informatique apparaît en tant que « *chief financial officer* (CFO, directeur financier) (non rémunéré) » (cf. figure 1).

Figure 1 : Organigramme de la société [...]



Source : Mission, d'après les organigrammes des centrales d'achats en date du 28 février 2022.

Contrairement à ce qui apparaît dans cet organigramme, la mission a constaté que le directeur des achats du groupe Orpea (chargé de mission) et le directeur informatique (directeur financier) du groupe Orpea pourraient être rémunérés par [...]. Les deux contrats de travail à durée indéterminée, en date du 1^{er} janvier 2018, prévoient en effet une rémunération comprise entre 100 000 et 200 000 CHF pour une quotité travaillée de 30 %. Le groupe a produit, pour démontrer la fin des deux contrats, un courrier d'avocat à l'administration suisse concernant leur statut de résident, qui ne permet pas d'établir la fin de la relation contractuelle. La mission note par ailleurs que le directeur des achats du groupe Orpea a été signataire en tant que représentant de [...] sur la convention 2021 conclue avec [...].

Les prestations mentionnées dans le contrat avec [...] comprennent :

- ◆ l'accès à la plateforme [...] permettant notamment la commande de denrées auprès d'un réseau de fournisseurs ;
- ◆ la formation du personnel des établissements à l'utilisation de la plateforme ;
- ◆ la mise à disposition d'un catalogue de références industrielles alimentaires ;
- ◆ le compte-rendu mensuel du coût de revient journalier (CRJ) et de la valeur des achats.

Annexe IV

La société [...] achète en son nom les denrées. Elles sont transférées à la société Orpea lors de la livraison aux établissements. Le contrat s'exécute dans ce cadre budgétaire. Outre le prix des denrées, la société Orpea paye 196 € HT par mois par établissement au titre des frais fixes. Ce prix est révisable au 1^{er} janvier de chaque année d'exécution.

Cette organisation a évolué au 1^{er} janvier 2021 avec l'entrée en vigueur d'un contrat-cadre signé avec la centrale d'achat [...]. Basée au Portugal, elle est représentée par le directeur des achats groupe et son adjoint. Les prestations sont les mêmes que le précédent contrat signé avec [...], filiale dont les activités ont été redirigées vers l'international uniquement selon le directeur des achats groupe.

Le CRJ des denrées indiqué dans le contrat transmis à la mission est de 4,30 € HT pour la gamme 1 et 5,65 € HT pour la gamme 2, revalorisable annuellement. Le groupe Orpea a signalé à la mission l'existence d'une gamme 3, correspondant à des « *établissements haut de gamme pour lesquels les chefs sont recrutés aussi sur leurs parcours, leur identité culinaire et s'adaptent aux besoins* »². Il n'existe pas de standards pré-établis en raison de trop fortes disparités des attentes entre les sites de gamme 3. Selon les standards restauration d'avril 2018, supports établis pour donner à un chef une « *fourchette d'idée de son positionnement* », il n'y a que quelques différences entre les gammes 1 et 2 :

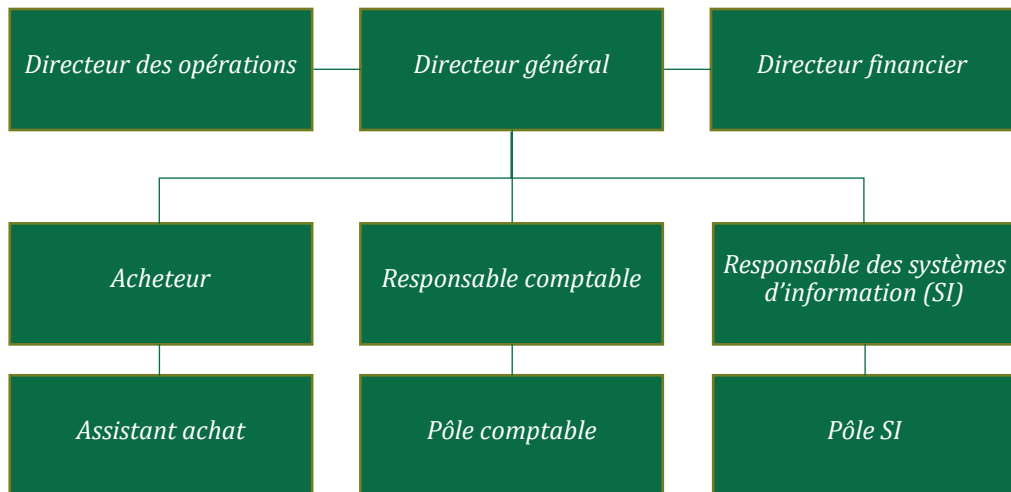
- ◆ le ratio d'arabica dans le café du petit-déjeuner et du déjeuner est de 50 % en gamme 1 et 70 % en gamme 2 ;
- ◆ pour les déjeuners de la gamme 2, il est indiqué dans les composantes du menu journalier que « *la viande fraîche est à privilégier ; prioriser le poisson frais 1 fois par semaine* » ;
- ◆ le petit-déjeuner de la gamme 2 comporte en complément un yaourt et/ou un jus de fruit sur demande du résident. Il est précisé sur ce même support que « *sur demande* » signifie « *ne pas proposer, attendre une éventuelle demande* ».

Outre le prix des denrées, la centrale facture mensuellement des frais fixes de 203 € HT par établissement. En décembre 2021, [...] a facturé 46 889,12 € HT au titre de 227 résidences. Selon le directeur des achats, les frais fixes correspondent à la redevance du logiciel [...], néanmoins **le cadre contractuel porté à la connaissance de la mission ne précise pas les prestations rémunérées**. Par ailleurs, en décembre 2021, les frais fixes ont été de 206 € par établissement au lieu de 203 €.

L'organigramme de la filiale [...] fait à nouveau apparaître dans sa gouvernance le trio dirigeant de [...] (cf. figure 2). Le directeur des achats du groupe Orpea y est présenté comme le « CEO (directeur général) » et le directeur informatique comme le « CFO » Ils sont rémunérés entre 100 et 200 k€ (dont entre 10 et 20 k€ fixes) pour une quotité de 30 %, selon les deux contrats de travail en date du 15 décembre 2020. Le directeur des achats adjoint est le « COO », fonctions rémunérées entre 50 et 150 k€ (dont entre 40 et 50 k€ fixes) pour une quotité de 15 %, selon le contrat de travail en date du 1^{er} avril 2021.

² Les citations de ce paragraphe proviennent d'un courriel de la responsable du service restauration d'Orpea en date du 16 février 2022.

Figure 2 : Organigramme de la société [...]



Source : Mission, d'après les organigrammes des centrales d'achats en date du 28 février 2022.

1.4. Le service achats groupe dispose de chiffres consolidés permettant des comparatifs entre établissements

Selon les standards groupes « achat » en date du 30 novembre 2020, le service achats effectue par ailleurs un suivi des achats par trois biais :

- ◆ une analyse mensuelle des consommations et des coûts résident jour par établissement ;
- ◆ un suivi trimestriel des remises de fin d'année (RFA) ;
- ◆ une revue semestrielle de la performance achat par famille d'achats.

Néanmoins, le tableau de suivi des redevances de prestations logistiques et informatiques est établi par le département « administration des ventes » au sein du service « finance » France.

À titre d'exemple, l'analyse mensuelle des consommations et CRJ effectuée pour les produits Adisco pour le mois de décembre 2021 comprend les axes suivants :

- ◆ pour chaque établissement :
 - chiffre d'affaire réalisé par le fournisseur et nombre de commandes ;
 - écart entre les montants budgétés et facturés ;
 - écart entre le CRJ budgété et réel ;
- ◆ pour chaque région, liste des établissements ayant facturé plus que le budget prévu.

Selon le directeur des achats du groupe, ces analyses sont fournies aux directeurs régionaux.

1.5. 16 % des achats hors alimentaire concernent deux fournisseurs : [...] et [...]

Selon l'extraction eProc du 18 mars 2022, les achats réalisés hors alimentaire par les établissements Orpea via eProc ont représenté 197 M€ HT en 2021 dont 26 % d'équipements médicaux et 18 % de produits d'hygiène financés par les forfaits globaux soins et dépendance (cf. tableau 1).

Annexe IV

Tableau 1 : Montant des achats eProc hors alimentaire des établissements Orpea en 2021

Catégorie	Montant (M€ HT)
Équipement médical	[...]
Hygiène	[...]
Prestataire externe médical	[...]
Produits d'entretien	[...]
Restauration - gros matériel	[...]
Autre	[...]
Total	[...]

Source : Mission, d'après l'extraction eProc du 18 mars 2022.

Les principaux fournisseurs en 2021, en montant cumulé d'achat hors taxes sont :

- ◆ [...] pour [...] M€ HT ([...] % des achats), qui fournit du matériel médical, notamment en location ;
- ◆ [...] pour [...] M€ HT ([...] % des achats), qui fournit notamment les protections pour l'incontinence ;
- ◆ [...] pour [...] M€ ([...] % des achats), qui fournit notamment des produits d'entretien.

Les autres fournisseurs représentent chacun moins de 4 % des achats en 2021.

La liste des marchés relatifs aux soins et à la dépendance montre que dans ces domaines, il n'y a eu aucun changement de fournisseur depuis 2018. Les deux fournisseurs principaux en volume d'achat, [...] et [...], ont des contrats datant respectivement de 2008 et 2014.

1.6. La mission n'a pas mis à jour d'anomalie majeure dans la fourniture de protections contre l'incontinence

Les produits d'incontinence font l'objet d'un contrat avec la société [...] signé en 2014. Les prix sont révisables annuellement à la date anniversaire du contrat. Le tableau d'évolution des tarifs [...] fourni par Orpea montre une baisse moyenne de 4 % des prix hors taxes entre 2015 et 2021³.

Selon le récapitulatif des achats [...], en 2020, le prix moyen payé par catégorie de protection est de :

- ◆ 0,16 € pour la catégorie incontinence légère ;
- ◆ 0,34 € pour la catégorie incontinence moyenne ;
- ◆ 0,39 € pour la catégorie incontinence sévère ;
- ◆ 0,50 € pour la catégorie [...] ;
- ◆ 0,64 € pour la catégorie [...].

Le récapitulatif des achats [...], croisé avec les données fournies par Orpea sur le nombre de résidents par année, montre que le nombre moyen de protection par résident par jour est compris entre 2,2 et 2,3 sur la période 2018-2020⁴, y compris les résidents non incontinents.

³ Analyse réalisée sur 44 références proposées depuis 2015.

⁴ Analyse réalisée sur 217 établissements.

Il convient toutefois de noter que les synthèses régionales des contrôles réalisés par les agences régionales de santé (ARS) en février 2022 sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea montrent des anomalies sur la gestion et la distribution de protections pour deux régions :

- ◆ en Bretagne les inspecteurs ont noté un manque ponctuel de protections, en particulier le week-end dans l'unique structure appartenant au groupe dans cette région ;
- ◆ dans les Hauts-de-France, les inspecteurs ont noté des protections non adaptées aux besoins des personnes dans deux structures sur douze contrôlées.

2. La perception de commissions sur les achats a pour conséquence la remontée dans le compte de résultat du groupe de 3 à 5 M€ par an de fonds publics destinés au financement des soins et de la dépendance

2.1. Orpea prévoit historiquement dans ses relations avec les fournisseurs des remises de fin d'année, qui ont progressivement été transformées en contrats de prestation de service

Selon les standards groupes « achat » en date du 30 novembre 2020, il est recommandé de prévoir des « *ristournes trimestrielles, semestrielles ou annuelles liées au volume d'affaire réalisé* ». Néanmoins, **le groupe dit avoir progressivement transformé ces RFA en redevances pour prestations**. Il est à noter qu'une forme de confusion est entretenue par le fait que les courriels internes du groupe⁵ ainsi que les standards achats groupe en date du 24 novembre 2020 utilisent encore la dénomination de RFA.

Selon le tableau de suivi des redevances sur prestations logistiques et administratives, **le groupe Orpea a facturé 8,68 M€ HT de commissions pour l'exercice 2020 :**

- ◆ 2,81 M€ au laboratoire [...] (32,4 % des commissions) ;
- ◆ 0,99 M€ à [...] Services (11,4 % des commissions) ;
- ◆ 0,76 M€ au groupe [...] (8,7 % des commissions) ;
- ◆ 0,75 M€ à [...] (8,6 % des commissions) ;
- ◆ 0,50 M€ au groupe [...] (5,8 % des commissions) ;
- ◆ 0,37 M€ au groupe [...] (4,3 % des commissions) ;
- ◆ 0,19 M€ à [...] (2,2 % des commissions).

Les autres commissions représentent chacune moins de 2 % du total des commissions 2020.

Il est à noter que le tableau ne concerne que **les redevances versées au siège et aux filiales d'Orpea**, hors établissements. Les commissions hors filiales sont par ailleurs suivies depuis mi 2020 dans l'outil Monea. Selon l'extraction Monea du 24 janvier 2022, les établissements (EHPAD uniquement) ont facturé pour l'exercice 2021 :

- ◆ 0,95 M€ HT aux laboratoires ;
- ◆ 0,49 M€ HT aux autres fournisseurs.

Concernant les prestations facturées aux laboratoires, le contrat cadre passé avec [...] le 1^{er} octobre 2014 prévoit par exemple la fourniture de consommables et de personnels pour les prélèvements par les établissements. Il est à noter que le personnel médical de l'établissement étant financé par l'Assurance maladie, cela pose la question d'un double compte entre les prestations facturées aux laboratoires et le salaire des personnels médicaux.

⁵ Échange de mail entre le service achats et le service administration des ventes au cours de l'année 2021.

Annexe IV

Ce montant doit cependant être considéré comme un minorant, l'ensemble des commissions de l'année 2021 n'ayant pas encore été facturées⁶. Par ailleurs, le tableau comporte des imprécisions sur le périmètre des commissions perçues : il comprend au moins une commission versée à [...] par [...] au titre de son activité internationale, alors qu'au contraire la commission versée par [...] au titre d'activités à l'international n'est pas répertoriée. Le groupe Orpea fait valoir dans le contradictoire qu'il s'agit d'une anomalie.

À partir de la clé de répartition fournie par le service achats, la mission a identifié les commissions versées au siège dans le secteur médical. **La mission évalue ainsi à 4,61 M€ HT le montant annuel moyen des commissions perçues par le siège contre des prestations de service sur des produits soins et dépendance sur la période 2017-2020** (cf. tableau 2).

Dans le cadre du contradictoire, le groupe Orpea a signalé à la mission que les données initialement communiquées étaient incorrectes et devaient faire l'objet de retraitements supplémentaires. Il est notamment indiqué que :

- ◆ les données du tableau initialement transmis à la mission ne permettent pas de distinguer les commissions perçues au titre de l'activité réalisée sur la branche clinique. Néanmoins, au sein de l'échantillon de fournisseurs analysés par la mission, les commissions facturées par Clinéa en 2020 représentaient 1 % des commissions totales ;
- ◆ les données initialement fournies par le groupe ne permettent pas de singulariser le périmètre France, alors que c'est bien le périmètre sur lequel portent les investigations de la mission.

Selon un tableau transmis par Orpea après l'échéance de la date de contradictoire (23 mars 2022), le montant des commissions perçues sur le périmètre « EHPAD France – soins et dépendance » peut être évalué à 12,54 M€ sur toute la période 2017-2020. Étant donné que le groupe a transmis ces éléments de manière extrêmement tardive et sans pièces justificatives, la mission n'a pas été placée en mesure de vérifier l'exactitude de ces chiffres. En conséquence, ce montant est considéré comme un minorant dans le présent rapport.

⁶ À titre d'exemple les commissions hors laboratoires versées au titre du 4^{ème} trimestre 2021 représentent moins de 50 % des montants perçues pour les autres trimestres.

Annexe IV

Tableau 2 : Commissions perçues par Orpea (hors commissions directement perçues par les établissements) sur la période 2017-2020 (en M€ HT)

Année	2017	2018	2019	2020	Moyenne	Cumul 2017-2020
Chiffre d'affaire réalisé par les fournisseurs	89,57	88,01	126,29	106,09	102,49	409,97
Commissions perçues	9,17	9,20	8,79	8,68	8,96	35,83
dont périmètre soins/dépendance ⁷ - évaluation IGF	4,79	4,44	4,48	4,72	4,61	18,43
dont périmètre soins/dépendance - évaluation post-contradictoire Orpea	2,85	2,90	3,36	3,43	3,14	12,54

Source : Mission, d'après le tableau de suivi des redevances de prestations logistiques et informatiques 2017-2020 en date du 28 février 2021 et le tableau retraité par Orpea en date du 23 mars 2022.

2.2. Le caractère douteux de l'avantage donnant lieu à des commissions laisse à penser qu'il s'agit bien de remises de fin d'année, pour un montant cumulé de 13 à 18 M€ sur les soins et la dépendance entre 2017 et 2020

2.2.1. Le cadre juridique actuel exige un avantage réel accordé au fournisseur en contrepartie du paiement d'une prestation de service

L'article L. 442-1 du code de commerce exige la fourniture effective d'un service spécifique en échange d'une contrepartie proportionnée : « Engage la responsabilité de son auteur et l'oblige à réparer le préjudice causé le fait, dans le cadre de la négociation commerciale, de la conclusion ou de l'exécution d'un contrat, par toute personne exerçant des activités de distribution ou de services : 1° **D'obtenir ou de tenter d'obtenir de l'autre partie un avantage ne correspondant à aucune contrepartie ou manifestement disproportionné au regard de la valeur de la contrepartie consentie** ».

Une jurisprudence fournie existe sur la requalification de prestations de service en remise, notamment dans le secteur de la grande distribution :

- ◆ la cour d'appel de Colmar a ainsi déclaré nuls, dans son arrêt du 12 juin 2008⁸, des contrats de coopération commerciale ayant conduit à la perception d'avantages ne correspondant à aucun service commercial réel ;
- ◆ en 2017, la Cour de cassation⁹ a confirmé l'arrêt de la Cour d'appel de Paris du 1^{er} juillet 2015 jugeant **que les RFA de la société GALEC caractérisaient un déséquilibre significatif dans la mesure où les fournisseurs concernés ont versé ces remises sans obligation réelle du distributeur**. Les prestations financées n'ont pas été jugées suffisantes : en l'espèce, la réception des camions incombe au distributeur puisqu'en tant qu'acheteur, il a l'obligation de prendre livraison de la chose acquise. De même, le stockage des marchandises incombe au distributeur dès qu'il les achètees ;
- ◆ par ailleurs, la réalisation d'un certain niveau de chiffre d'affaires ne constitue pas un service spécifique¹⁰ ;
- ◆ de même, l'obtention d'un droit de référencement sans assortir celui-ci d'un engagement écrit sur un volume d'achat proportionné est un avantage sans contrepartie¹¹.

⁷ Clé de répartition des fournisseurs relevant de la section soins/dépendance fournie par le service achats : [Liste de 25 fournisseurs].

⁸ Cour d'appel de Colmar, 12 juin 2008, 05/05738.

⁹ Cour de cassation, 25 janvier 2017, n° 15-23547.

¹⁰ Tribunal de commerce de Manosque, 6 mai 2008.

¹¹ Tribunal de commerce de Honfleur 19 décembre 2008, Ministre c/ SAS SADEF.

Ainsi, les commissions versées à la société Orpea par ses fournisseurs doivent :

- ◆ faire l'objet de contreparties réelles et précises ;
- ◆ ne pas rémunérer des prestations incombant normalement à la société¹².

Dans le cas contraire, ces commissions s'analyseront comme des remises¹³. Or, pour ce qui concerne les achats portant sur les soins et la dépendance, ces remises reviendraient à remonter une partie des financements publics dans les comptes du groupe alors qu'ils auraient dû abonder le budget soins et le budget dépendance des EHPAD.

2.2.2. La mission a analysé un échantillon de seize commissions dont il ressort au moins quatre irrégularités et le constat que les prestations sont majoritairement imprécises ou inhérentes à la relation contractuelle

La mission a analysé un échantillon de seize commissions reçues par le groupe au niveau siège, facturées à onze fournisseurs en 2020 représentant 5,85 M€ HT, soit 67 % des commissions perçues cette année-là hors établissements (cf. tableau 3 et tableau 4).

Sur les seize commissions examinées ressortent les constats suivants :

- ◆ s'agissant de leur nature :
 - une commission correspond à une bonification de fin d'année ;
 - quatorze commissions sont perçues en échange de prestations de services ;
 - **une commission n'a pu être caractérisée par la mission** ([...] : absence de clause concernant la commission au siège dans le contrat) ;
- ◆ s'agissant de la modalité de rémunération :
 - quatorze commissions sont proportionnelles au chiffre d'affaires réalisé par le fournisseur ;
 - deux commissions sont forfaitaires.

La mission a constaté plusieurs **irrégularités sur cet échantillon** :

- ◆ deux commissions sont couvertes par un contrat signé en 2021, soit postérieurement à l'année 2020 ([...], [...]) ;
- ◆ **une commission ne fait l'objet d'aucun contrat ([...])** – malgré les demandes répétées de la mission, Orpea n'a pas été en mesure de produire de base contractuelle à cette rémunération, qui n'est en tout état de cause pas prévue dans le contrat cadre ;
- ◆ **le taux de commission de 10 % du chiffre d'affaire du matériel médical pour [...] n'est pas précisé dans la convention.** Selon le directeur des achats, ce taux est négocié directement avec le fournisseur mais aucun document n'a pu être produit pour le justifier.

Sur les onze fournisseurs étudiés, quatre d'entre eux versent également des commissions aux établissements du groupe et l'un d'entre eux verse également une commission à la centrale d'achat [...], filiale du groupe.

¹²Cf. Tribunal de commerce de Dreux, 9 octobre 2008, *Ministre c/ Gournay distribution* : la prestation relative à l'écrêtage et aux palettes au sol relève des fonctions du distributeur car elle correspond au mode habituel de mise en vente des eaux minérales. Elle ne peut faire l'objet d'une rémunération.

¹³ Cf. Cour d'appel de Versailles, 21 février 2008, n° 06/07836 : requalification d'une prestation d'optimisation du linéaire gamme en remise, l'intitulé ayant été jugé imprécis et ne correspondant pas à une prestation réelle.

Pour la totalité de l'échantillon, au moins l'une des prestations de services qui est à l'origine du versement est imprécise et/ou inhérente à la relation contractuelle :

- ◆ soit les prestations concernent la relation commerciale avec les établissements, qui ont pourtant en grande majorité la même personnalité juridique que le siège et ne constituent donc pas des clients distincts :
 - référencement des produits auprès des établissements du groupe ([...], [...], [...], [...], [...], [...]);
 - suivi de la relation commerciale ou transmission de contacts commerciaux au sein des établissements ([...], [...], [...], [...]);
 - mise à disposition de la liste des établissements du groupe ([...], [...], [...], [...], [...], [...]);
 - communication des informations nécessaires au fonctionnement et au suivi des conventions d'application avec les établissements du groupe ([...]);
 - informatisation de la prise de commande par les établissements ([...]);
 - gestion des litiges entre le fournisseur et les établissements ([...], [...]);
- ◆ soit les prestations concernent la fourniture de données dont l'intérêt pour le fournisseur reste à démontrer :
 - fourniture d'indicateurs qualité et/ou de niveau de plaintes ([...]);
 - analyse de l'adéquation des biens fournis par rapport au besoin ([...]);
- ◆ soit les prestations sont très imprécises, comme l'accompagnement au développement ([...]).

Dans le cas de [...], deux commissions représentant au total 13 % du CA sur les produits d'incontinence sont justifiées par le droit d'usage de la licence de marque, défini comme le droit pour la société « *de se prévaloir de sa qualité de fournisseur [...] dans ses documents commerciaux* » et « *sur son site Internet* ». Il est à noter que le contrat de 2014 n'interdisait pas au fournisseur de se prévaloir de cette qualité, **l'avantage concédé à [...] semble donc discutable**. La mission note à cet égard qu'aucun bilan annuel de l'utilisation de cette marque n'a pu être apporté par Orpea, qui indique par la voix de son directeur des achats ne pas en assurer le suivi.

La mission a ensuite analysé la justification des prestations réalisées en 2020 pour les fournisseurs [...] et [...] (cf. tableau 5). Un justificatif a été fourni dans 15 cas sur 19. L'analyse des prestations exécutées interroge sur l'avantage fourni par Orpea : la remontée au fournisseur de réclamations concernant les produits, la transmission de contacts commerciaux, l'informatisation des commandes ou la réalisation de prestations logistiques au sein des établissements auraient de toute façon été exécutées par le groupe. **Les commissions perçues pourraient juridiquement être considérées comme des remises de fin d'année, puisque décorrélées d'une contrepartie réelle.**

Certaines prestations semblent justifiées mais l'avantage concédé apparaît disproportionné, comme par exemple la mise à disposition de salle et de personnels pour les formations.

Enfin, les prestations de services contractualisées correspondent dans six cas à tout ou partie de prestations réalisées par les établissements, alors que la commission est perçue par le siège :

- ◆ mise à disposition d'une salle et de personnels pour les formations ([...], [...]);
- ◆ prestations logistiques au sein de l'établissement ([...]);
- ◆ mise à disposition d'un espace et de matériel et prise en charge des frais afférents ([...]);
- ◆ participation des établissements au test de nouveaux produits ([...]).

Cette absence de reventilation pose problème :

- ◆ **d'un point de vue financier**, puisque les budgets des établissements et les documents remis aux tutelles affichent des dépenses n'intégrant pas les remises concédées au siège, ce qui fausse leur sincérité en accroissant fictivement le coût des biens financés ;
- ◆ **d'un point de vue juridique** pour les établissements filiales du groupe, ce qui poserait question du point de vue comptable et fiscal dans la mesure où ces derniers ont une personnalité juridique distincte.

2.2.3. La facturation des prestations de service analysées est par ailleurs contraire aux exigences de transparence du code du commerce

La facturation des prestations de service présente des anomalies pour l'ensemble de l'échantillon étudié par la mission :

- ◆ au regard des exigences de transparence rappelées à l'article L. 441-9 du code du commerce¹⁴ :
 - **les prestations de service ne sont pas précisées**, les factures ne comprenant que l'intitulé « commission » ;
 - les factures sont émises par le service administration des ventes, qui n'est pas le service qui réalise la prestation ;
- ◆ au regard des mentions obligatoires listées à l'article R. 123-237 du code de commerce : numéro d'identification et numéro du registre du commerce et des sociétés (RCS).

Cette analyse corrobore **l'imprécision des prestations facturées aux fournisseurs** par le groupe Orpea et jette un doute supplémentaire sur la nature juridique des commissions versées.

2.2.4. La requalification en RFA de ces commissions signifierait que sur la période 2017-2020, 13 à 18 M€ ont été indûment remontés dans le compte de résultat d'Orpea au lieu de financer des charges afférentes aux soins et à la dépendance

Cet échantillon suggère donc que les commissions perçues par Orpea pourraient être requalifiées en remises de fin d'année. Ces remises n'étant pas appliquées sur les achats réalisés par les établissements mais versées directement au siège, elles ne sont pas déclarées dans les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) transmis aux autorités de tarification. Par conséquent, les charges des sections soins et dépendance des établissements financées par les forfaits globaux soins et dépendance sont supérieures à la dépense réelle du groupe. **Le siège perçoit donc une partie des excédents soins et dépendance des établissements.**

Ces commissions ne sauraient en tout état de cause être analysées comme des frais de gestion afférents au service achat du siège, qui doivent être financés par la section hébergement. À ce titre l'article R. 314-179 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que la section hébergement puisse couvrir « *les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale* », tandis que ces dépenses ne sont pas inscrites parmi la liste limitative des dépenses éligibles au forfait soins (article R. 314-166 du CASF) et au forfait dépendance (article R. 314-176 du CASF).

¹⁴ « La facture mentionne le nom des parties ainsi que leur adresse et leur adresse de facturation si elle est différente, la date de la vente ou de la prestation de service, la quantité, la dénomination précise, et le prix unitaire hors TVA des produits vendus et des services rendus ainsi que toute réduction de prix acquise à la date de la vente ou de la prestation de services et directement liée à cette opération de vente ou de prestation de services, à l'exclusion des escomptes non prévus sur la facture. »

Annexe IV

En extrapolant cette requalification à l'ensemble des commissions perçues par Orpea sur les achats relatifs aux soins et à la dépendance, **le manque à gagner pour les budgets soins et dépendance des EHPAD se situe entre 13 M€ (évaluation Orpea) et 18 M€ (cf. tableau 2) sur la période 2017-2020.** Ce montant représente environ 20 000 € de budget achats par établissement et par an ou encore, de façon plus imagée, le recrutement de 140 ETP d'aides-soignants supplémentaires¹⁵ ou la prise en charge annuelle en protections, alèses et produits absorbants pour plus de 45 000 résidents supplémentaires au coût moyen estimé par la CNSA¹⁶. En tout état de cause, ces montants n'ont pas été dépensés pour les soins et la dépendance et n'ont pas non plus été imputés en excédents des budgets des EHPAD du groupe.

¹⁵ Coût chargé estimé à environ 2 700 € par mois en début de carrière.

¹⁶ Entre 350 et 400 € par résident.

Annexe IV

Tableau 3 : Description de l'échantillon de commissions versées au siège en 2020

Fournisseur	Nature	Commission siège (HT)	Montant facturé (€ HT)	Année du contrat	Prestations réalisées par Orpea
[...]	[...]	[...]	82 857	2014	Transmission d'une liste actualisée des sites Transmission des éléments pour la mise en œuvre et le suivi des interventions
[...]	[...]	53 856			
[...]	[...]	273 389			
[...]	[...]	[...]	860 040	2014	Aide à la rédaction, mise en œuvre et contrôle des protocoles avec chaque établissement, communication des informations nécessaires au fonctionnement et au suivi des protocoles Aide à la gestion nominative des tenues personnalisées Participation d'établissements à des tests de nouveaux produits et services Intervention lors de réunions internes régionales ou nationales Présence sur le site www.orpea.com Gestion et résolution des litiges, contrôle des conditions de paiement des établissements Centralisation, pilotage et animation d'une communication au sein des établissements concernant des évolutions de la prestation, centralisation des négociations tarifaires annuelles Suivi de la maîtrise économique du coût résident journalier (CRJ) Transmission des informations relatives aux nouveaux établissements Participation au programme de formation interne Cadrélan
[...]	[...]	[...]	81 909		Aide à l'élaboration et la mise en place des tableaux de bord de suivi Nomination d'un référent par site
[...]	[...]	[...]	44 227	2012	Assistance à la mise au point de nouveaux produits (tests dans les sites) Fourniture d'indicateurs qualité Utilisation du nom Orpea comme référence Centralisation des informations et relais auprès des services situés à l'étranger Centralisation des négociations pour la sélection des articles
[...]	[...]	[...]	748 041	N.C.	N.A.
[...]	[...]	[...]	10 747	2018	Accès à la liste des établissements Promotion des produits Utilisation et échange de données informatisées

Annexe IV

Fournisseur	Nature	Commission siège (HT)	Montant facturé (€ HT)	Année du contrat	Prestations réalisées par Orpea
[...]	[...]	[...]	198 146	2019	Prestations et développement informatiques en vue d'informatiser la prise et le suivi des commandes par les établissements Prestations de logistique au sein des établissements Analyse de l'adéquation des dispositifs médicaux par rapport au besoin des résidents Fourniture d'informations statistiques concernant le taux d'utilisation des dispositifs
[...]	[...]	[...]	560 000	2018	Sélection de produits/services spécifiques au sein de la gamme et mise en avant auprès des établissements Transmission des contacts commerciaux Fourniture d'indicateurs qualité et/ou de niveau de plaintes Mise à disposition dans les établissements d'une salle pour les formations/réunions et de personnels pour les formations Accompagnement à la commercialisation de produits innovants
[...]	[...]	[...]	89 761	2018	Accès à la liste des établissements et promotion des produits Mise en place de commandes optimisées et simplifiées Échange de données informatisées de la commande à la facturation
[...]	[...]	[...]	65 361	2019	Accès à la liste des établissements et promotion des produits Échange de données informatisées pour faciliter l'utilisation des outils
[...]	[...]	[...]	24 462	2005	N.A.
[...]	[...]	[...]	371 909	2021	Facilitation des démarches auprès des établissements
[...]	[...]	[...]	74 727	2011	Mise à disposition de la liste des établissements actuels et à venir
[...]	[...]	[...]			Mise à disposition d'un espace et de matériel au sein de chaque établissement Prise en charge des frais de personnels et de fonctionnement de l'établissement, ainsi que des frais de l'espace Information du prestataire de tout audit/visite Facilitation de l'émergence d'une solution amiable en cas de différend
[...]			5 369	2016	

Source : Mission, d'après le tableau de suivi des redevances de prestations 2017-2020, les contrats passés entre les prestataires de l'échantillon et Orpea, les factures correspondant aux prestations 2020 de l'échantillon, le grand livre des comptes 2020 et 2021.

Annexe IV

Tableau 4 Analyse de l'échantillon de commissions reçues par le siège en 2020

Fournisseur	Nature	Concordance factures/grand livre	Type de contrat	Nature de la commission	Autres commissions
[...]	[...]	0	Accord-cadre	Rémunération de prestations	0 - rémunération de la filiale [...] (1 % du CA HT)
[...]	[...]	0	Contrat de prestation de service et contrats de licence d'usage de marque	Rémunération de prestations	N
[...]	[...]	0	Protocole d'accord		
[...]	[...]	0	Contrat-cadre		
[...]	[...]	0	N.C.	N.A.	0 - redevance versée aux établissements (montant contractualisé dans des conventions d'application)
[...]	[...]	0	Convention commerciale	Rémunération de prestations	N
[...]	[...]	0	Contrat de prestation de service	Rémunération de prestations	N
[...]	[...]	0	Convention-cadre de promotion commerciale		
[...]	[...]	0	Convention commerciale	Rémunération de prestations	N
[...]	[...]	0	Convention commerciale	Rémunération de prestations	N
[...]	[...]	0	Courrier	Bonification de fin d'année	N
[...]	[...]	0	Convention de prestation de service	Rémunération de prestations	0 - commission versée aux établissements
[...]	[...]	0	Contrat-cadre de référencement	Rémunération de prestations	0 - commission versée aux établissements
[...]	[...]	0	Contrat-cadre de partenariat	Rémunération de prestations	0 - commission versée aux établissements

Source : Mission, d'après le tableau de suivi des redevances de prestations 2018-2020, les contrats passés entre les prestataires de l'échantillon et Orpea, les factures correspondant aux prestations 2020 de l'échantillon, le grand livre des comptes 2020 et 2021.

Annexe IV

Tableau 5 : Analyse des justificatifs fournis pour les prestations de services réalisés par [...] et [...] en 2020

Fournisseur	Prestations	Justificatif fourni	Commentaire
[...]	Mise en avant des produits et/ou services auprès des établissements	Logiciel achat eProc	Inhérent à la relation contractuelle
	Transmission de contacts commerciaux	N.C.	Inhérent à la relation contractuelle
	Fourniture d'indicateurs qualité	Liste des réclamations sur les produits et livraison	Intérêt pour le fournisseur à démontrer
	Mise à disposition d'une salle pour les formations/réunions et du personnel	Liste du nombre de salle et de personnes formées par résidence	-
	Commercialisation de produits innovants	Échange de mails avec le fournisseur concernant des tests	-
	Accompagnement dans le développement	Exemple de compte-rendu de réunions d'échange trimestrielles	Imprécis
	Transmission régulière d'une liste actualisée des sites	Liste des projets de site	Inhérent à la relation contractuelle
	Transmission régulière des éléments nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des interventions du fournisseur (référencement des produits et transmission des commandes)	Logiciel achat eProc	Inhérent à la relation contractuelle
	Droit d'utiliser la marque Orpea dans ses documents commerciaux	Mémoire d'accompagnement des appels d'offre	-
	Droit d'utiliser la marque Orpea sur le site Internet	N.C.	Intérêt pour le fournisseur à démontrer, à la date de la mission la marque Orpea n'était pas présente sur le site du fournisseur
[...]	Prestations et développement informatiques en vue d'informatiser la prise et le suivi des commandes passées par les établissements	Logiciel achat eProc	Inhérent à la relation contractuelle
	Prestations de logistique au sein des établissements	Tableau des espaces logistiques par établissement	Inhérent à la relation contractuelle
	Analyse de l'adéquation des dispositifs médicaux par rapport au besoin des résidents	Liste des réclamations sur les produits [...]	Inhérent à la relation contractuelle
	Fourniture d'informations statistiques concernant le taux d'utilisation des dispositifs médicaux	N.C.	Intérêt pour le fournisseur à démontrer
	Sélection de produits et/ou services spécifiques au sein de la gamme et mise en avant auprès des établissements	Logiciel achat eProc	Inhérent à la relation contractuelle
	Transmission des contacts commerciaux	N.C.	Inhérent à la relation contractuelle

Annexe IV

Fournisseur	Prestations	Justificatif fourni	Commentaire
	Fourniture d'indicateurs qualité et/ou de niveau de plaintes	Liste des réclamations sur les produits [...]	Intérêt pour le fournisseur à démontrer
	Mise à disposition dans les établissements d'une salle pour les formations/réunions et de personnels pour les formations	Liste des salles et des formations réalisées	-
	Accompagnement à la commercialisation de produits innovants	Liste des pansements pour massification des besoins	-

Source : Mission, d'après les pièces justificatives fournies par le groupe Orpea.

ANNEXE V

L'organisation et la gestion des ressources humaines du groupe Orpea

SOMMAIRE

1. L'ORGANISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES SE CARACTÉRISE PAR LE RÔLE PRÉPONDERANT DES DIRECTEURS RÉGIONAUX ET UNE PRESSION FORTE TENDANT À L'OPTIMISATION DE LA MASSE SALARIALE 1

- 1.1. La chaîne hiérarchique est conçue de telle manière que les directions régionales font écran entre le siège et les directeurs d'établissement, dont l'autonomie est contrainte1
 - 1.1.1. *Au-delà du rôle de coordination et de support, la direction des ressources humaines organise une gestion très centralisée du personnel..... 1*
 - 1.1.2. *La structure repose sur quinze directeurs régionaux, responsables de la supervision des établissements, de la définition des budgets et de la validation des recrutements.....3*
 - 1.1.3. *L'autonomie et les compétences limitées des directeurs d'exploitation contrastent avec la responsabilité juridique qui leur incombe.....3*
 - 1.1.4. *La dureté des relations entre siège et directeurs d'établissements se reflète dans le taux de rotation des directeurs, la proportion de licenciements et les condamnations de la société au contentieux5*
 - 1.1.5. *La gestion des carrières par Orpea ne favorise guère le développement professionnel et privilégie, s'agissant des cadres, les promotions internes d'employés administratifs..... 12*
 - 1.1.6. *L'architecture des systèmes d'information tout à la fois impose un suivi et un pilotage constants de la performance des établissements, et contraint les marges de manœuvre des directeurs..... 13*
- 1.2. La priorité donnée aux indicateurs liés à la masse salariale et au taux d'occupation peut donner lieu à des dérives concernant le respect des capacités d'accueil autorisées 15
 - 1.2.1. *Le système de primes des directeurs accorde un poids important aux indicateurs de performance financière, modulés de façon significative par l'atteinte d'objectifs de qualité..... 15*
 - 1.2.2. *L'animation du réseau des directeurs régionaux incite à une optimisation des indicateurs de performance, en particulier le taux d'occupation, le chiffre d'affaires et la masse salariale 18*
 - 1.2.3. *Les directeurs d'exploitation subissent une pression par différents biais pour les contraindre à une maîtrise stricte de la masse salariale, qui peut être mise en œuvre sans aucune considération pour les conditions de prise en charge des résidents..... 19*
 - 1.2.4. *Le dépassement du nombre de résidents autorisés a été identifié comme une pratique récurrente, qui a concerné 11 % des EHPAD Orpea en 2019 23*
- 1.3. La stratégie de relations sociales adoptée par Orpea conduit à affaiblir la portée du dialogue social et le recours à leurs représentants par les salariés29
 - 1.3.1. *Le syndicat interne majoritaire se positionne en partenaire de la direction.29*
 - 1.3.2. *Les IRP, centralisées et de fait maîtrisées par le syndicat majoritaire, réduisent très fortement les capacités d'action des autres organisations syndicales 30*
 - 1.3.3. *La négociation d'entreprise est très contrainte et de fait très peu dynamique 32*

2. DANS UN CONTEXTE SECTORIEL CERTES TENDU, ORPEA ENREGISTRE UNE SITUATION EN MATIÈRE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES PLUS DÉGRADÉE QUE LA MOYENNE, ET SA STRATÉGIE D'ATTRACTIVITÉ ET DE FIDÉLISATION APPARAÎT INSUFFISANTE.....	33
2.1. Des indicateurs suggèrent une tension sur les ressources humaines plus forte chez Orpea que dans la moyenne des EHPAD lucratifs privés.....	33
2.1.1. <i>Le secteur des structures médico-sociales, et plus particulièrement les EHPAD, présente des enjeux d'attractivité qui pèsent sur les capacités de recrutement des établissements.....</i>	33
2.1.2. <i>Le groupe Orpea recourt davantage que le reste du secteur aux contrats courts et au licenciement.....</i>	37
2.1.3. <i>Si le groupe Orpea a initié une politique de santé au travail et de qualité de vie au travail centrée sur la réduction de la sinistralité et de l'absentéisme, ceux-ci restent malgré tout élevés.....</i>	43
2.1.4. <i>Les motifs de fin de contrat de CDI sont similaires chez Orpea à ceux de l'ensemble des EHPAD du secteur privé, mais le groupe recourt davantage aux licenciements non économiques.....</i>	47
2.2. La réponse en termes de développement RH formulée par le groupe n'apparaît pas à la mesure des difficultés de recrutement rencontrées sur le terrain et des enjeux liés à la fidélisation du personnel et à la qualité de ses conditions de travail.....	48
2.2.1. <i>La fonction recrutement est longtemps restée en-deçà des enjeux d'attractivité.....</i>	48
2.2.2. <i>La politique de rémunération apparaît centrée sur la maîtrise de la masse salariale et ne constitue ni un levier d'attractivité ni un outil de développement professionnel.....</i>	54
2.2.3. <i>Le recours à des « faisant fonction », répandu dans le secteur, est largement pratiqué par Orpea.....</i>	56
2.2.4. <i>Malgré la tolérance de cet usage dans le secteur, le glissement de tâches est problématique tant sur le plan de la prise en charge que d'un point de vue juridique et budgétaire.....</i>	59
2.2.5. <i>Une partie de ces glissements de tâches est justifiée par des procédures de VAE, dont l'un des objectifs assumés est de basculer de la masse salariale sur le budget soins.....</i>	60
2.2.6. <i>Le groupe Orpea rattache au secteur « aide-soignant » et finance à 70 % sur ses dotations soin les auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants.....</i>	61

3. LE GROUPE MAINTIENT UNE PRESSION SALARIALE D'AUTANT PLUS INOCCUPANTE QU'ELLE ENTRE EN CONTRADICTION AVEC DES TAUX D'ENCADREMENTS INFÉRIEURS AUX MOYENNES DU SECTEUR ET CONDUIT À DES EFFECTIFS PARFOIS INSUFFISANTS POUR ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS.....	63
3.1. La mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) réduit au strict minimum les obligations ou objectifs en termes d'effectifs soignants et d'encadrement au sein des EHPAD.....	63
3.2. Le groupe Orpea présente un taux d'encadrement plus faible que le reste du secteur alors même que certains de ses établissements sous-consomment les volumes d'ETP qui leur sont accordés dans le cadre des conventions tripartites.....	68
3.2.1. <i>Les taux d'encadrement moyens d'Orpea apparaissent, tous personnels confondus, inférieurs à ceux des EHPAD privés dans leur ensemble, et des EHPAD privés à but lucratif en particulier.....</i>	<i>68</i>
3.2.2. <i>L'analyse des conventions tripartites encore en vigueur met en exergue la pratique, dans certains établissements, de ne pas avoir recours à l'ensemble des effectifs validés.....</i>	<i>71</i>
3.3. Les effectifs des établissements inspectés, notamment aides-soignants, sont parfois insuffisants pour assurer une prise en charge de qualité aux résidents au vu de leur nombre et de leur niveau de dépendance	73

Annexe V

L'analyse qui suit a vocation à répondre aux points 3 et 4 de la lettre de mission en date du 1^{er} février 2022 qui demande à la mission d'examiner les points suivants :

- ◆ les pratiques du groupe sur l'encadrement des patients les plus dépendants ;
- ◆ les pratiques managériales, le taux d'encadrement au sein des établissements et le temps de présence effectif des personnels (notamment soignants) auprès des résidents.

Pour adresser ces deux axes d'investigation, la mission a réalisé des contrôles sur place au sein de neuf établissements du groupe Orpea¹ qui ont permis d'analyser *in situ* les effets des pratiques managériales et de gestion des ressources humaines du groupe identifiées grâce aux travaux de contrôle menés au sein du siège du groupe. Ce travail a été complété par les analyses du Pôle Science des données de l'Inspection générale des finances (IGF) qui permettent de comparer les pratiques en matière de ressources humaines (RH) du groupe avec le reste du secteur des EHPAD privé à but lucratif et non lucratif.

1. L'organisation de la gestion des ressources humaines se caractérise par le rôle prépondérant des directeurs régionaux et une pression forte tendant à l'optimisation de la masse salariale

1.1. La chaîne hiérarchique est conçue de telle manière que les directions régionales font écran entre le siège et les directeurs d'établissement, dont l'autonomie est contrainte

1.1.1. Au-delà du rôle de coordination et de support, la direction des ressources humaines organise une gestion très centralisée du personnel

Orpea a fait le choix de centraliser la fonction ressources humaines (RH) au niveau du siège. L'accord du 26 mars 2019 relatif à la mise en place de l'unité économique et sociale (UES) centrale pose ainsi que « *les parties reconnaissent l'existence d'une gestion centralisée au sein d'Orpea (...) tant au niveau de la gestion des ressources humaines qu'au niveau économique, commercial et financier. Elles reconnaissent également l'absence totale d'organes et de moyens de gestion autonomes, tant au niveau local qu'au niveau régional, tant au niveau des résidences que des sociétés (...), l'ensemble des fonctions support étant regroupé au sein du siège administratif* ».

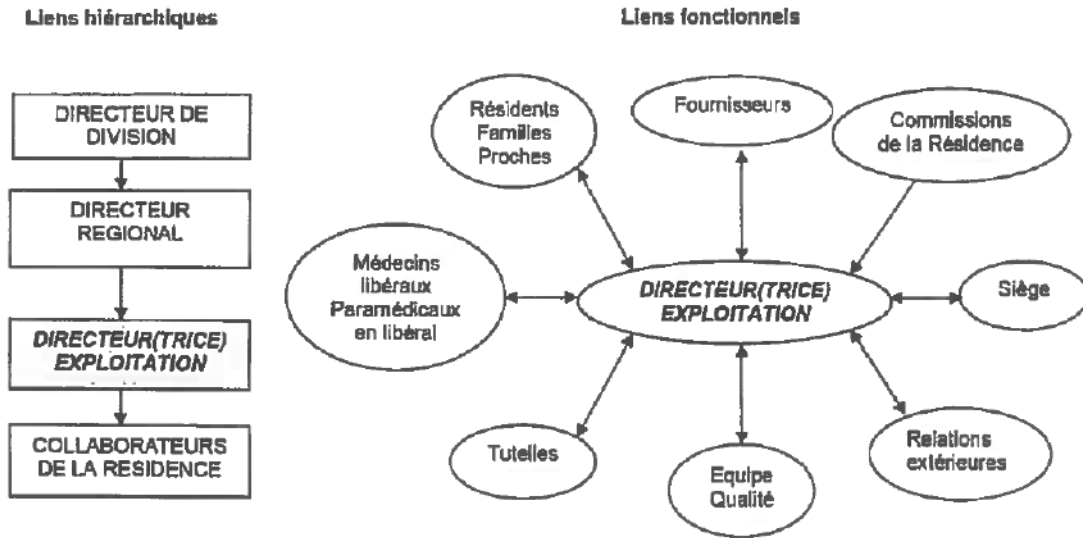
Les délégations de pouvoirs dont bénéficient les directeurs régionaux et les directeurs d'exploitation attribuent deux rôles à la direction des ressources humaines (DRH) :

- ◆ un rôle de supervision et de regard sur les principales tâches dévolues aux directeurs en matière de gestion du personnel et des relations sociales ;
- ◆ un rôle de support et d'appui sur les tâches administratives (recrutement, sanctions, élections du personnel, etc.).

¹ La Résidence Saint Jacques (Paris 13^{ème}), la résidence La Chanterelle (Le Pré Saint Gervais), la Sénatorerie (Alençon), la résidence Crampel (Toulouse), la résidence Marengo-Jolimont (Toulouse), le Clos du Beauvaisis (Beauvais), les Chesnaies (Carpentras), les Portes du Luberon (Avignon) et le Clos Saint André (Reims).

Graphique 1 : Structuration des liens hiérarchiques et fonctionnels au sein d'Orpea

Environnement de travail



Source : Extrait de la fiche métier directeur(trice) exploitation, Orpea.

La DRH, composée d'une cinquantaine de personnes, est divisée en deux pôles :

- ◆ le pôle « affaires sociales » qui comprend quatre unités : contentieux social, relations du travail, relations sociales et prévention des risques professionnels ;
- ◆ le pôle « développement RH » qui comprend trois unités : développement formation et compétences, recrutement, et développement et carrières.

L'unité « relations du travail » est composée de responsables ressources humaines (RRH), aux profils juniors, supervisés par quatre référents qui accompagnent trois ou quatre RRH. Chacun des RRH, situés au siège, accompagne un portefeuille d'EHPAD identifié sur des critères géographiques et est chargé de répondre aux questions des directeurs d'établissements sur les différents aspects de la gestion des ressources humaines (GRH).

La DRH accompagne ainsi les directeurs d'exploitation dans leur gestion au quotidien :

- ◆ au moment du recrutement, le directeur suit le protocole édicté par le siège, par le biais de l'applicatif SIRH'AP qui lui permet d'obtenir automatiquement un contrat dont la trame est préparée par la direction des ressources humaines ;
- ◆ les sanctions disciplinaires sont gérées par les directeurs d'établissements en lien étroit avec la DRH, qui répond à leurs questions sur les procédures à mettre en œuvre. Des estimations des coûts de licenciements et de contentieux peuvent être adressées par la DRH aux directeurs d'établissements qui entament une procédure de licenciement. Les contentieux sont par la suite gérés par l'unité dédiée dans le pôle « affaires sociales » ;
- ◆ des mémos sont en outre adressés régulièrement par la direction à l'ensemble des directeurs régionaux pour leur rappeler les règles à suivre en matière de GRH (ex : congés payés, traitement des jours fériés, heures supplémentaires, revalorisation du SMIC, etc.).

L'animation du dialogue social est en outre centralisée et principalement gérée au siège (cf. 1.3.).

1.1.2. La structure repose sur quinze directeurs régionaux, responsables de la supervision des établissements, de la définition des budgets et de la validation des recrutements

Les directeurs d'EHPAD (appelés directeurs d'exploitation) sont rattachés à des directeurs régionaux. Un directeur régional encadre en moyenne 15 directeurs d'établissement. Il ressort des documents internes d'Orpea qu'il est attendu des directeurs régionaux « *un rôle managérial fort, d'accompagnement, de coaching et de supervision (tant des éléments de gestion que des éléments qualitatifs)* ».

Chacun des directeurs régionaux bénéficie d'une délégation de pouvoir du directeur des opérations qui lui confère de larges responsabilités du point de vue des ressources humaines. La mission note que le groupe n'a pas été en mesure de transmettre une fiche métier pour les directeurs régionaux. Les délégations de pouvoirs consenties par le directeur d'exploitation à leur bénéfice permettent néanmoins d'appréhender le rôle des directeurs régionaux en matière de ressources humaines. Celui-ci consiste notamment à :

- ◆ valider préalablement l'embauche d'un salarié en contrat à durée déterminée (CDD) ou tout recours à l'intérim ;
- ◆ exercer le pouvoir de sanction disciplinaire en lien avec la direction des ressources humaines et, pour ce qui concerne les cadres, après validation du directeur d'exploitation ;
- ◆ s'assurer de la continuité et la permanence de la direction de tous les sites dont ils sont responsables (validation des absences, plannings de permanence, etc) ;
- ◆ veiller au bon fonctionnement des institutions représentatives du personnel.

Le directeur régional constitue dès lors un maillon central dans la chaîne des décisions relatives aux ressources humaines. Son pouvoir de validation quant aux recrutements réalisés par les directeurs d'établissements lui confère en particulier un rôle déterminant dans la gestion des moyens de l'établissement et, partant, dans le niveau et la qualité de prise en charge des résidents.

Le directeur régional est notamment en charge de conduire le dialogue de gestion avec le directeur d'exploitation qui aboutira sur le budget de chaque EHPAD, dont il assure ensuite le suivi. La première étape consiste à une remontée de besoins des directeurs d'exploitation à partir d'une matrice budgétaire, que le directeur régional présente et fait valider au siège par le contrôle de gestion. Le directeur régional assure le suivi de ces budgets *via* les « *Analyses Net Operating Profit (NOP)* » (tableaux Excel progressivement remplacés par les outils informatiques Board et QlikSense) et échange tous les mois sur les indicateurs d'activité avec les directeurs d'exploitation de sa région lors des réunions opérationnelles régionales (ROR) dont il détermine le format et l'ordre du jour.

1.1.3. L'autonomie et les compétences limitées des directeurs d'exploitation contrastent avec la responsabilité juridique qui leur incombe

Les prérogatives, compétences et responsabilités dont jouissent les directeurs d'exploitation sont issues d'une double délégation – dont l'articulation n'est pas évidente et n'a pu être expliquée par la directrice des ressources humaines :

- ◆ une délégation *de compétences et de missions*, de la direction générale au directeur d'établissement, qui établit notamment que ce dernier a un « *lien hiérarchique et fonctionnel* » avec son directeur régional ;

Annexe V

- ◆ une délégation *de pouvoirs*, du directeur régional au directeur d'établissement, - 99 exemplaires ayant été transmis à la mission - rappelant les missions déléguées par le directeur régional aux directeurs d'établissements en matière de procédures qualité, de gestion du personnel, d'hygiène et sécurité au travail, de fonctionnement administratif de l'établissement, de gestion budgétaire, d'approvisionnement et d'achats, de relations avec les résidents, d'entretien des établissements. Il est en outre rappelé dans la délégation de pouvoirs que la responsabilité personnelle des directeurs d'établissement, y compris pénale, sera engagée en cas d'infraction aux dispositions dont ils doivent assurer le respect.

En premier lieu, en matière budgétaire, ces délégations prévoient que le directeur d'établissement est en charge de la maîtrise du budget, établi par la direction générale.

Ainsi, aux termes de la délégation de compétences et de missions :

- ◆ les budgets sont « *établis par la direction générale après consultation du directeur d'exploitation par l'intermédiaire de la direction régionale* » ;
- ◆ le directeur « *met en application les budgets définis* » ;
- ◆ le directeur « *suit les indicateurs de gestion et de contrôle budgétaire* » ;
- ◆ le directeur « *effectue les achats dans le strict cadre du budget défini et auprès des fournisseurs référencés, valide les factures et les transmet au siège administratif pour règlement et établissement des documents comptables* ».

La délégation de pouvoirs précise que les directeurs d'exploitation sont soumis au respect du budget annuel de fonctionnement, tout excédent devant faire l'objet d'une autorisation préalable du directeur régional.

En second lieu, en matière de gestion des ressources humaines, il résulte des délégations que les directeurs d'exploitation disposent à la fois d'une marge de manœuvre réduite sur le personnel, qu'il s'agisse des recrutements ou des départs, et d'une responsabilité juridique importante, dans la mesure où ce sont eux qui signent les contrats et mettent en œuvre les procédures disciplinaires. Figure ainsi écrit expressément dans les délégations de compétences des directeurs d'exploitation la mention : « *Orpea ne reconnaissant aux directeurs d'exploitation ni autonomie, ni délégation en matière de gestion des ressources humaines* », le directeur d'établissement est chargé, sous la responsabilité de la direction régionale et de la direction des ressources humaines de/d' :

- ◆ « *effectuer les recrutements décidés en accord avec la direction régionale et la direction générale* » ;
- ◆ « *signer les contrats de travail des salariés non cadres après validation par la direction générale et la direction régionale* » ;
- ◆ « *mettre en œuvre et suivre les procédures disciplinaires décidées en accord avec la direction générale et la direction régionale* ».

Dans le cadre de la délégation de pouvoirs, il incombe aux directeurs d'exploitation les obligations administratives en matière de suivi des situations collectives et individuelles (*plannings*, tenue des dossiers administratifs, formalités d'embauche, plan de formation, entretiens annuels), mais également la responsabilité de la signature des contrats et du pouvoir disciplinaire, délégué à cet effet par le directeur régional.

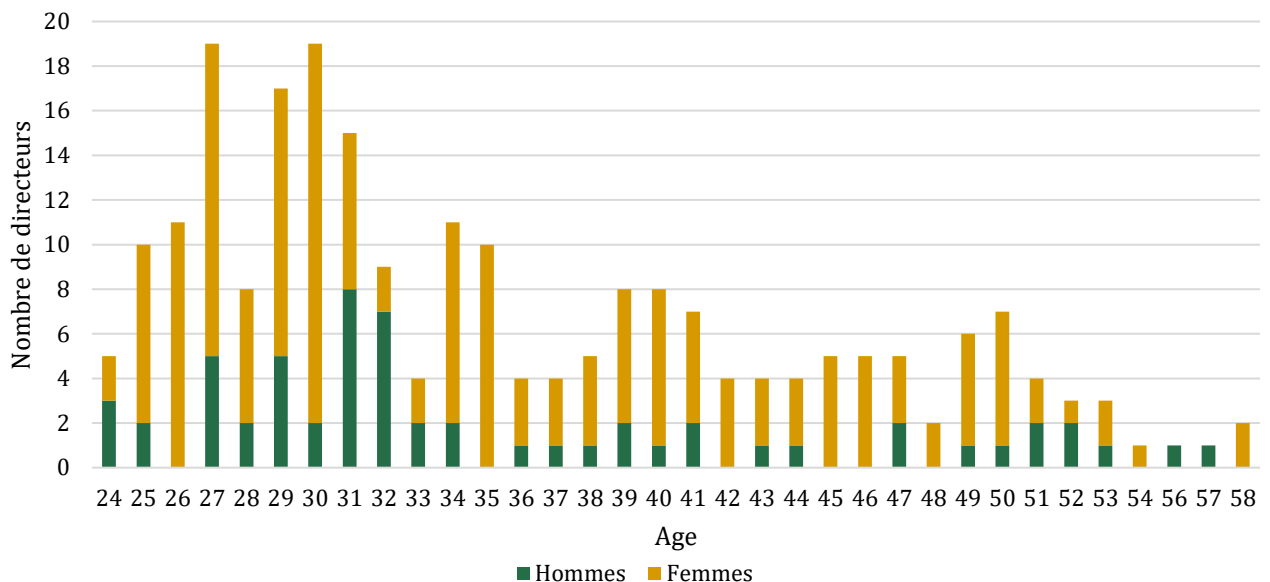
Enfin, le contrat des directeurs d'exploitation contient une clause de mobilité, qui prévoit qu'Orpea puisse être amenée à modifier le lieu de travail du salarié qui pourra être muté « *dans l'un des quelconques établissements, toutes activités confondues, où Orpea-Clinea exerce ou exercera son activité* » dans la région. Cette clause, très extensive dans son étendue, contribue également à restreindre la liberté d'action des directeurs d'établissements vis-à-vis des décisions du siège, susceptible de les contraindre à changer d'établissement sans justification.

1.1.4. La dureté des relations entre siège et directeurs d'établissements se reflète dans le taux de rotation des directeurs, la proportion de licenciements et les condamnations de la société au contentieux

Il ressort de l'analyse des 115 contrats et avenants communiqués par la direction des ressources humaines d'Orpea que le cadre de recrutement des directeurs d'exploitations est homogène, hormis une variation dans les salaires. Les directeurs d'exploitation sont recrutés en contrats à durée indéterminée (CDI), avec une période d'essai de trois mois. D'après ces contrats, la rémunération brute mensuelle des directeurs d'exploitation est comprise entre 3 600 € et 5 206² €. Pour le compte d'Orpea, les contrats sont signés jusqu'en 2019 par M. X, directeur des ressources humaines groupe, puis par le directeur des opérations médico-sociales – à deux exceptions où le contrat a été signé par le directeur régional.

La moitié des directeurs avait moins de 33 ans au moment du recrutement à ce poste (graphique 2). Les directeurs recrutés avaient précisément entre 24 et 58 ans au moment de leur prise de poste, et les trois-quarts sont des femmes. 41 % sont devenus directeurs d'établissement sans avoir exercé d'autres fonctions dans l'entreprise auparavant, tandis que les autres avaient au moins un an d'expérience dans l'entreprise avant de devenir directeurs d'exploitation. 17 % avaient plus de 5 ans d'ancienneté.

Graphique 2 : Dispersion des âges des directrices et directeurs au moment de leur prise de poste



Source : Mission, d'après les données de la DRH Orpea.

La mission a étudié un échantillon de dix CV de directeurs d'établissements choisis aléatoirement (cf. tableau 1). Il ressort de cet échantillon que :

- ◆ l'âge moyen des directeurs choisis est de 37,5 ans, légèrement au-dessus de la moyenne de l'ensemble des directeurs d'exploitation qui est de 36 ans ;
- ◆ en matière de diplômes, huit directeurs sur dix ont obtenu un Master 2 avant d'être embauchés – dont sept spécialisés dans le domaine sanitaire/santé ;
- ◆ en ce qui concerne l'expérience professionnelle, les directeurs nouvellement nommés ont une expérience comprise entre 3 mois et 16 ans, la moitié seulement ayant plus de 5 ans d'expérience dans le domaine.

² Dont 206 € de « revalorisation Ségur ».

Tableau 1 : Analyse d'un échantillon de 10 CV de directeurs d'EHPAD Orpea

Prénom	Et.	Age à l'entrée en poste (ans)	Date de prise de poste	Diplômes	Expérience professionnelle dans le secteur
AD	[...]	35	[...]	<ul style="list-style-type: none"> Diplôme d'État d'assistante de service social Licence professionnelle « cadres intermédiaires des établissements sanitaires et sociaux » Master « gestion des ressources humaines » 	<ul style="list-style-type: none"> Assistante de service social (5 ans) Assistante de direction chez Orpea (3 ans) Adjointe de direction (1 an)
CV	[...]	52	[...]	<ul style="list-style-type: none"> CAP de prothèse dentaire Master 2 santé des populations 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluateur-coordonateur services d'aides à domicile DOMUS VI (2 ans) Adjoint de direction EHPAD (2 ans) Directeur d'agences de services d'aides à domicile (4 ans) Directeur d'EHPAD Seniors santé (2 ans) Directeur d'EHPAD KORIAN (6 ans)
MF	[...]	29	[...]	<ul style="list-style-type: none"> Licence et master droit privé sciences criminelles et carrières judiciaires Master II recherche droit privé Master II droit de la santé et de la protection sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Assistante de direction chez Orpea (5 ans)
PC	[...]	49	[...]	<ul style="list-style-type: none"> N.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Directrice d'un restaurant et d'un hôtel (20 ans) Directrice d'un centre équestre (5 ans) Assistante de direction Orpea (3 ans) Adjointe de direction (1 an)
SO	[...]	28	[...]	<ul style="list-style-type: none"> Master 2 droit et administration du secteur sanitaire et social parcours sanitaire Licence administration économique et sociale Diplôme informatique 	<ul style="list-style-type: none"> Adjointe de direction (3 mois)
FR	[...]	43	[...]	<ul style="list-style-type: none"> Master 2 en politique gérontologique et direction d'EHPAD Diplôme d'État en soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> Directrice de deux EHPAD (7 ans) Infirmière coordinatrice EHPAD (2 ans) Infirmière (4 ans)
TC	[...]	26	[...]	<ul style="list-style-type: none"> Master 2, ingénierie des systèmes de santé et d'autonomie Licence de la vie et de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Assistante de direction en EHPAD Orpea (6 mois)

Annexe V

[...]	71	50	[...]	<ul style="list-style-type: none"> • Master 2 Management sectoriel parcours hygiène et qualité des soins • Master 1 Management du social et de la santé • Diplôme universitaire d'hygiène hospitalière et écologie microbienne • Licence langues étrangères 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière au service hygiène, gériatrie (1 an) • Infirmière chirurgie viscérale, urologique et vasculaire (7 ans) • Infirmière chirurgie gynécologique (2 ans) • Infirmière (2 ans)
[...]	43	37	[...]	<ul style="list-style-type: none"> • BTS assistante de direction 	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice de résidence service (2 ans) • Directrice adjointe EHPAD Orpea (3 ans) • Acheteur industriel (1 an) • Commerciale (2 ans)
[...]	274	26	[...]	<ul style="list-style-type: none"> • Master spécialisé – manager des structures sanitaires et sociales • Master droit de la santé • Master 1 droit public des affaires • Master 1 droit social • Licence de droit privé 	<ul style="list-style-type: none"> • Adjointe de direction (1 an)

Source : Mission, d'après les CV des directeurs d'exploitation communiqués par la direction des ressources humaines.

Annexe V

Sur une période de dix ans, 314 directeurs d'exploitation ont quitté le groupe, c'est-à-dire une moyenne de 31 directeurs par an, soit 10 à 15 % du total des directeurs³. Parmi ces départs, 88 sont des licenciements, dont 56 % de licenciements pour faute grave, 33 % de licenciements pour inaptitude, et 11 % de licenciements pour cause réelle et sérieuse (cf. tableau 2).

Les licenciements pour inaptitude ont donc représenté sur les dix dernières années un tiers des licenciements des directeurs d'exploitation. Pour rappel, l'inaptitude médicale au travail peut être prononcée par le médecin du travail lorsque l'état de santé, physique ou mentale, du salarié est devenu incompatible avec le poste qu'il occupe. Lorsque le médecin du travail constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible alors que l'état de santé du salarié justifie un changement de poste, il peut le déclarer inapte à son poste de travail. L'avis d'inaptitude oblige l'employeur à rechercher un reclassement pour le salarié.

Les directeurs d'établissements licenciés pour inaptitude avaient en moyenne 9 ans d'ancienneté – pour cinq d'entre eux, la durée d'ancienneté n'a pas été transmise à la mission. Cette moyenne d'ancienneté n'est que de quatre ans pour ce qui concerne les licenciements pour faute grave (10 données manquantes) et quatre ans également pour les démissions (39 données manquantes).

Les fins de périodes d'essai représentent également une proportion élevée des causes de départs des directeurs, à savoir 12 %, dont les deux-tiers à l'initiative de l'employeur, tandis que les départs en retraite ne représentent que 6 % du total des départs.

Tableau 2 : Causes des départs de directeurs d'exploitation (2012-2021)

Causes de départ	Total général
licenciement cause réelle et sérieuse	10
licenciement faute grave ⁴	49
licenciement inaptitude	29
total licenciements	88
prise acte rupture salarié	2
décès	2
démission	121
départ retraite volontaire	18
fin de période d'essai initiative employeur	23
fin de période d'essai initiative salarié	14
mise en retraite	2
rupture conventionnelle	44
total général	314

Source : Direction des ressources humaines d'Orpea.

Sur les quatre dernières années, plus d'un tiers des licenciements de directeurs d'exploitation a fait l'objet d'un contentieux (14 sur 41) (cf. tableau 3). Pour l'heure, deux seulement de ces contentieux n'ont pas fait l'objet d'une condamnation pour Orpea, cinq étant encore en attente de jugement.

³ Le nombre d'établissements est de 228 en 2022.

⁴ Après retraitement, les « prises actes ruptures salariés » ont été intégrés aux licenciements pour faute grave.

Annexe V

Tableau 3 : Contentieux sur les licenciements de directeurs d'exploitation (2018-2021)

	Licenciement faute grave	Licenciement cause réelle et sérieuse	Licenciement inaptitude	Nombre total	Nombre de condamnations	Montant condamnation Orpea
2018	5	0	0	5	4	118 283
2019	1	1	1	3	1 et 1 en attente	71 755
2020	2	0	1	3	2 et 1 en attente	136 430
2021	2	1	0	3	3 en attente	en attente

Source : Mission, d'après les données DRH d'Orpea.

Il ressort de l'analyse d'un échantillon de 20 licenciements que les directeurs d'établissements sont soumis à la réalisation de nombreuses procédures et contraintes, dont le non-respect peut faire l'objet de sanctions disciplinaires allant jusqu'au licenciement. L'échantillon comprend onze licenciements pour faute grave et neuf licenciements pour inaptitude (cf. tableau 4), ce qui permet d'identifier les éléments d'attention suivants :

- ◆ 4 des 11 licenciements pour faute grave (35 %) correspondent à des abandons de poste, qui présentent l'avantage d'ouvrir droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage, contrairement aux démissions. Les notifications de ces licenciements ne présentent dès lors pas de justification quant à d'autres manquements du directeur à ses obligations professionnelles ;
- ◆ parmi les motifs allégués par la société à l'appui des licenciements pour faute grave, dans 4 cas sur 7 (les licenciements pour faute grave hors abandons de postes de l'échantillon), les manquements aux procédures internes sont mis en exergue (non-respect de la démarche qualité, absence de temps d'échange avec l'équipe, manque de suivi et d'implication concernant la mise en œuvre de la politique commerciale et économique, etc.). Le directeur d'établissement s'engage à être le garant lors de sa prise de poste des règles et procédures du groupe (fiche de poste et délégation de pouvoirs), dont la diversité et la multiplicité rend difficile le respect. En surplus, l'absence de transmission et/ou de validation de certains éléments au siège revient dans 4 cas sur 7 ;
- ◆ 6 licenciements sur 20 (30 %) ont fait l'objet d'un contentieux. 2 n'ont pas encore abouti, et tous les autres ont conduit à la condamnation d'Orpea ;
- ◆ en ce qui concerne les licenciements pour inaptitude, le respect du secret médical ne permet pas de connaître les détails du dossier. Toutefois, dans 6 cas sur 9, le médecin estime que tout reclassement est impossible. Le médecin indique que le reclassement est possible dans un autre poste de direction dans 3 cas, dont un reclassement devant se faire hors EHPAD.

La direction des ressources humaines n'a étonnamment pas pu communiquer à la mission les notifications définitives de cinq de ces personnels, dont les licenciements ont eu lieu entre 2018 et 2021. L'analyse a donc été effectuée sur la base de notifications provisoires non signées pour ces personnes, sans garantie sur leur correspondance avec la décision finalement notifiée.

Annexe V

Tableau 4 : Échantillon de dossiers de licenciements de directeurs et directeurs adjoints d'établissements

Initiales du salarié	Poste	Année de sortie	Ancienneté (années)	Motif de licenciement	Commentaires	Contentieux
LB	[...]	[...]	<1	Faute grave	Principaux motifs allégués : absence de temps d'échange, méconnaissance des équipes, mauvaise gestion des absences, suivi défaillant du plan d'action qualité, délégation de la gestion de Gmasse à l'assistante, mise en place d'une procédure de licenciement sans accord de la DR, admission de quatre résidents avant validation de leur dossier médical.	Oui – en cours
ASJ	[...]	[...]	<1	Faute grave	Abandon de poste	Non
ID	[...]	[...]	2	Faute grave	Principaux motifs allégués : manque d'implication et de rigueur dans la gestion administrative des dossiers, résidents et salariés (contrats non signés, registre des décès non signé, contrats de séjour non signés, absence de contrôle du temps de travail, registre unique du personnel incomplet, non-respect des procédures de recrutement, négligences dans la démarche qualité, manquements dans la gestion des formations, manque de suivi et d'implication concernant la mise en œuvre de la politique commerciale et économique, laxisme dans le traitement financier)	Oui – condamnation d'Orpea pour 45 200 € (confirmée en appel)
VG	[...]	[...]	4	Faute grave	Principaux motifs allégués : négligences face à des alertes de maltraitance, manquements dans la prise en charge des salariés, management « par la terreur » et menaces proférées contre les salariés, manquements relatifs à l'audit qualité	Oui – condamnation d'Orpea pour plus de 100 000 €
GM	[...]	[...]	<1	Faute grave	Abandon de poste	Non
FN	[...]	[...]	28	Faute grave	Abandon de poste	Non
PP	[...]	[...]	2	Faute grave	Principaux motifs allégués : absence de transmission d'informations à la hiérarchie concernant des sujets sensibles (tentative de suicide, procédure disciplinaire, soupçons de harcèlement d'une des salariées), plannings pas mis à jour, contrats de vacataires non établis.	Non
VS	[...]	[...]	4	Faute grave	Principaux motifs allégués : attestations rédigées par des salariés se plaignant du comportement de la DE (« attitude de dénigrement et médisance »), alerte de l'inspection du travail relative à un potentiel harcèlement moral de la directrice	Oui – condamnation d'Orpea pour 41 962 €
AS	[...]	[...]	8	Faute grave	Abandon de poste	Non - Protocole d'accord transactionnel

Annexe V

Initiales du salarié	Poste	Année de sortie	Ancienneté (années)	Motif de licenciement	Commentaires	Contentieux
FV	[...]	[...]	1	Faute grave	Principaux motifs allégués : propos et comportements sexistes, absence lors des astreintes et des horaires de travail.	Non
SV	[...]	[...]	<1	Faute grave	Principaux motifs allégués : défaillance quant à la gestion administrative de la résidence (retard dans la communication des indicateurs de contrôle budgétaire, non transmission de 155 factures au service SCAN), traitement inapproprié d'une plainte (en direct par la directrice, qui aurait dû en référer à sa hiérarchie), absence d'information du siège et de la hiérarchie d'une inspection sécurité environnement, absence de réunion de staff, absence de convocation et d'ordre du jour pour un conseil de la vie sociale, difficultés relationnelles avec le personnel	Non
IH	[...]	[...]	4	Inaptitude	Avis du médecin : « état de santé fait obstacle à tout reclassement dans l'emploi »	Non
SL	[...]	[...]	7	Inaptitude	Avis du médecin : « état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »	Non
JLM	[...]	[...]	6	Inaptitude	Avis du médecin : « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé »	Non
SN	[...]	[...]	6	Inaptitude	Avis du médecin : « le salarié est inapte à son poste. Il pourrait être affecté à un poste de direction dans un autre établissement que l'île de Nantes ».	Non
AP	[...]	[...]	6	Inaptitude	Avis du médecin : « reste apte à un poste de directeur dans un autre environnement ».	Non
SR	[...]	[...]	15	Inaptitude	Avis du médecin : « Inapte à son poste de travail. Reste apte à un poste de direction hors EHPAD ».	Non
ST	[...] , [...]	[...]	N.D.	Inaptitude	Avis du médecin : « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi dans l'entreprise ».	Oui – en cours
BT	[...]	[...]	N.D.	Inaptitude	Avis du médecin : « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé »	Non
JMT	[...]	[...]	7	Inaptitude	Avis du médecin : « inapte à tous les postes : l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »	Oui – condamnation d'Orpea pour près de 49 000 €

Source : Échantillon de dossiers RH de cadres licenciés transmis par le groupe Orpea.

Le taux de rotation, la proportion de licenciements de directeurs, de même que les éléments relatifs aux contentieux mentionnés *supra*, attestent d'une dureté dans la gestion des ressources humaines. Aux questions posées par la mission sur l'ensemble de ces indicateurs, la directrice des ressources humaines a répondu qu'elle estimait qu'ils se situaient à un niveau normal, et qu'ils devaient nécessairement être ramenés au nombre total de salariés d'Orpea. La mise sous tension des directeurs régionaux lors des Comex, présidés par M. X., [...], a en outre été attestée par les témoignages recueillis par la mission. L'un des participants à ces Comex a ainsi affirmé « *ne pas dormir deux jours avant* » (cf. *infra*).

1.1.5. La gestion des carrières par Orpea ne favorise guère le développement professionnel et privilégié, s'agissant des cadres, les promotions internes d'employés administratifs

Alors même que l'entreprise connaît des difficultés d'attractivité et de fidélisation du personnel, les promotions internes restent extrêmement limitées, ce qui n'est d'ailleurs pas propre au seul groupe Orpea dans le secteur (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Promotion interne Orpea France

	2019	2020	2021
Effectif CDI présents	10 811	11 111	11 135
Promus	195	307	584
Taux de promotion	1,9 %	2,8 %	5,3 %

Source : Bilan social Orpea, 2022.

Dans le dossier préparé à destination de la ministre déléguée à l'autonomie, le groupe Orpea explique qu'en France, 54 % des directeurs d'établissements et 96 % des directeurs régionaux sont issus d'une promotion interne. Les directeurs régionaux ont dix ans d'ancienneté en moyenne. Il ressort en outre des objectifs de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) du groupe Orpea que la promotion interne doit représenter 50 % des nominations à des postes de « *managers clefs pour le groupe (directeurs régionaux, directeurs d'établissements et infirmiers chefs)* » d'ici 2023. Outre que ces données sur les postes d'encadrements ne sont pas contradictoires avec ce que la mission a pu démontrer sur les taux de promotions internes, la systématisation de ce type de parcours peut contribuer à sélectionner dans les viviers initiaux des salariés sur des critères d'alignement avec les pratiques de la société plutôt que sur la base de pratiques managériales vertueuses.

Il n'y a pas d'incitation à la formation qualifiante ni à la validation des acquis de l'expérience (VAE), qui sont des outils essentiels de promotion professionnelle. De manière très explicite, l'accord relatif à la qualité de vie au travail (QVT) signé en 2021, dans sa partie « formation-mobilité », fixe à dix par an les objectifs de mobilité choisie et/ou de VAE choisie. Malgré le caractère particulièrement peu ambitieux de l'objectif de VAE choisie, les statistiques d'accompagnement VAE et de VAE finalisées ne l'atteignent pas.

En outre, la gestion des talents, en particulier les viviers de futurs directeurs d'exploitation et régionaux, est encore peu organisée. Les directeurs régionaux ne sont sollicités que de manière sporadique pour communiquer des noms de profils à haut potentiel de court ou moyen terme, sans qu'une exploitation partagée et systématique en soit faite. Dans un réseau de la taille d'Orpea, un tel processus ne saurait suffire à repérer et préparer les talents et à tenir des tables de succession aux postes de management permettant de construire des parcours motivants et anticipables. La pratique montre que les carrières des directeurs sont gérées au coup par coup et parfois de manière très brusque (licenciements, mutations fréquentes et sans approche d'ensemble) (cf.1.1.4).

Ce n'est que depuis 2020 qu'une revue des carrières est tenue annuellement et les remontées de proposition incluent désormais les directeurs d'exploitation eux-mêmes. En outre, sous l'impulsion de la DRH groupe, est en train d'être déployé, en France comme ailleurs, un dispositif de gestion des talents plus complet et plus proche de l'état de l'art. Celui-ci repose sur la mise en place d'un système d'informations de gestion des mobilités, qui permettra de gérer les entretiens professionnels et d'en faire la base alimentant les tables de succession des postes clés et la gestion des viviers, l'ensemble étant piloté en comités carrières sur plusieurs niveaux.

Ces avancées sont liées à la création récente (2020) d'un département en charge du développement RH, bien positionné dans l'organigramme de la DRH et confié à une personne ayant une forte expérience managériale. Orpea est ainsi en train de se donner les moyens de construire une politique de marque employeur, de développement professionnel et de constructions de parcours de carrière potentiellement pertinente.

1.1.6. L'architecture des systèmes d'information tout à la fois impose un suivi et un pilotage constants de la performance des établissements, et contraint les marges de manœuvre des directeurs

L'encadrement et la supervision des directeurs d'établissements reposent sur une architecture de systèmes d'information qui impose un suivi quotidien et un pilotage fins de leur activité. Parmi les principaux applicatifs figurent :

- ◆ l'outil Gmasse, alimenté par des éléments de paie, qui permet le suivi de la masse salariale des établissements ;
- ◆ l'applicatif TO, pour « taux d'occupation », qui est renseigné chaque matin avant 10h par les directeurs d'établissement avec le nombre de résidents présents, de sorties, de décès. L'applicatif permet aux directeurs régionaux et au siège de suivre, non pas un taux comme pourrait le suggérer le nom de l'applicatif, mais des valeurs absolues de nombre de résidents à rapporter au nombre de lits autorisés ;
- ◆ l'outil Qliksense réunit les éléments utiles au suivi de l'activité des directeurs au quotidien (NOP, masse salariale, critères de qualité, etc.) ;
- ◆ une fois par an, les directeurs d'établissements renseignent également les champs de Board, outil de *reporting* mis en place il y a un an et qui permet la validation des budgets et leur suivi annuel.

Les paramétrages des systèmes d'information sont également conçus au service du système de contrôle et de validation pyramidal entre le siège, les directeurs régionaux et les directeurs d'établissements. En matière de gestion des ressources humaines, il est prévu que les directeurs d'établissements sont responsables, aux termes de leur délégation de pouvoir, du respect des formalités d'embauche (vérification des cartes de séjour, diplômes, casiers judiciaires, etc.) et de la signature des contrats de salariés non cadres, tandis que les directeurs régionaux valident préalablement l'embauche d'un salarié en CDD. En ce sens, le logiciel SIRH'AP permet au directeur d'établissement de renseigner les données administratives du salarié en cours de recrutement, avant validation sur ce même logiciel par le directeur régional.

La mission a néanmoins observé que les systèmes d'information ne sont pas paramétrés de telle sorte à empêcher certaines pratiques irrégulières en matière de recrutement. Un test a été conduit par la mission avec l'un des membres de la direction des services d'information pour simuler le recrutement d'un nouveau salarié dans un EHPAD.

Annexe V

Une fois les données administratives renseignées, la demande de recrutement est envoyée au directeur régional. La mission relève que le logiciel présente les failles suivantes lors d'un recrutement :

- ◆ le diplôme de la personne en cours de recrutement n'est requis à aucune étape du processus – alors même qu'ils sont requis pour un certain nombre de métiers exercés dans les EHPAD (cf. encadré 1). Des copies de ces diplômes sont censées se trouver dans les dossiers administratifs des salariés en format papier dans les établissements. Les vérifications effectuées par la mission ont conduit à constater des absences de diplômes dans chacun des EHPAD vérifiés dans le cas de recrutement sur des métiers d'aide-soignant – ce point renvoyant à la question des « faisant fonction » développée *infra* ;
- ◆ lorsqu'il s'agit d'un contrat à durée déterminée (CDD), et que le motif de recours au contrat est celui du remplacement d'un salarié de l'établissement, le nom de la personne remplacée n'est pas nécessairement choisi dans la liste des salariés de l'EHPAD – *via* un menu déroulant par exemple. Il est donc possible, comme l'a expérimenté la mission, de renseigner le nom d'une personne qui n'existe pas à l'endroit de la personne remplacée.

Encadré 1 : Métiers exercés au sein d'un EHPAD.

Plusieurs catégories de personnels sont présentes dans un EHPAD :

- **auxiliaires de vie (agents des services hospitaliers) : ceux-ci n'exercent aucune mission de soins, mais peuvent assister les aides-soignants dans certaines missions de *nursing*, aider au repas (mise en place, distribution, installation des résidents...), nettoyer et entretenir le matériel et les locaux, et participer au traitement du linge. Il n'existe pas d'obligation de diplôme pour exercer ce métier. **Les auxiliaires de vie sont financés à 30 % par le forfait dépendance ;****
- **accompagnant éducatif et social (AES) : les aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale sont désormais réunis dans un seul diplôme commun, le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social. Les AMP ont une équivalence d'aide-soignant pour 5 modules sur 8, mais doivent passer les modules complémentaires pour valider le diplôme. **Les AES sont financés à 70 % sur le forfait soins, et 30 % sur le forfait dépendance ;****
- **aides-soignants diplômés d'État : l'aide-soignant est sous la responsabilité d'un infirmier, et est habilité dans ce cadre à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus. Un diplôme est nécessaire pour exercer le métier d'aide-soignant. Un étudiant en école d'infirmier peut demander une équivalence de diplôme d'aide-soignant si celui-ci a validé tous les crédits de la première année d'institut. **Les aides-soignants sont financés à 70 % sur le forfait soins et 30 % sur le forfait dépendance ;****
- **infirmiers diplômés d'État, qui effectuent des actes de soins, sous la supervision du médecin coordonnateur. L'exercice du métier d'infirmier est soumis à l'obtention d'un diplôme. **Les infirmiers sont financés à 100 % sur le forfait soins ;****
- **psychologue, financé à 100 % sur le forfait dépendance ;**
- **médecin coordonnateur, qui coordonne l'activité médicale au sein de l'établissement. Le temps de présence du médecin de coordonnateur est fixé par l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles (CASF), et est fonction du nombre de places au sein de l'établissement : 0,25 ETPT pour un établissement de 44 places, 0,4 ETPT entre 45 et 59 places, 0,5 entre 60 et 99 places et 0,6 entre 100 et 199 places. **Le médecin coordonnateur est financé à 100 % sur la dotation soins.****

Source : article R. 314-166, article R. 314-176 et article D. 312-156 du CASF.

1.2. La priorité donnée aux indicateurs liés à la masse salariale et au taux d'occupation peut donner lieu à des dérives concernant le respect des capacités d'accueil autorisées

1.2.1. Le système de primes des directeurs accorde un poids dominant aux indicateurs de performance financière, modulés par l'atteinte d'objectifs de qualité

La politique de rémunération des cadres d'Orpea, comme la gestion de leur carrière, les incite à survaloriser les objectifs financiers par rapport aux objectifs de qualité. En préalable, on peut remarquer que la formulation des attributions du directeur d'établissement telle qu'elle figure dans son contrat de travail met en avant les aspects de conformité et de performance économique plutôt que la qualité de la prise en charge⁵.

⁵ « Il sera notamment responsable : de la bonne organisation des séjours des résidents et de la bonne exécution des obligations contractées à son égard ; de la mise en œuvre de la politique commerciale et économique définie par la direction régionale ; du contrôle des coûts de fonctionnement de la Résidence ; de la bonne application des règles d'hygiène et de sécurité ; de l'encadrement des salariés (...). » (extrait d'un contrat de travail de directeur d'exploitation).

Annexe V

Les primes dont peuvent bénéficier les directeurs d'établissement sont indexées sur la masse salariale et l'accomplissement des objectifs budgétaires - le taux d'occupation (TO) étant compris dans deux indicateurs, que sont le chiffre d'affaires (mécaniquement lié au TO) et le *Net Operating Profit* (NOP)⁶ final, qui correspond à la marge opérationnelle. Les directeurs d'exploitation sont ainsi soumis à un système de primes fondé sur une double catégorie d'objectifs (cf. tableau 6) :

- ◆ des objectifs qualitatifs, sur la base d'évaluations semestrielles par le directeur régional, qui comptent pour 50 % de la prime ; au second semestre 2019, les objectifs qualitatifs ont été considérés comme atteints pour 142 directeurs d'exploitation, soit 61 %. Ces évaluations qualité vérifient si le directeur répond à différents critères qualité (285 au total) concernant la gestion administrative des résidents, les ressources humaines, les relations médico-sociales, la prise en charge soins, le circuit du médicament, la restauration, les travaux-sécurité, les animations et activités, la démarche qualité et la prévention des risques professionnels ;
- ◆ des objectifs financiers, qui prennent en compte :
 - l'atteinte de l'objectif de chiffre d'affaires (CA) et de masse salariale (3 500 € si atteinte des objectifs qualitatifs, 1 750 € si absence d'atteinte des objectifs qualitatifs) ;
 - l'atteinte des objectifs CA + NOP ou masse salariale + NOP (5 000 € si atteinte des objectifs qualitatifs, 2 500 € sans) ;
 - l'atteinte des objectifs de CA, masse salariale et NOP (6 000 € si atteinte des objectifs qualitatifs, 3 000 € sans) ;

Ces montants sont attribués par semestre, avec un maximum théorique de 12 000 €, et une absence de primes en cas de non atteinte des objectifs qualitatifs et quantitatifs. Un bonus peut être versé en avril :

- ◆ d'un montant de 3 500 € si le NOP a évolué entre 105 % et 112 % entre l'année N et l'année N-1, et que les objectifs de NOP budgétés (NOP DPO) n'ont pas été réalisés ;
- ◆ d'un montant de 7 000 € si le NOP a évolué entre 105 % et 112 % entre l'année N et l'année N-1, et que les objectifs de NOP budgétés (NOP DPO) ont été réalisés ;
- ◆ d'un montant de 5 000 € (+ 2 000 €) si le NOP a évolué de plus de 112 % mais que les objectifs NOP DPO n'ont pas été réalisés ;
- ◆ d'un montant de 10 000 € (+ 4 000 €) si le NOP a évolué de plus de 112 % mais que les objectifs NOP DPO ont été réalisés.

Ce bonus est également conditionné aux résultats qualitatifs, puisqu'il n'est versé que si les résultats qualité sur les deux semestres de l'année civile sont supérieurs ou égaux à 90 %.

Tableau 6 : Système de primes des directeurs d'exploitation

Respect des paramètres de gestion	Si qualité ≥ 90 % Montant de la prime	Si qualité ≤ 90 % Montant de la prime
Aucun	600 €	0 €
CA + Masse	3 500 €	1 750 €
(CA + NOP) ou (Masse + NOP)	5 000 €	2 500 €
CA + Masse + NOP	6 000 €	3 000 €

Source : Document « système de primes des directeurs exploitations » en date du 1^{er} janvier 2011, Orpea.

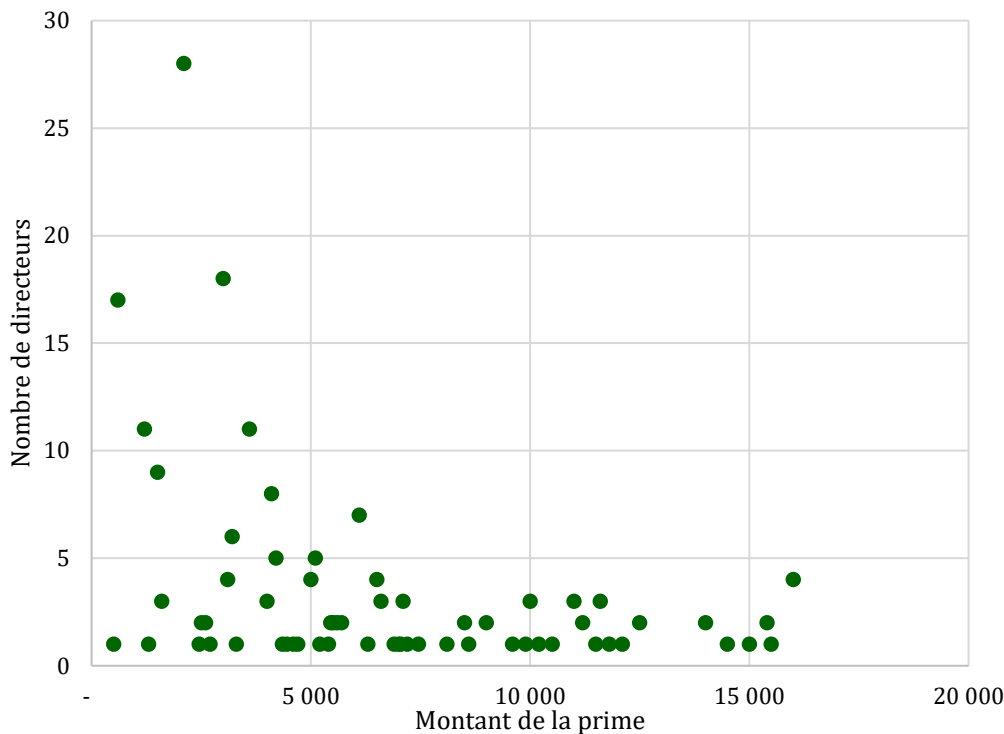
⁶ Résultat d'exploitation après impôts.

Le nombre de primes attribuées aux directeurs d'établissements a été de :

- ◆ 195 en 2018, comprises entre 250 € et 24 200 €, pour un montant total de 1 024 350 € ;
- ◆ 185 en 2019 comprises entre 305 € et 18 000 €, pour un montant total de 1 013 805 € ;
- ◆ 207 en 2020 comprises entre 600 € et 18 000 €, pour un montant total de 1 131 290 € ;
- ◆ 215 en 2021, comprises entre 500 € et 16 000 €, pour un montant total de 1 022 650 €.

La dispersion des montants de primes indique qu'elles sont effectivement utilisées comme un levier managérial (cf. graphique 3). Pour ce qui concerne l'année 2021, moins de la moitié des directeurs a obtenu un montant de prime égal ou supérieur à 4 000 €. La moitié du montant total de primes a été versé à 48 directeurs, soit 22 % d'entre eux.

Graphique 3 : Montant des primes des directeurs d'exploitation pour l'année 2021



Source : Mission, à partir des montants de primes des directeurs communiqués par la DRH.

Les primes des directeurs régionaux, qui constituent le niveau charnière de la chaîne de commandement, sont en outre fondées sur la performance des directeurs d'exploitation, tant en ce qui concerne le chiffre d'affaires que la masse salariale et le taux d'occupation – via le NOP. Ils ne sont donc soumis à aucun critère de qualité dans l'attribution de leurs primes. La part variable de la rémunération prend une part potentiellement très importante : les primes semestrielles peuvent s'échelonner de 0 à 8 000 € selon le nombre d'objectifs atteints, et sont complétées d'un bonus annuel s'étalant de 0 à 10 000 €, auquel s'ajoute potentiellement un avantage en nature (voyage d'une valeur de 4 000 €). Ce système est conçu de telle manière qu'il incite les directeurs régionaux à piloter finement – les primes étant par ailleurs semestrielles – les indicateurs de performance des établissements dont ils ont la charge (cf. tableau 7).

Un bonus est prévu sur les mêmes bases que celles des directeurs d'exploitation en ce qui concerne l'évolution du NOP, **mais le bonus des directeurs régionaux n'est pas conditionné à des critères de qualité.**

Tableau 7 : Système de primes des directeurs régionaux

Respect des paramètres de gestion	Montant de la prime en euros bruts
Aucun	0 €
Masse	3 500 €
CA + Masse	5 500 €
(CA + NOP) ou (Masse + NOP)	6 500 €
CA + Masse + NOP	8 000 €

Source : Document « système de primes des directeurs régionaux » en date du 1^{er} janvier 2011, Orpea.

1.2.2. L'animation du réseau des directeurs régionaux incite à une optimisation des indicateurs de performance, en particulier le taux d'occupation, le chiffre d'affaires et la masse salariale

Les réunions organisées par le directeur des opérations sont l'occasion de suivre mensuellement de manière fine les indicateurs de TO, CA et masse salariale pour toutes les directions régionales. Ces rendez-vous mensuels sont l'occasion de classer les régions, et donc les directeurs régionaux, en fonction des performances des établissements dont ils ont la charge. Jusqu'en mars 2021, les documents relatifs à ces réunions qui ont été communiqués à la mission prennent la forme de tableaux Excel présentant, d'une part, les établissements les plus performants (désignés comme « les tops ») et, d'autre part, les établissements les moins performants (désignés à cette occasion, dans les documents de préparation de ces réunions, comme « les flops »).

Depuis le départ du précédent directeur général délégué à l'exploitation et l'évolution de l'organigramme, ces réunions sont présidées par [...] et la pression des pairs entre directeurs régionaux continue de s'exercer sous un autre format. Les présentations au format Powerpoint qui ont été communiquées pour les mois de juin à décembre 2021 présentent un classement des régions sous forme graphique selon différents indicateurs qui permettent d'en comparer la performance – les régions les plus vertueuses étant en bleues, celles qui dépensent le plus en rouge, selon un dégradé de couleurs :

- ◆ taux d'occupation (TO) cumulé vs N-1 (et vs budget) ;
- ◆ prix moyen hébergement (PMH) cumulé vs N-1 (et vs budget) ;
- ◆ CA hébergement vs N-1 (et vs budget) ;
- ◆ rémunérations brutes + congés payés vs N-1 (et vs budget) ;
- ◆ équivalents temps plein (ETP) en CDI/CDD vs TO ;
- ◆ ETP global vs N-1 (et vs budget) ;
- ◆ ETP/TO ;
- ◆ NOP vs N-1 (et vs budget).

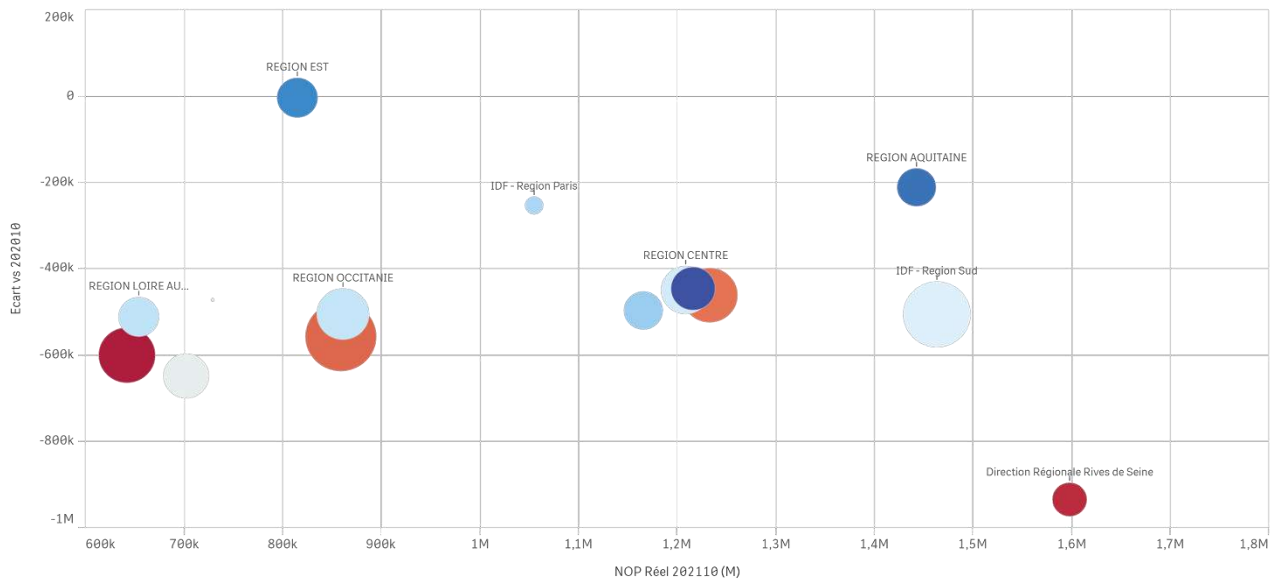
Sont évalués non seulement le niveau des indicateurs, mais aussi leur évolution par rapport à N-1 et leur comparaison par rapport au budget. Pour exemple, dans le graphique 4 qui compare ces directions en fonction du NOP, la direction régionale « Rives de Seine » bénéficie ainsi du meilleur NOP, mais de la pire progression par rapport à N-1 et du plus gros écart au budget.

La qualité de la prise en charge et la satisfaction des résidents et de leurs familles ne sont en aucun cas évaluées, et *a fortiori* comparées au cours de ces réunions. D'autres points spécifiques sont faits sur ces questions de qualité (staffs régionaux), de manière déconnectée des problématiques financières.

Annexe V

Graphique 4 : Comparaison des directions régionales en fonction du NOP et de l'évolution du NOP vs N-1

NOP et Variation A-1
Par Région / Etablissement



Source : Présentation COMEX Orpea décembre 2021.

1.2.3. Les directeurs d'exploitation subissent une pression par différents biais pour les contraindre à une maîtrise stricte de la masse salariale, qui peut être mise en œuvre sans aucune considération pour les conditions de prise en charge des résidents

L'analyse des refus de recrutements par le directeur régional, qui doit impérativement les valider, illustre le pilotage des établissements par la masse salariale. Une partie au moins des refus est effectuée sur le logiciel SIRH'AP, même si les refus peuvent aussi se faire oralement comme en attestent plusieurs commentaires des directeurs régionaux sur le logiciel. La mission a ainsi obtenu et analysé une extraction de ces refus de recrutements issus du logiciel SIRH'AP pour l'année 2021. Elle a relevé :

- ◆ 41 refus de recrutements de CDD en 2021, pour 21 résidences différentes. Certains motifs illustrent la volonté de conserver un cadre budgétaire contraint :
 - des refus de remplacements lorsque la durée du remplacement est supérieure à la durée remplacée (par ex., « on ne peut pas remplacer une absence de 5,5h par 7h !! ») ;
 - des refus de dépassement du budget (« refus dépassement vu entre DR et directeur », « pas de doublure sur les employés des services généraux », « merci de respecter les 11,81 ETP validés ») ;

Annexe V

- ◆ 40 refus de recrutements en CDI en 2021, pour 23 résidences différentes. Parmi les commentaires des directeurs régionaux, six refus de CDI sont justifiés par un « *budget dépassé* » ou dépassant le nombre de CDI budgétés [...].

Ces refus de recrutements, bien que très limités en volume (46 refus de CDI en 2019) dans le système d'information, illustrent toutefois le rôle central du directeur régional dans le processus de recrutement, et le contrôle assuré par celui-ci afin d'assurer le respect des budgets alloués. Les justifications telles que « *Gmasse dépassé* », « *pas prévu au budget 2019* » ou « *hors budget* » caractérisent un pilotage centré sur la masse salariale. Le refus de certains recrutements (serveuse par exemple) au motif que le nombre d'ETP auxiliaires de vie est atteint illustre aussi la porosité entre les salariés de la section hébergement et ceux de la section dépendance. Par ailleurs, ces refus de recrutement ne permettent pas d'identifier ni les refus oraux, ni les phénomènes d'auto-censure de la part des directeurs d'établissement, les refus présents dans les extractions étant donc susceptibles de constituer seulement une part des refus totaux.

La mission s'est par ailleurs étonnée d'entendre certains directeurs régionaux nier d'abord la réalité de ces refus de recrutement avant de reconnaître ensuite leur existence une fois présentée l'extraction SIRH'AP. Un directeur régional auditionné par la mission a par exemple affirmé dans un premier temps n'avoir « *jamais refusé un seul recrutement* », alors même que six refus ont été répertoriés dans l'extraction sur sa région en 2018-2020. Les commentaires montrent un souci de pilotage de la masse salariale dont certains interlocuteurs ne souhaitent pas faire état alors qu'il n'est pas en lui-même répréhensible : « *PAS POSSIBLE. LE BUDGET PREVOIT 14 ETP AV EN CDI et le TO pas au RDV. Si doute sur les embauches, merci de m'en parler au préalable* » ; « *Vous avez déjà 25 ETP AS EN CDI, j'en note 3 en longs arrêt ? Votre budget NOP est à 21,5 ETP AS en CDI. Vos AV ne sont pas en dessous de l'objectif* ».

La mission a également analysé pour mars 2019 les « plans d'actions » (analyse des NOP) que les directeurs d'EHPAD discutent chaque mois avec leurs directeurs régionaux, et qui confirment que le pilotage se concentre principalement sur la masse salariale et le taux d'occupation. Il ressort de l'analyse de ces plans d'actions mensuels un certain nombre de *verbatim* qui attestent d'une volonté de contenir au maximum la masse salariale, sans considération pour la qualité de prise en charge, ainsi que d'une volonté de maximiser l'emploi de la dotation soin à cet effet (cf. tableau 8)⁷.

Dans ces plans d'actions mensuels, il est demandé aux directeurs d'exploitation de diminuer leur masse salariale, en surveillant finement sa concordance avec l'évolution du taux d'occupation : « *Adapter la MS au TO en tenant compte des 22 AV CDI. Diminuer progressivement le nombre d'AV pour maintenir le budget. diminution des AV CDD en 7h quand c'est possible* ». Pour rappel, le code de l'action sociale et des familles prévoit que l'autorité de tarification peut réduire le forfait global de soins si le TO descend en dessous de 95 %⁸, même si l'application de ces dispositions est suspendue depuis le début de la crise sanitaire en vertu de l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020.

⁷ Dans les verbatims cités, TO : taux d'occupation ; MS : masse salariale ; ETP : équivalent temps plein ; AS : aide-soignant ; AV : auxiliaire de vie.

⁸ Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Annexe V

Dans le même sens, consigne est souvent donnée aux directeurs d'exploitation de ne pas effectuer la totalité des remplacements, sans associer à cette commande une analyse sur les impacts en matière de prise en charge des résidents : « non remplacement des absences imprévues », « effectuer les remplacements avec un taux de remplacement n'excédant pas les 70 % », « poursuivre les remplacements de manière partielle », « limiter les remplacements », « limiter les remplacements sur AV (poste de soir) et lingère (actuellement en arrêt maladie) », « maximisation des coûts en ne remplaçant pas les absents si ce n'est pas nécessaire », « pas de remplacement effectué à 100 % », « Remplacement AV à 80 % au ménage », « Réduction des remplacements à 70 % », « optimiser le taux de remplacement pour ne pas remplacer à hauteur de 100 % », « non remplacement systématique en cas d'absence », « Remplacement des absences au ménage en 5h au lieu de 6h », « Remplacement entre 70 à 80 % et uniquement si besoin sinon continuer à gérer les plannings avec le non remplacement », « limiter les remplacements AV lors des absences CP », « Tant que l'établissement n'est pas plein, maximisation des coûts en ne remplaçant pas les absents si ce n'est pas nécessaire. » Sur l'ensemble de ces exemples, le taux d'occupation des établissements était compris entre 90 et 100 % au moment des commentaires, et en moyenne de 95 %.

Il en ressort que les restrictions de remplacement du personnel (y compris soignant) font partie de la gamme usuelle des leviers de performance du groupe Orpea. Ces nombreux extraits de plans d'actions vont à l'encontre des assertions du dossier préparé par la direction en février 2022 à l'attention de la ministre en charge de l'autonomie. On peut en effet y lire que « la politique du Groupe Orpea est de remplacer les absences, quelle qu'en soit la cause. La Direction de nos établissements s'y attache et a mis en place pour ce faire des pools de remplaçants qui connaissent nos structures, nos procédures, et les résidents pour y faire face ». Pour autant, le fait de retrouver de manière récurrente ces leviers dans des plans d'actions validés par les directeurs régionaux de toutes les régions prouve qu'il ne s'agit pas d'initiatives isolées.

L'analyse des plans d'action de novembre 2021 fait apparaître que les consignes commencent à évoluer, en s'efforçant de s'écarter des mauvaises pratiques du passé : « Passage en VAE des AV faisant fonction pour rentrer dans les ETP AS dont une à partir de janvier », « Maintien des annonces sur les sites de recrutement pour étoffer notre pool de remplaçants. », « Éviter de remplacer des AS par des AV nursing par la fidélisation des remplaçants AS et l'anticipation des besoins de remplacement. », « Eviter les faisant-fonctions AV - équilibre avec AS », « Nous avons des ressources d'AV FF AS qui sont en cours d'obtention de recevabilité VAE. », « Favoriser la VAE des av et recruter des as en cdi ». Mais les problématiques demeurent « Des AV qui aident parfois aux soins » « remplacement AS par des AV en CDI », « A ce jour 7 postes vacants AS et 2 AS en maladie de longue durée », « Limiter les remplacements sur AV/AS : à TO équivalent, mode dégradé ».

Tableau 8 : Verbatim des plans d'actions d'EHPAD de mars 2019

Identifiant EHPAD	Commentaires
A	Initier la VAE pour salariés AV pour comptabiliser 2 postes AV sur la dotation soins
B	Prise en charge d'une partie de la rémunération du médecin coordonnateur régional
C	Effectuer les remplacements avec un taux de remplacement n'excédant pas les 70 % / Privilégier les remplacements AV nuit et UPAD par des AS afin que l'excédent dotation soins n'excède pas les 30 K€ en fin d'année 2019. La dotation soins sur le Gmasse prévisionnel d'Avril est volontairement déficitaire de 3 K€ afin d'absorber une partie de l'excédent et préserver le secteur hébergement.
D	Non remplacement des absences imprévues
E	Adapter la MS au TO en tenant compte des 22 AV CDI. Diminuer progressivement le nombre d'AV pour maintenir le budget. Diminuer progressivement le nombre d'AV pour maintenir le budget. Revoir l'organisation du travail pour permettre aux AV de se concentrer sur l'hébergement et non plus sur les soins (renforcer ménage + restauration pour éviter les plaintes)
F	Continuer à faire appel à la vacation en AS pour limiter l'excédent

Annexe V

Identifiant EHPAD	Commentaires
G	Tant que l'établissement n'est pas plein, maximisation des coûts en ne remplaçant pas les absents si ce n'est pas nécessaire.
H	Garder l'objectif 13 ETP d'AV dans le fonctionnement pour 13,5 validés sans CP
I	Validation du livret 1 pour 2 AV qui émargeront donc désormais sur la masse soin
J	Poursuivre les remplacements de manière partielle
K	Limiter les remplacements sur AV (poste de soir) et lingère (actuellement en arrêt maladie). * En continu, poursuivre maîtrise des charges fixes et optimisation des charges variables = produit entretien / incontinence. Poursuivre dynamique sur budget alimentation.
L	* 5 ETP CDI IDE dont 3 en congés maternité = remplacement partiel IDE en 7h (1 fois par semaine)
M	Limiter les remplacements.
N	Privilégier utilisation dotation soin ;
O	Promouvoir les VAE AS au sein de l'équipe AV afin de maintenir l'objectif et de veiller à la bonne dépense de la dotation soins tout en maintenant une dépense salariale en corrélation avec le budget.
P	Dégager excédent masse soins pour remplacement été 2019
Q	Remplacement à 0,5 ETP ou 0,7 ETP privilégié sauf en USA et nuit = remplacement 100 % ; Remplacement IDE plus fréquent pour la sécurisation des soins
R	pas de remplacement effectué à 100 %
S	Maintenir l'excédent de TO le plus longtemps possible (+ 1 ou +2)
T	Réduction des remplacements à 70 % ; Ne pas remplacer les absences du jour
U	Pas de remplacement si absence de dernière minute ; Valider les commandes que si Ok/au budget (en vert dans le logiciel)
V	Maintenir le TO au minimum au PMH budget en mettant la masse salariale en fonction du CA et non du TO
W	Créer un nouveau cycle AS de 8 h de travail effectif au lieu de 10h pour les remplacements ;
X	bon début d'année continuer sur le même schéma que 2018 avec en plus une gestion au cordeau de la dotation soins
Y	Remplacement ménage en 5H au lieu de 6 H pour atteindre l'objectif av (seulement planning du RDC)
Z	Remplacement AV à 80 % au ménage
AA	Optimiser la gestion des stocks en réajustant les commandes au plus juste
AB	IDEC région + Psychomotricienne de région impactent la masse du site
AC	Basculer les AV nursing sur des tâches hébergement
AD	optimiser le taux de remplacement pour ne pas remplacer à hauteur de 100 % / Remplacer les AV en CP par des AS si possible
AE	Non remplacement systématique en cas d'absence, la gouvernante a même fait l'AV sur plusieurs dates. Malgré nos efforts et le non remplacement systématique en cas d'absentéisme, nous ne pouvons descendre, avec le TO actuel, en dessous de 7AS par jour pour assurer une bonne prise en charge.
AF	Maintenir au maximum le budget en 2019 en poursuivant la diminution des heures de remplacements AS et AV et IDE. En février, économie de 59 h75 de remplacement AV puis 44,50h AS. Puis gel d'un ETP IDE en février ; Dotation soins élevée avec risque de reprise en juillet comme l'année précédente (69K€) : Remplacer au maximum les AV par des AS afin d'éviter une hausse de la dotation au fil des mois et penser à une utilisation adaptée en respectant le budget
AG	Augmenter les remplacements AS vs AV pour réduire l'écart (dotation soin)
AH	veiller au contrôle, gestion des stocks (DM + protections) par la nouvelle IDEC
AJ	Remplacement des absences au ménage en 5h au lieu de 6h
AK	Créer une chambre supplémentaire (alors que TO 100%); Maîtriser les charges et maintenir un CA > budget et > 2018
AL	rémunération médecin co régional +4,04k€
AM	Un léger dépassement des AV malgré les efforts de planning à ne pas remplacer sur la totalité des heures d'absence
AN	Remplacement entre 70 à 80 % et uniquement si besoin sinon continuer à gérer les plannings avec le non remplacement
AO	limiter les remplacements AV lors des absences CP

Source : Mission, d'après les plans d'actions pour 2019 des EHPAD.

La mission a également eu accès à des échanges de courriels en 2018 exposant de manière directe la pression continue sur les indicateurs de performance exercée par les directeurs régionaux sur leurs directeurs d'exploitation. Un directeur régional y écrit ainsi aux directeurs d'exploitation qu'il supervise « *je compte sur chacun d'entre vous pour bien maîtriser au cordeau tous les jours, on ne se contente plus de respecter le prévisionnel validé, on gratte et on gratte tous les jours !* ». Dans un autre courriel, le directeur régional soumet personnellement les directeurs d'exploitation n'ayant pas atteint l'objectif de taux d'occupation à des astreintes le week-end, alors même qu'il n'existe aucun rapport entre le taux d'occupation et les besoins d'astreintes : « *si retard de budget TO inférieur ou égal à 3 résidents : réaliser un weekend sur 2 ; si retard TO entre 4 et 5 résidents : réaliser 1 week-end sur 2 jusque mi-juin : si retard TO supérieur à 5 résidents : présence du directeur tous les samedis et un dimanche sur deux jusque mi-juin* ».

1.2.4. Le dépassement du nombre de résidents autorisés a été identifié comme une pratique récurrente, qui a concerné 11 % des EHPAD Orpea en 2019

La mission a constaté une situation non-justifiée de surcapacité par rapport aux places autorisées dans 25 EHPAD Orpea en 2019, soit 11,3 % des établissements du groupe cette année-là. À partir d'une extraction du logiciel QlikSense pour l'année 2019, des situations de dépassement du nombre de places autorisées ont été identifiées sur 35 établissements. Après échange avec le directeur des opérations d'Orpea, il est apparu que :

- ◆ 25 EHPAD se sont trouvés en situation de surcapacité qu'Orpea n'a pas été en mesure de justifier à la mission en 2019, dont :
 - **20 EHPAD (soit 9,0 % des établissements Orpea en 2019) pour lesquels la direction a reconnu une situation de surcapacité non autorisée ;**
 - 4 EHPAD pour lesquels Orpea a fourni une explication sans être en mesure de produire de pièce justificative⁹ ;
 - 1 EHPAD pour lequel Orpea a apporté des explications qui ne permettent toutefois pas d'expliquer le dépassement ;
- ◆ pour 6 EHPAD, le dépassement provenait en réalité d'une erreur liée à la non-prise en compte par le logiciel QlikSense de tous les lits autorisés ;
- ◆ pour 3 EHPAD, la cause du dépassement était une erreur de saisie par le personnel de l'EHPAD au moment de l'entrée ou de la sortie de résidents et les justificatifs des régularisations ont été produits à la mission.

Ce travail d'analyse exhaustif n'a pas pu être reproduit par la mission sur d'autres années mais des situations comparables de surcapacité non autorisée ont également été recensées en 2022. La direction des opérations a ainsi indiqué que deux EHPAD étaient en situation de surcapacité non autorisée sur la période janvier-février 2022 : [...]. Certaines inspections conduites par les agences régionales de santé (ARS) ont aussi permis de relever l'existence de lits installés en surcapacité, [...].

⁹ L'attestation sur l'honneur fournie par [...] et datée du 3 mars 2022 n'a pas pu être retenue comme une justification de l'autorisation des tutelles.

Même si la direction d'exploitation a fait part de sa surprise à la découverte de ces surcapacités non autorisées, la mission considère qu'il ne peut en aucun cas s'agir ni de pratiques ignorées ni de comportements isolés :

- ◆ le nombre d'EHPAD en surcapacité en 2019 constitue une part significative du réseau Orpea (11,3 %), or ce chiffre constitue un minorant du nombre d'EHPAD ayant installé plus de lits que ne leur autorisent les tutelles : rien n'indique en effet que d'autres EHPAD du groupe n'avaient pas un excédent de lits qui n'a pas été totalement pourvu en 2019. **Il est à cet égard frappant de constater que l'un des deux EHPAD [...] pour lesquels Orpea reconnaît une surcapacité et celui où l'ARS a détecté deux lits surnuméraires en 2022 ne font pas partie de la liste des 25 établissements concernés en 2019 ;**
il est fort improbable que la direction des opérations ou *a minima* les directeurs régionaux n'aient jamais eu connaissance de ces surcapacités dans la mesure où **le taux d'occupation fait partie des principaux indicateurs¹⁰ évoqués au Comex, qu'il était suivi mensuellement par la direction des opérations et les directeurs régionaux** (dans l'outil QlikSense et dans les « Analyses NOP »). Il apparaît pour le moins douteux qu'en plus de quatre ans, parmi la quinzaine de cadres d'Orpea utilisateurs réguliers du logiciel QlikSense, aucun n'ait relevé des anomalies sur les taux d'occupation que les membres de la mission ont pourtant observées dès leur premier coup d'œil sur ce même outil informatique. Il convient néanmoins de rappeler que comme évoqué *supra* dans la description des applicatifs informatiques, il est de coutume chez Orpea d'appeler « TO » des valeurs absolues de nombre de résidents et non pas le rapport entre le nombre de résidents au nombre de lits autorisés. Cette pratique a pour effet de ne pas faire apparaître dans les tableaux de suivi diffusés en Comex des taux d'occupation à proprement parler – qui dépasseraient ainsi 100 %, bien que ces données soient directement accessibles dans les tableaux de bord du directeur des opérations et des directeurs régionaux (notamment dans le système d'information QlikSense) ;
- ◆ enfin, **certains commentaires relevés dans les plans d'actions NOP reflètent sans ambiguïté le recours à la surcapacité non autorisée comme un levier d'amélioration de la marge connu des directeurs régionaux.** Sur le mois de mars 2019 analysé par la mission, on peut ainsi lire les consignes « *Maintenir l'excédent de TO le plus longtemps possible (+ 1 ou +2)* » [...], qui figure parmi les 25 surcapacités identifiées par la mission), « *Créer une chambre supplémentaire* » [...], qui n'est pas dans la liste des 25 EHPAD identifiés mais dont le taux d'occupation a plafonné à 100 % pendant 118 jours en 2019).

Le dépassement des capacités de lits autorisées par les tutelles fait donc partie des méthodes qui, si elles ne sont pas données pour consigne par le siège, sont tout du moins connues et pratiquées des directeurs régionaux au mépris des conséquences que cela emporte pour les résidents et le personnel. Comme l'a confirmé à la mission [...] dans un entretien en date du 3 mars 2022, ce gonflement des capacités des EHPAD ne s'accompagne pas de recrutements supplémentaires pour maintenir le taux d'encadrement. Il en résulte donc que l'accueil de résidents surnuméraires se fait aux dépens de la qualité d'encadrement des résidents en place ainsi que des conditions de travail du personnel des établissements concernés.

¹⁰ Dans l'entretien du 10 février 2022, [...]a déclaré à la mission que la première heure des Comex était dédiée à l'analyse des indicateurs globaux de l'activité que sont « *le taux d'occupation, le chiffre d'affaires, les charges, le NOP* ». Il a ajouté au cours de ce même entretien qu'une attention très forte était portée au taux d'occupation dans la mesure où l'activité était le principal levier pour tenir le budget et dégager de la marge.

Annexe V

[...]

En son article L. 313-22, le code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose ainsi que « *le fait d'apporter un changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou service soumis à autorisation sans la porter à la connaissance de l'autorité* » est « *puni d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 euros* » et les personnes qui s'en rendent coupables s'exposent à une peine complémentaire d'interdiction d'exploiter ou de diriger des établissements et services soumis à autorisation dans le champ médico-social.

Annexe V

Tableau 9 : Analyse des EHPAD dont le taux d'occupation des résidents présents a dépassé au moins une fois le nombre de lits autorisés en 2019

EHPAD en dépassement	Jours de dépassement	Explications Orpea	Commentaire mission
[...]	189	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	17	"La résidence est passée à 66 résidents pour 65 autorisés à compter du 19/07" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	44	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	27	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	7	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	126	"C'est clairement de la surcapacité" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	9	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	11	<p>Discussion avec l'ARS qui avait demandé de modifier des contrats ehpad en contrats de RSS justifiant d'aucun dépassement de capacité autorisée sur la période.</p> <p>En effet, durant cette période d'été, des résidents ont été entrés dans LEO en EHPAD au lieu de RSS. Des régularisations ont été effectuées à postériori, régularisations qui ne sont pas imputées sur les données du TO clôturé.</p> <p>En reprenant les factures des mois de juillet, août et septembre 2019 (sur lesquelles des régularisations ont été effectuées), nous pouvons comptabiliser le nombre de résidents réellement présents.</p> <p>Nous constatons un dépassement uniquement sur les journées des 30 et 31 juil :</p> <p>30 juillet : 261 -> 1 sortie d'une résidente ce jour-là donc un total réel à 260</p> <p>31 juillet : 260 -> 5 sorties ce jour-là donc un total réel de 255</p> <p>Le TO est donc conforme</p>	<p>Erreur d'enregistrement par l'EHPAD</p>
[...]	5	1 séjour temporaire du 23/12/2021 au 06/01/2020 : Plusieurs mois auparavant une demande avait été faite car cette personne n'a pas de famille et que les aides à domicile ne pouvaient pas intervenir sur la période des fêtes.	Surcapacité avec explications mais absence de pièces justificatives
[...]	8	Le conjoint d'une résidente a insisté pour la rejoindre du jour au lendemain.	Surcapacité avec explications mais absence de pièces justificatives
[...]	1	Journée du 03/02/2019 : 97 résidents présents indiqués sous LEO (dont 2 hospi) Dépassement expliqué par un oubli d'établir une fiche de sortie d'une résidente, Madame D, qui avait quitté l'établissement physiquement depuis le 19/01 mais dont la fiche de sortie n'a été	Erreur d'enregistrement par l'EHPAD

Annexe V

EHPAD en dépassement	Jours de dépassement	Explications Orpea	Commentaire mission
[...]		établie que le 04/02. En PJ la fiche de sortie et les avoirs de régularisation établis tardivement (en novembre 2019) remboursant l'hébergement de Madame D. depuis le 19/01/2019. TO conforme	
[...]	33	"19 jours de surcapacité" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	365	L'autorisation du site est bien de 114 lits ; il s'agit d'une erreur de paramétrage ; cf, document de conformité de l'ARS.	Erreur du SI, non-prise en compte de tous les lits autorisés
[...]	93	Accueil d'un couple de mars à octobre.	Surcapacité sans explication
[...]	20	"Surcapacité temporaire à 89 de 5 jours" (courriel du 01/03/2022). Justification ARS obtenue.	Autorisation accordée par l'ARS
[...]	1	Les stats font état de 84 résidents présents pour une capacité de 83. Erreur comptable imputable à l'entrée du résident prévu le 25/09/19 et jamais entré (cf. avoir rectificatif/ To conforme	Erreur d'enregistrement par l'EHPAD
[...]	2	CPOM prenant effet au 01/01/2019 indique bien (page 13) la modification de la capacité dans le cadre du CPOM : place d'accueil de nuit transformée en place d'HT passant ainsi la capacité totale de 88 à 89 résidents ; TO conforme	Erreur du SI, non-prise en compte de tous les lits autorisés
[...]	232	"La surcapacité n'a pas excédé 2 places soit 118 au total" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	32	ouverture de la PUV au 1/06/2012 - Nous avons trié toutes les factures de janvier 2019. Ci-joint un dossier avec l'ensemble des factures de janvier 2019 et un avec celles de la PUV (nous en avons bien 15). Sur février, il n'y a pas eu de rappel de facturation. Erreur - TO conforme	Surcapacité avec réponse d'Orpea qui ne permet toutefois pas d'expliquer le dépassement
[...]	8	"1 contrat EHPAD fait sur un appt de RSS donc surcapacité" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	9	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	33	"1 CS accueilli dans une chambre d'hôte donc surcapacité" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	1	entrée urgente d'un résident de l'accueil de jour / ce jour, 4 résidents étaient hospitalisés. TO présent conforme	Surcapacité avec explications mais absence de pièces justificatives
[...]	80	"le site a 2 chambres d'hôtes utilisées le temps de rénover les chambres libérées : point évoqué lors du rdv CPOM avec un accord des tutelles à la condition que le TO annuel lissé ne dépasse pas 100%"	Surcapacité avec explications mais pour seule pièce

Annexe V

EHPAD en dépassement	Jours de dépassement	Explications Orpea	Commentaire mission
		Une attestation de la directrice est jointe attestant de cet accord oral notamment en présence de Monsieur P. du CD de la Haute Vienne. A ces échanges était également présente Madame D. de la DRESMS.	justificative une attestation sur l'honneur
[...]	56	"C'est clairement de la surcapacité" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	9	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	329	Erreur de dénominateur, il faut y ajouter 8 lits EHPA non pris en compte par le logiciel	Erreur du SI, non-prise en compte de tous les lits autorisés
[...]	365	Erreur de dénominateur, il faut y ajouter 12 lits EHPA non pris en compte par le logiciel	Erreur du SI, non-prise en compte de tous les lits autorisés
[...]	365	Regroupement de 2 établissements depuis le 1/06/2017 - TO conforme	Erreur du SI, non-prise en compte de tous les lits autorisés
[...]	17	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	20	Toujours en cours de recherche	Surcapacité sans explication
[...]	12	"12 jours de surcapacité" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication
[...]	15	La résidence a effectivement accueilli temporairement des résidents au-dessus de sa capacité	Surcapacité sans explication
[...]	365	Erreur de dénominateur, il faut y ajouter 25 lits EHPA non pris en compte par le logiciel	Erreur du SI, non-prise en compte de tous les lits autorisés
[...]	3	"85 présents du 10/09 au 12/09 à cause de la transformation d'un court séjour en long séjour pour M. XX le 10/09 alors qu'il devait sortir" (courriel du 01/03/2022)	Surcapacité sans explication

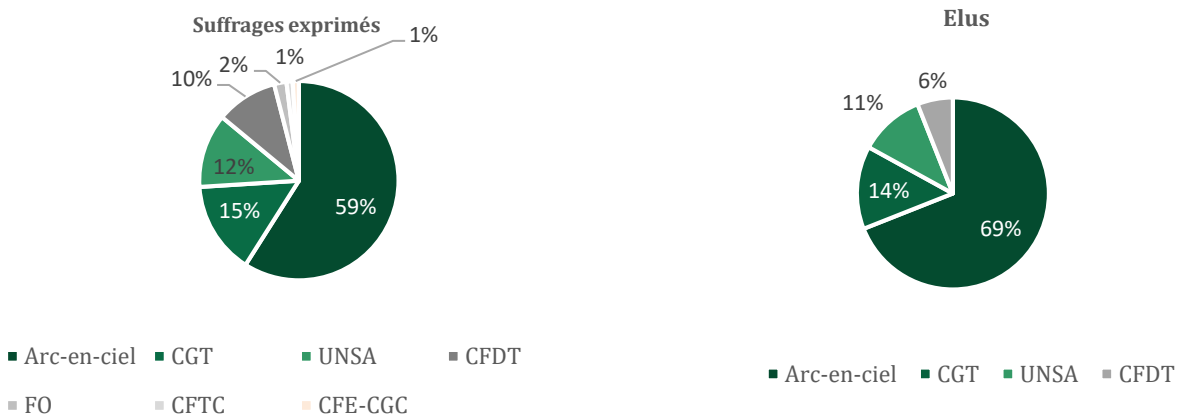
Source : Mission, d'après les données QlikSense (TO des présents en 2019, nombre de lits autorisés) et explications de la direction d'exploitation.

1.3. La stratégie de relations sociales adoptée par Orpea conduit à affaiblir la portée du dialogue social et le recours à leurs représentants par les salariés

1.3.1. Le syndicat interne majoritaire se positionne en partenaire de la direction

Arc-en-ciel, syndicat spécifique à Orpea, est apparu au début des années 2000 à l'initiative d'élus de Force Ouvrière (FO), essentiellement, sur un positionnement réformiste et partenarial, comme en témoignent d'une part la lecture des procès-verbaux des instances, qui ne montre guère d'oppositions frontales à la direction, d'autre part les signatures d'accord sur les dernières années. Les autres organisations syndicales, si elles sont plus distancées de la direction, ne sont pas non plus dans une posture d'hostilité et apparaissent modérées dans leur discours comme dans leur utilisation des leviers de contestation, notamment les mouvements sociaux. Au fil des ans, Arc-en-ciel est devenu largement majoritaire (cf. graphique 5), sans qu'aucune organisation ne tienne de véritable place de numéro deux.

Graphique 5 : Suffrages exprimés et nombre d'élus aux élections professionnelles de 2019



Source : Direction générale du travail, 2022.

Le rôle de la direction dans le développement du syndicat a pu être critiqué. Certaines organisations syndicales estiment que la direction serait intervenue dans le résultat des élections de multiples manières¹¹ dont aucune n'était vérifiable par la mission. Par ailleurs, le défenseur des droits n'a jamais été saisi et la liste des contentieux pour discrimination syndicale ayant touché Orpea sur les dernières années ne fait pas apparaître d'atypie pour une entreprise d'un tel effectif (cf. tableau 10).

¹¹ Il a été évoqué par exemple des pressions exercées pour que les salariés susceptibles de voter pour certaines organisations syndicales posent des congés pendant la tenue des élections, ainsi qu'une obstruction à l'envoi par correspondance de leur matériel électoral. La mission ne disposait pas des moyens de vérifier ces affirmations.

Annexe V

Tableau 10 : Contentieux relatif à des discriminations pour appartenance syndicale concernant Orpea depuis 2002

Juridiction	Décision	Date de la décision
Chambre soc. Cour de Cass.	Orpea condamné à verser 5000€ au titre de dommages et intérêts	22/01/2008
CPH de Saint Germain en Laye	Affaire radiée	16/02/2011
Cour d'Appel de Paris	Salarié débouté	19/12/2016
CPH de Paris	Salariée déboutée	11/01/2019
CPH de FREJUS	Salarié débouté Appel en cours	05/02/2019
CPH de Paris	Résiliation judiciaire prononcée pour défaut de reclassement, sans précision de lien avec le mandat	27/03/2019
CPH de Meaux	Salarié débouté	03/04/2019
CPH d'Orange	Orpea condamnée à verser 7500€ au titre de dommages et intérêts	03/09/2020
Cour d'Appel de Caen	Salarié débouté	01/10/2020
CPH de Martigues	Salariée déboutée Appel en cours	04/12/2020
CPH DE Lyon	Dossier en cours - Affaire non plaidée à ce jour	Non plaidé
CPH de Perpignan	Dossier en cours - Affaire non plaidée à ce jour	Non plaidé

Source : Direction générale du travail, 2022.

Il est en revanche probable que la direction entretienne *de facto* des relations plus étroites avec Arc-en-ciel. En effet, aucune rencontre bilatérale n'est organisée entre la DRH et les organisations, contrairement à une pratique relativement répandue. C'est donc essentiellement à l'occasion de la préparation et de la tenue des instances que les contacts avec la direction se produisent, ce qui bénéficie très largement à Arc-en-ciel qui fournit la très grande majorité des élus ainsi que la secrétaire du Comité social et économique (CSE). Cette situation a pu contribuer à renforcer la proximité entre Arc-en-ciel et la direction et entretient chez les autres organisations le sentiment de disposer d'une information moins complète, moins rapide et moins précise que celle dont dispose Arc-en-ciel. En outre, la mission a pu constater à l'occasion d'un de ses déplacements que des élus Arc-en-ciel bénéficiaient d'une prise en charge directe de leurs frais de déplacements auprès de leur directeur d'établissement alors qu'en principe, c'est le système de l'avance de frais qui s'applique, y compris aux élus du CSE d'autres organisations syndicales. À tout le moins un effort de transparence permettant à chaque organisation de vérifier que les pratiques sont les mêmes pour toutes serait de nature à réduire le sentiment d'inégalité de traitement exprimé par certains élus.

1.3.2. Les IRP, centralisées et de fait maîtrisées par le syndicat majoritaire, réduisent très fortement les capacités d'action des autres organisations syndicales

La structuration des instances représentatives du personnel (IRP) jusqu'à 2018 était relativement centralisée au niveau national, avec un comité d'entreprise unique, et huit comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) couvrant chacun plusieurs régions, ainsi qu'un nombre standard de délégués du personnel (2 ou 3 par établissement).

Annexe V

Les ordonnances travail du 22 septembre 2017 ont permis, à Orpea comme dans nombre d'autres entreprises, de resserrer considérablement l'envergure des IRP. **Dans le cas d'Orpea, la solution retenue, [...] (cf. 1.3.1) est extrêmement malthusienne pour une entreprise de cette taille :**

- ◆ au plan des principes, l'accord du 26 mars relatif à la mise en place de l'unité économique et sociale (UES) centrale pose de manière particulièrement tranchée que « *les parties reconnaissent l'existence d'une gestion centralisée au sein d'Orpea (...) tant au niveau de la gestion des ressources humaines qu'aux niveaux économique, commercial et financier. Elles reconnaissent également l'absence totale d'organes et de moyens de gestion autonomes, tant au niveau local qu'au niveau régional, tant au niveau des résidences que des sociétés (...), l'ensemble des fonctions support étant regroupé au sein du siège administratif* » ;
- ◆ **un CSE unique** pour l'ensemble de l'activité France (hormis quelques filiales acquises, qui ont conservé leur instance propre, mais qui représentent une part mineure des effectifs) ;
- ◆ **une commission santé sécurité et conditions de travail (CSSCT) unique** alors même que chacun des EHPAD représente un lieu de travail complexe et accidentogène et qu'il aurait pu à tout le moins être prévu une commission par direction régionale ;
- ◆ **le règlement intérieur du CSE confie à son secrétaire la maîtrise intégrale de l'ordre du jour** (conjointement avec la présidente, en l'occurrence la directrice des ressources humaines) et du procès-verbal. La lecture des procès-verbaux montre que [...] en fait un exercice ne laissant que peu de place aux positions critiques des organisations syndicales, en dépit des demandes de celles-ci, et préservant *a contrario* un certain espace à la direction et aux positions syndicales lorsque celles-ci confortent cette dernière ;
- ◆ il est prévu 34 heures par mois de crédit pour chaque élu national, soit le minimum réglementaire. Avec un total de 35 élus titulaires et autant de suppléant, chaque organisation minoritaire ne dispose que d'un nombre très réduit d'élus et suppléants (11 CGT, 6 UNSA, 4 CFDT), ce qui de fait limite considérablement sa capacité à couvrir un territoire national sur l'ensemble duquel sont répartis les lieux de travail des collaborateurs ;
- ◆ **45 représentants de proximité**, ce qui ne permet pas, et loin de là, à chaque EHPAD d'avoir au moins un élu sur place. De plus, ces élus sont quasi intégralement membres d'Arc-en-ciel sous l'effet de règles de désignation octroyant un monopole d'attribution au syndicat majoritaire¹². Chacun étant doté d'un crédit de 20 heures, cela donne au syndicat majoritaire une capacité de déploiement local très supérieure à celle des organisations minoritaires, en particulier celles n'étant pas dotées d'un représentant de proximité ;
- ◆ depuis un accord de 2016 relatif à l'exercice des mandats de représentants du personnel, **les possibilités d'affichage syndical sont restreintes au seul siège national**, ce qui limite encore les possibilités des organisations syndicales, en particulier minoritaires, de pouvoir communiquer auprès du personnel dans les EHPAD.

Le système ainsi mis en place :

- ◆ **d'une part, réduit la capacité d'action des syndicats pour peser face à la direction** dans les décisions relevant du champ des IRP, en particulier la détermination des conditions de travail et de l'organisation du travail, la gestion de l'emploi (dont le recours aux CDD), et le développement des compétences ;
- ◆ **d'autre part, confie la quasi-intégralité des IRP à une seule organisation syndicale**, dont la capacité revendicatrice se trouve être très modérée.

¹² Dans les faits, Arc-en-ciel arguant d'un manque de candidats, a fait bénéficier à l'UNSA, organisation syndicale habituellement la plus proche de ses prises de position d'un certain nombre de désignations.

De manière particulièrement éclairante, il est quasi systématiquement refusé aux organisations minoritaires de faire intervenir des cabinets d'expertise de leur choix, comme cela est la pratique courante. [...]

Cette volonté de maîtrise particulièrement forte du dialogue social se voit jusqu'à la formulation de la délégation de pouvoirs faite aux directeurs d'exploitation, puisque la gestion des relations sociales en est le seul bloc de compétences (parmi d'autres aussi sensibles que la tenue des registres obligatoires liés à la prise en charge des résidents, la continuité des soins...), avec celui des relations avec la tutelle (ARS, conseil départemental...), pour lequel il est précisé, et à de multiples reprises, qu'il est exercé « en lien étroit » avec le siège, en l'occurrence la DRH.

1.3.3. La négociation d'entreprise est très contrainte et de fait très peu dynamique

Le cadre dans lequel se positionne la négociation d'entreprise est celui de la branche professionnelle, dont la composante patronale est fédérée par le SYNERPA, créé en 2001, et qui regroupe les principaux acteurs privés français des EHPAD, des Résidences Services Seniors (RSS), et des Services et Soins à Domicile. Le SYNERPA rassemble 2 520 adhérents dont 1 800 EHPAD, 120 RSS et 600 agences de Services et Soins à Domicile (SSD), soit plus de 200 000 personnes hébergées et aidées et 120 000 salariés.

La négociation d'entreprise est très fortement contrainte par l'existence d'un syndicat majoritaire depuis 2011 qui se trouve être en posture partenariale avec la direction : aucun accord ne peut exister sans la signature d'Arc-en-ciel ; aucune organisation syndicale ne peut s'opposer à un accord signé par Arc-en-ciel. Cette situation est d'autant plus impactante que les ordonnances travail ont étendu le principe de l'accord majoritaire au niveau de l'entreprise et fait de celle-ci dans la plupart des domaines du droit social le principal échelon de la négociation.

La direction, de son côté, ne mène pas une politique visant à dynamiser et à structurer le dialogue social. Aucun agenda social n'est construit, encore moins discuté avec les organisations.

Les positions d'Arc-en-ciel sont donc surdéterminantes dans la définition du contenu des droits sociaux des salariés d'Orpea. Or cette organisation n'est guère revendicative, de l'aveu même de ses propres responsables, et s'est fixé un nombre limité de sujets de revendication :

- ◆ en matière d'organisation du dialogue social, comme on l'a vu précédemment, elle signe, seule¹³, des accords conduisant à un affaiblissement notable des organisations syndicales, en particulier minoritaires ;
- ◆ en matière salariale, selon les organisations syndicales que la mission a toutes rencontrées, elle centre son action sur la revendication d'un 13^{ème} mois et n'est guère proactive sur l'évolution des salaires fixes à l'occasion des négociations annuelles obligatoires (NAO) ;
- ◆ elle concentre son action sur les œuvres sociales. En particulier, elle a demandé, et obtenu dans le cadre de l'accord QVT précédemment évoqué, la mise en place d'un marché national d'accès à un réseau national de crèches ;

¹³ C'est le cas de l'actuel accord relatif à la mise en place du CSE, mais également, par exemple, de l'accord de 2016 relatif aux représentants du personnel précité.

Annexe V

- ◆ en matière de conditions de travail, Arc-en-ciel a imposé une solution modeste dans l'accord relatif au temps d'habillage et de déshabillage, signé en 2019 par cette seule organisation, et qui entérine que ce temps n'est pas inclus dans le temps de travail, et donne une définition relativement restrictive des personnels ayant droit à une compensation. De même l'accord QVT, abordé plus haut, a largement été alimenté par la direction, qui a témoigné d'une certaine ambition et d'une vision en la matière (cf. *supra*). Arc-en-ciel, alors même que cette négociation abordait un enjeu-clé en termes d'attractivité, d'absentéisme, de fidélisation et de qualité de la prise en charge, s'est contenté de centrer son intervention sur l'ouverture de places en crèches précitée.

Au total, le nombre d'accords significatifs signés à Orpea est relativement faible¹⁴ et leur contenu peu ambitieux, hormis l'accord QVT (cf. *supra*). Parmi les accords les plus souvent cités par les organisations syndicales comme les plus marquants figure systématiquement l'accord d'intéressement. Or celui-ci produit un montant de l'ordre de 500 à 750 € (2017) très inférieur au benchmark des grands groupes (1 828 € en moyenne selon la DARES, encore est-il habituel de trouver des montants plus élevés que la moyenne dans les grands groupes).

2. Dans un contexte sectoriel certes tendu, Orpea enregistre une situation en matière de gestion des ressources humaines plus dégradée que la moyenne, et sa stratégie d'attractivité et de fidélisation apparaît insuffisante

2.1. Des indicateurs suggèrent une tension sur les ressources humaines plus forte chez Orpea que dans la moyenne des EHPAD lucratifs privés

2.1.1. Le secteur des structures médico-sociales, et plus particulièrement les EHPAD, présente des enjeux d'attractivité qui pèsent sur les capacités de recrutement des établissements

En 2018, environ 830 000 équivalents temps plein (ETP) étaient employés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie dont 380 000 dans les EHPAD¹⁵.

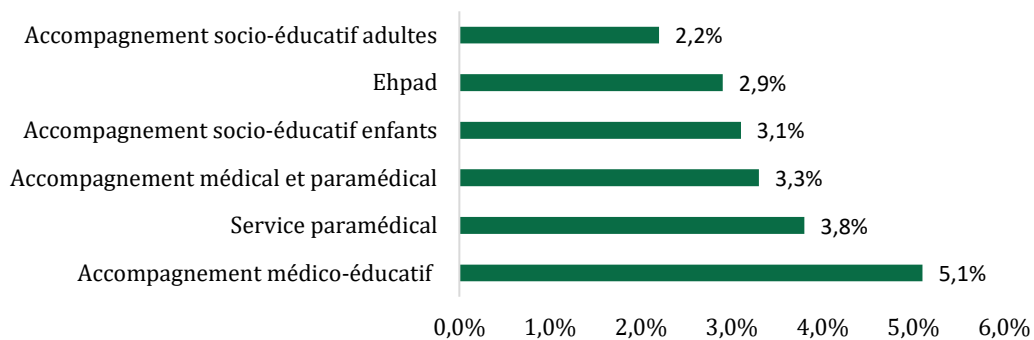
¹⁴ Sur 2017-2021, outre les accords dont la négociation – à défaut de la signature – s'impose (accords d'intéressement et avenants, accords organisant le dialogue social), on compte 5 accords : un sur la politique à l'égard des travailleurs handicapés (2017), deux sur l'épargne salariale et la participation (2018), deux sur la QVT (2018), un sur le temps d'habillage de déshabillage (2019), et un sur le télétravail au siège (2021), domaine dans lequel, dans le contexte de la crise sanitaire, un grand nombre d'entreprises ont été amenées à faire évoluer les règles rapidement.

¹⁵ Rapport de la concertation Grand âge et autonomie du 28 mars 2019 coordonnée par Dominique Libault.

Lors de l'enquête EHPA de 2015¹⁶, près de la moitié des structures d'hébergement a indiqué rencontrer des difficultés de recrutement pour les personnels en lien direct avec des personnes âgées en perte d'autonomie. 63 % des établissements déclarant des difficultés de recrutement avaient au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus. En 2015, 44 % des EHPAD ont déclaré rencontrer des difficultés de recrutement : 49 % des établissements privés déclarent y avoir été confrontés contre 38 % des établissements publics¹⁷. Alors qu'il s'agit d'une obligation, prévue par l'article D. 312-156 du CASF, 32 % des EHPAD ne déclaraient aucun ETP de médecin coordonnateur en 2015¹⁸. Selon les tableaux de bord de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) au 31 décembre 2019, au moins 20 % des EHPAD n'avaient pas de médecin coordonnateur. 25 % supplémentaires ont une quotité de médecin coordonnateur inférieure aux seuils réglementaires.

Parmi les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), les EHPAD font partie des établissements avec le taux de renouvellement des équipes le plus important : plus de six départs-arrivées par an dans la moitié des EHPAD, plus de onze dans un quart d'entre eux¹⁹. Toutefois, en termes de vacances des postes, il convient de souligner que pour la moitié des ESMS, la vacance est nulle ou négative. Les trois-quarts des établissements ont une vacance inférieure à 5 %. Les établissements d'accompagnement socio-éducatifs adultes et les EHPAD sont les deux types d'établissements médico-sociaux qui présentent le taux de vacance le plus faible, mais celui-ci reste proche du niveau du reste du secteur médico-social (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Taux d'ETP vacants par type de secteur médico-social en 2020



Source : État des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social, ANAP avril 2021.

Les EHPAD font partie des établissements médico-sociaux avec le taux d'absentéisme le plus élevé (cf. graphique 7). Les données relatives à l'absentéisme dans les ESMS soulignent également un lien entre le recours aux CDD et le niveau d'absentéisme de l'établissement, qui s'explique notamment par le recours aux CDD pour assurer le remplacement des salariés absents. Un quasi-doublement du taux d'absentéisme entre les ESMS qui déclarent n'avoir aucun CDD et ceux pour lesquels il y a 150 CDD ou plus pour 100 ETP sur l'année peut être observé (cf. graphique 8). De la même manière que pour les CDD, l'absentéisme augmente de manière nette dans les établissements où le taux de rotation est plus élevé.

¹⁶ Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) réalisée par la DREES en 2015.

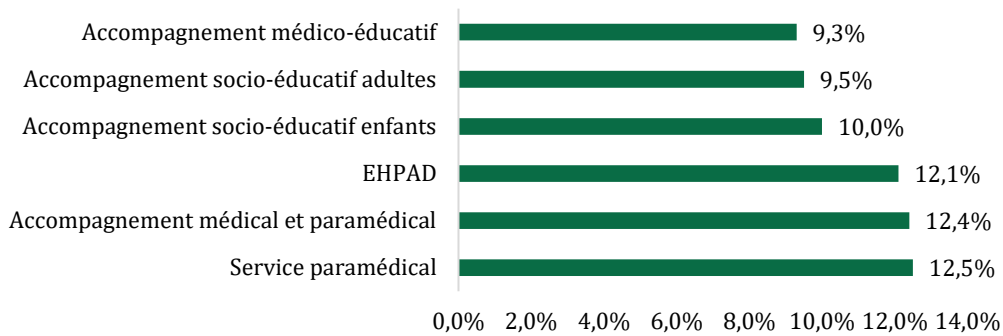
¹⁷ Mahel Bazin et Marianne Mulle, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », DREES 2018.

¹⁸ DREES études et résultats n°1067 juin 2018.

¹⁹ État des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social, ANAP avril 2021.

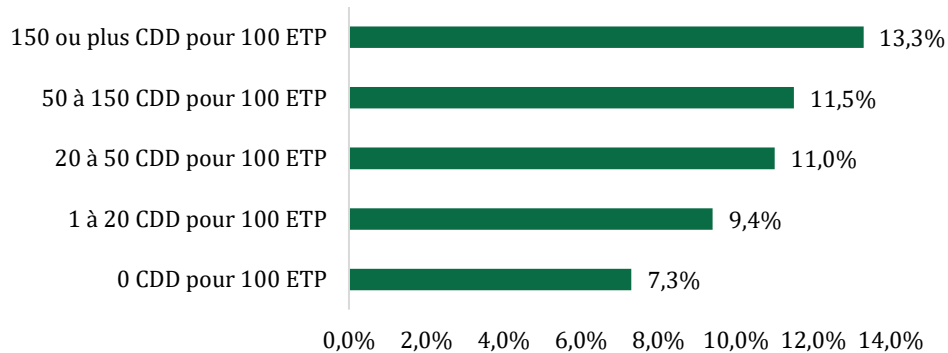
Annexe V

Graphique 7 : Taux d'absentéisme dans les ESMS en 2020



Source : État des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social, ANAP avril 2021.

Graphique 8 : Taux d'absentéisme en fonction du nombre de CDD pour 100 ETP dans les ESMS en 2020



Source : État des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social, ANAP avril 2021.

Graphique 9 : Taux d'absentéisme en fonction du taux de rotation des personnels en 2020 dans les ESMS



Source : État des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social, ANAP avril 2021.

La filière gériatrie et accompagnement des personnes âgées connaît un déficit d'attractivité. Entre 2012 et 2017, le nombre de candidatures aux concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants (IFAS), qui ont été supprimés depuis septembre 2020, a connu une diminution de 25 %. Le déficit d'attractivité des métiers concerne également la filière médicale spécialisée en gériatrie : il s'agit de la deuxième spécialité la moins attractive lors du choix des étudiants accédant au troisième cycle des études de médecine. Pour la seule fonction publique, seuls 129 des 370 postes de praticiens hospitaliers mis au concours en gériatrie en 2017 ont été pourvus²⁰.

Ce déficit d'attractivité s'inscrit dans le cadre d'une tension globale sur les métiers de soignants amenés à exercer en EHPAD. Le rapport « Les métiers en 2022 » réalisé en 2014 sur la base d'une analyse conjointe de France Stratégie et de la Direction de l'Animation de la recherche, des Etudes et des statistiques (DARES) identifiait le métier d'aide-soignant comme le cinquième métier le plus pourvoyeur d'emplois d'ici 2022²¹ en raison notamment de l'évolution démographique. En 2020, les aides-soignants et les infirmiers étaient respectivement 55^e et 35^e au classement des métiers en tension de la DARES²², ce qui implique une difficulté supplémentaire pour les EHPAD du fait d'une concurrence avec les établissements sanitaires et les autres établissements médico-sociaux. Selon le Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024²³, la conjugaison d'une part des effets du vieillissement de la population et de l'augmentation du taux d'encadrement des personnes en perte d'autonomie, et d'autre part du besoin de pourvoir aux postes aujourd'hui vacants et de compenser les départs en retraite conduiraient à devoir former près de 352 600 aides-soignants et accompagnants sur la période 2020-2024.

Les mesures de revalorisation des salaires engendrées par le Ségur de la santé ont bénéficié au secteur médico-social privé à but lucratif, mais de manière plus réduite et décalée dans le temps. À partir d'octobre 2020, les mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé ont concerné l'ensemble des personnels soignants (aides-soignants, infirmiers, infirmiers spécialisés, cadres de santé) ainsi que les professionnels médicotextuels et de la rééducation (kinésithérapeutes, manipulateurs radio, ergothérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, psychomotriciens ou pédicure-podologues) de la fonction publique hospitalière qui ont vu leur salaire augmenter de 183 euros nets par mois. Cette mesure de revalorisation salariale a été étendue aux EHPAD de la fonction publique territoriale (FPT), ainsi qu'aux EHPAD privés (associatifs ou commerciaux) *via* des accords collectifs de transposition ou des décisions unilatérales. La hausse n'a cependant été dans un premier temps que de 160 € nets par mois pour le secteur privé commercial, soit 23 € de moins que dans la fonction publique hospitalière. Dans le secteur des EHPAD privé à but lucratif, la hausse a été mise en place au début 2021, soit quelques mois après celle du secteur public.

Les niveaux de rémunération élevés pratiqués dans les centres de vaccination ont également contribué à aggraver de manière conjoncturelle la pénurie de soignants dans les EHPAD, et en particulier d'infirmiers. Pour vacciner en centre de vaccination, les infirmiers sont rémunérés via un forfait à la vacation. Depuis le 8 novembre 2021, cette vacation forfaitaire est rémunérée à hauteur de 168 € la demi-journée ou 42 € de l'heure si présence de moins de quatre heures (chaque heure entamée étant due, par exemple 1h30 de présence peut être facturée 2h). Les samedi après-midi, dimanche et jours fériés, la vacation forfaitaire est portée à 216 € la demi-journée (ou 54 € de l'heure si présence de moins de 4h). Par comparaison, une infirmière diplômée est payée entre 12 et 15 € net de l'heure en EHPAD selon son ancienneté.

²⁰ *Ibid.* DREES 2018.

²¹ « Les métiers en 2022 », rapport France Stratégie et DARES, juillet 2014.

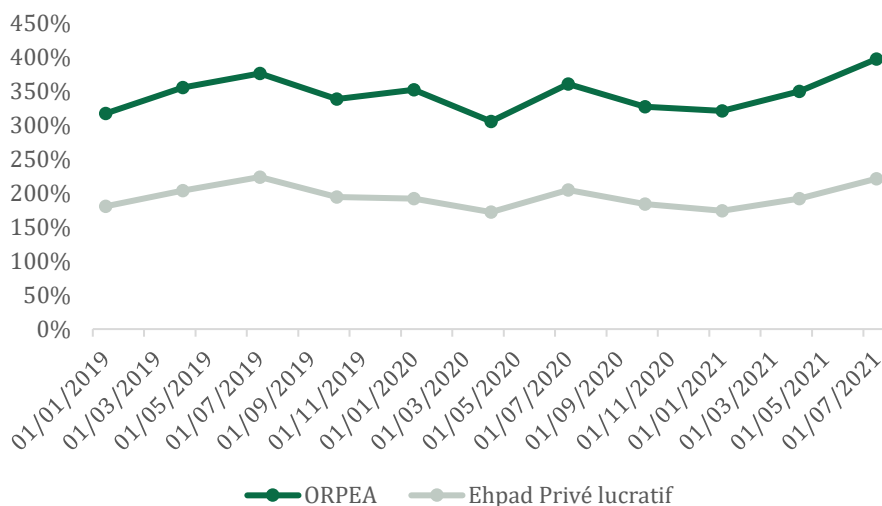
²² « Les tensions sur le marché du travail en 2020 », *DARES résultats*, n° 69, novembre 2021.

²³ Plan de mobilisation en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, remis à la ministre des Solidarités et de la Santé, établi par M^{me}. Myriam El Khomri, octobre 2019.

2.1.2. Le groupe Orpea recourt davantage que le reste du secteur aux contrats courts et au licenciement

De 2019 à 2021, le taux de rotation des personnels au sein d'Orpea suit les mêmes tendances que celui du reste du secteur des EHPAD privés lucratifs mais présente un niveau quasiment deux fois plus élevé sur l'ensemble de la période. En moyenne, le taux de rotation des personnels d'Orpea entre janvier 2019 et juillet 2021 est de 346 % contre 195 % pour le reste du secteur (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Évolution des taux de rotation au sein du groupe Orpea et de l'ensemble du secteur EHPAD privé lucratif entre janvier 2019 et juillet 2021

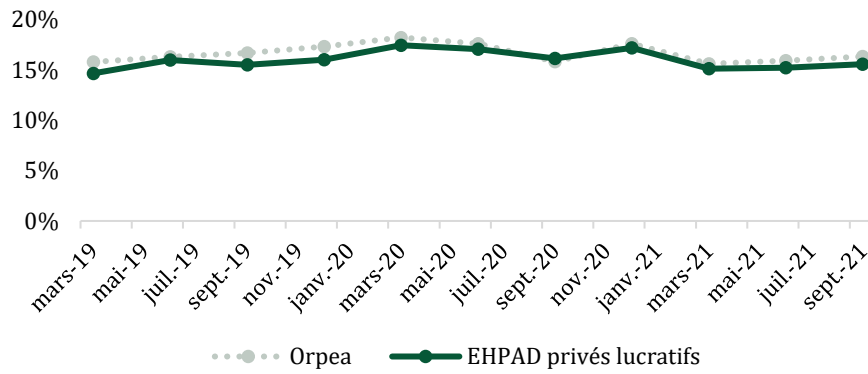


Source : Pôle science des données IGF et Mission à partir des données DSN.

Orpea présente ainsi une part de CDD dans la moyenne du secteur privé lucratif mais avec des durées plus courtes. Tous personnels confondus, le groupe recourt en moyenne au même taux de CDD que le reste du secteur (cf. graphique 11). Cependant, au sein des établissements d'Orpea, la part des CDD courts (moins d'un mois) parmi les CDD est plus élevée qu'au sein des établissements privés à but lucratif dans leur ensemble, d'en moyenne 25 % sur l'ensemble de la période de mars 2019 à septembre 2021 (cf. graphique 12). De surcroît, la part de CDD chez les aides-soignants est plus élevée au sein des établissements Orpea que dans le reste des EHPAD privés à but lucratif. En moyenne, entre octobre 2018 et juillet 2021, la part des personnels en CDD au sein des aides-soignants a été de 20 % au sein des établissements Orpea contre 15 % sur l'ensemble du secteur privé à but lucratif (cf. graphique 13). Les vérifications statistiques effectuées par la mission permettent d'affirmer que le moindre recours d'Orpea à l'intérim ne suffit pas à expliquer cet écart, dans la mesure où le recours global à l'intérim par le secteur est modéré.

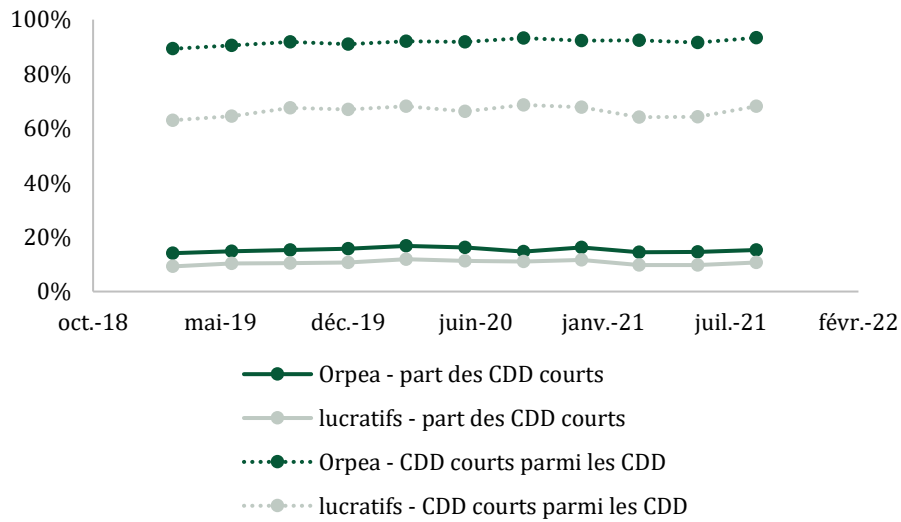
Annexe V

Graphique 11 : Part des CDD sur l'ensemble des contrats, toutes professions confondues



Source : Pôle science des données IGF et Mission à partir des données DSN.

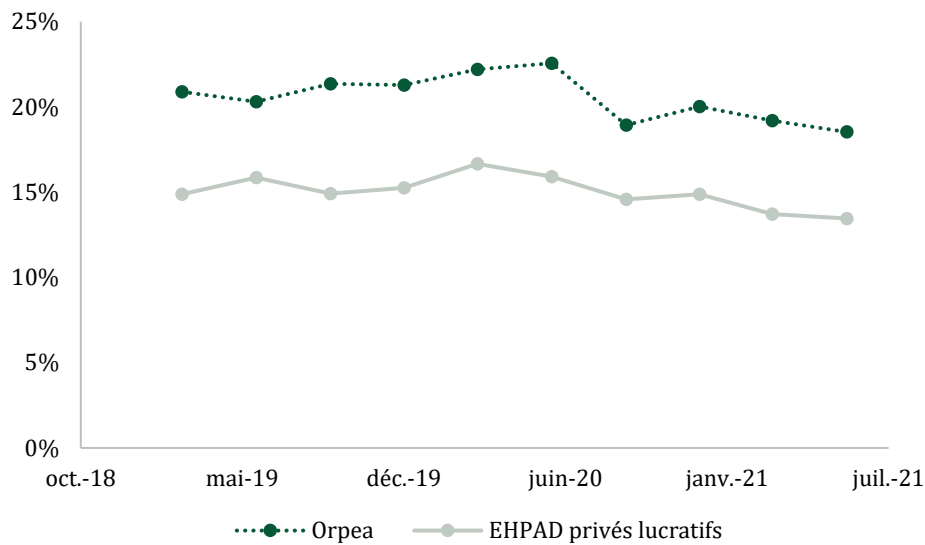
Graphique 12 : Part des CDD courts²⁴ parmi l'ensemble des contrats et part des CDD courts parmi les CDD pour le groupe Orpea et l'ensemble du secteur des EHPAD privé à but lucratif



Source : Pôle science des données IGF et Mission à partir des données DSN.

²⁴ Contrats à durée déterminée de moins d'un mois.

Graphique 13 : Part des CDD parmi les contrats d'aides-soignants



Source : Pôle science des données IGF et Mission à partir des données DSN.

Pour rappel, le recours à un contrat à durée déterminée n'est possible que pour l'exécution de tâches précises, effectuées de manière temporaire, dans les cas précisés par la loi. Il ne peut avoir pour objet ou effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise (article L.1242-1 du code du travail). Le recours intervient, conformément à l'article L. 1242-2 du code du travail, dans le cas :

- ◆ du remplacement d'un salarié absent (maladie, congés, absence injustifiée...);
- ◆ du remplacement d'un salarié passé provisoirement à temps partiel (congé parental d'éducation, temps partiel pour création d'entreprise...);
- ◆ de l'attente de l'entrée en service effective du salarié recruté par contrat à durée indéterminée (CDI) appelé à le remplacer;
- ◆ de l'attente de la suppression définitive du poste du salarié ayant quitté définitivement l'entreprise;
- ◆ d'accroissement temporaire de l'activité de l'entreprise;
- ◆ d'emplois à caractère saisonnier.

Le recours aux CDD intervient certes dans le cadre d'un marché du travail en tension. Les directeurs des EHPAD inspectés ont indiqué que le recours aux CDD résultait d'une volonté des personnels, pour des motifs financiers et de flexibilité. Dans le dossier préparé en février 2022 à l'attention de la ministre déléguée à l'autonomie, la direction d'Orpea a également indiqué : « *il est à noter que de nombreux candidats refusent de s'engager sur des postes en CDI, a fortiori alors que le marché du travail actuel leur garantit le plein-emploi, et préfèrent le CDD et les avantages qu'il peut offrir (flexibilité, prime de précarité).* ». Cette situation est confirmée par les représentants du personnel des diverses organisations syndicales.

Sur l'aspect financier, le salarié a le droit à une indemnité de fin de contrat (« prime de précarité ») à la fin du CDD lorsque celui-ci ne se poursuit pas en CDI, égale au minimum à 10 % de la rémunération brute totale versée durant le contrat (article L.1243-8 du code du travail). L'indemnité n'est pas versée si le salarié refuse un CDI pour occuper le même emploi ou un emploi similaire (article L. 1243-10 du code du travail). Toutefois, cette disposition n'est pas appliquée dans les EHPAD vérifiés, et la direction des ressources humaines a confirmé qu'elle n'était globalement pas appliquée pour ne pas nuire à l'attractivité de la société.

Annexe V

Si les directeurs régionaux encouragent, dans certaines analyses NOP étudiées, le recours au CDI, c'est avant tout à des fins de contrôle de la masse salariale et cela se conjugue avec des injonctions contradictoires reposant sur des refus de CDI pour certains agents (cf. 1.2.3). De la même manière, les « mémos CDD » produits par la DRH et transmis aux directeurs régionaux (ex. le jeudi 21 octobre 2021), sont surtout de nature à montrer que l'entreprise respecte bien ses obligations en la matière, du point de vue du siège :

- ◆ les cas dans lesquels un établissement peut avoir recours aux CDD (remplacements, etc.) ;
- ◆ la marche à suivre en cas de difficultés pour recruter en CDI, notamment par la signature d'un courrier par les agents en CDD refusant de s'engager en CDI et pour lesquels un CDD « pour attente d'arrivée du titulaire » a été passé. Sur ce point, le document indique que « ces documents ne suffiront pas, en droit pur, à justifier le recours illégal aux CDD, mais nous espérons qu'ils en limiteront les conséquences ».

À la demande de la mission, la direction des ressources humaines d'Orpea a produit un état des lieux au 31 janvier 2022 (cf. tableau 11). Outre le cas de remplacement de salariés absents, le motif principal de recours au CDD est celui de l'attente de l'entrée en service du salarié recruté pour un CDI. Pour rappel, ce motif n'est valable que si à la date de conclusion du CDD, l'entreprise a déjà recruté un salarié en CDI sur ce poste. Ce motif de recours n'est pas valable si à la date de conclusion du CDD, l'entreprise est toujours à la recherche du remplaçant sur ce poste (Cass. soc., 15 janvier 2020, n° 18-16.399). Le fait qu'un candidat soit seulement pressenti, ou que le futur titulaire du poste n'ait pas encore été identifié ne justifie par le recours au CDD (Cass. soc., 9 mars 2005, n° 03-40.386 ; Cass. soc., 22 sept. 2016, n° 15-17.654).

Tableau 11 : Typologie des motifs de recours aux CDD au 31 janvier 2022

Remplacement	Attente titulaire	Accroissement temporaire d'activité	Total contrats échantillon
134 (dont maladie : 52)	73	11	214
62 % (dont 24 %)	34 %	5 %	100 %

Source : Direction des ressources humaines d'Orpea, février 2022.

La mission a aussi pu constater, à la fois dans les EHPAD vérifiés et via des extractions du logiciel SIRH'AP, que le recours au CDD se faisait parfois en infraction avec le droit du travail, notamment par la falsification du nom de la personne attendue sur le poste de CDI (fictive, à la retraite, etc.). Comme expliqué *supra*, les paramétrages du logiciel de gestion RH permet aux directeurs d'établissements de recruter en CDD sans que la véracité du motif au recours puisse être vérifiée. Dans son dossier ministre, Orpea reconnaît d'ailleurs que « *le fait que des noms fictifs ou parfois fantaisistes aient pu apparaître dans des contrats de CDD pour désigner des personnes à remplacer (dans l'attente de la prise de poste en CDI du titulaire) traduit le désarroi de certains personnels administratifs qui doivent jongler entre respecter le droit du travail (...) et les impératifs du terrain* ». Pour exemple, le tableau 12 recense les anomalies trouvées dans les motifs de remplacement des contrats de travail dans l'EHPAD [...] vérifié par la mission. Parmi les irrégularités, on constate notamment que des AV remplacent régulièrement des AS, que la titulaire en attente s'appelle alternativement Chouche Safae et Safae Chouche, et qu'il n'y a pas de contrats pour certains salariés.

De manière générale, et à titre d'exemple, lors des déplacements au sein d'EHPAD vérifiés, la mission a pu constater :

- ◆ pour l'EHPAD [...], sur un échantillon de 134 CDD choisis aléatoirement, concernant 46 personnes :
 - 113 CDD (84 %) en attente d'entrée en service du titulaire du poste. Parmi ces 113 CDD, 60 contrats (plus de la moitié) concernent l'attente de l'entrée en service de seulement cinq noms ;

Annexe V

- deux contrats sont illégaux, l'un avec le recrutement d'une AES pour l'attente de l'entrée en service d'une infirmière, et l'autre pour le recrutement d'une auxiliaire de vie pour l'attente de l'entrée en service d'une aide-soignante ;
- ◆ pour l'EHPAD [...], sur un échantillon de 160 CDD choisis aléatoirement, concernant 20 personnes :
 - 86 CDD (54 %) sont « *en attente d'entrée en service du titulaire du poste* », et 13 CDD (8 %) sont liés à un accroissement temporaire d'activité au motif « *validé par DR* ».
 - 43 CDD concernant des recrutements d'AV, sur des postes d'AS ou d'AMP. Aucun diplôme n'était présent au sein des dossiers agents, soit 100 % de contrats irréguliers ;
 - 5 CDD concernant l'attente d'entrée d'un titulaire AS intitulé « *Simoret* », avec cinq prénoms différents. 6 CDD concernant l'attente de l'entrée en service d'une titulaire, dont le nom est orthographié de cinq manières différentes ;
 - 7 CDD sont passés pour le remplacement d'un agent faisant des CDD de manière ponctuelle au sein de l'EHPAD, et employé au sein de l'EHPAD [...] en CDI. Il ne peut donc s'agir d'un remplacement ;
 - « *l'attente de l'entrée en service du titulaire du poste* » dure pour certains (faux) noms plus de six mois, voire jusqu'à un an et un mois pour l'un des cas ;
 - La directrice de l'EHPAD a confirmé que les noms des personnels 'en attente d'entrée en service du titulaire' étaient faux ;
- ◆ pour l'EHPAD [...], sur un échantillon de 86 CDD, concernant 9 personnes :
 - 73 CDD sont en attente de l'entrée en service du titulaire du poste (85 %), 37 CDD concernant seulement trois supposés titulaires ;
 - 25 CDD sont des CDD d'AV, venant remplacer des aides-soignants, un seul des agents ayant à son dossier un rejet de VAE. A contrario, 45 CDD sont des CDD d'AMP ou AS, pour lesquels les agents sont des AMP ou AS, soit une proportion d'environ 1/3 de faisant fonction et 2/3 d'AS parmi les recrutements ;
 - toutes les IDE en CDI ont bien des diplômes d'IDE.

Annexe V

Tableau 12 : Échantillon de contrats de travail dans l'EHPAD [...] vérifié

Initiales	Fonction	Date du CDD	Motif du CDD	Personnel remplacé	Fonction du personnel remplacé
AF	AS	9 au 10/09/2021	attente titulaire du poste	C.S.	AS
IA	AV	8-17/09/2021	attente titulaire du poste	S.C.	AS
FA	AS	9-10/09/2021	attente titulaire du poste	C.S.	AS
IA	AV	8-17/09/2021	attente titulaire du poste	S.C.	AS
JA	AV	4-5/09/2021	attente titulaire du poste	C.D.	AS
JA	AV	24-25/06/2021	remplacement : arrêt maladie	M.F.	AS
JA	AV	28-31/07/2021	remplacement : arrêt maladie	R.B.	AS
JA	AV	1-6/08/2021	remplacement : arrêt maladie	R.B.	AS
RA	AV	3-28/03/2021	attente titulaire du poste	F.H.	AS
RA	AV	19-20/09/2020	remplacement : arrêt maladie	C.M.	AMP
RA	RA	RA	RA	RA	RA
RA	AV	15/09/2020	remplacement : arrêt maladie	C.M.	AMP
RA	en qualité d'AS	5-29/06/2020	attente titulaire du poste	M.M.	AS
AL	AMP	16-17/06/2020	attente titulaire du poste	M.M.	AS
AL	AMP	25-26/06/2020	attente titulaire du poste	M.M.	AS
RA	en qualité d'AS	9-24/06/2020	accroissement temporaire d'activité : COVID 19		N.A.
RA	en qualité d'AS	2-31/05/2020	attente titulaire du poste	Y.L.	AS
LA		N.A.	pas de contrat	N.A.	N.A.
IA2	AV	11-16/09/2021	attente titulaire du poste	C.D.	AS
IA2	AV	15-30/09/2021	accroissement temporaire d'activité : renfort validé par la DR		
SB		N.A.	pas de contrat	N.A.	N.A.
SB2		N.A.	pas de contrat	N.A.	N.A.
AB	AV	22-23/05/2021	attente titulaire du poste	Y.M.	AV
AB	AV	29-30/08/2020	attente titulaire du poste	Y.M.	AV
TL	AS	29-30/01/2022	remplacement : arrêt maladie	F.P.	AMP
TL	AV	03/01/2022	remplacement : congé sans solde	T.R.	AV
TL	AS	1-2/01/2022	attente titulaire du poste	S.L.	AS
IA2	AV	10/09/2021	remplacement : absence injustifiée	M.S.	AMP
TL	AV	11/01/2020	remplacement : absence injustifiée	M.S.	AS
AL	AMP	14-15/07/2020	attente titulaire du poste	M.S.	AS

Source : Échantillon de contrats de travail dans l'EHPAD Crampel de Toulouse vérifié, réalisé le 17 février 2022.

En tout état de cause, l'instabilité des équipes constitue un facteur de détérioration de la continuité des soins. Le changement régulier de personnel ne facilite pas leur adaptation, leur connaissance des procédures, des collègues ainsi que des résidents. Sur 33 rapports d'inspection d'EHPAD Orpea menés depuis 2017 et mentionnant le sujet de la gestion des ressources humaines, 7 (21 %) pointaient un *turn-over* excessif, conduisant dans certains cas à faire prendre en charge les résidents par des personnels soignants majoritairement en CDD (notamment deux cas où ils représentent respectivement 2/3 et 80 % des soignants). Cette situation est d'autant plus préjudiciable que, comme le déploraient également une partie des rapports, le déficit d'accompagnement à la prise de poste est particulièrement fort pour les personnes recrutées en CDD.

2.1.3. Si le groupe Orpea a initié une politique de santé au travail et de qualité de vie au travail centrée sur la réduction de la sinistralité et de l'absentéisme, ceux-ci restent malgré tout élevés

2.1.3.1. Si le groupe présente un niveau moyen d'absentéisme inférieur au reste du secteur des EHPAD, les situations sont hétérogènes entre les établissements et peu de leviers d'amélioration ont été mis en place par le groupe

Alors qu'en moyenne, le secteur des EHPAD a connu en 2020 un taux d'absentéisme de 12,1 % selon l'ANAP (cf. 2.1.1), le groupe présente un taux d'absentéisme la même année de 10,7 % (cf. tableau 13). Il convient toutefois de souligner que certains établissements présentent des taux d'absentéisme inquiétants car préjudiciables pour la qualité de la prise en charge des résidents. Ainsi, 20 EHPAD, soit 8 % du total, ont connu un taux d'absentéisme supérieur à 15 % sur l'année 2021 (cf. graphique 14). 5 établissements²⁵ présentent un taux d'absentéisme sur l'année supérieur à 20 %. Parmi les 33 rapports d'inspection portant sur des EHPAD d'Orpea depuis 2017, 5 (15 %) mentionnaient l'absentéisme comme un élément critique majeur, avec notamment une situation où la moitié des auxiliaires de vie était en maladie et une autre où, sur quatre infirmières en CDI, trois étaient en maladie.

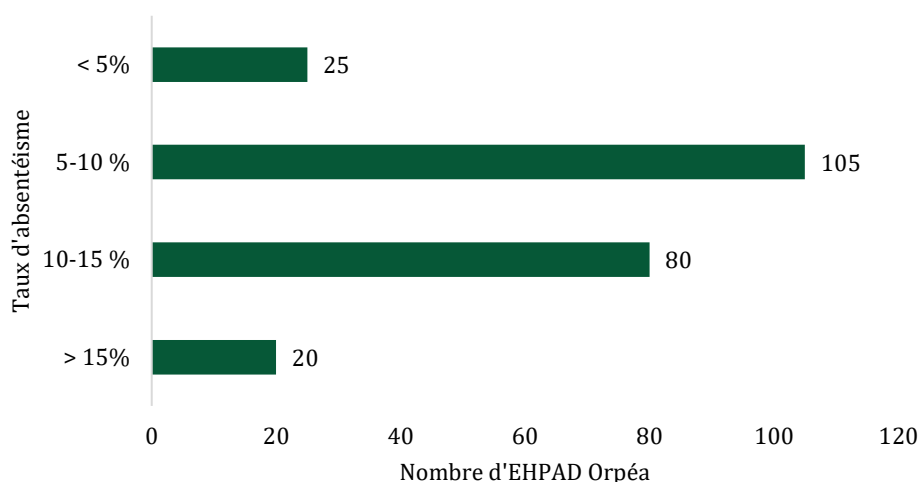
Tableau 13 : Taux d'absentéisme au sein des EHPAD Orpea par année

	2018	2019	2020	2021
Taux d'absentéisme	9,6 %	9,4 %	10,7 %	9,9 %

Source : Taux d'absentéisme EHPAD entre 2018 et 2021 communiqué par la direction des ressources humaines du groupe Orpea en février 2022.

²⁵ [...]

Graphique 14 : Nombre d'établissements par niveau d'absentéisme en 2021



Source : Taux d'absentéisme EHPAD 2021 communiqué par la direction des ressources humaines du groupe Orpea en février 2022.

L'observation des taux d'absentéisme par établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) montre de très fortes divergences, qui suggèrent qu'au-delà de la spécificité des métiers du grand âge, l'absentéisme qui caractérise les EHPAD d'Orpea est également le fruit du contexte interne (managérial, social) propre à chaque établissement. Ainsi, certains EHPAD présentent des taux notablement inférieurs à 8 % quasiment toute l'année, d'autres étant au-dessus de 12 % l'essentiel du temps. Certains établissements connaissent également une instabilité infra-annuelle plus forte encore, avec de brusques changements de niveau entre des périodes où le niveau d'absentéisme est stable pendant plusieurs trimestres. Alors que cet absentéisme semble relever de conditions internes, nombreux sont les EHPAD à ne pas disposer de statistiques d'absentéisme, comme l'ont montré les visites de la mission ou certains rapports d'ARS.

La direction qualité de vie au travail est en charge du pilotage de ce sujet, mais limite son action au pilotage de plans d'actions demandés à chaque site, sans déployer d'action d'ensemble affrontant les causes de l'absentéisme. Les inspections sur place ont pour certaines d'entre elles identifié l'absence de plan d'actions dans les sites.

2.1.3.2. Alors que le travail en EHPAD est particulièrement accidentogène, la stratégie de prévention mise en place par Orpea est insuffisante

Les conditions d'exercice des métiers en EHPAD exposent les salariés à des risques professionnels particuliers. Ainsi l'évaluation de la pénibilité des postes d'Orpea (qui inclut aussi les personnels des cliniques) montre en particulier que :

- ◆ les aides-soignants et AMP sont les plus exposés (port de charge) : ils sont quasiment tous exposés et représentent de ce fait près des deux tiers des salariés exposés, alors qu'ils ne représentent que 34 % de l'effectif ;
- ◆ les auxiliaires de vie, ASH, lingères et ESG (postures pénibles, travail de nuit), sont la seconde catégorie la plus concernée : ils représentent 30 % de l'effectif, et près du tiers des exposés.

S'agissant des accidents du travail²⁶, Orpea se caractérise par une sinistralité élevée, y compris relativement aux autres employeurs du secteur. Pour 1 000 salariés, l'indice de fréquence des accidents du travail d'Orpea est près de 33 % supérieur à celui des autres EHPAD (cf. tableau 14). La plus grande partie est liée à la manutention (72 %, contre 67 % dans les autres EHPAD du secteur).

Tableau 14 : Indice de fréquence d'accidents du travail 2019 (nombre d'accidents pour 1 000 salariés)

	EHPAD Orpea	Autres EHPAD
Accidents du travail hors trajet	131,3	99,0
Accidents de trajet	9,6	8,3

Source : Cnam, 2022.

La mise en place d'une politique de santé au travail n'est que très récente. C'est en 2016, devant les statistiques dégradées de la sinistralité dans l'entité France, que la direction met en place une direction de la QVT, qui au demeurant se limite encore aujourd'hui à un emploi de médecin, ce qui est nettement en-deçà des standards des groupes comparables.

Les orientations de cette direction, qui prévalent encore aujourd'hui, n'étaient pendant un temps que peu formalisées, et n'ont été traduites que récemment dans le corpus social d'Orpea (accord QVT signé le 29 juin 2021). En revanche, les actions menées depuis 2016 présentent une véritable cohérence dans le temps et reposent sur quatre leviers d'action :

- ◆ **l'utilisation d'équipements adéquats** (exemple : lève-personnes) par le personnel, ce qui combine des exigences en termes de pertinence du soin (efficacité et efficience) et d'accessibilité au personnel. Ainsi dans un premier temps ont été diffusés des documents de cadrage et déployées des formations visant à optimiser les usages. Dans un deuxième temps, et c'est une subsidiarité assumée par la direction, a été traitée la question de l'accessibilité à des équipements de qualité, et par conséquent celle de l'augmentation des moyens à disposition du personnel. Ainsi, l'accord QVT signé en 2018 fixe des engagements de moyens de la part de la direction eu égard à l'équipement du personnel dans certains domaines (EPI, lève-personnes, etc.) ;
- ◆ **la validation et la formation certifiante.** *A contrario* de l'ensemble de ce qui a été dit précédemment sur la formation, l'accord QVT précité définit des objectifs et des engagements de moyens sur les formations aux managers et aux salariés sur divers types de formations à la prévention des ATMP et des risques psychosociaux (RPS) ;
- ◆ **la communication interne des messages de prévention.** Outre la diffusion d'un bulletin santé et sécurité trimestriel, la directrice QVT intervient régulièrement dans les instances de direction, réseaux de médecins coordonnateurs et d'IDEC, ainsi qu'en IRP pour porter les messages et présenter les documents. Un calendrier annuel des risques professionnels établit, pour chaque type de fonction (directeur d'exploitation, IDEC...) les temps forts à respecter, au fil de l'année ou en fonction des événements marquant la vie de l'établissement, de manière simple, en précisant le temps opérationnel consacré à chaque tâche. Le tout demeure relativement exigeant, replacé dans le faisceau de contraintes propre à chaque fonction ;

²⁶ Les maladies professionnelles sont relativement peu représentées (une trentaine de déclarations par an) et sont à 95 % constituées de troubles musculo-squelettiques, proportion comparable à celle qui caractérise le secteur. Elles concernent majoritairement les aides-soignants.

- ◆ **le déploiement du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).** Chacun des établissements dispose d'un DUERP, établi sur la base d'un socle national très cadrant, qui peut être complété. Les visites de site ont montré que le document n'était pas systématiquement approprié ni même connu, y compris par les membres de l'équipe de direction. En revanche, dans ce cadre, ceux-ci tiennent une réunion trimestrielle²⁷ pour analyser les accidents du travail et maladie professionnelles et déterminer le cas échéant les actions correctrices. Le suivi du DUERP est intégré dans le processus de gestion du plan d'actions qualité (cf. Annexe VI).

De fait, cette politique n'a pas encore produit d'effets visibles, puisque le taux de fréquence des accidents depuis 2016 a poursuivi son augmentation (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Indice de fréquence des accidents du travail pour les salariés d'Orpea

Année	Nombre d'accidents du travail	Nombre de salariés	Indice de fréquence
2016	1 022	9 404	108,7
2017	1 035	8 179	126,5
2018	1 059	8 273	128,0
2019	1 094	8 333	131,3

Source : Cnam, 2022.

2.1.3.3. La stratégie de qualité de vie au travail du groupe est encore peu développée

Par ailleurs, la priorité ayant été donnée dans un premier temps, à juste titre, à la réduction de la sinistralité, la QVT, notamment la prévention des risques psychosociaux (RPS), n'est encore qu'une politique en devenir. Au-delà d'actions ponctuelles, telles que des formations ou de la documentation, un diagnostic d'ensemble n'est pas encore posé, alors même que l'enquête d'engagement pourrait en fournir une base pertinente. Un plan d'action cohérent et partagé reste donc à construire. La direction en fait d'ailleurs le prochain chantier de développement de sa politique, porté dans l'accord QVT de 2021, selon les axes suivants :

- ◆ articulation vie professionnelle et vie personnelle : dans cette partie, hormis le rappel de grands principes et de dispositifs de politiques publiques, sont notamment prévus un engagement de moyens de la direction à remplacer les salariés absents dans les meilleurs délais, ou encore la mise à disposition de place en crèche pour les salariés ;
- ◆ expression directe des salariés, notamment par les entretiens professionnels, dont on a vu par ailleurs qu'ils étaient appelés à être renforcés et intégrés dans l'ensemble des processus RH, et le renforcement de l'enquête d'engagement des salariés, qui sera désormais administrée de manière plus professionnelle pour étendre le taux de réponse et améliorer sa fiabilité ;
- ◆ prévention des risques professionnels et des risques psychosociaux, avec dans un premier temps un diagnostic/plan d'action à construire, mais également des engagements pilotables.

La question particulière des RPS est essentiellement traitée par :

- ◆ un objectif ambitieux de formation des directeurs d'établissements à la prévention des RPS. Et de fait, l'état de réalisation des formations 2021 montre qu'un réel effort a été fourni dans ce sens ;

²⁷ La tenue de cette réunion est effectivement mentionnée dans certains rapports d'évaluation externe.

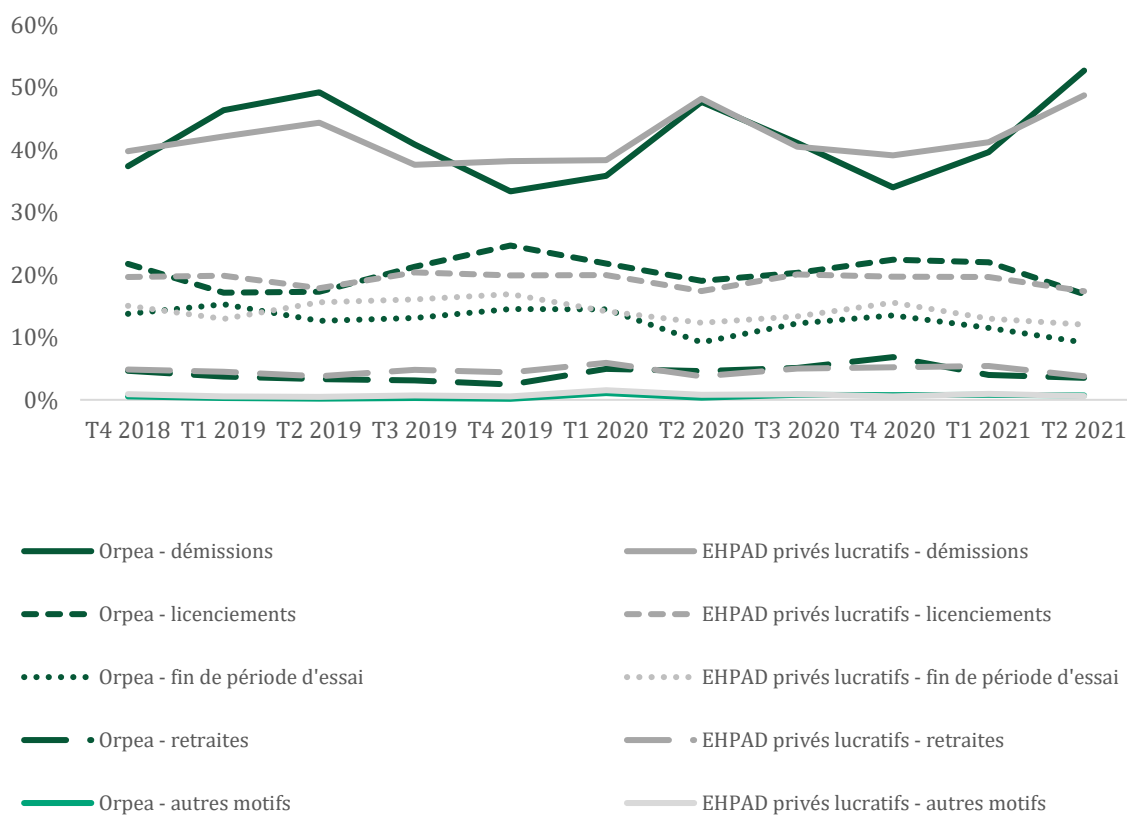
Annexe V

- ◆ la mise en place d'une cellule d'écoute psychologique, qui relève du secrétariat général. Mais d'une part celle-ci ne traite que d'une réponse individuelle à des formes déjà potentiellement pathologiques des risques psychosociaux, ce qui ne constitue en rien une réponse d'ensemble, et d'autre part elle fonctionne de manière cloisonnée par rapport à la direction QVT.

2.1.4. Les motifs de fin de contrat de CDI sont similaires chez Orpea à ceux de l'ensemble des EHPAD du secteur privé, mais le groupe recourt davantage aux licenciements non économiques

L'analyse des motifs de fin de CDI du groupe et de l'ensemble du secteur des EHPAD privés lucratifs souligne un alignement des pratiques, à l'exception des départs suite à un licenciement auxquels Orpea semble avoir davantage recours que ce qui se fait dans le reste du secteur. En termes de démissions, fin de période d'essai et retraites, le groupe Orpea a recours à ces motifs de fin de contrat dans les mêmes proportions que le reste du secteur des EHPAD privés lucratifs (cf. graphique 15). Toutefois, depuis le troisième trimestre 2019, le groupe recourt davantage aux licenciements que le reste du secteur. Ce décalage apparaît tiré par le recours accru du groupe aux licenciements pour motifs non économiques (cf. graphique 16). Ainsi, au dernier trimestre de 2019, les licenciements non économiques ont représenté 33 % des départs du groupe contre seulement 20 % au sein du secteur. De la même manière, au dernier trimestre de 2020, les licenciements non économiques ont constitué 29 % des départs du groupe contre 24 % dans le reste du secteur.

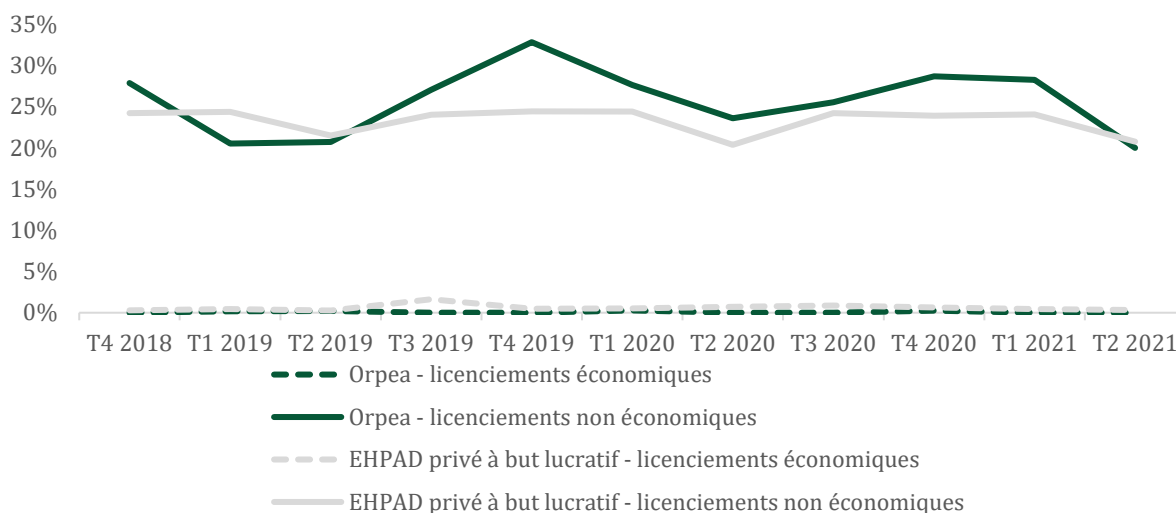
Graphique 15 : Motifs de fin de CDI par trimestre (en %)



Source : Insee, DADS-DSN pour le secteur des EHPAD ; données de gestion issues des DSN du groupe pour Orpea ; calculs pôle Science des données de l'IGF.

Annexe V

Graphique 16 : Part des licenciements économiques et non économiques sur l'ensemble des fins de contrat par trimestre (en %)



Source : Insee, DADS-DSN pour le secteur des EHPAD ; données de gestion issues des DSN du groupe pour Orpea ; calculs pôle Science des données de l'IGF.

2.2. La réponse en termes de développement RH formulée par le groupe n'apparaît pas à la mesure des difficultés de recrutement rencontrées sur le terrain et des enjeux liés à la fidélisation du personnel et à la qualité de ses conditions de travail

2.2.1. La fonction recrutement est longtemps restée en-deçà des enjeux d'attractivité

En dépit de difficultés d'attractivité et de recrutement connues depuis longtemps dans l'ensemble du secteur, Orpea n'a jusqu'à récemment construit de politique de vivier que sous la forme de conventions partenariales avec des acteurs de formation aux métiers du social d'un ampleur limitée, ou, pour celles qui étaient plus institutionnalisées, centrées sur le recrutement de travailleurs handicapés, par exemple sous la forme d'une convention avec Défense mobilité, signée en 2014.

Ce n'est que depuis 2020 que le groupe a commencé à mettre en place une politique de marque employeur ainsi que le renforcement du processus de recrutement, articulée à un ensemble de conventions partenariales signées en 2020 ou en cours de finalisation.

Les leviers d'attractivité sur lesquels mise l'entreprise nécessitent pour chacun une véritable transformation de son approche :

- ◆ le principal levier d'attractivité identifié par Orpea est **la formation**, ce qui suppose d'infléchir la politique actuelle, clairement orientée sur les besoins directement opérationnels du groupe plutôt que sur le développement professionnel où le groupe serait en mesure de garantir une progression de carrière, la validation de compétences et l'acquisition de nouvelles qualifications au cours du parcours professionnel, qui demeurent des zones de faiblesse pour Orpea (cf. *infra*). Il en va de même des dispositifs d'accompagnement des transitions professionnelles (CPF transition, Transitions collectives, etc.). Ces leviers ne sont pas identifiés de manière claire par le groupe, alors même que la branche professionnelle s'efforce d'en assurer le développement, notamment par la récente signature de son accord formation professionnelle et apprentissage du 8 décembre 2021 ;

Annexe V

- ◆ après être longtemps resté en retrait dans ce domaine, Orpea entend mettre en place une véritable politique de développement du recrutement par **l'apprentissage**. En 2021, Orpea a accueilli plus de 220 apprentis, mais essentiellement sur des diplômes de master ou licence professionnelle (sur des métiers de management, de gestion, ou sur certains métiers paramédicaux), uniquement sur une cinquantaine d'étudiants au diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS). Orpea a, cette même année, signé une convention avec la Fédération nationale pour l'apprentissage aux professions sanitaires et sociales, qui fédère des réseaux de centres de formation d'apprentis (CFA) sur l'ensemble du territoire, et qui a notamment pour objet de recruter des apprentis et de les former au plus près des établissements sur les métiers du cœur de mission d'Orpea. Une telle démarche bénéficiera également de l'accord de branche précité, qui prévoit notamment une revalorisation de la rémunération des apprentis ;
- ◆ la **valorisation des métiers**. Jusqu'à présent, c'est largement au niveau du SYNERPA que se pensent et se mettent en œuvre les actions en la matière. Orpea entend désormais se positionner de manière plus proactive dans la communication sur ses métiers et construire des partenariats plus opérationnels de *sourcing* avec le service public de l'emploi, les acteurs de la formation initiale. C'est en particulier le cas avec le réseau de Croix-Rouge française, avec lequel Orpea a signé en 2020 une convention. Celle-ci prévoit, d'un côté, que l'entreprise s'engage à verser une part de taxe d'apprentissage « hors quota » au réseau des instituts de formation, et d'autre part, à accueillir des stagiaires, jeunes en contrats de professionnalisation ou d'apprentissage. Le réseau des instituts de formation Croix-Rouge s'engage de son côté à réserver des places de formation et d'apprentissage pour Orpea ainsi qu'à des actions de valorisation des métiers d'Orpea auprès des jeunes. La gestion de la crise du Covid a ralenti le déploiement de ces actions ;
- ◆ enfin, compte tenu de la difficulté des métiers de l'EHPAD, de l'importance du travail, et des profils recrutés, la qualité de **l'intégration des nouveaux embauchés** est particulièrement déterminante. Un cadre d'intégration est certes prévu au niveau national, et effectivement mis en œuvre dans les EHPAD, comme a pu le constater la mission. Toutefois, son contenu est relativement réduit : une fiche procédure d'intégration qui tient plutôt de la *check list* administrative que du parcours d'intégration dans un collectif et un lieu de travail. Le département Développement RH est en train de faire recruter une personne spécifiquement en charge de ce sujet, ce qui devrait permettre de faire progresser Orpea dans les prochaines années.

De manière remarquable, deux facteurs de désaffection – potentiellement les principaux – des candidats pour les métiers du grand âge ne sont pas priorisés dans la stratégie d'attractivité d'Orpea : la rémunération, d'une part (cf. 2.2.2), et la pénibilité et l'inconfort des conditions de travail (cf. 2.1.3.3), d'autre part. Or, dans ces deux domaines, Orpea ne paraît pas afficher le niveau d'ambition requis pour en faire des leviers d'attractivité.

Enfin, on peut regretter que le groupe ne mette pas en avant la mise en place de parcours professionnels avec d'autres employeurs du secteur, qui éprouvent des difficultés à garder dans la durée des jeunes qui, de l'avis même des représentants du personnel, préfèrent parfois rester libres de changer d'employeur et d'univers de travail régulièrement. Face à cela, les politiques de fidélisation, notamment par la rémunération et les perspectives de mobilités internes ne sauraient en effet suffire. À l'inverse, le potentiel en termes de construction de parcours, est grand dans l'ensemble du secteur sanitaire et social : établissements de santé de taille diverses et offrant un large éventail de spécialités, établissements du secteur social et médico-social, structures d'intervention à domicile (SIAD, HAD...), activité libérale... Les employeurs du secteur, sous l'égide des ARS, pourraient développer entre eux des partenariats territoriaux pour favoriser les parcours. Orpea ne s'est aujourd'hui clairement pas engagé dans ce type de démarche.

2.2.1.1. La politique de formation fournit une offre riche mais essentiellement tournée vers des enjeux opérationnels immédiats contribuant peu au développement des compétences clés en termes de prise en charge des résidents

La prise en charge des personnes âgées requiert des qualifications précises, y compris au plan réglementaire, car elle croise une problématique de santé et une logique de service à la personne. Elle nécessite par ailleurs des compétences techniques, relationnelles et organisationnelles pour assurer la qualité de la prise en charge et la sécurité des personnes. L'ensemble des collectifs de travail ainsi formés requiert enfin de la part de l'encadrement des qualités managériales fortes et une capacité à travailler avec les partenaires extérieurs que sont les tutelles, les élus, les professions et établissements de santé, les prestataires et acteurs divers des domaines du social et de l'animation.

Face à ces enjeux, Orpea a déployé un effort de formation qui, s'il est quantitativement significatif et permet de déployer sur le terrain une grande partie des procédures, processus, gestes métier attendus des équipes, présente de fortes limites en termes d'impact sur la qualité de la prise en charge des résidents.

Orpea a certes fourni un réel effort quantitatif dans la formation de ses salariés, même si celui-ci décroît dans la période récente, l'année 2020 ayant été, quant à elle, atypique, la crise sanitaire pénalisant la délivrance d'une grande partie des formations (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Part de salariés ayant reçu au moins une formation²⁸ dans l'année

	2018	2019	2020
Effectif moyen total présent	12 618	13 268	13 733
Salariés ayant bénéficié d'une formation	7 570	5 508	1 781
Part de salariés formés dans l'année	60,0 %	41,5 %	13,0 %

Source : Bilan social Orpea, 2022.

Sur l'ensemble, les salariés d'Orpea représentaient à peu près la moitié des départs en formation, l'autre moitié bénéficiant aux salariés de Clinea.

Sur le fond, le catalogue de formation 2022 aborde l'ensemble des domaines attendus :

- ◆ diététique et restauration ;
- ◆ management ;
- ◆ organisation du travail en équipe ;
- ◆ gérontologie, gériatrie ;
- ◆ prise en charge, avec des formations adaptées à toutes les catégories d'intervenants : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens, etc. ;
- ◆ santé-sécurité.

²⁸ Cette notion n'inclut pas l'essentiel des mini formations (cf. infra).

Les formations du catalogue se distribuent entre :

- ◆ **des formations obligatoires**, assorties de cibles claires et pilotables : prévention de la maltraitance (75 % du personnel en CDI de chaque site doit être formé), bientraitance (deux référents par site), prévention des risques professionnels (chaque directeur doit avoir suivi la formation qui leur est destinée, et des ratios minimums sont définis en salarié par établissement pour chaque formation de ce domaine), QVT et RPS (chaque directeur doit l'avoir suivie, habilitations aux formations réglementaires, par exemple sur les soins d'urgence, prévention des risques suicidaires, prise en charge des troubles du comportement). Le suivi de la mise en œuvre du plan montre que ces formations sont effectivement suivies en grand nombre, même si certains rapports d'inspection ou d'évaluation pointent que les objectifs ne sont pas toujours tous atteints ;
- ◆ **des formations courtes sur les socles de compétences** (2 500 stagiaires prévus sur 2022 : « être soignant la nuit », « prévenir les chutes », « circuit du médicament », « trouble du comportement alimentaire »... Ces formations sont plus souvent pointées par les rapports d'inspection comme insuffisamment suivies, notamment s'agissant du « circuit du médicament », « prise en charge de la douleur » ;
- ◆ **des formations managériales**, dans le cadre d'un programme d'ensemble dénommé CAPELAN ;
- ◆ **des formations diplômantes**, avec l'objectif de diplômer 10 % des collaborateurs, par formation continue, alternance ou VAE, ou mobilisation du CPF (financement par le salarié) ou du CPF Transition (financement par les fonds mutualisés interprofessionnels), ou dans le cadre de partenariats universitaires (DU, master, licence professionnelle...). La distribution de cet objectif entre les divers diplômés n'est pas précisée.

Une partie, relativement réduite, des formations diplômantes est délivrée par l'un des deux organismes de formation internes à Orpea :

- ◆ AFPS (Villeneuve-la-Garenne, 92), qui assure des formations initiales, modulaires et de l'apprentissage sur le diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS) et le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). En 2020, le nombre de stagiaires en cursus complet était de 32, et en cursus partiels de 214 ;
- ◆ DOMEA (St Rémy-les-Chevreuse, 78) qui assure la préparation au DEAS par trois voies : la formation initiale (21 stagiaires en 2021), l'apprentissage (13) et la VAE (2).

Si la mission n'a pu mesurer la pertinence des formations, ni se faire communiquer des enquêtes de satisfaction sur leur contenu, il apparaît au vu du catalogue que les formations sont systématiquement mises en perspective avec les enjeux des EHPAD, notamment la transparence de la relation au résident et à la famille, la bientraitance, la qualité de l'alimentation, la sécurité sanitaire. Le catalogue est lisible et accessible sur l'intranet. Il peut être complété relativement aisément sur demande des directeurs régionaux, dans le cadre d'un processus efficace d'appel d'offre.

En revanche, la politique d'ensemble d'Orpea en matière de formation fait des choix très tranchés sur les modalités de conception et de délivrance des formations, qui, en dépit du catalogue des formations externes, donne dans les faits une place prépondérante à la formation interne d'adaptation (mini-formations), et selon des modalités qui ne sont pas sans effets sur la délivrance des soins.

En premier lieu, on peut s'interroger sur le rôle excessivement structurant des mini-formations dans l'offre, même si ces dernières ne sont pas comptabilisées comme des formations internes. Ces formations se distinguent des formations internes, délivrées par des salariés habilités, souvent externes à l'établissement dans lequel ils viennent délivrer la formation. Les « mini-formations » ont vocation à donner, en quelques heures, les savoirs de base pour accomplir un geste, apprendre l'utilisation d'un équipement, ou intégrer une procédure liée à la relation au résident. Leur contenu est déterminé par le COMEX, principalement sur des thématiques liées à la prise en charge du résident (prévention de la maltraitance, nutrition...). Elles sont délivrées par l'encadrement de l'établissement (directeur, médecin coordonnateur, IDEC...). Leur programmation repose sur des sujets émanant de la direction nationale et intègre également les propositions de l'ensemble des fonctions du siège. Elles correspondent sans conteste à un besoin, qui est le déploiement rapide et régulier de procédures et de savoirs opérationnels précis, en continu et à l'échelle de tous les salariés du réseau. En revanche, elles présentent deux grands inconvénients :

- ◆ par leur nombre et le temps opérationnel qu'elles mobilisent (24 000 sessions, soit 133 000 bénéficiaires en 2021), elles font évincer sur d'autres types de formation, plus longues et profondes. En effet, ces formations sont obligatoires et la mise en œuvre en est pilotée : il est vérifié que chaque directeur d'établissement en organise un certain nombre chaque mois ; et, pour chacune, il revient à ce dernier de piloter le nombre de mini formations suivies par chaque membre du personnel. De fait, elles sont parfois prioritaires sur d'autres formats, le temps consacré à la formation des salariés n'étant pas extensible dans des établissements souffrant déjà de sous-effectif ou de surcharge. Enfin, délivrées le plus souvent par le directeur ou un membre de l'équipe de direction, elles ponctionnent du temps managérial, médical, ou de coordination des soins, qui manquent par ailleurs déjà fortement au fonctionnement collectif ;
- ◆ par leur format, elles ne suffisent pas toujours à développer certains types de compétences clés. De fait, elles touchent également très fréquemment la prise en charge (l'ensemble des domaines est couvert : soin, hébergement, cuisine) et la protection des personnes (exemple : risque de fugue). Ce type de formation est adapté à des sujets directement opérationnels et à un public pas toujours à l'aise avec de longs formats (agents de service hospitalier, auxiliaire de vie sociale). Cependant, la mobilisation de ce type de formation, parfois à l'exclusive de toute autre, sur certains sujets mettant en jeu la bientraitance/prévention de la maltraitance, ou la relation avec les familles sur des sujets sensibles, est fréquente peut sembler excessive, voire inappropriée, et suscite la critique des représentants du personnel et, de manière récurrente, l'interrogation des inspections sur place. De fait, un nombre important de rapport d'inspection et d'évaluation pointe les déficits de formation dans les équipes sur certains sujets clés de la prise en charge (médicament, bientraitance...), en mettant régulièrement en parallèle ce déficit avec la surabondance des formations actions.

En second lieu, il existe un investissement insuffisant dans les formations certifiantes. En 2021, les formations diplômantes et les titres professionnels représentent, d'après l'évaluation de la mission, 8,4 % des 5 367 formations suivies, ce qui est cohérent avec le résultat qu'annonce la direction, qui met en avant les 18 % de collaborateurs formés sur la période 2018-2021. Toutefois, là où on pourrait attendre une priorisation des diplômes les plus en tension (aide-soignant et infirmier), on ne peut que constater la prépondérance des diplômes universitaires (DU, masters, licences professionnelles) qui concernent certains paramédicaux et les fonctions de gestion et de management.

Le manque est particulièrement préoccupant sur le diplôme d'aide-soignant, notamment par la voie de la VAE. Sans que la mission ait pu obtenir de chiffre fiable sur ce phénomène, les inspections en EHPAD menées par les services déconcentrés établissent de manière extrêmement fréquente la forte proportion de personnes positionnées sur des postes pour lesquelles elles ne disposent pas de la qualification requise. C'est en particulier le cas des auxiliaires de vie, qui n'ont que de manière minoritaire les diplômes adéquats, et/ou qui se livrent de manière récurrente à des actes qui relèvent du champ des aides-soignants (cf. 2.2.3). Or, Orpea dispose de son propre institut de formation d'aides-soignants (cf. *supra*), donc d'un puissant levier pour construire des parcours de formation ou de validation pour les salariés désireux de progresser professionnellement vers ce métier. Dans les faits, l'accomplissement de ce type de parcours n'est que faiblement encouragé :

- ◆ le nombre de personnes en formation certifiante ouvrant au diplôme d'Etat d'aide-soignant était d'à peine de 108 en 2021, dont une grande partie en formation initiale dans l'institut interne d'Orpea, donc hors promotion professionnelle. Les personnes concernées mobilisaient le CPF Transition, dispositif de reconversion professionnelle, financé par les fonds mutualisés de la formation professionnelle ;
- ◆ s'agissant de la VAE, dans le livret d'accueil aux salariés, il est précisé que chaque année « *une centaine* » de collaborateurs est dans le dispositif, sans valorisation particulière. Les chiffres obtenus par la mission montrent que l'ordre de grandeur du nombre de validés (ayant suivi l'ensemble des modules complémentaires de formation) est plus proche de la dizaine chaque année. A contrario, le nombre d'AVS ou d'AH entrant dans un parcours de validation est relativement élevé, mais cette procédure paraît essentiellement utilisée pour optimiser les dépenses (coût salarial moindre) et minimiser finalement les excédents dégagés (cf. 2.2.4). En effet, techniquement, c'est la saisie dans le SI Gmasse de l'entrée d'un collaborateur en VAE qui enclenche la bascule de l'imputation de son financement sur le budget soins. Mais aucun élément fourni à la mission n'a pu démontrer qu'une proportion raisonnable de ces salariés faisaient l'objet de l'accompagnement permettant d'aller au bout du parcours de validation (validation du livre 1, tutorat, aide à la constitution du dossier titre 2, formations modulaires complémentaires, préparation du jury, formations résiduelles). Orpea n'a, sauf exception, pas prévu de financement des accompagnements, ni de certains modules de formation, qui sont donc à la charge du salarié, éventuellement via son compte personnel de formation, ou que celui-ci doit tenter de faire prendre en charge dans le cadre du CPF transition, ce qui demande de lourdes démarches. Ainsi, entre la complexité inhérente à la VAE et le peu de volontarisme d'Orpea pour que les salariés entrés en VAE aillent au bout de la démarche. **Depuis 2019, sur les 360 personnes s'étant engagées dans un parcours de VAE (livret 1 validé), seules 32, soit moins de 10 %, étaient diplômées à ce jour**, soit un niveau très en-deçà des besoins d'Orpea et du potentiel de développement de ses salariés.

2.2.2. La politique de rémunération apparaît centrée sur la maîtrise de la masse salariale et ne constitue ni un levier d'attractivité ni un outil de développement professionnel

L'insuffisance des rémunérations est en premier lieu un problème au niveau de la branche, dont les employeurs ont du mal à se résoudre à des améliorations significatives des salaires, il est vrai dans un contexte lui-même tributaire du calibrage des forfaits versés par les pouvoirs publics. La convention collective unique (CCU) mise en place en 2002 comporte une annexe spécifique aux personnels des EHPAD. Elle prévoit une prime d'ancienneté de 1 % à chaque date anniversaire. Pour autant, elle reste d'un niveau peu ambitieux en termes d'attractivité, et loin de compenser les difficultés de conditions de travail qui caractérisent ses principaux métiers. Elle a vu sa grille évoluer à trois reprises, dont une très récente. À la suite des accords dit du Ségur de la santé, un complément de traitement indiciaire (183 € nets par mois, 49 points d'indice) a été mis en place pour les personnels des secteurs publics et non lucratifs, et une augmentation de 160 €, ultérieurement portée à 180 € pour les personnels des EHPAD du secteur lucratif (cf. *supra*).

Orpea se cale sur la convention collective nationale (CCN) de la branche par principe, sans rien y ajouter. Dans ce cadre, en théorie, rien n'empêche un directeur d'établissement d'augmenter la rémunération au-dessus des minimas de la grille de la CCN, sous validation du directeur régional mais de fait, mais ces décisions, qui semblent rares en pratique, ne paraissent pas particulièrement encouragées par une stratégie globale au niveau du groupe²⁹. Elles se matérialisent dans l'alignement des niveaux de rémunération horaire du groupe sur le reste du secteur des EHPAD privés (primes d'intéressement incluses), et légèrement plus haut, sans que cela soit particulièrement significatif, qu'au sein du reste des EHPAD privés à but lucratif (cf. tableau 17). Les niveaux de rémunération des salariés sont légèrement plus hauts sur les métiers en tension (infirmiers, AS, AMP) que dans la moyenne du secteur privé à but lucratif, sans que cela ne soit particulièrement significatif (2 à 4 %)³⁰. L'écart moyen des salaires est très supérieur dans le groupe Orpea concernant les personnels cadres, près de 34 % de plus que pour la même catégorie de personnels tout EHPAD lucratifs confondus.

Tableau 17 : Moyenne des salaires horaires par secteur et profession en 2019

Professions	EHPAD	EHPAD lucratifs	EHPAD non lucratifs	ORPEA
Infirmiers en soins généraux, salariés	18,5	18,5	18,5	18,9
Agents de service hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)	12,8	12,6	13,1	13,0
Aides-soignants	14,1	13,7	14,4	14,3
Aides médico-psychologiques	13,7	13,7	13,7	14,0
Autres personnels médicaux, paramédicaux et d'accompagnement	24,3	23,8	24,7	22,5
Autres personnels non cadres	15,6	15,6	15,5	15,8
Autres personnels cadres	30,8	31,8	29,8	42,6
Total	15,2	15,0	15,4	16,2

Source : Insee, DADS-DSN 2019 pour le secteur des EHPAD ; données de gestion issues des DSN du groupe pour Orpea ; calculs pôle Science des données de l'IGF. Lecture : les infirmiers en soin généraux perçoivent en moyenne dans les EHPAD privés un salaire horaire de 18,5 €, contre 18,9 € pour les infirmiers en poste dans le groupe Orpea.

²⁹ Une exception notable est Paris, dont le coût de la vie et l'état de tension particulier du marché du travail a amené la direction à pratiquer des rémunérations plus élevées que dans le reste du réseau, notamment pour les soignants.

³⁰ Une prime anniversaire ayant été versée aux salariés en 2019, l'impact de cette mesure sur les rémunérations du groupe Orpea n'a pu être distingué et pourrait contribuer à expliquer l'écart positif en sa faveur.

Ainsi, pour les CDI, les carrières démarrent à un niveau relativement bas (1 600 € bruts mensuels pour une AS en bas de grille, 1 900 € pour une IDE en bas de grille, hors effets Ségur). Par ailleurs les carrières sont relativement peu dynamiques, en particulier en début de parcours, notamment en raison de modifications de la grille de branche effectuées au gré des évolutions du SMIC, qui ont eu tendance à écraser la progressivité dans les premiers niveaux d'emploi. Ce nivellement a également eu pour effet de rapprocher fortement la rémunération des auxiliaires de vie de celle des aides-soignants en début de carrière, ce qui diminue d'autant l'incitation à évoluer du premier vers le second.

À cet effet de grille s'ajoute l'absence totale d'ambition d'Orpea sur l'évolution des salaires fixes. Depuis le début des années 2000, aucune augmentation de salaire n'a été décidée, que ce soit par accord ou par décision unilatérale de l'entreprise. Les seules mesures salariales qu'ont pu connaître les salariés agissaient sur la rémunération variable : intéressement (de l'ordre de 500 à 750 € selon les années dans la période récente), prime exceptionnelle de pouvoir d'achat (PEPA), prime anniversaire pour les 30 ans d'Orpea. Ce sont donc depuis le début des années 2000 uniquement les évolutions salariales de la branche du SYNERPA qui s'appliquent aux salaires fixes, lesquelles correspondent à une augmentation minimale conventionnelle (1 % d'ancienneté) à laquelle s'ajoute une augmentation négociée qui ces dernières années a varié entre 0,5 % et 0,7 %. Il en résulte un défaut d'attractivité au niveau de l'employeur, mais également en son sein pour les CDD qui, touchant la prime de précarité, perçoivent une rémunération supérieure à des salariés en CDI en début de carrière (au moins pendant les trois premières années, d'après les organisations syndicales).

Au-delà de la rémunération fixe, on peut également regretter que les fonctions de type référent nutrition ou référent bientraitance ne soient pas rémunérées, compte tenu de leur importance en matière de transfert de compétences et d'animation des équipes sur des sujets clés. *A contrario*, un directeur d'établissement se voyant confier une mission de coordination portant sur un autre établissement se verra attribuer une prime, intégrée par avenant à son contrat de travail, mais d'un niveau modéré (exemples vus par la mission : 350 € bruts). De même la fonction d'infirmière coordinatrice régionale, confiée à une des IDEC de la région, est assortie d'une prime mensuelle (300 € bruts).

Par conséquent, l'ensemble du système de rémunération semble tendu vers l'objectif de maîtrise de la masse salariale et ne paraît pas constituer un levier d'attractivité, de construction de carrière, ni d'incitation à la transmission de compétences dans des métiers où, pourtant, le travail en équipe et l'expérience sont essentiels.

Enfin, on peut noter que contrairement à la perception que peuvent avoir certains salariés ou élus du personnel, Orpea ne semble pas être particulièrement défaillant sur le respect des calendriers de paie, y compris s'agissant des heures supplémentaires. De fait, un audit interne réalisé en 2020 pointait une gestion restée trop informelle et insuffisamment pilotée par rapport à la croissance connue par Orpea France sur les dernières années. Pour autant, les retards semblent rester dans une proportion raisonnable. Ainsi l'analyse des blocs de régularisation DSN par l'URSSAF de Paris sur les trois dernières années ne fait pas apparaître d'atypie par rapport à des entreprises comparables. En outre, les défauts de traitement de la paie, notamment les retards en période de pic (fin d'année, vacances), font l'objet d'une action corrective (formalisation de procédures) dans le plan de maîtrise des risques d'Orpea France.

2.2.3. Le recours à des « faisant fonction », répandu dans le secteur, est largement pratiqué par Orpea

L'étude du secteur fait ressortir que les EHPAD emploient tous régulièrement des « faisant fonction » d'aide-soignant, pour pallier la pénurie de personnel et les difficultés d'attractivité sur les métiers qualifiés. La notion de « faisant fonction », que la mission a retrouvée chez Orpea tant dans la gestion du budget que dans la gestion opérationnelle du personnel, renvoie à des auxiliaires de vie, sans qualification particulière, qui effectuent des tâches d'aides-soignantes au sein de l'EHPAD, et donc principalement les missions de soins dévolues aux aides-soignantes :

- ◆ les soins liés à l'hygiène corporelle et au bien-être du résident : toilette, bain, douche, capiluve, pédiluve, friction, etc. ; prévention des escarres ; soins de bouche ; prothèses dentaires et auditives et matériel d'aide à l'autonomie ; entretien des téguments et les muqueuses ;
- ◆ les soins liés à l'alimentation : participation à la distribution et aide à la prise des repas, à la lutte contre la dénutrition et la déshydratation ; respect des régimes particuliers ; respect des quantités, le rythme, les spécificités des repas proposés aux résidents ; observation et signalement des troubles liés à l'alimentation et à l'hydratation (anorexie, vomissements, troubles de la déglutition, fausse route, etc.) ; feuilles de surveillance ; pesée des résidents et suivi de la fiche de surveillance alimentaire et hydrique ;
- ◆ les soins liés à l'élimination dans le respect de la dignité du résident : les changes et les toilettes périnéales ; la traçabilité des selles et les urines ; incitation à aller aux toilettes régulièrement ou proposer le bassin ; participation aux soins visant à éviter une situation de constipation.

La notion exclut les accompagnateurs éducatifs et sociaux (AES) et d'auxiliaires de vie sociale diplômés, dont les charges de personnel peuvent être couvertes par le forfait global relatif aux soins au titre de l'article R. 314-166, et qui sont traités séparément (cf. encadré 1).

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de septembre 2016, « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », invite à distinguer les notions de « métier » et de « fonction ». Le « métier » renvoie à l'ensemble des savoirs et savoir-faire, de nature essentiellement technique, permettant d'exercer une activité ou un ensemble de tâches, sanctionnés par un diplôme, tandis que la « fonction » correspond à l'ensemble des tâches exercées dans le cadre d'une activité professionnelle. À la lumière de cette précision, la DREES considère que la notion de « faisant fonction » désigne un professionnel exerçant la même activité qu'un autre, donc la même fonction, sans pour autant exercer le même métier, car sa formation comme son rôle théorique dans l'organisation s'en écarte.

Si [...], salariée du groupe depuis [...], nie connaître l'existence de cette notion et affirme qu'elle ne permettrait pas que les tâches d'une aide-soignante puisse être réalisée par une personne sans qualification, force est de constater que cette pratique existe aussi chez Orpea. Le recours à des « faisant fonction » a ainsi pu être confirmé lors des contrôles sur pièces et sur place exercés par la mission au sein de tous les EHPAD contrôlés. Sur les 33 rapports d'inspection d'EHPAD Orpea établis depuis 2017, douze pointaient les difficultés liées au glissement des tâches des auxiliaires de vie vers le périmètre des aides-soignants. Le contrôle des diplômes apparaît lacunaire ou absent dans les EHPAD vérifiés (absence de diplôme, diplôme étranger sans équivalence délivrée par une autorité nationale). L'analyse aléatoire d'extractions SIRH'AP, via la direction des systèmes d'informations, a en outre également conduit à identifier des salariés, non titulaires du diplôme d'AS, recrutés sur des fonctions d'AS.

Annexe V

Le tableau 18 fournit un exemple de glissement de tâches. La précarisation des emplois peut être illustrée par l'exemple archétypique de M^{me} X (anonymisée), auxiliaire de vie tant en matière de renouvellement de contrats que de glissements de tâches :

- ◆ entre le 13/08/2020 et le 31/08/2021, soit en l'espace d'environ un an, M^{me} X a enchaîné 46 CDD, soit environ 3,7 contrats par mois ;
- ◆ elle apparaît à 10 reprises comme aide-soignante diplômée, une fois comme aide médico-psychologique et 35 fois comme auxiliaire de vie. Aucun diplôme d'AS ou d'AMP n'a pu être présenté à la mission, M^{me} X étant détentrice d'un titre professionnel d'assistante de vie de famille ;
- ◆ à 18 reprises, elle apparaît comme auxiliaire de vie venant en remplacement d'une aide-soignante.

Annexe V

**Tableau 18 : Exemple de glissements de tâches : contrats de M^{me} X
entre le 13/08/2020 et le 31/08/2021**

Qualification	Motif	Fonction remplacée	Date du CDD
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	31/12/2020
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	01/01/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	01/01/2021 au 03/01/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	01/04/2021 au 02/04/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	01/08/2021 au 31/08/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	02/04/2021 au 03/04/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	02/06/2021 au 01/07/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	03/07/2021 au 31/07/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	03/12/2020 au 14/12/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	05/01/2021 au 06/01/2021
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	20/01/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	08/04/2021 au 28/04/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	AMP	09/01/2021 au 10/01/2021
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	09/04/2021 au 10/04/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	10/02/2021 au 11/02/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	11/01/2021 au 15/01/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	11/09/2020
Auxiliaire de vie	Attente entrée en service du titulaire	Auxiliaire de vie	11/11/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	12/10/2020 au 13/10/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	12/11/2020 au 13/11/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	13/08/2020 au 14/08/2020
Auxiliaire de vie	Attente entrée en service du titulaire	Auxiliaire de vie	15/02/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	15/03/2021 au 16/03/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	15/05/2021 au 17/05/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	15/08/2021 au 16/08/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	16/02/2021 au 17/02/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	17/10/2020 au 23/10/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	18/03/2021 au 19/03/2021
AMP	Remplacement	AMP	18/08/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	18/11/2020
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	18/12/2020
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	19/02/2021
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	19/06/2021 au 20/06/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	20/09/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	21/01/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	21/08/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	22/01/2021
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	22/12/2020 au 27/12/2020
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	23/04/2021 au 24/04/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	24/03/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	24/12/2020 au 31/12/2020
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	29/01/2021
Aide-soignante	Remplacement	Aide-soignante	29/05/2021 au 31/05/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Auxiliaire de vie	29/08/2020 au 30/08/2020
Auxiliaire de vie	Attente entrée en service du titulaire	Auxiliaire de vie	30/01/2021 au 31/01/2021
Auxiliaire de vie	Remplacement	Aide-soignante	30/04/2021 au 01/05/2021

Source : Contrats d'une employée d'Orpea, M^{me} X, entre le 13/08/2020 et le 31/08/2021.

2.2.4. Malgré la tolérance de cet usage dans le secteur, le glissement de tâches est problématique tant sur le plan de la prise en charge que d'un point de vue juridique et budgétaire

La question du glissement de tâches entre des auxiliaires de vie non formés et non diplômés, et des aides-soignants diplômés ou en validation d'acquis de l'expérience, pose question à double titre :

- ◆ sur le plan juridique et en termes de responsabilités, il s'agit d'encadrer la responsabilité des professionnels intervenant auprès de publics caractérisés comme fragiles, et donc le recours à des salariés non qualifiés pour effectuer des tâches d'aides-soignants, notamment les soins d'hygiène et d'alimentation auprès des résidents ;
- ◆ en matière budgétaire, les différents professionnels ne sont pas financièrement gérés dans les mêmes sections. Ainsi, les postes d'AS sont financés entièrement sur dotations publiques (concurrentement par les forfaits globaux et dépendance) tandis que les AV non diplômés relèvent à 30 % de la dotation dépendance, le reste étant financé sur la section hébergement, entièrement à la charge d'Orpea.

Sur le plan juridique, les critères de qualification d'un aide-soignant sont clairement définis à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique, qui dispose que « *peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'Etat d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant* ». La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a prévu une exception en offrant la possibilité, *via* la VAE, d'exercer le métier d'aide-soignant sans le diplôme requis. La personne doit justifier d'au moins un an d'ancienneté dans ce domaine pour bénéficier de ces dispositions, conformément à l'arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (article 11).

Compte tenu des tensions dans le secteur, le système de VAE est encouragé par les autorités publiques (ex : « plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 »³¹). Certaines ARS, comme en région Sud, ont même mis en place des expérimentations dans des territoires pour encourager les personnels des EHPAD à s'engager dans un processus de VAE. Cette expérimentation consiste à prendre en charge de manière dérogatoire sur le forfait « soins » des personnels non diplômés, répondant à des critères prédéfinis, qui pourront remplir certaines fonctions d'aide-soignant (ou d'accompagnant éducatif et social) avec des temps d'évaluations prévus, avant même l'entrée en VAE (qui enclenche de droit une prise en charge sur le forfait soins). Durant les 300 premières heures de formation, le personnel intégrant l'expérimentation effectuera l'ensemble de ses tâches inhérentes aux fonctions d'AS en doublon permanent avec un tuteur diplômé.

Au-delà de l'exception de la VAE, il n'est pas autorisé d'employer un salarié non qualifié en tant qu'aide-soignant. L'article L. 4394-1 du code de la santé publique dispose que « *l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal* ». L'affectation d'un auxiliaire de vie sur un poste d'aide-soignant constitue donc un glissement de tâches, et le tribunal des affaires de sécurité sociale de Haute-Garonne a considéré, dans une décision du 23 février 2011 n° 20900543, que ce glissement de tâches pouvait constituer une « *faute inexcusable* » (au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale) en cas d'accident du travail du salarié.

³¹ Plan de mobilisation en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, remis à la ministre des Solidarités et de la Santé, établi par M^{me}. Myriam El Khomri, octobre 2019.

Au surplus, il convient de mentionner que le décret d'actes des infirmiers, qui liste les actes que seuls les détenteurs du diplôme d'infirmier peuvent accomplir – sous peine de sanctions pénales, prévoit qu'il est permis aux AS de pratiquer certains soins listés par ce décret sous la supervision d'un infirmier, ce qui est exclu pour les auxiliaires de vie.

Interrogée sur la situation des faisant fonction d'aide-soignant, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a estimé que ce point devait être clarifié compte tenu d'une incertitude liée à l'absence de décrets d'actes pour les AS. En tout état de cause, la question porte sur l'encadrement des actes, et non sur l'imputation budgétaire sur le soin des personnels concernés, impossible s'ils ne sont pas en VAE (cf. *infra*).

2.2.5. Une partie de ces glissements de tâches est justifiée par des procédures de VAE, dont l'un des objectifs assumés est de basculer de la masse salariale sur le budget soins

En conséquence des incitations faites à former des auxiliaires de vie (AV) pour remédier aux tensions sur le métier d'aide-soignant (AS), le cadre réglementaire ouvre la possibilité à une prise en charge sur le budget soins. L'article R. 314-166 du CASF indique en effet que « *les charges de personnel afférentes aux aides-soignants (...) titulaires d'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle et qui exercent effectivement les fonctions attachées à (la profession d'aide-soignant)* » peuvent être couvertes par les produits du forfait global relatif aux soins.

Dans le groupe Orpea, les directeurs d'exploitation sont ainsi incités à orienter les AV vers des procédures de VAE non seulement pour pallier les difficultés de recruter mais aussi pour maximiser la consommation de la dotation soins. Cela ressort de façon explicite des Plans d'actions d'EHPAD consultés par la mission (cf. tableau 8), où l'on peut lire les consignes suivantes : « *Initier la VAE pour salariés AV pour comptabiliser 2 postes AV sur la dotation soins* », « *Promouvoir les VAE AS au sein de l'équipe AV afin de maintenir l'objectif et de veiller à la bonne dépense de la dotation soins tout en maintenant une dépense salariale en corrélation avec le budget.* », « *Validation du livret 1 pour 2 AV qui émargeront donc désormais sur la masse soin* ».

L'examen des personnels déclarés comme étant en VAE et basculés sur le budget soins tend à confirmer que l'objectif principal est l'optimisation de la masse salariale. En premier lieu, on remarque sur l'année 2020 que seuls 19,6 % des employés étant répertoriés dans le budget soins comme étant en VAE bénéficient d'un accompagnement interne ou externe (ou en ont bénéficié l'année précédente – cf. tableau 19). Aussi, la comparaison des AV déclarés en formation par la DRESMS (et ainsi basculés sur le budget soins) avec le fichier de suivi des VAE fourni par la DRH (« Liste des AV en formation Décembre 2020 ») souligne plusieurs éléments :

- ♦ la concordance n'est pas parfaite entre les deux fichiers : seuls 92,4 % des AV déclarés en formation par la DRESMS (soit 546 sur 591) apparaissent dans le fichier de la DRH, toutes années confondues et quel que soit l'état d'avancement de la formation (cf. tableau 19). **Cela signifie potentiellement que 7,6 % des AV basculés par la DRESMS pour motif de VAE ne sont en réalité jamais entrés en procédure de VAE ;**
- ♦ **plus d'un quart des salariés en VAE en 2020 (25,8 % des 546 matricules retrouvés dans les deux fichiers) avaient entamé leur procédure avant 2018.** Dans le détail (cf. graphique 17), on note par exemple des salariés entrés en VAE depuis 2009 (1), 2010 (1) ou 2011 (6), ce qui interroge sur le fait que ces salariés étaient toujours en formation en 2020 dans la mesure où M^{me} [...] indiquait elle-même que la durée moyenne d'une VAE est de 3 ans et alors même que ces salariés sont déclarés comme tels et ainsi pris en charge sur la partie soins ;

Annexe V

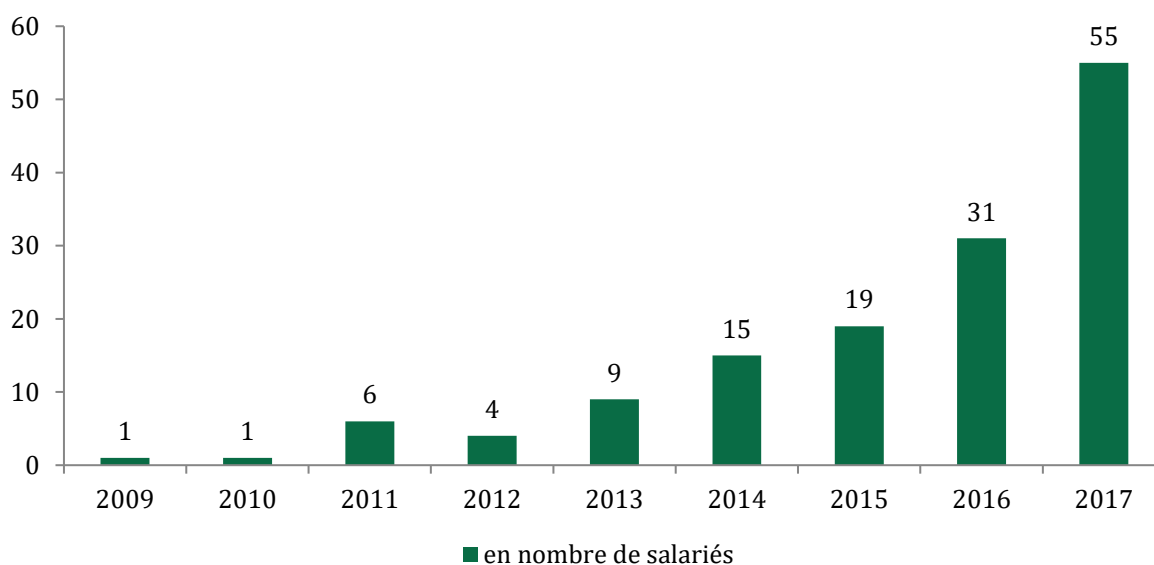
- ◆ **la suspicion d'une augmentation artificielle du nombre d'AV en formation AS-AMP pour les faire prendre en charge par le budget soins paraît confirmée avec les observations dans les EHPAD.** La mission a ainsi noté que dans plusieurs établissements, le nombre d'ETP de la ligne « Formation AS/AMP en cours » pouvait excéder le nombre d'ETP de la ligne « AS/AMP », ce qui interroge sur la capacité des AS/AMP à effectivement encadrer et former des AV en formation. Tel était par exemple le cas à la résidence Crampel, où 13,93 ETP « Formation AS/AMP en cours » sont inscrits pour décembre 2021 dans le tableau Gmasse contre seulement 7,18 ETP AS/AMP.

Tableau 19 : Comparaison du fichier des AS-AMP déclarés en formation et passés sur le budget soins en 2020 avec le fichier des VAE en accompagnement sur 2019 et 2020

	Nombre de personnes	En %
AS-AMP déclarés en formation par la DRESMS en 2020	591	100,0 %
Part d'entre eux en accompagnement de VAE (interne et externe) en 2019 et 2020	116	19,6 %

Source : Mission, d'après les données DRESMS et DRH transmises par Orpea en février 2022 (croisement des matricules employés dans les deux fichiers).

Graphique 17 : Effectifs de salariés entrés en VAE avant 2018 et déclarés en formation par la DRESMS en 2020, par année de début de VAE



Source : Mission, d'après les données DRESMS et DRH transmises par Orpea le 3 mars 2022.

2.2.6. Le groupe Orpea rattache au secteur « aide-soignant » et finance à 70 % sur ses dotations soin les auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants

Les auxiliaires de vie et leurs rémunérations, quand bien même ils seraient employés à des tâches concourant aux soins ne peuvent être pris en charge sur le budget soin hors situation de formation ou de VAE. Le CASF précise en son article R.314-166 les modalités d'emploi des produits de la part du forfait global relatif aux soins, celui-ci pouvant prendre en charge :

- ◆ « le petit matériel et les fournitures médicales (énumérés par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale) ;
- ◆ les charges relatives au médecin coordinateur, personnel médical, pharmacien et auxiliaires médicaux assurant les soins (hors diététicien) ;

Annexe V

- ◆ les charges de personnels afférentes aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnateurs éducatifs et sociaux (concurrentement avec les produits relatifs à la dépendance) ;
- ◆ l'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur une liste fixée par arrêté (des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale) ;
- ◆ les médicaments ;
- ◆ les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ».

Les listes de personnel accompagnant les états réalisés des recettes et de dépenses (ERRD) font cependant apparaître au sein du « secteur aides-soignants/aide médico-psychologiques » des auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants au sein des établissements. Ces auxiliaires de vie sont recensés par la DRESMS selon la méthode suivante :

- ◆ soit au travers de « topos activités / document support à la rédaction du rapport d'activité ³² » dont une partie liste les auxiliaires de vie faisant fonction³³ d'aide-soignant. Les documents collectés par la mission montrent sans équivoque qu'il ne peut uniquement s'agir de personnel en procédure de VAE. Il y figure en effet une section « Personnel en 2021 » qui comprend une sous-section « Nom et prénom des AV faisant fonction d'AS/AMP/AES en 2021, préciser si ces AV ont commencé/vont entamer une démarche de qualification » - ce qui signifie bien que le fait d'être en VAE n'est pas le critère unique pour la bascule dans le partie soins ;
- ◆ soit par des échanges informels dont les traces ne sont pas conservées par la DRESMS.

En outre, dès lors qu'un établissement n'est pas en mesure de faire remonter *via* le « topo » ou informellement l'identité des personnels concernés, seul un nombre d'ETP est remonté. Dans ces situations, la DRESMS « (émarge) le nombre de personnes, dans la limite toutefois des AS/AMP prévus au budget » comme la directrice de la DRESMS l'a indiqué à la mission dans un courriel en date du 4 mars 2022.

Ainsi, sans fondement juridique ni même traçabilité de la réalité du de la contribution au « soin » des résidents par les agents concernés, la DRESMS couvre, par la dotation soin, 70 % de la rémunération des auxiliaires de vie qualifiés de « faisant fonction » d'aide-soignant. Ce, dans la limite des crédits de la dotation attribuée aux établissements afin de ne pas à avoir à couvrir d'éventuels déficits. Les montants ainsi basculés sur la dotation soin atteignent plus de 27 M€ depuis 2017.

³² Ces documents Word de une à trois pages comprennent différents éléments relatifs à l'activité des établissements (taux d'occupation, travaux, etc.) et sont remontés annuellement par les établissements à la DRESMS.

³³ Sur l'échantillon de dix EHPAD étudié au sein de l'annexe budget, aucun ne présente une telle liste.

3. Le groupe maintient une pression salariale d'autant plus inopportune qu'elle entre en contradiction avec des taux d'encadrements inférieurs aux moyennes du secteur et conduit à des effectifs parfois insuffisants pour assurer la prise en charge des résidents

3.1. La mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) réduit au strict minimum les obligations ou objectifs en termes d'effectifs soignants et d'encadrement au sein des EHPAD

Afin d'encadrer les activités des EHPAD et de garantir la qualité des soins dans la prise en charge de la dépendance, les établissements sont soumis à une procédure conventionnelle avec les autorités de tutelle : l'ARS, pour l'activité de soins, et le Conseil départemental, pour l'activité de prise en charge de la dépendance. Ce dispositif conventionnel fixe des objectifs à chacune des parties prenantes, établissement inclus, et attribue les moyens aux EHPAD.

Jusqu'à la réforme de 2015, l'article L. 313-12 du CASF faisait de la convention tripartite l'instrument de contractualisation entre les EHPAD et leurs financeurs. Dans sa version antérieure à la réforme de 2015, cet article prévoit ainsi que les EHPAD ne peuvent accueillir des personnes âgées « *remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé, qui respecte le cahier des charges³⁴ établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux* ». Cette convention tripartite attribue les moyens aux EHPAD.

Par ailleurs, le mode de financement tripartite retenu avant la loi de 2015 conduisait à faire porter aux départements le financement d'une partie de dépenses liées à la dépendance, soit 30 % des personnels aides-soignants et aides médico-psychologiques et 100 % des psychologues. L'Assurance maladie, par le truchement des ARS en tant qu'autorités de tarification, finançait la partie soins, soit 70 % des mêmes personnels aides-soignants et médico-psychologiques, 100 % des personnels infirmiers, ainsi que la location du matériel médical. Quant à la partie « hébergement-restauration », elle était financée par des tarifs journaliers laissés à la charge des résidents (cf. tableau 20). Depuis la réforme de 2015, les clés de répartition du financement des rémunérations du personnel des EHPAD entre les différents volets ne sont plus strictement définies réglementairement. Le groupe Orpea a cependant fait le choix de maintenir les clés de répartition historiques pour le financement des aides-soignants, aides médico-psychologiques (dont le salaire est répartie entre le forfait soins et dépendance) et auxiliaires de vie (entre le forfait dépendance et la section hébergement).

³⁴ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Tableau 20 : Mode de financement des dépenses de personnel antérieur à la loi n° 2015-1776 d'adaptation de la société au vieillissement (répartition maintenue par le groupe à la date de la mission)

Personnels concernés	Forfait soin	Forfait dépendance	Tarif hébergement
Médecins	100 %	-	-
Auxiliaires médicaux (Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.)	100 %	-	-
Infirmiers	100 %	-	-
Aides-soignants/aides médico-psychologiques	70 %	30 %	-
Psychologues	-	100 %	-
Agents des services hospitaliers/agents de service	-	30 %	70 %
Direction et personnels administratifs	-	-	100 %
Restauration et services généraux	-	-	100 %
Animation et service social	-	-	100 %

Source : Le taux d'encadrement dans les EHPAD, DREES, 2018.

Le cahier des charges de la convention tripartite met en exergue quatre objectifs :

- ◆ préciser les caractéristiques générales et la définition des recommandations relatives aux principaux critères que devraient présenter les établissements ;
- ◆ détailler les recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents ;
- ◆ définir les objectifs d'évolution de l'établissement et la nécessaire adaptation des moyens et des financements pour les cinq années du conventionnement ;
- ◆ proposer des indicateurs en vue d'évaluer les modalités d'exécution de la convention.

La convention est conclue pour 5 ans et doit faire l'objet, au terme de ce délai, d'une évaluation et d'une procédure de renouvellement.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) ont modifié les modalités de contractualisation du secteur médico-social. Elles prévoient ainsi :

- ◆ la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en rendant le recours à cet outil obligatoire pour l'ensemble des EHPAD ;
- ◆ la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire (état prévisionnel de recettes et de dépenses – EPRD) ;
- ◆ une réforme des règles de détermination des ressources des EHPAD, d'une logique de couverture des charges à une logique de pilotage par la ressource, via les deux forfaits globaux soins et dépendance.

Le CPOM, défini à l'article L. 313-11 du CASF, est un outil qui vise à favoriser la transversalité de l'offre d'accompagnement. Selon l'annexe de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen³⁵, « ce CPOM rénové, support du dialogue entre les acteurs, doit permettre de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de parcours et de partenariats renforcés, qui sont les conditions de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité. »

³⁵ Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L.

Il dépasse le prisme « établissement » auquel se limitaient les conventions tripartites. Ainsi, la mise en place des CPOM est guidée par une logique gestionnaire et concerne l'ensemble des EHPAD du même gestionnaire d'un même département, mais aussi, le cas échéant, d'autres établissements et services gérés par le même gestionnaire sur le même ressort territorial. Aussi, les Organismes Gestionnaires gérant un ou des EHPAD, des Accueils de Jour autonomes, des Hébergements Temporaires autonomes, des Petites Unités de Vie, des Résidences Autonomie, ainsi que des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) font l'objet d'un CPOM unique multi-établissements conclu entre l'ARS, le Conseil Départemental et l'Organisme Gestionnaire à compter de 2017. Le CPOM peut être étendu à plusieurs départements avec l'accord des différentes parties.

La généralisation de CPOM s'est accompagnée d'une réforme de l'allocation de ressources des EHPAD et d'une refonte des règles budgétaires et comptables, mises en œuvre dès 2017 et qui offrent plus de flexibilité aux EHPAD. À compter de l'exercice 2017, une nouvelle tarification des EHPAD et des PUV est entrée en vigueur avec une convergence étalée sur 7 ans (ramenée ensuite à 5 ans pour la section soins). Une tarification forfaitaire « à la ressource », calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, est substituée au dialogue budgétaire contradictoire annuel, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance.»³⁶.

Cette évolution du cadre conventionnel et budgétaire a notamment pour effet de réduire les obligations en termes de respect de volumes d'effectifs fixés lors du dialogue conventionnel. Alors que les conventions tripartites contenaient des tableaux de répartition des effectifs par profession, ni le corps du contrat du cahier des charges du CPOM EHPAD ni ses annexes obligatoires ne contiennent de répartition même indicative des personnels par catégorie, en fonction des forfaits soins et dépendances. Dans le cadre du CPOM, l'établissement se fixe des objectifs en lien avec les finalités premières de son activité, et notamment le « *développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; l'accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; l'amélioration des conditions d'emploi et de travail ; les démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; l'accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes* »³⁷. Toutefois, il n'existe aucune obligation, ni indication en termes de volumes d'équivalents temps plein (ETP) à viser ou à respecter. Cela constitue une différence importante avec le dispositif de convention tripartite qui prévoyait un tableau de répartition des ETP répartis entre les différentes catégories de personnels et donc affectés aux différentes dotations budgétaires, sur les cinq années couvertes par la convention.

De la même manière, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) intègre ce renversement de logique. Il passe d'une logique de transmission à l'ARS d'un niveau de dépenses qui induit le niveau de ressources à un niveau de prise en charge possible (fondé sur le GMPS de l'établissement, le nombre de places et l'option tarifaire), qui autorise un niveau de dépenses et donc de moyens. Le niveau d'activité entre également en ligne de compte puisque si l'établissement présente un taux d'occupation inférieur à 95 %, les tutelles peuvent réduire les financements accordés. Là encore, les établissements ne sont soumis à aucune obligation en termes de volumes de personnels requis.

313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

³⁶ *Ibid.* instruction DGCS du 21 mars 2017.

³⁷ *Ibid.* instruction DGCS du 21 mars 2017.

Annexe V

Au sein du groupe Orpea, au 11 février 2022, 116 établissements sont couverts par un CPOM (cf. tableau 21). 105 établissements continuent d'être couverts par une convention tripartite, dont les plus récentes ont été signées en 2017 et arriveront donc à échéance, en l'absence d'avenant, en 2022. Quinze établissements Orpea disposent d'un dispositif conventionnel antérieur à 2010. La contractualisation des CPOM a pris du retard du fait de la crise sanitaire. En 2019, sur l'ensemble du secteur, moins de 20 % des établissements sociaux et médico-sociaux avaient conclu un CPOM. Une instruction interministérielle du 16 novembre 2021³⁸ demande aux directeurs généraux des ARS, dans l'attente d'un vecteur législatif adapté, de desserrer de trois ans le calendrier de signature des CPOM, soit jusqu'au 31 décembre 2024.

Tableau 21 : Type de conventionnement et date d'entrée en vigueur de la dernière convention par EHPAD du groupe Orpea

Situation en termes de contractualisation (dernier contrat signé)	Nombre d'établissements Orpea concernés
CPOM conclu en 2022	2
CPOM conclu en 2021	17
CPOM conclu en 2020	25
CPOM conclu en 2019	46
CPOM conclu en 2018	26
Convention tripartite conclue en 2017	4
Convention tripartite conclue en 2016	17
Convention tripartite conclue en 2015	21
Convention tripartite conclue en 2014	15
Convention tripartite conclue en 2013	11
Convention tripartite conclue en 2012	10
Convention tripartite conclue en 2011	3
Convention tripartite conclue en 2010	9
Convention tripartite conclue en 2009	1
Convention tripartite conclue en 2008	8
Convention tripartite conclue en 2007	4
Convention tripartite conclue en 2006	0
Convention tripartite conclue en 2005	1
Convention tripartite conclue en 2004	1

Source : Conventions tripartites pluriannuelles et contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des EHPAD du groupe Orpea.

Ainsi, les nouveaux dispositifs conventionnels n'intégrant aucune obligation en termes de répartition des effectifs et de seuils minimaux d'effectifs, la principale obligation réglementaire en termes de ressources humaines applicable aux EHPAD provient du décret du 26 août 2016³⁹ et apparaît limitée dans son ampleur relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnements des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, codifié au sein des articles D. 312-155-0 et suivants du CASF. Plusieurs articles créent des obligations en termes d'effectifs soignants :

³⁸ Instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229 du 16 novembre 2021 complémentaire à l'instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/119 du 8 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

³⁹ Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Annexe V

- ◆ le II de l'article D. 312-155-0 du CASF indique que « *pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs* » ;
- ◆ le IV de l'article D. 312-155-0-1 précise que « *l'équipe du pôle d'activités et de soins adaptés est composée :*
 - 1° *D'un psychomotricien ou d'ergothérapeute ;*
 - 2° *D'un assistant de soins en gérontologie ;*
 - 3° *D'un psychologue pour les résidents et les aidants.*
 - *L'ensemble du personnel intervenant dans le pôle est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives. » ;*
- ◆ Le III de l'article D. 312-155-0-2 précise que « *l'unité d'hébergement renforcé dispose :*
 - 1° *D'un médecin, le cas échéant, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission ;*
 - 2° *D'un infirmier ;*
 - 3° *D'un psychomotricien ou d'ergothérapeute ;*
 - 4° *D'un aide-soignant ou d'un aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social ;*
 - 5° *D'un assistant de soins en gérontologie ;*
 - 6° *D'un personnel soignant la nuit ;*
 - 7° *D'un psychologue pour les résidents et les aidants ;*
 - *L'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie » ;*
- ◆ L'article D. 312-156 précise que « *tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur.*
 - *Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :*
 - *un équivalent temps plein de 0,25 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;*
 - *un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;*
 - *un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;*
 - *un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;*
 - *un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places. »*

3.2. Le groupe Orpea présente un taux d'encadrement plus faible que le reste du secteur alors même que certains de ses établissements sous-consomment les volumes d'ETP qui leur sont accordés dans le cadre des conventions tripartites

3.2.1. Les taux d'encadrement moyens d'Orpea apparaissent, tous personnels confondus, inférieurs à ceux des EHPAD privés dans leur ensemble, et des EHPAD privés à but lucratif en particulier

Selon l'étude de la DREES de décembre 2020, entre 2011 et 2015 le taux d'encadrement en EHPAD est passé de 59 à 63 ETP pour 100 places installées, soit une augmentation moyenne de 6,5 %. Cette évolution concerne principalement les postes d'aides-soignants dont le ratio est passé de 17 ETP pour 100 places à 20, soit les trois-quarts de l'augmentation du taux d'encadrement, et les postes d'infirmier, dont le ratio est passé de 5 à 6. Pour l'ensemble du personnel soignant, ce taux s'établissait à 31 ETP. Selon le ministère, la réforme tarifaire instaurée par la loi ASV et la modification des modalités de calcul des dotations auraient également dû permettre une augmentation du taux d'encadrement de 3,76 ETP pour 100 lits entre 2015 et 2021.

En termes de niveau de dépendance, les résidents du groupe présentent un niveau moyen de dépendance (estimé par le GMP) quasiment aligné sur la moyenne des GMP du secteur des EHPAD privés dans son ensemble et, avec encore moins d'écart, sur la moyenne des GMP des EHPAD privés lucratifs (cf. tableau 22). En termes de niveau de soins requis, ils présentent un niveau moyen supérieur de neuf points au secteur des EHPAD privés et de cinq points à la moyenne des EHPAD privés lucratifs.

Tableau 22 : Moyenne des indicateurs de dépendance par secteur

Type d'établissements	moyenne des GMP	moyenne des PMP	Moyenne des GMPS
EHPAD privés	732	220	1 303
EHPAD privés lucratifs	735	224	1 314
EHPAD privés non lucratifs	723	210	1 267
Orpea	734	229	1 327

Source : CNSA, calculs pôle Science des données de l'IGF. Lecture : en 2019, les EHPAD à but lucratif ont un GMP moyen de 735 contre 723 dans les EHPAD à but non lucratif.

Encadré 2 : Méthodologie d'analyse des taux d'encadrement

Afin de compléter les analyses menées sur la base de l'enquête EHPA de 2015, la mission a réalisé une analyse des taux d'encadrement du groupe et du secteur sur la base des DSN, permettant un accès à des données plus à jour.

Les données relatives aux déclarations sociales nominatives (DSN) du groupe Orpea ont été transmises à la mission. Ces données contiennent de nombreuses informations individuelles relatives aux contrats de travail et aux éléments de rémunération de chaque salarié du groupe pour l'ensemble de ses établissements. Elles ont fait l'objet de retraitements afin de les rendre comparables aux informations disponibles dans les fichiers DADS-DSN pour 2019 sur l'ensemble du secteur des EHPAD privé et des EHPAD privés à but lucratif.

L'appartenance d'un établissement au secteur des EHPAD a été déterminée à partir du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (Finess). Cette base contient la totalité des établissements du secteur sanitaire et social et permet d'identifier les EHPAD à partir de la catégorie de l'établissement⁴⁰.

⁴⁰ Cette catégorie est plus précise que le champ défini par la nomenclature d'activité française (NAF). En effet, au sens de la NAF, les EHPAD peuvent être classés en codes 8710A et 8730A, mais également dans d'autres codes NAF. À l'inverse, ces secteurs d'activités incluent des établissements d'hébergement pour personnes âgées non-dépendantes (notamment les EHPAD).

Une des limites de cette approche est qu'elle conduit, faute de disposer de l'information sur l'ensemble de la période d'intérêt, à négliger les créations et disparitions d'établissements : dans la suite, les EHPAD considérés sont ceux enregistrés comme tels en janvier 2022.

Les établissements du groupe Orpea ont été identifiés à partir des informations fournies par le groupe.

Les informations d'emploi et de masses salariales sont enrichies par des indicateurs sur le niveau de dépendance et de pathologie des résidents fournis par la CNSA

Les données mobilisées correspondent aux données brutes issues des applications utilisées par les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux pour déposer leurs documents budgétaires et financiers auprès de la CNSA (système d'information « ImportERRD »). Ces données sont des données déclaratives non retraitées.

Ces informations visent à comparer les EHPAD en neutralisant les différences de niveaux de dépendance et de pathologie de leurs résidents. Trois indicateurs sont retenus :

- le GIR Moyen Pondéré (GMP). Le GIR est un indicateur de dépendance défini à partir d'une évaluation des activités réalisables⁴¹ par un résident sans intervention extérieure. Six catégories de GIR sont définies en s'appuyant sur une estimation en temps de soins requis par jour à partir de l'évaluation réalisée précédemment. Le GMP est ensuite défini comme la somme des GIR pondérés par un barème⁴², rapporté au nombre de résidents.
- le Pathos Moyen Pondéré (PMP). Le PMP est un indicateur synthétique calculé par la CNSA visant à déterminer les besoins en soins requis en fonction des pathologies des résidents. À partir d'un référentiel de 50 états pathologiques, 12 profils thérapeutiques et 8 postes de soins, un indicateur synthétique prenant en compte l'ensemble des pathologies et des parcours thérapeutiques des patients est calculé⁴³.
- le Groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS). Cet indicateur permet de prendre en compte à la fois le niveau de perte d'autonomie et l'intensité du besoin en soins en combinant le GMP et le PMP. Le GMPS est une combinaison linéaire⁴⁴ du GMP et du PMP, qui permet de déterminer l'allocation budgétaire de chaque établissement⁴⁵.

Par ailleurs, la capacité de chaque établissement exprimée en nombre de lits installés a été communiquée par la CNSA à partir des données disponibles dans la base Finess. Cet indicateur correspond à la capacité totale de chaque établissement et non à un nombre de places occupées.

À l'exception des infirmiers diplômés d'État (IDE), Orpea présente en 2019 des taux d'encadrement moyens inférieurs à ceux du secteur des EHPAD privés (cf. tableau 23) :

- ◆ en ce qui concerne les **agents de service hospitalier (ASH)** et les **auxiliaires de vie (AV)**, Orpea présente un taux d'encadrement en nombre de personnels pour 100 lits inférieur de trois points à la moyenne du secteur des EHPAD privés et des EHPAD privés à but lucratif ;
- ◆ en ce qui concerne les **aides-soignants (AS)**, Orpea présente un taux d'encadrement moyen aligné sur le taux moyen d'encadrement des EHPAD privés à but lucratif, mais inférieur de 1,6 point au taux d'encadrement moyen des EHPAD privés dans leur ensemble et de trois points au taux d'encadrement moyen des EHPAD privés à but non lucratif ;

⁴¹ Ces activités correspondent à des tâches simples de la vie quotidienne : déplacements, toilette, alimentation, etc.

⁴² Six catégories de GIR (GIR1 à GIR6) de niveau de dépendance décroissant sont associées à un nombre de points compris entre 70 et 1 000.

⁴³ Il est possible de se référer au guide d'utilisation du modèle « PATHOS » sur le site de la CNSA : https://www.cnsa.fr/documentation/modele_pathos_2017.pdf.

⁴⁴ $GMPS = GMP + (2,59 \times PMP)$.

⁴⁵ Allocation budgétaire = Nombre de points GMPS × valeur du point × capacité.

Annexe V

- ◆ en ce qui concerne les **aides médico-psychologiques** (AMP), Orpea présente un taux d'encadrement moyen de quatre ETP pour 100 lits, soit un point de moins que le taux d'encadrement moyen du secteur des EHPAD privés et que le taux d'encadrement moyen des EHPAD privés à but lucratif ;
- ◆ les aides-soignants et AMP exerçants des tâches proches ou similaires, une agrégation des taux d'encadrement a été faite, et permet d'identifier un taux d'encadrement moins élevé pour les AS/AMP au sein du groupe Orpea que la moyenne des autres EHPAD à but lucratif (0,8 ETP), et très inférieur (4,1 ETP) à la moyenne des EHPAD à but non lucratif. Ce constat est d'autant plus significatif qu'il a été déterminé que les établissements du groupe Orpea avait en moyenne un GMP aligné avec les autres EHPAD du secteur privé et un niveau de PMP plus élevé ;
- ◆ le taux d'encadrement global des EHPAD Orpea apparaît tiré vers le haut du fait du ratio important de personnels administratifs, en dehors des équipes de prise en charge de la dépendance et du soin.

Le calcul de ces taux d'encadrement est fondé sur les informations disponibles dans les données de paie, ce qui ne permet pas de tenir compte de la réalité des « faisant fonction » qui peuvent exercer des tâches ne correspondant pas à la profession déclarée en paie. Néanmoins, cette situation de « faisant fonction » semble partagée au sein du secteur des EHPAD, et ne remet donc pas en cause les comparaisons entre catégories d'établissements.

Tableau 23 : Taux d'encadrement par secteur d'EHPAD et par profession en 2019

Professions	EHPAD privés	EHPAD lucratifs	EHPAD non lucratifs	Orpea
Infirmiers en soins généraux, salariés	5,8	5,5	6,1	6,0
Agents de service hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)	21,6	21,4	21,8	18,5
Aides-soignants	18,7	17,0	20,2	17,1
Aides médico-psychologiques (AMP)	5,0	4,9	5,0	4,0
Sous total - Aides-soignants et AMP	23,7	21,9	25,2	21,1
Autres personnels médicaux, paramédicaux et d'accompagnement ⁴⁶	4,3	3,8	4,8	3,2
Autres personnels non cadres	7,9	8,1	7,7	9,8
Autres personnels cadres	1,2	1,3	1,1	3,0
Total	64,5	62,1	66,7	61,6

Source : CNSA pour le nombre de lits ; Insee, DADS-DSN pour le secteur des EHPAD ; données de gestion issues des DSN du groupe pour Orpea ; calculs pôle Science des données de l'IGF. Lecture : le nombre d'ETP d'infirmiers par lit est de 5,8 pour 100 lits dans l'ensemble des EHPAD privés.

Une analyse a également été conduite afin de déterminer si la composition des équipes des établissements évoluait en fonction du niveau de dépendance ou de soins des résidents. En effet, toutes choses égales par ailleurs, un niveau de dépendance des résidents ou des besoins en soin plus élevés nécessitent un taux d'encadrement plus élevé. Un modèle de régression linéaire a été mis en œuvre afin d'estimer l'effet marginal d'une augmentation du niveau moyen de dépendance sur le taux d'encadrement. Les effets d'une hausse de 10 % du GMP, du PMP ou de l'indicateur synthétique GMPS moyen ont été estimés sur plusieurs catégories d'emploi pour le secteur lucratif et pour Orpea (cf. tableau 24).

⁴⁶ Les PCS retenues dans cette catégorie sont les suivantes : « 43 - professions intermédiaires de la santé et du travail social » hors infirmiers et « 34 - professeur, professions scientifiques » et « 563 - aides à domicile ».

Annexe V

Ces régressions permettent de réaliser les constats suivants :

- ◆ en ce qui concerne les agents de service hospitalier, les établissements du groupe Orpea, contrairement au reste du secteur des EHPAD privés, ne font pas varier le nombre d'ASH de manière significative en fonction du GMP ;
- ◆ le nombre d'aides-soignants évolue de manière significative en fonction du GMP et du PMP ; toutefois les établissements du groupe adaptent davantage leur nombre d'aides-soignants dans les équipes en fonction du niveau de PMP que du GMP, notamment en comparaison des pratiques du secteur des EHPAD privés ;
- ◆ *a contrario*, le groupe n'adapte pas de manière significative le taux d'encadrement en IDE, que ce soit en fonction de l'évolution du GMP ou du PMP.

Tableau 24 : Régressions linéaires sur le taux d'encadrement

Impact sur le taux d'encadrement d'une hausse de 10 % (points)	Taux d'encadrement non pondéré = $\alpha + \beta * (\text{GMP} - \text{GMP moyen}) / \text{Pondéré par EQTP}$					
	GMP		PMP		GMPS	
	Secteur lucratif	Orpea	Secteur lucratif	Orpea	Secteur lucratif	Orpea
Agents de service hospitaliers	0,7***	N.S	N.A	N.A	N.A	N.A
Aides-soignants	2,0***	1,8***	0,5***	0,8***	1,4***	1,7***
Aides médico-psychologiques	1,0***	1,4***	N.S	N.S	0,5***	N.S
Infirmiers en soins généraux, salariés	0,7***	N.S	0,3***	N.S	0,7***	N.S

*Source : CNSA pour le nombre de lits et pour les GMP/PMP ; Insee, DADS-DSN pour le secteur des EHPAD ; données de gestion issues des DSN du groupe pour Orpea ; calculs pôle Science des données de l'IGF. Lecture N.A. : non applicable ; N.S. : non significatif. *** significatif au seuil de 1%, N.S non-significatif, N.A non applicable. Une augmentation de 10 % du GMP aurait un impact de +0,7 point sur le taux d'encadrement des agents de services hospitaliers au sein du secteur lucratif. Cet impact ne serait pas significatif pour le groupe Orpea.*

3.2.2. L'analyse des conventions tripartites encore en vigueur met en exergue la pratique, dans certains établissements, de ne pas avoir recours à l'ensemble des effectifs validés

La comparaison, réalisée sur un échantillon aléatoire d'établissements, des effectifs validés au sein des conventions tripartites et des effectifs réellement employés laisse apparaître des situations de sous-utilisation des volumes d'ETP accordés par les tutelles, notamment pour les infirmiers diplômés d'État. Si les volumes d'effectifs retenus par les conventions tripartites ne sont plus opposables depuis la réforme tarifaire de 2017, les forfaits correspondants demeurent et doivent être respectés. Les volumes d'ETP devraient donc *a minima* continuer de correspondre, voire s'améliorer puisque le phénomène de convergence tarifaire a été bénéfique à une grande majorité d'établissements. L'échantillon retenu porte sur les dernières conventions tripartites signées, en 2016 et en 2017, qui organisent et valident les moyens des établissements respectivement jusqu'à 2020 et 2021. L'année de référence retenue pour la comparaison est 2019. Sur les vingt établissements analysés (cf. tableau 25) :

- ◆ en termes d'ETP d'infirmiers diplômés d'Etat :
 - quinze établissements, soit 75 % de l'échantillon, présentent un volume d'ETP réellement présents au sein de l'établissement inférieur à la dotation validée au sein de la convention tripartite, avec en moyenne un ETP de moins que le nombre prévu ;
 - trois établissements, la résidence [...], la résidence [...] et la résidence [...] utilisent moins de 80 % des volumes d'ETP d'IDE validés au sein de leur convention tripartite ;

Annexe V

- ◆ en termes d’ETP d’aides-soignants et d’aides médico-psychologiques :
 - douze établissements, soit 60 %, présentent un volume d’ETP réellement présents au sein de l’établissement inférieur au volume prévu et validé au sein de la convention tripartite ;
 - trois établissements, le [...], la résidence [...] et la résidence [...], utilisent moins de 80 % des volumes d’ETP d’AS et d’AMP prévus et validés au sein de la convention tripartite :
- ◆ en termes d’ETP d’auxiliaires de vie et d’agents de service hospitalier :
 - onze établissements, soit 55 %, présentent un volume d’ETP réellement présents au sein de l’établissement inférieur au volume prévu et validé au sein de la convention tripartite ;
 - trois établissements, la résidence [...], la résidence [...] et la résidence [...], utilisent moins de 80 % des volumes d’ETP d’AV et ASH prévus et validés au sein de la convention tripartite ;
 - à l’inverse, six établissements, la [...], la [...], la [...], les [...], la [...], la [...], présentent des niveaux d’AV/ASH supérieurs à 110 % du volume prévu et validé au sein de la convention tripartite ; l’ensemble de ces établissements, à l’exception de la [...], présentent une sous-consommation de son volume d’AS autorisé, ou d’IDE autorisé, voir des deux.

Tableau 25 : Comparaison entre les effectifs validés au sein des conventions tripartites en vigueur et les effectifs réels dans les établissements au 1^{er} janvier 2019 pour un échantillon d’établissements ayant signé leur convention tripartite en 2016 et 2017

Etablissement	Dernière année planifiée dans la CT	Infirmiers diplômés d’Etat		Aides-soignants/ AMP		Auxiliaires de vie	
		CT	Valeur en 2019	CT	Valeur en 2019	CT	Valeur en 2019
[...]	2022	6,00	5,18	23,00	23,50	18,00	15,51
[...]	2022	6,25	6,96	23,00	23,29	13,60	10,16
[...]	2022	6,50	4,80	19,50	16,47	14,00	15,28
[...]	2022	7,36	6,91	25,68	23,30	17,00	16,08
[...]	2021	4,20	4,18	18,00	15,76	16,00	20,14
[...]	2021	7,00	5,84	20,80	22,21	15,86	14,98
[...]	2021	5,40	4,83	22,00	16,42	15,54	15,17
[...]	2020	9,00	7,51	28	26,45	23	21,88
[...]	2020	5,60	3,33	18,45	17,37	18,45	10,59
[...]	2020	5,00	5,08	17,50	13,22	13,12	15,01
[...]	2020	7,66	4,78	23,55	18,93	17,00	12,25
[...]	2021	4,00	3,92	16,80	17,49	10,00	9,92
[...]	2021	2,00	2,52	5,50	5,05	4,00	8,26
[...]	2021	4,64	4,32	24,00	15,27	16,00	18,22
[...]	2021	7,00	5,93	33,00	28,48	25,00	25,86
[...]	2021	6,00	4,88	21,00	25,02	16,00	21,80
[...]	2021	4,90	5,05	19,00	22,20	17,00	20,07
[...]	2021	4,50	5,34	19,50	19,75	14,00	14,61
[...]	2020	7,00	5,92	23,70	24,30	18,00	15,20
[...]	2016	6,55	5,86	24,42	20,40	14,00	11,77

Source : Conventions tripartites des établissements concernés et tableau ETP 2019 communiqué par la direction des Ressources humains du groupe Orpea en février 2022.

3.3. Les effectifs des établissements inspectés, notamment aides-soignants, sont parfois insuffisants pour assurer une prise en charge de qualité aux résidents au vu de leur nombre et de leur niveau de dépendance

Il existe des estimations théoriques du temps de soins requis par résident en fonction de leur degré d'autonomie. Les soins en EHPAD se décomposent en deux catégories :

- ◆ **les soins de base**, qui comprennent toutes les aides dont a besoin une personne âgée pour accomplir les actes essentiels du quotidien, renvoyant au domaine de la dépendance. Le modèle Aggir (défini par l'annexe 2-1 du CASF) permet de mesurer les besoins en soins de base d'un individu à partir de son GIR, et de calculer, in fine, le GIR moyen pondéré d'un établissement. Il existe également une grille circulant parmi les professionnels qui permet de connaître pour chaque GIR le temps de soins d'accompagnement de la perte d'autonomie (ou soins de base) qui serait requis (cf. tableau 26). Elle peut être utilisée pour connaître le nombre d'ETP théoriquement nécessaires pour chaque niveau de GIR⁴⁷.
- ◆ **les soins médicotechniques**, qui requièrent une plus grande technicité et ils sont effectués à partir d'une prescription médicale. Le besoin de soins médicotechniques s'appuie sur le modèle Pathos.

Tableau 26 : Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR, d'après la grille circulant parmi les professionnels

GIR	1	2	3	4	5	6
Coefficient GIR	1 000	840	660	420	250	70
Besoins de soins de base (en minutes/jour)	210	176	139	88	53	15
Besoins de soins de base (en heures/semaine)	24,5	20,5	16,2	10,3	6,2	1,8
Nombre d'ETP requis	0,78	0,65	0,51	0,32	0,20	0,06

Source : Le taux d'encadrement dans les EHPAD, DREES, décembre 2020.

La conférence nationale des directeurs d'EHPAD (CNDEPAH) estime que chaque soignant a concurrentement en charge dix résidents pour l'accompagnement du matin, ce qui se traduit par moins de 15 minutes pour la toilette, sur un temps de 43 minutes au total pour chaque résident le matin et 28 minutes l'après-midi, soit un total d'environ 1 heure et dix minutes. Selon l'association, il faut augmenter le temps disponible par résident à 65 minutes le matin dont une trentaine de minutes pour la toilette et 43 minutes l'après-midi, soit un soignant pour sept résidents.

Il convient de souligner que ces grilles et estimation de temps constituent des optimums à atteindre mais ne peuvent être mis en œuvre en l'état actuel des forfaits, quel que soit le secteur. Elles constituent cependant des indicateurs et des cibles vers lesquelles tendre en termes de prise en charge des résidents des EHPAD.

Dans plusieurs établissements inspectés, la mission a pu observer que les effectifs d'aides-soignants et faisant fonction chargés des soins basiques étaient insuffisants pour réaliser les tâches requises, notamment les toilettes, dans un délai permettant d'assurer le bien-être des résidents. Au sein d'un échantillon de cinq établissements inspectés, les effectifs d'aides-soignants dans les équipes de jour varient de 8 à 13 et de 1 à 2 au sein des équipes de nuit (cf. tableau 27). Dans trois résidences sur cinq, le ratio d'aide-soignant par résidents est supérieur à 8 : la résidence Les Chesnaies à Carpentras, la résidence Marengo-Jolimont à Toulouse et la résidence des Portes du Lubéron à Avignon.

⁴⁷ Il convient toutefois de souligner, comme le fait l'étude de la DREES dont cette grille est issue, que cette grille a été estimée sur la base d'un échantillon seulement, dans le cadre de travaux réalisés au début des années 2000 : l'utilisation qui en est faite reste donc exploratoire.

Annexe V

Tableau 27 : Composition des équipes chargées des soins dits basiques (aides-soignants et faisant fonction) au sein d'un échantillon de cinq établissements contrôlés

EHPAD	Nombre d'aides-soignants dans l'équipe de jour	Nombre d'aides-soignants dans l'équipe de nuit	Nombre de résidents à la date du contrôle	Ratio de résidents par aides-soignants dans la journée	Nombre de lits autorisés	Présence d'unités spécifiques
[...]	8,5	2	69	8,1	80	1 unité protégée ; 1 unité Grands dépendants
[...]	13	4	99	7,6	110	2 unités de soins adaptés
[...]	10	2	75	7,5	83	1 unité protégée ; 1 unité Grands dépendants
[...]	7	2	61	8,7	80	1 unité protégée ; 1 unité Grands dépendants
[...]	8	2	68	8,5	80	1 unité protégée ; 1 unité Grands dépendants

Source : Mission.

Ces ratios masquent par ailleurs les difficultés de prise en charge liées au niveau de dépendance des résidents mais aussi aux modalités d'organisation des services.

Ainsi, au sein des établissements, les équipes sont généralement réparties par unité. La majorité des établissements contrôlés par la mission étaient composés de quatre unités :

- ◆ une unité protégée ;
- ◆ une unité Grands dépendants ;
- ◆ deux unités classiques.

Les équipes chargées de la prise en charge sont réparties sur la base de cette organisation. Ainsi, pour une équipe de huit aides-soignants, chaque unité se verra attribuer un binôme d'aides-soignants pour assurer la prise en charge de jour. Du fait d'un niveau plus élevé de perte d'autonomie, les unités protégée et Grands dépendants présentent un nombre plus réduit de résidents : entre 12 et 15 en moyenne. Cela conduit donc à faire varier les ratios d'encadrement en fonction des unités.

Au sein des unités classiques des EHPAD contrôlés par la mission (unités non fermées et avec un moindre niveau de dépendance des résidents que les unités Grands dépendants), le ratio de résidents par aides-soignants varie entre 7,6 résidents par aide-soignant pour le ratio le plus favorable et 12 résidents par aide-soignant pour le ratio le plus défavorable (cf. tableau 28).

Tableau 28 : Estimation du temps disponible par jour et par résident, et pour une toilette pour une unité classique, sans tenir compte du niveau d'absentéisme, au sein de l'échantillon d'établissements contrôlés

EHPAD	Nombre de résidents dans une unité classique	Nombre d'aides-soignants en charge d'une unité classique	Nombre de résidents par aide-soignant au sein d'une unité classique	Nombre de minutes disponibles par résident par aide-soignant par jour (journée de 10h)	Estimation du nombre de minutes pouvant être consacrées à une toilette*
[...]	17	2	8,5	71	21
[...]	19	2,5	7,6	79	24
[...]	22	2,5	8,8	68	20
[...]	21	2	10,5	57	17
[...]	24	2	12	50	15

*Source : Mission. Le calcul inclut les aides-soignants et faisant fonction * l'hypothèse retenue ici est que les aides-soignants disposent de 3 heures, entre 8h30 et 11h30, ce qui a été observé par la mission dans l'ensemble des EHPAD contrôlés, pour réaliser les toilettes des résidents dont ils ont la charge. Dans certains cas les toilettes sont réalisées jusqu'à midi, mais cela conduit à enchaîner ensuite directement avec la prise des repas.*

Dans une journée et pour chaque résident, l'aide-soignant doit, selon sa fiche métier du groupe⁴⁸ :

- ◆ écouter et assurer une communication contribuant au bien-être du résident ;
- ◆ participer à l'accompagnement du résident et de son entourage ;
- ◆ répondre rapidement aux demandes des résidents (appels malade notamment) ;
- ◆ mettre en place des animations ;
- ◆ aider le résident dans ses déplacements et sa bonne installation en veillant à la prévention des chutes, en préservant son autonomie et en stimulant sa mobilité ;
- ◆ dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au bien-être du résident :
 - toilette, bain, douche, capiluve, pédiluve, friction, etc. ;
 - assurer la prévention des escarres ;
 - effectuer les soins de bouche ;
 - entretenir et installer les prothèses dentaires et auditives et le matériel d'aide à l'autonomie ;
 - entretenir les téguments et les muqueuses ;
 - transmettre les apparitions de manifestations pathologiques à l'infirmier (escarres, éruption, prurit, plaies, etc.) ;
- ◆ dispenser des soins liés à l'alimentation :
 - participation à la distribution et aide à la prise des repas, à la lutte contre la dénutrition et la déshydratation ;
 - veiller au respect des régimes particuliers ;
 - respecter les quantités, le rythme, les spécificités des repas proposés aux résidents ;

⁴⁸ Fiche métier « Aide-soignante » communiquée par la directrice de l'EHPAD Saint-Jacques le 11 février 2022.

Annexe V

- observer et signaler les troubles liés à l'alimentation et à l'hydratation (anorexie, vomissements, troubles de la déglutition, fausse route, etc.) ;
- mettre en place les feuilles de surveillance adéquates ;
- peser les résidents et assurer le suivi de la fiche de surveillance alimentaire et hydrique ;
- ◆ dispenser des soins liés à l'élimination dans le respect de la dignité du résident :
 - assurer les changes et les toilettes périnéales ;
 - observer et assurer la traçabilité des selles et les urines et signaler toute anomalie ;
 - inciter à aller aux toilettes régulièrement ou proposer le bassin ;
 - participer aux soins visant à éviter une situation de constipation ;
- ◆ mesurer les constantes ;
- ◆ aider l'infirmière à la réalisation des soins dans le cadre des délégations mises en place par les IDE ;
- ◆ entretenir le matériel et l'environnement du résident ;
- ◆ recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit, pour maintenir la continuité des soins ;
- ◆ accueillir et participer à l'intégration des nouveaux collaborateurs, et former et accompagner les stagiaires.

Il convient de souligner que certaines de ces tâches sont réalisées avec d'autres personnels que les seuls aides-soignants :

- ◆ les auxiliaires de vie prennent part à la distribution et à l'administration des repas (notamment pour les résidents les plus autonomes) et assistent les aides-soignantes dans les réalisations des changes et des toilettes ;
- ◆ les infirmières réalisent l'ensemble des tâches de soins.

Pour autant, les tâches de change, toilettes et stimulation/ aide totale à la prise de repas reviennent principalement aux aides-soignants.

En fonction du ratio de résidents par aide-soignant au sein des établissements contrôlés, les aides-soignants disposent dans la journée, à raison de dix heures de travail par jour, d'1h20 par résident dans l'EHPAD où le ratio est le plus favorable [...] et jusqu'à 50 minutes pour l'établissement présentant le ratio le plus dégradé (cf. tableau 28). Ce temps disponible apparaît difficilement compatible avec la liste de tâches à accomplir précisée dans la fiche métier du groupe, même si la prise en charge et l'accompagnement des résidents reposent sur une équipe pluridisciplinaire qui ne se réduit pas aux seuls aides-soignants. Dans les établissements contrôlés, seuls les aides-soignants de l'EHPAD [...] ont indiqué disposer d'un peu de temps pour discuter avec les résidents en dehors des tâches à accomplir. Pour les EHPAD pour lesquels les aides-soignants disposent d'environ 1h de temps disponible par jour et par résident, c'est le strict minimum pour réaliser le lever, l'accompagnement dans l'ensemble des repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner), la toilette, les changes (pour les personnes les plus dépendantes, cela peut représenter trois, voire quatre changes complets dans la journée). Au sein des EHPAD [...] et surtout [...], les aides-soignants ont fait valoir leur difficulté à réaliser l'ensemble des tâches fondamentales qui leur incombent. Au sein de l'établissement [...], [...] ont reconnu ne pas pouvoir prendre le temps d'accompagner certains résidents dont les repas sont servis en chambre et qui ne parviennent pas à manger le contenu de leur plateau seul. Si cette situation se retrouve dans d'autres EHPAD en dehors du groupe, ce dernier dispose de marges de manœuvre financières plus importantes qui devraient lui permettre de renforcer au moins partiellement ses équipes afin d'assurer un meilleur niveau de prise en charge.

Le cas des toilettes est également particulièrement représentatif. Dans les EHPAD, les toilettes sont réalisées le matin, après le petit-déjeuner. Les aides-soignants disposent dans l'ensemble des établissements d'environ trois heures, entre 8h30 et 11h30 pour réaliser les toilettes (cela peut parfois s'étendre jusqu'à midi mais vient ensuite rapidement la nécessité de conduire les résidents dans la salle commune pour le déjeuner). **En fonction des ratios d'aides-soignants dédiés aux unités classiques, le temps disponible par résident pour faire la toilette varie ainsi de 24 minutes dans l'établissement où le ratio est le plus favorable, à 15 minutes pour celui qui présente le ratio le plus dégradé.** Il convient d'indiquer que le moment de toilette inclut le lever, la toilette à proprement parler (visage, parties intimes et corps), l'habillage et la réfection du lit. De surcroît, ce temps disponible n'inclut pas le temps de rotation requis pour passer d'un résident à une autre (changement de matériel, déplacement, *etc.*) qui peut prendre jusqu'à 5 minutes. Ce constat corrobore les observations réalisées par la Cour des Comptes⁴⁹, qui dans son échantillon a relevé des temps de toilette qualifiés de faibles dans certains établissements contrôlés, compris entre 17 et 23 minutes. La Cour souligne ainsi que « *des temps trop restreints pour la toilette, à ajuster en fonction du degré de dépendance des personnes, peuvent être générateurs de maltraitance.*».

De surcroît, ces ratios de prise en charge sont ceux qui s'appliquent lorsque l'établissement dispose de l'ensemble de son personnel. Or, les établissements sont confrontés à un absentéisme important, en particulier au sein du groupe Orpea, qui conduit à dégrader ces conditions de prise en charge de manière importante. Ainsi, si un aide-soignant est absent et que l'établissement ne trouve pas de remplaçant, le temps disponible est divisé par deux :

- ◆ dans l'établissement contrôlé le mieux doté [...], l'aide-soignant ne dispose plus que de 40 minutes par résident dont 12 pour la toilette ;
- ◆ dans l'établissement contrôlé le moins bien doté en personnel [...], l'aide-soignant ne dispose plus que de 25 minutes dans la journée par résident et de 7 minutes pour la toilette.

Lors des contrôles effectués par la mission, plusieurs situations de manque de personnel ont été observées :

- ◆ au sein de l'établissement [...], le jour du contrôle (le 25 février 2022) un effectif d'aide-soignante au sein de l'unité protégée était manquant et n'avait pas pu être remplacé ; la veille, trois effectifs d'aides-soignantes étaient manquants et n'avaient pas pu être remplacés conduisant à une absence totale d'aide-soignant au sein de l'unité Grands dépendants de l'établissement. Les équipes présentes ce jour-là ont confirmé avoir dû faire des toilettes restreintes au visage et aux parties intimes des résidents dans les unités classiques, par manque de temps ;
- ◆ au sein de l'établissement [...] un effectif d'aide-soignant était manquant au jour du contrôle ;
- ◆ au sein de l'établissement [...], un effectif d'aide-soignant relevant de l'unité de soins adaptés était manquant le jour du contrôle.

⁴⁹ La prise en charge médicale dans les EHPAD, Cour des comptes, février 2022.

ANNEXE VI

Les contrôles externes et internes

SOMMAIRE

1. LES PROCÉDURES INTERNES DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION SONT NOMBREUSES ET VALORISÉES PAR LA COMMUNICATION D'ORPEA.....	1
1.1. Orpea s'est dotée d'un nombre considérable de normes d'application volontaire	1
1.1.1. <i>Les référentiels applicables sont nombreux et s'ajoutent aux normes de droit ou de bonnes pratiques.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Le choix récent de se doter d'une procédure de responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE).....</i>	<i>3</i>
1.2. Parallèlement, Orpea dispose de mécanismes de contrôle nombreux et structurés, mais cloisonnés et peu hiérarchisés	4
1.2.1. <i>Les mécanismes d'évaluation interne sont nombreux et très structurés.....</i>	<i>4</i>
1.2.2. <i>Les mécanismes d'évaluation et de contrôle internes apparaissent relativement cloisonnés.....</i>	<i>7</i>
1.3. La communication du groupe survalorise parfois les référentiels liés aux normes d'application volontaire, qui apparaissent au final peu contrôlés.....	7
1.3.1. <i>Des outils valorisés par la communication du groupe.....</i>	<i>7</i>
1.3.2. <i>Des outils partiellement contrôlés et parfois présentés sous un angle très favorable.....</i>	<i>8</i>
2. LES PROCÉDURES DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION EXTERNES MONTRENT QUE LES DYSFONCTIONNEMENTS D'ORPEA SONT LARGEMENT IDENTIFIÉS ET QUE CEUX-CI SE RETROUVENT EN GRANDE PARTIE À L'ÉCHELLE DU SECTEUR DES EHPAD	10
2.1. Les contrôles menés par les autorités de contrôle, même s'ils donnent par construction une vision dispersée du réseau d'Orpea permettent d'identifier des récurrences et de les mettre en perspective par rapport au reste du secteur	10
2.1.1. <i>Les moyens de contrôle des ARS sur la délivrance des services par les EHPAD sont multiples mais pâtissent d'une difficulté à obtenir des informations de qualité.....</i>	<i>10</i>
2.1.2. <i>Les inspections diligentées par les ARS identifient des dysfonctionnements récurrents des EHPAD du réseau Orpea mais suggèrent que celui-ci n'est dans l'ensemble pas atypique au sein du secteur.....</i>	<i>15</i>
2.1.3. <i>La campagne d'inspections en cours pilotée par les ARS confirme les dysfonctionnements déjà identifiés même si des actions correctives ont parfois été mises en place</i>	<i>19</i>

2.2. Le dispositif d'évaluations externes, en cours de mutation, donne d'Orpea une vision cohérente avec les retours des inspections menées par les ARS.....	20
3. LE DISPOSITIF DE SUIVI DE LA QUALITÉ A VOCATION À RETRACER L'ENSEMBLE DES ACTIONS CORRECTIVES QUELLE QU'EN SOIT L'ORIGINE, MAIS NE PERMET PAS D'IDENTIFIER LES ENJEUX LES PLUS IMPORTANTS.....	23
3.1. L'outil PAQ a vocation à centraliser l'ensemble des actions correctives, mais n'est pas complété de manière fiable.....	23
3.2. L'outil PAQ n'autorise qu'un suivi quantitatif et peu différencié en fonction de l'importance ou de l'urgence des actions à entreprendre.....	24
3.3. Les suites données aux contrôles des ARS sont inégales et révèlent fréquemment une persistance des écarts rencontrés précédemment.....	25
3.3.1. <i>Les vérifications opérées par la mission révèlent des situations contrastées.....</i>	<i>25</i>
3.3.2. <i>Les constats réalisés par les ARS mettent en évidence, au-delà de corrections de court terme, une récurrence et une persistance des manquements identifiés lors des inspections antérieures à 2022.....</i>	<i>26</i>

Annexe VI

La présente partie du rapport est consacrée aux contrôles et évaluations internes et externes sur les conditions de prise en charge des résidents des EHPAD de la société Orpea.

Il s'agit tant des évaluations réglementaires (internes et externes) que des inspections diligentées par les autorités de tarification et de contrôle (ATC), et plus spécifiquement les agences régionales de santé (ARS), que des dispositifs de contrôle et d'audit internes de l'entreprise et des divers dispositifs dont elle s'est volontairement dotée pour assurer le suivi de la qualité de la prise en charge.

Si les modalités d'appui apportées par le groupe aux établissements apparaissent très structurées, elles présentent l'inconvénient d'un formalisme important. Les procédures, valorisées dans la communication publique et dans la gouvernance, n'offrent pas toujours les garanties de fiabilité et d'exhaustivité suffisantes.

Les contrôles et évaluations externes ne révèlent pas d'atypie quantitative majeure par rapport au reste du secteur. En revanche, d'un point de vue qualitatif, les faiblesses relevées par ailleurs, notamment en ce qui concerne les événements indésirables graves (EIG), sont confirmées.

Enfin, les suites données aux contrôles sont centralisées dans un outil, « plan d'actions qualité » PAQ, qui doit en théorie permettre de structurer l'ensemble des actions correctives, mais dont la complétude peut être mise en doute, et qui ne permet pas une hiérarchisation utile du point de vue du pilotage par les équipes et du point de vue des impacts pour les résidents.

1. Les procédures internes de contrôle et d'évaluation sont nombreuses et valorisées par la communication d'Orpea

1.1. Orpea s'est dotée d'un nombre considérable de normes d'application volontaire

1.1.1. Les référentiels applicables sont nombreux et s'ajoutent aux normes de droit ou de bonnes pratiques

Les référentiels applicables par Orpea apparaissent très nombreux. Ils s'ajoutent aux normes de droit positif et aux recommandations de bonnes pratiques un certain nombre d'outils mis en exergue par la direction de l'entreprise. Les documents suivants, relevant de statuts divers, ont été communiqués à la mission par la direction du groupe Orpea :

- ◆ certains ont vocation à régir les actions des collaborateurs de l'entreprise :
 - le règlement intérieur, établi en avril 2018 ;
 - la charte de confiance du salarié (novembre 2019) : il s'agit d'une annexe au livret d'accueil du salarié, valorisant la transparence (deux intitulés y figurent : « *toute erreur ou dysfonctionnement constitue une opportunité de progrès individuel et collectif* » et « *déclarer un incident, c'est protéger les autres et se protéger soi* ») ;
 - la charte d'identitovigilance (document de travail interne de novembre 2019) : il s'agit de principes devant être appliqués par les professionnels pour vérifier l'identité des résidents ;
 - la charte d'utilisation informatique (non datée), fixant à l'attention des collaborateurs les règles d'usage des outils numériques de l'entreprise ;

Annexe VI

- le code de conduite du groupe Orpea (2018)¹ : il s'agit d'un document d'une trentaine de pages, précisant les « *principales valeurs* » du groupe (professionnalisme, loyauté, bienveillance, humilité) et détaillant les principes d'éthique applicables vis-à-vis de toutes les parties prenantes, des résidents et de leurs familles, des partenaires, des financeurs et de la société civile. Il associe l'énonciation de principes généraux d'action (« *nous devons* » et « *nous ne devons pas* ») et des exemples concrets. Le contenu est très orienté par la nécessité de lutter contre la corruption et de respecter des obligations de discrétion et de secret professionnel. Il prévoit un dispositif d'alerte individuelle sous la forme d'une adresse mail, tout en présentant le recours hiérarchique comme la première voie de transmission des informations et en insistant sur les sanctions encourues en cas d'utilisation de l'alerte « *du fait d'une animosité personnelle envers une personne ou dans le but de nuire spécifiquement aux intérêts de l'entreprise ou d'une entité* ». Le code de conduite précise enfin que l'irrespect de ses principes pourra faire l'objet de sanctions ;
- le projet de code de conduite « *Éthique et responsabilité sociétale de l'entreprise* », dont la vocation est de remplacer le précédent dans le courant de l'année 2022. Il est prévu que ce document soit remis à tous les nouveaux collaborateurs du groupe et mis en ligne sur son site institutionnel. Le document s'inscrit résolument dans l'optique d'une adhésion à différents dispositifs internationaux (ONU², OCDE³, OIT⁴, OMS⁵) visant au respect des droits humains et environnementaux, ainsi qu'à la lutte contre la corruption. Le document reprend largement les contenus du précédent code de conduite du groupe Orpea de 2018, et renforce encore les principes et illustrations se rapportant aux obligations de confidentialité s'imposant aux collaborateurs du groupe, y compris dans le cadre de leur vie privée (principe 15 « *Protéger l'image et la réputation du Groupe* »⁶ et principe 16 « *Assurer / garantir la confidentialité des informations* ») ;
- ◆ d'autres documents sont centrés sur la prise en charge des personnes âgées ou des patients :
 - le document intitulé « *les engagements d'Orpea - charte qualité familles / résidents* », également dénommé « *charte qualité* » pour les établissements français, est issu d'une consultation menée auprès des familles et résidents en 1999 et ayant suscité plus de 2 000 réponses : plusieurs principes d'action y sont posés, à l'intérieur de différentes rubriques : l'accueil, l'établissement, le personnel et les soins, l'information, les repas, la chambre, l'accessibilité, les activités ;
 - les établissements disposent en outre d'une charte des engagements de l'équipe, adoptée sur la base d'un travail participatif des salariés lors des démarches d'évaluation interne, afin de partager leurs valeurs. Ce document n'était pas affiché dans les établissements contrôlés par la mission, mais généralement joint au livret d'accueil des résidents.

Ces deux dernières normes d'application volontaire s'ajoutent aux **procédures qualité**, qui occupent une place considérable dans le fonctionnement de l'entreprise.

¹ En application de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.

² Organisation des nations unies.

³ Organisation de la coopération et de développement économique.

⁴ Organisation internationale du travail.

⁵ Organisation mondiale de la santé.

⁶ Ainsi : « *Nous devons : (...) toujours agir en se demandant quelles seraient les conséquences si nos actes venaient à être connus ; toujours questionner la pertinence et l'impact de nos publications [personnelles et professionnelles] sur l'image et la réputation du Groupe [internet et réseaux sociaux] ; avoir conscience que sur internet, rien n'est « secret », « temporaire » ou « privé » ; alerter la direction de la communication pour toute demande / question de journaliste sur nos comptes personnels* ».

1.1.2. Le choix récent de se doter d'une procédure de responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE)

Orpea a engagé une stratégie de responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE) en 2019. L'entreprise a signé en 2020 le Pacte mondial des Nations unies en adhérant au Global Compact. Les projets de RSE sont évoqués en comité exécutif au niveau du groupe, et ont donné lieu à la création au sein du conseil d'administration d'un comité RSE et innovation, chargé notamment d'examiner les principaux documents se rapportant à la prise en charge des résidents et des patients, à savoir les bilans qualité et les déclarations de performance extra-financière (DPEF).

Les objectifs de RSE pour 2023 ont été fixés dans un cadre de correspondance avec la nouvelle cartographie des risques mise en place en 2019. Sur les seize objectifs de RSE, plusieurs se rapportent aux relations avec les collaborateurs et à la prise en charge des personnes :

- ◆ refonte en 2021 et déploiement d'ici 2023 d'une charte éthique et RSE auprès de l'ensemble des collaborateurs ;
- ◆ 100 % des établissements mettent en place un référent éthique / bienveillance ;
- ◆ 100 % des établissements certifiés par un organisme externe selon les standards internationaux (type ISO) ;
- ◆ mise en place d'un dispositif de dialogue renforcé avec les familles dans chaque zone géographique ;
- ◆ déploiement à l'échelle du groupe de trois programmes innovants au service du bien-être des résidents et patients ;
- ◆ 50 % des managers (directeurs régionaux, directeurs d'établissements et infirmiers chefs) issus de la promotion interne ;
- ◆ 10 % des salariés obtenant une certification et/ou un diplôme reconnu ;
- ◆ 50 % de femmes au sein du top management ;
- ◆ 15 % de baisse du taux de fréquence des accidents du travail ;
- ◆ maintien ou amélioration du niveau de satisfaction des collaborateurs mesuré à partir des enquêtes d'engagement déployées dès 2021 auprès des salariés.

Le groupe indique répondre régulièrement aux questionnaires des agences de notation extra-financière, et met en avant son classement favorable à ce titre dans les indices Gaia, ISS-Okedom, MSCI et Sustainalytics⁷.

⁷ Document d'enregistrement universel, p. 153.

1.2. Parallèlement, Orpea dispose de mécanismes de contrôle nombreux et structurés, mais cloisonnés et peu hiérarchisés

1.2.1. Les mécanismes d'évaluation interne sont nombreux et très structurés

1.2.1.1. Les évaluations internes réglementaires couvrent l'ensemble des EHPAD mais sont de qualité inégale

Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont l'obligation de réaliser une évaluation interne tous les cinq ans. La situation exceptionnelle liée à l'épidémie de Covid-19 a amené le Gouvernement⁸ à autoriser le report de l'obligation de transmission des évaluations internes des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui devaient la produire entre le 12 mars 2020 et le 31 décembre 2020 au 31 octobre 2021, neutralisant de fait l'essentiel des années 2020 et 2021. Par ailleurs, un nouveau cadre d'évaluation est en préparation sous l'égide de la Haute autorité de santé ; qui devrait faire l'objet d'une publication au cours de l'année 2022.

Les EHPAD Orpea sont couverts par des évaluations internes établies en 2016 ou postérieurement (90 %). Parmi ceux-ci, plus de 80 % ont produit des évaluations internes réalisées en 2020 ou 2021.

La mission a examiné un échantillon de quinze évaluations internes effectuées pour les EHPAD Orpea entre 2013 et 2021. Sur la base de cet échantillon, il apparaît que :

- ◆ les évaluations de première génération (2013-2016) sont des documents construits selon des principes partagés sans être pour autant stéréotypés. Jusqu'en 2016, ils sont très complets en ce qui concerne les soins : ils explorent en détail l'accès aux droits individuels, les conditions de prise en charge de la douleur, de la prévention des chutes, la capacité de déplacement, les projets personnalisés, l'accompagnement, le rôle des proches etc. Sur le plan de la méthode, ces documents relèvent une difficulté récurrente à associer les familles et les professionnels de santé partenaires des établissements ;
- ◆ les évaluations internes de seconde génération (2021) sont en revanche des documents stéréotypés n'intégrant aucune analyse spécifique propre à la situation des établissements, la période de l'épidémie de Covid-19 ne permettant pas, d'après ces documents, de mener les évaluations dans leur format habituel. Les actions consistent en une simple reprise du plan d'actions qualité (PAQ), alimenté par l'enquête de satisfaction auprès des usagers et par les diverses sources internes de management de la qualité. Des annexes sont ajoutées : le rapport annuel d'activités médicales, le plan de formation et la charte des engagements de l'équipe, inchangée depuis l'évaluation interne précédente (2013 ou 2014). L'évaluation interne n'apporte pas de véritable plus-value par rapport aux documents existants par ailleurs, et apparaît comme un exercice formel et sans matérialité effective. Les professionnels de santé partenaires des EHPAD ne sont généralement pas associés, et la participation des usagers ne paraît pas toujours optimale, les évaluations se reposant en particulier sur la possibilité laissée aux répondants du baromètre de satisfaction résidents / familles de faire part de leurs remarques et d'exprimer le souhait d'être reçus.

⁸ Lettre interministérielle du 16 décembre 2020.

1.2.1.2. Les mécanismes de contrôle et d'audit internes relèvent de la direction de l'audit, des risques et de la conformité, qui a diligenté deux contrôles à partir de signalements

La direction de l'audit, des risques et de la conformité (DARCI) supervise le contrôle interne. Le groupe dispose d'un ensemble de règles se rattachant au contrôle interne, détaillées dans le document d'enregistrement universel (DEU) :

- ◆ le groupe applique des règles de procédure (*rules of procedures* – ROP) et des *Group standards* (standards groupes) par fonction (finances, opérations, médical, etc.) depuis 2020. De même, le référentiel de contrôle interne a été mis à jour en 2020 ;
- ◆ ces éléments sont complétés par des plans de gestion de crise et de continuité d'activité ;
- ◆ la société a refondu sa cartographie des risques en 2019 ;
- ◆ certains risques sont également abordés dans la déclaration de performance extra-financière.

Les mécanismes d'identification et de cotation des risques internes au groupe apprécient les risques comme suit :

- ◆ le risque lié au non-respect des droits et de la dignité des personnes fragilisées est évalué comme modéré ;
- ◆ le risque lié à la prise en charge médicale et à la qualité des soins est également évalué comme modéré ;
- ◆ le risque d'atteinte à l'image du groupe est quant à lui évalué comme significatif.

La description de la gestion de ces risques reprend pour l'essentiel les procédures qualité de la société. Or, ces procédures présentent des lacunes et des limites intrinsèques qui en diminuent l'efficacité (cf. *infra*).

Des missions d'audit interne sont réalisées sous l'égide de la DARCI, afin de veiller à la bonne application des règles de contrôle interne. Au cours des trois dernières années, 2 missions sur 26 ont concerné spécifiquement les EHPAD : [...], et l'autre en avril 2021 à la suite d'une série de plaintes par la famille d'une résidente.

Les rapports d'audit n'ont pas été transmis à la mission, et seules des restitutions sous la forme de diaporama ont été adressées, dont l'une très rudimentaire, la direction d'Orpea indiquant que ces affaires n'avaient fait l'objet que d'une « *synthèse des constats et non d'un rapport d'audit compte tenu du caractère d'urgence de la situation* » liée à la révélation des faits en 2020. Les documents relatifs au déroulement des faits, ainsi que les courriers à l'ARS et, pour la première affaire, au procureur de la République, ont été produits, et n'appellent pas de remarques. Le diaporama de présentation des conclusions du premier audit interne n'a été adressé à l'ARS que début mars 2022, dans le cadre des vérifications liées au présent contrôle.

1.2.1.3. Des audits du département de psychologie peuvent par ailleurs être commandités

La direction générale peut actionner des audits de la cellule d'interventions institutionnelles (CII) relevant du département de psychologie au siège du groupe. Il s'agit d'analyser, par un temps d'analyse fonctionnelle, la dynamique des établissements dont le collectif pose des difficultés relationnelles connectées à des risques psychosociaux. Ces audits sont prévus à l'avance et réalisés sur deux à trois jours. D'après le département de psychologie, six analyses fonctionnelles ont ainsi été conduites entre 2017 et 2021, dont cinq en EHPAD. La quasi-totalité était motivée par des demandes de l'inspection du travail, de la CARSAT ou de la médecine du travail.

Ces interventions dites de prévention secondaire s'ajoutent à un grand nombre d'interventions déployées au titre d'une prévention plus en « amont », en soutien des équipes de soins potentiellement affectées par un événement traumatique. On constate un pic de cette dernière activité en 2020 (125 intervention auprès des EHPAD).

1.2.1.4. La direction de la qualité met en œuvre des mécanismes de vérification continue de la qualité

Les établissements sont audités en interne tous les semestres, et suivis en permanence sur près de 400 points de contrôle. Les directeurs d'établissements réalisent une auto-évaluation semestrielle et un audit de contrôle doit être effectué par les directeurs régionaux selon la même périodicité.

Les directeurs d'établissement doivent en outre appliquer une *check list* selon une périodicité fixée en fonction du score de conformité atteint lors de la précédente évaluation. Ces éléments sont retenus dans le calcul des primes des directeurs d'exploitation.

Les staffs régionaux mensuels sont présidés par chaque directeur régional et associent le référent qualité, le médecin coordonnateur régional et l'IDEC régional. Ces réunions font l'objet de compte-rendu quasi systématiques⁹, établis selon une trame très détaillée et toujours identique : y sont recensés d'abord les établissements en suivi particulier, parce que l'indicateur de qualité perçue y est inférieur à 90 % ou parce que des événements conduisent à y porter une attention plus grande. Sont également supervisés de manière systématique le calendrier des visites d'établissements, les EIG, les projets d'établissement, les CPOM, les coupes PATHOS, les risques et les projets liés à la qualité.

La direction d'Orpea, interrogée par la mission, a indiqué n'avoir pas dépêché de contrôles inopinés au cours des années 2020 et 2021, du fait du contexte de crise sanitaire.

1.2.1.5. Les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles sont réalisées annuellement

Les enquêtes de satisfaction sont réalisées chaque année auprès des résidents des EHPAD et de leurs familles. Ces enquêtes sont destinées à la fois à mesurer la qualité perçue au niveau du groupe et de chaque pays, et pour assurer le suivi EHPAD par EHPAD.

Les indicateurs centraux de ces enquêtes sont l'indice de satisfaction et l'indice de recommandation, lui-même formé par deux notations :

- ◆ l'indice de satisfaction est calculé à partir des réponses à un questionnaire à choix multiples (question : « globalement, concernant la résidence, êtes-vous ? très satisfait / satisfait / peu satisfait / pas du tout satisfait) ;
- ◆ la recommandation est traduite en premier lieu par une note échelonnée de un à dix (question : « sur une échelle de un à dix, dans quelle mesure recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ? ») ;
- ◆ la recommandation fait aussi l'objet d'une question à choix multiples, qui succède immédiatement à la notation précitée (question : « concrètement, cette note signifie-t-elle que vous recommanderiez l'établissement à votre entourage ? Oui, certainement / oui, peut-être / non, pas du tout »).

Dans les restitutions transmises chaque année aux EHPAD, l'indice de satisfaction est clairement identifiable. Il repose sur le calcul d'une note moyenne¹⁰.

En ce qui concerne la recommandation, la première notation sur 10 ne fait pas l'objet d'une moyenne clairement visible dans les documents diffusés par Orpea. En revanche les résultats du questionnaire à choix multiples sont largement utilisés dans la communication, tant au niveau national que pour chaque EHPAD.

⁹ Seuls quelques exemplaires n'ont pu être communiqués à la mission pour 2021.

¹⁰ La réponse « très satisfait » correspond à un 10, « satisfait » à un 7, « peu satisfait » à un 3 et « pas du tout satisfait » à un 0.

La mission a examiné la correspondance entre les bulletins de réponse adressés au prestataire et les restitutions pour trois EHPAD, sur les années 2019 et 2020, sans relever d'incohérences majeures¹¹.

1.2.2. Les mécanismes d'évaluation et de contrôle internes apparaissent relativement cloisonnés

Le nombre des mécanismes de contrôle et d'évaluation évoqués au 1.2.1 est important, et témoigne d'une attention particulière de l'entreprise sur ces questions. Ils sont placés sous la responsabilité de directions distinctes, bien que placées sous l'autorité de la secrétaire générale dans l'organisation actuelle de la société (direction de la qualité, DARCI et département psychologie). Ils s'ajoutent aux dispositifs d'appui, relevant pour l'essentiel des directions des fonctions support.

Ces circuits sont distincts des questions de gestion budgétaire, et valorisés comme tels par l'entreprise, qui met en avant l'intérêt de conserver une séparation nette au profit de la qualité.

A contrario, ce cloisonnement peut être analysé comme un risque de disjonction entre les impératifs de qualité et les problématiques de gestion. Ainsi, des suivis financiers *net operating profit* (NOP) peuvent impliquer de basculer des auxiliaires de vie vers des postes d'aide-soignant « pour utiliser la dotation soins » ou encore « utiliser la capacité d'hébergement temporaire de dix lits »¹² sans considération pour les impératifs de qualité en jeu dans de telles opérations.

Les mécanismes de prime des directeurs d'EHPAD sont assis sur des critères de chiffre d'affaires, de masse salariale et de NOP. Le critère de qualité perçue n'est intégré au calcul que dans un second temps, et peut aboutir à une diminution de ces indemnités.

1.3. La communication du groupe survalorise parfois les référentiels liés aux normes d'application volontaire, qui apparaissent au final peu contrôlés

Certains référentiels et outils de contrôle font l'objet d'une communication très positive du groupe sans pour autant offrir de réelles garanties de fiabilité.

1.3.1. Des outils valorisés par la communication du groupe

Les bilans qualité sont présentés au conseil d'administration chaque année (au comité RSE et innovation du conseil d'administration en 2020). Ces documents mettent en valeur les résultats de l'enquête de satisfaction client, du décompte des réclamations et EIG, des évaluations internes et externes et des enquêtes auprès des collaborateurs du groupe. Jusqu'en 2020, ces documents débutaient par la mise en exergue des taux d'occupation des établissements. En 2020, un point est fait sur l'épidémie de Covid-19 et les vaccinations, ainsi que sur la démarche de RSE.

¹¹ La mission observe toutefois que pour l'EHPAD de Toulouse Crampel, en 2019, 7 bulletins sur 32 expriment un refus des résidents ou de leur famille de se positionner quant à leur satisfaction générale dans le cadre des choix proposés (« très satisfaisant », « satisfaisant », « peu satisfaisant » ou « pas du tout satisfaisant »). Ils correspondent dans 4 cas à un ressenti décrit comme « moyen », et positionné comme tel dans le questionnaire, en-dehors des choix proposés. Pour 3 autres bulletins, l'utilisateur n'a coché aucune case. Ces bulletins ne sont pas intégrés dans le décompte des suffrages exprimés et sont retirés des décomptes totaux. Or ils sont susceptibles d'infléchir les résultats globalement très flatteurs de cet indicateur.

¹² Exemples émanant du plan d'actions NOP d'un directeur d'EHPAD Orpea pour septembre 2019.

Les documents de référence, devenus documents d'enregistrement universel en 2019, reprennent largement ces éléments, en particulier dans le cadre de la déclaration de performance extra-financière.

1.3.2. Des outils partiellement contrôlés et parfois présentés sous un angle très favorable

La prise en charge des résidents est singulièrement absente des démarches de mesure des résultats mises en avant dans le cadre de la communication au conseil d'administration :

- ◆ la certification de la déclaration de performance extra-financière (DPEF) par l'un des commissaires aux comptes ([...]) n'implique que la vérification sur les « *informations qualitatives (actions et résultats) (...) les plus importantes* » : parmi ces dernières, presque aucune ne concerne la prise en charge des résidents et patients¹³ (satisfaction des clients, réclamations, événements indésirables, etc.). Or ce sont ces mêmes dimensions qui sont prises en compte pour les contrôles quantitatifs vérifiés par ailleurs ;
- ◆ **la démarche de RSE n'intègre pas les mécanismes d'alerte des résidents et de leurs familles, ni même les résultats du baromètre de satisfaction des clients.** En matière de prise en charge, les ambitions énoncées restent au stade des moyens (déploiement de référents éthique / bientraitance, certification, dialogue renforcé avec les familles, programmes innovants), dans un contexte où il existe pourtant bien des objectifs précisément calibrés en matière financière.

Les données relatives aux réclamations individuelles sont présentées sous un angle favorable dans la documentation publique du groupe et les documents transmis à sa gouvernance :

- ◆ **les réclamations relatées dans le bilan qualité présenté à la gouvernance sont les seules réclamations « hors établissement »** : ainsi, si l'on ajoute aux 333 réclamations « hors établissement » les 382 réclamations enregistrées dans les établissements en 2020, ce sont 715 réclamations qui devraient être recensées. En 2021, il conviendrait d'ajouter aux 223 réclamations « hors établissement » 438 réclamations enregistrées dans les établissements, soit un total de 661 réclamations (soit un taux de réclamation de 2,4 % et non de 0,8 %) ¹⁴ ;
- ◆ de même, le document unique d'enregistrement rapporte¹⁵ que chaque établissement du groupe a la possibilité de saisir l'*international scientific & ethic council* (ISEC - comité éthique et scientifique international) pour lui soumettre tout questionnaire lié à la prise en charge d'un résident ou d'un patient, et ayant notamment un lien avec la bientraitance. Si la société a transmis à la mission les deux rapports d'activité 2020 et 2021 de l'ISEC, aucun élément ne permet de retracer de saisines par des EHPAD¹⁶ ;

¹³ Document d'enregistrement universel 2020, p.162 : informations qualitatives sélectionnées : lutter contre le gaspillage alimentaire, optimiser la gestion des déchets, veiller à la santé, à la sécurité et au bien-être de ses collaborateurs, coopérer avec les acteurs du soin, développement des collaborateurs (*development center*), soutenir la réflexion éthique des équipes de terrain, Entretenir un dialogue transparent avec les résidents, les patients et les familles, satisfaire leurs attentes.

¹⁴ Source : tableau des réclamations BU EHPAD France.

¹⁵ Document d'enregistrement universel 2020, page 112 : « Plus globalement et afin de renforcer sa réflexion sur la dimension éthique des pratiques de soins et du respect de l'individualité de chaque être humain et de donner libre cours à toute interrogation légitime sur le sujet, chaque établissement du Groupe a la possibilité de saisir l'ISEC (comité Éthique et Scientifique International [...]) et de porter à sa réflexion tout questionnaire lié à la prise en charge d'un résident ou d'un patient, et ayant notamment un lien avec la bientraitance. »

¹⁶ La direction de la société a transmis à la mission des documents relatant l'existence de questionnements sur les questions éthiques, notamment dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, mais non des saisines par les établissements.

- ◆ **la plateforme de signalement prévue par le code de conduite du groupe Orpea n'a qu'une très faible réalité opérationnelle.** Le document d'enregistrement universel 2020 précise qu'entre juin 2018 et fin 2021, treize signalements seulement ont été adressés à la plateforme, dont cinq seulement ont été considérés comme fondés¹⁷. Aucun des dossiers ne concerne des problématiques de suivi des résidents. Pourtant, le document unique d'enregistrement indique : « *soucieux du respect des règles éthiques et de déontologie, le Groupe a ouvert un dispositif d'alerte interne aux collaborateurs et à ses partenaires externes afin de remonter toute suspicion de maltraitance ou plus largement tout manquement à ses principes.* »¹⁸ Les thématiques les plus fréquentes sont le « *non-respect des lois, des règlements ou de l'intérêt général* » (sans précision de l'objet), les situations de discrimination et de harcèlement et les conflits d'intérêt¹⁹ ;
- ◆ **les résultats de l'enquête de satisfaction sont largement mis en avant** par le document d'enregistrement universel 2020, à l'échelle du groupe, tant du point de vue du nombre de répondants (29 000 en 2020), que du taux de retour des questionnaires (56 %), du taux de satisfaction générale (92 %) et du taux de recommandation (95 %). **Or cette enquête bénéficie d'une présentation très favorable :**
 - [...] ²⁰, [...] ²¹ ;
 - les modalités de calcul du taux de recommandation s'avèrent avantageuses pour le groupe, puisque les recommandations décomptées regroupent les réponses « *oui, tout à fait* » et « *oui, peut-être* » à la question « *concrètement, cette note signifie-t-elle que vous recommanderiez l'établissement à votre entourage* »²². Or, dans l'échantillon vérifié par la mission, les verbatims associés à la réponse « *oui, peut-être* » sont parfois très loin de l'idée d'une recommandation véritable²³.

L'expérience client fait l'objet d'une attention soutenue de la part de la société, qui réunit régulièrement des comités expérience client, associant des responsables du siège. Les supports des cinq réunions de cette instance tenues en 2021 mettent en évidence la recherche d'une optimisation de l'image publique d'Orpea, [...], notamment en incitant les familles à faire valoir publiquement leur satisfaction²⁴.

¹⁷ Document d'enregistrement universel 2020, p.110 : « *la faible remontée des cas au travers du site de signalement s'explique en partie par la coexistence d'autres canaux de remontée des préoccupations des collaborateurs. Ces derniers s'adressent encore très souvent à leur supérieur hiérarchique, aux ressources humaines ou bien encore à la Compliance corporate, afin d'échanger plus librement en direct et favoriser la convivialité dans les interactions.* »

¹⁸ Document d'enregistrement universel 2020, p.84.

¹⁹ De fait, la procédure de recueil des signalements communiquée par la société ne correspond pas au dispositif précité, puisqu'elle limite les cas de saisine aux questions financières, aux faits de harcèlement et de discriminations, aux crimes et délits et à la catégorie très imprécise des violations graves de textes de droit international ou interne, ou aux menaces et préjudices graves pour l'intérêt général. La question de la prise en charge des patients et des résidents n'est d'ailleurs pas clairement identifiée comme un objectif assigné au dispositif dans la documentation à l'attention des salariés du groupe. Les dossiers de signalement ont été demandés à la direction de la société, qui n'a pas été en mesure de les produire, tout en donnant des précisions sur les deux cas de signalement qui ont concerné la France, en 2018 et 2019.

²⁰ [...]

²¹ [...]

²² Ainsi, sur les deux EHPAD examinés par la mission : pour le premier EHPAD, en 2020, la moyenne des notes obtenues sur 10 est de 6,8, mais le taux de recommandation retenu pour être compilé dans communication du document d'enregistrement unique est de 83,3 % ; pour le second EHPAD, en 2020, la note moyenne est de 8,2, mais le taux de recommandation, additionnant les 66,7 % de « *oui, tout à fait* » et les 30,3 % de « *oui, peut-être* » atteint 97 % au total.

²³ En ce qui concerne l'EHPAD d'Alençon, en 2019, on trouve associés à la réponse « *oui, peut-être* » les commentaires suivants : « *établissement moyen vu le prix que je paye* » ; « *je ne souhaite pas recommander en raison du tarif onéreux* » ou « *trop chère* ».

²⁴ D'autres leviers sont analysés au cours de ces réunions : la mise en place de la plateforme « *Orpea family* », qui permet de maintenir le contact entre les résidents et leur entourage, l'enquête de satisfaction, les réclamations, les prospects de clientèle.

2. Les procédures de contrôle et d'évaluation externes montrent que les dysfonctionnements d'Orpea sont largement identifiés et que ceux-ci se retrouvent en grande partie à l'échelle du secteur des EHPAD

L'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles confie le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil mentionnés à l'article L. 312-1 du même code à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation (préfet, agence régionale de santé ou conseil départemental), ainsi qu'à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). L'objet de ce contrôle est de vérifier l'application de l'ensemble des dispositions du code relatives à ces établissements, services et lieux d'accueil portant sur leurs missions, leur organisation, leurs conditions de fonctionnement et leurs modalités de financement.

Ce sont les acteurs de terrain, au premier chef les ARS, mais également les conseils départementaux ou les DDETS qui ont vocation à intervenir au quotidien auprès des EHPAD pour piloter et évaluer certains points de leur activité, et le cas échéant prendre les mesures nécessaires au rétablissement de certains dysfonctionnements ou risques. **L'IGAS, de même que l'inspection générale des finances (IGF) et la Cour des comptes, peuvent également opérer des investigations sur place et sur pièces dans les EHPAD au titre de leurs champs de compétences respectifs, et intervenir à l'échelle des entreprises ou des groupes d'entreprises gestionnaires de réseau d'EHPAD.**

L'évaluation externe prévue par la loi, à laquelle chaque EHPAD doit se soumettre régulièrement, articulée avec les évaluations internes, est également une occasion d'évaluer le fonctionnement et l'action des EHPAD.

Si ces dispositifs présentent des limites tenant aux moyens dévolus et à leurs contraintes méthodologiques, ils assurent une réelle couverture du réseau et sont une source d'information, certes dispersée dans de multiples documents, mais exploitable et pertinente.

La mission a analysé 42 rapports ou synthèses d'inspection établis sur des EHPAD Orpea entre 2018 et 2021, les synthèses des ARS sur la campagne d'inspections lancée en février 2022 en parallèle de la présente mission, un échantillon de 15 CPOM d'EHPAD d'Orpea et d'autres réseaux d'EHPAD, l'ensemble des décisions touchant les EHPAD figurant dans les rapports d'inspection établis entre 2018 et 2021, ainsi que 46 évaluations externes menées sur les EHPAD depuis 2018, et en particulier celles touchant Orpea.

2.1. Les contrôles menés par les autorités de contrôle, même s'ils donnent par construction une vision dispersée du réseau d'Orpea permettent d'identifier des récurrences et de les mettre en perspective par rapport au reste du secteur

2.1.1. Les moyens de contrôle des ARS sur la délivrance des services par les EHPAD sont multiples mais pâtissent d'une difficulté à obtenir des informations de qualité

2.1.1.1. Les relations de routine entre les ARS et Orpea sont nourries, mais non sans asymétrie d'information

Le dialogue de gestion comprend divers processus et temps forts permettant d'avoir une vision sur l'organisation, le fonctionnement et la performance des EHPAD, et d'intervenir sur ceux-ci :

- ♦ la négociation et le suivi des CPOM signés entre l'ARS, le conseil départemental et chaque EHPAD, qui remplace progressivement le dispositif antérieur reposant sur des conventions tripartites (CTP) (cf. *supra*). Ces travaux donnent lieu à des diagnostics – notamment l'exploitation des rapports et évaluations préexistants – et à des échanges parfois

Annexe VI

approfondis avec les équipes gestionnaires des établissements. Fin février 2022, 51 % des EHPAD Orpea sont en CPOM²⁵ ;

- ◆ le suivi des CPOM, dans le cadre des bilans d'étape prévus au contrat, généralement à la troisième et à la cinquième année d'exécution, et le cas échéant de la transmission des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) ;
- ◆ la gestion des autorisations, qui, même si une partie non négligeable (de l'ordre de la moitié en Ile-de-France par exemple) est renouvelée tacitement, donne lieu régulièrement à un examen de la situation de l'établissement, notamment au regard de son évaluation externe.
- ◆ le traitement par l'ARS de chacun des événements indésirables signalés, qui doit donner lieu à une analyse d'ensemble permettant de mettre à jour d'éventuelles récurrences suggérant des carences ou des dysfonctionnements ;
- ◆ le traitement des réclamations, instruites par les services de l'ARS²⁶, et des autres signalements, dont ceux émanant des tiers ;
- ◆ le suivi des missions d'investigations, certaines ARS ayant mis en place des commissions des suites chargées de vérifier, au terme d'une période généralement d'un an, les dispositions prises par les établissements visités pour mettre en œuvre les préconisations et injonctions.

De manière analogue au suivi budgétaire, les ARS disposent de prérogatives larges mais qui ne sont pas sans limites²⁷. En effet, même si leurs compétences juridiques et bases légales de contrôles sont larges s'agissant du domaine de la qualité des soins et de la sécurité des personnes, elles s'arrêtent au niveau de l'établissement et permettent mal d'appréhender des groupes de réseaux d'EHPAD (cf. *supra*).

Ces activités de routine, qui devraient permettre d'avoir une vision régulière des EHPAD, ne sont pas assorties d'indicateurs d'impact sur qualité des soins, et d'outils de pilotage qui pourraient fournir un *scoring* régulier, et qui permettraient ainsi de s'assurer en continu de la performance et du fonctionnement de chaque EHPAD et donc de repérer les éventuelles zones de risques pour y concentrer les interventions sur place.

Dans cette relation au quotidien, le réseau d'Orpea peut se caractériser par une posture défensive, qui peut amener à une forte asymétrie d'information. C'est le cas en particulier :

- ◆ des échanges relatifs aux données financières (cf. *supra*) ;
- ◆ 2018 du traitement des événements indésirables dont la transmission à l'ARS par Orpea fait l'objet de multiples critiques dans les rapports d'inspection. Pour l'essentiel, les processus internes de validation des signalements d'événements indésirables, qui remontent au niveau régional voire national, engendrent parfois des phénomènes d'autocensure, et souvent des délais excessifs au regard des enjeux pour le bien-être et la sécurité des résidents (cf. *supra*).

²⁵ Soit 112 EHPAD en CPOM et 108 EHPAD encore en convention tripartite selon les données du groupe.

²⁶ Ainsi, l'EHPAD Orpea « Les Bords de Seine » avait fait l'objet de neuf réclamations entre 2016 et 2018, dont trois portant sur des sujets de maltraitance, manque de surveillance, de qualité et de propreté, le reste étant consacré à la prescription médicamenteuse et aux moyens en personnel et en changes. Ce nombre de réclamations plus important que la moyenne, inférieure à 2,5 par EHPAD sur une période comparable, dans le contexte d'une certaine exposition médiatique, avait justifié une inspection du conseil départemental en 2018.

²⁷ L'article L 313-13 de code de l'action sociale et des familles confie le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil mentionnés à l'article L. 312-1 du même code à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation (Préfet, Agence régionale de santé ou Conseil départemental), ainsi qu'à l'inspection générale des affaires sociales. L'objet de ce contrôle est de vérifier l'application de l'ensemble des dispositions du code relatives à ces établissements, services et lieux d'accueil portant sur leurs missions, leur organisation, leurs conditions de fonctionnement et leurs modalités de financement.

2.1.1.2. Les autres contrôles apportent des éclairages complémentaires sur les questions de prise en charge des résidents

- ◆ **Les conseils départementaux ont une relation de proximité particulière avec les EHPAD mais une capacité de contrôle limitée sur eux**

Ils interviennent par exemple dans la mesure des GIR, et octroient l'aide sociale à l'hébergement, ce qui leur donne l'occasion de tisser un lien particulier avec les établissements, leurs résidents et les soins et services mis à leur disposition. Ils sont par conséquent potentiellement un acteur pertinent du système de contrôle, mais, de l'avis des ARS sollicitées par la mission, leurs moyens de contrôle sont, sauf exception, très limités et leur investissement dans ce dernier souvent ponctuel, et imbriqué dans les relations de routine, les mêmes agents pratiquant parfois les visites à fins de vérification et gérant les relations générales avec les établissements. Les retours aux ARS des interventions non conjointes sont trop parcellaires pour pouvoir faire l'objet d'une analyse agrégée.

- ◆ **Les services des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) dans le cadre de la politique de la DGCCRF, sous l'animation régionale des DREETS, ont fait du secteur des EHPAD un axe de travail prioritaire**

Dans la période récente, la DGCCRF a diligenté plusieurs programmes de contrôle sur les EHPAD. En particulier, l'orientation n°5 du programme national d'enquêtes (PNE) 2021 « *Renforcer l'action dans les secteurs à fort enjeu économique au bénéfice des entreprises responsables et des consommateurs, particulièrement les plus vulnérables* » porte sur les règles de consommation qui s'imposent aux établissements hébergeant des personnes âgées, notamment les dispositions relatives aux droits économiques des usagers de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation et celles de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Elle a porté prioritairement sur les EHPAD du secteur commercial, avec pour points de contrôles prioritaires la variabilité du tarif²⁸, la diversité des prestations facultatives supplémentaires, et la réalité des prestations d'hébergement au regard de la grande diversité des taux d'encadrement.

En 2019, sur les 548 visites réalisées auprès d'acteurs du secteur des EHPAD privés commerciaux, 342 visites ont permis d'identifier au moins une anomalie (relevant directement de la structure d'hébergement ou d'un prestataire externe), soit un taux d'anomalie élevé (62,4 %). Ces constats ont donné lieu à 355 intentions de suites. Il ressort que le taux d'anomalie est plus élevé que celui de l'enquête de 2016 (concernant uniquement des structures d'hébergement), qui était de 54,6 %.

Les pratiques présumées majoritairement identifiées en 2019 étaient les suivantes :

- ◆ informations précontractuelles et informations sur les prix lacunaires ;
- ◆ pratiques commerciales trompeuses (prestations d'hébergement et allégations non traduites dans la réalité ou portant à confusion dans les supports de communication / facturations abusives concernant les prestations d'hébergement relatives au blanchissage du linge plat et du linge personnel) ;
- ◆ contrats de séjour non-conformes (présences de clauses non-conformes et de clauses abusives) et défauts de mise à jour tarifaire et d'avenants.

Selon les services de la DGCCRF, l'analyse des anomalies montre que le réseau Orpea ne présente pas d'atypie par rapport au reste du secteur commercial.

²⁸ Comme l'a mis en évidence un récent rapport parlementaire, les tarifs mensuels des EHPAD varient du simple au double entre le premier (1 653 €) et le dernier décile (2 798 €) (Rapport d'information sur les EHPAD, Commission des Affaires Sociales : mission sur les EHPAD présentée par Monique IBORRA et Caroline PIAT, N°769, 2018).

Annexe VI

◆ L'inspection du travail intervient régulièrement dans les EHPAD

L'inspection du travail intervient dans l'appui au dialogue social et le contrôle du respect des dispositifs du code du travail (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Interventions de l'inspection du travail en EHPAD depuis 2018

Type d'intervention	2018	2019	2020	2021	2022	Total général
Contrôle	411	303	327	349	25	1 415
Enquête	616	674	655	541	62	2 548
Examen de document	622	668	741	607	62	2 700
Réunion en entreprise	248	228	121	107	8	712
Total	1 897	1 873	1 844	1 604	157	7 375

Source : Wiki'T (export du 07/02/2022) / Note : Interventions dans les établissements dont le code NAF = 8710A.

Depuis 2018, l'inspection est intervenue plus de 7 300 fois sur des EHPAD, selon différentes modalités d'action :

- ◆ visites de contrôle, parfois sur sollicitation des salariés ;
- ◆ enquêtes (accidents du travail, licenciements de salariés protégés...) ;
- ◆ examens de documents (accords collectifs, règlements intérieurs...) ;
- ◆ participation à des réunions d'instances représentatives du personnel.

Les thématiques récurrentes lors des contrôles sont :

- ◆ la précarité et le recours abusif aux contrats de travail temporaires ou à durée déterminée.
- ◆ le harcèlement moral, la charge de travail et les risques psychosociaux (RPS).
- ◆ la durée du travail et la prise de congés.
- ◆ santé au travail : document évaluation des risques, aide à la manutention et prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) et risques biologiques
- ◆ se fonctionnement des institutions représentatives du personnel (IRP).

Suites à ces interventions, plus de 6 200 décisions ont été prises (cf. tableau 2), essentiellement, outre les décisions prises dans le cadre des procédures impliquant l'autorisation de l'administration du travail, des observations écrites (4099) mais également 117 mises en demeure, 21 procès-verbaux et 18 signalements au parquet. Au moment où le présent rapport était en cours de finalisation, la direction générale du travail s'apprêtait à diffuser à son réseau un guide de contrôle des EHPAD.

Tableau 2 : Suites données aux interventions de l'inspection du travail en EHPAD depuis 2018

Type de suite	2018	2019	2020	2021	2022	Total général
Avis	7	8	6	4		25
Décision	391	433	437	352	55	1 668
Demande de vérification et de mesurage	3	2		1		6
Mémoire en Appel		1				1
Mémoire en Défense	10	10	7	6		33
Mise en demeure	24	43	15	32	3	117
Observations écrites	1 004	993	1 089	934	79	4 099
Procès-verbal (PV)	12	3	1	5		21
proposition de transaction		1				1
Rapport	55	57	48	42	10	212
Signalement au Parquet	4	5	3	6		18
Total général	1 510	1 556	1 606	1 382	147	6 201

Source : Wiki'T (export du 31/01/2022).

Annexe VI

Depuis 2018, les agents de l'inspection du travail ont réalisé 313 interventions dans l'ensemble des établissements Orpea de France dont 122 contrôles (8,6 % des contrôles en EHPAD) et 102 enquêtes (4 %), décrits au sein du tableau 5.

Tableau 3 : Interventions réalisées par l'inspection du travail

Type d'intervention	2018	2019	2020	2021	2022	Total général
Contrôle	28	44	26	23	1	122
Enquête	41	28	24	8	1	102
Examen de document	12	19	30	21	1	83
Réunion en entreprise	2	1	2	1		6
Total général	83	92	82	53	3	313

Source : Wiki'T (export du 31/01/2022).

Ces interventions ont donné lieu à 313 suites à intervention dans l'ensemble des établissements Orpea de France (cf. tableau 6) (5 % du total des EHPAD inspectés en France) dont 207 observations écrites (5 % du total), 5 mises en demeure (4,3 % du total) et un signalement au Parquet (5,5 % du total), soit un poids dans les décisions proches de leur poids dans les interventions de l'inspection du travail.

La mission a pu échanger avec quatre inspecteurs du travail de trois territoires différents ayant eu à intervenir sur des EHPAD du réseau Orpea. La centralisation croissante du dialogue social au sein d'Orpea a tendance à limiter les interactions entre l'inspection du travail et les salariés du groupe aux seules sollicitations spontanées de ces derniers (refus de CDI, de reconnaissance d'accident du travail, etc.).

Tableau 4 : Suites données aux interventions de l'inspection du travail dans les EHPAD Orpea depuis 2018

Type de suite	2018	2019	2020	2021	2022	Total général
Décision	51	27	4	5	1	88
Mémoire en Défense		1				1
Mise en demeure		3		2		5
Observations écrites	45	59	61	41	1	207
Rapport	3	1	5	2		11
Signalement au Parquet				1		1
Total général	99	91	70	51	2	313

Source : Wiki'T (export du 31/01/2022).

L'analyse des suites à intervention en 2021 fait apparaître en particulier que :

- ◆ les décisions concernent essentiellement des demandes d'autorisation de licenciements de salariés protégés : 26 en 2019, 4 en 2020 et 2 en 2021. La répartition des motifs est la suivante : 13 pour motif « Inaptitude », 9 pour « motif disciplinaire » et 10 ruptures conventionnelles. 4 refus ont été notifiés concernant des demandes pour motif disciplinaire. Ils concernent les établissements de Puteaux (siège social), Neuilly et Soubise (2 décisions). Deux de ces décisions ont fait l'objet d'un recours hiérarchique dont une a été confirmée et une annulée avec changement de sens (autorisation) ;
- ◆ les deux mises en demeures en 2021 concernent pour l'une, l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et pour la seconde, les installations sanitaires ;
- ◆ le signalement au parquet (article 40 du code de procédure pénale) concerne un dossier de discrimination envers une femme enceinte dans un établissement de Nouvelle Aquitaine, classé sans suite.

2.1.2. Les inspections diligentées par les ARS identifient des dysfonctionnements récurrents des EHPAD du réseau Orpea mais suggèrent que celui-ci n'est dans l'ensemble pas atypique au sein du secteur

2.1.2.1. Une programmation et des moyens de mise en œuvre qui ne permettent qu'une couverture partielle des risques

Sur la période 2018-2021, 2 788 missions d'inspections ont été réalisées par les ARS en EHPAD²⁹, dont 64 ont concerné des EHPAD Orpea, soit 2,3 % du total (cf. tableau 5). Cette proportion correspond approximativement à la part que prennent les EHPAD Orpea dans le total cumulant le secteur public, le secteur privé non lucratif et le secteur privé lucratif, qui tous relèvent du champ d'action des ARS³⁰.

Tableau 5 : Inspections réalisées par les ARS sur des EHPAD depuis 2018

Missions réalisées	2018	2019	2020	2021	Total
Total des EHPAD	862	1 019	561	346	2 788
Dont EHPAD Orpea	20 (2 %)	28 (2,7 %)	12 (2,1 %)	4 (1,1 %)	64 (2,3 %)

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS.

Les années 2020-2021 ont été très fortement perturbées par la crise du COVID. Au plan quantitatif, le nombre d'inspections s'en est trouvé nettement réduit (- 44 % en 2020 par rapport à 2019, puis encore - 38 % en 2021 par rapport à l'année précédente). De plus, au plan qualitatif, le ciblage des EHPAD sur la base d'une analyse de risque sur la qualité de la prise en charge a provisoirement partiellement cédé la place à des critères liés à la pandémie. En particulier, de nouveaux points de contrôle (respect des gestes barrières, suivi des vaccinations obligatoires) ont pris le pas sur d'autres champs habituels d'investigations. L'analyse des rapports d'inspection montre que certaines ARS ont mis en place en urgence des missions thématiques portant sur la vérification de la mise en œuvre des obligations vaccinales. En outre, les interventions ont nécessairement pris une forme plus proche de l'accompagnement à la gestion de crise.

2.1.2.2. Des moyens d'investigation qui se heurtent parfois à un manque de transparence d'Orpea

Les référentiels métiers de la prise en charge des personnes dépendantes ne fournissent pas toujours des normes sur lesquels s'appuyer. Ainsi, s'agissant par exemple du champ et de l'intensité du recours aux glissements de tâche des auxiliaires de vie en formation (validation d'acquis de l'expérience), ou plus simplement les niveaux minima d'effectifs à assurer pour la qualité de l'accompagnement et du soin, les ARS ne peuvent se reposer sur un cadre réglementaire complet et/ou aisément identifiable ni sur des lignes directrices uniques. Dans de telles situations, les ARS sont amenées soit à construire une doctrine régionale, qui présente l'inconvénient de créer des divergences non justifiées par des approches territoriales, soit à adopter une position pragmatique tenant compte du contexte de l'établissement inspecté et raisonnant en faisceau d'indices (moyens mis à disposition du personnel, temps consacré à l'activité considérée...).

²⁹ Ce chiffre ne tient pas compte des missions programmées, voire initiées, et qui ont été abandonnées, par exemple pour des questions d'urgence ou de re-priorisation, par exemple dans le cadre de la crise COVID.

³⁰ Plusieurs référentiels et critères de dénombrement sont possibles mais tous donnent une proportion voisine de 2 %. Ainsi, en croisant le fichier SIRET et le répertoire FINISS, géré par le ministère en charge des affaires sociales et de la santé, qui recense les établissements de santé et médico-sociaux, dénombre 7 480 EHPAD dont 201 relevant du réseau Orpea, soit 2,7 % du total (une partie des entrées et sorties de cette base de calcul n'est pas prise en compte, mais c'est relativement homogène, donc ne perturbe pas le ratio).

Annexe VI

La procédure contradictoire est systématique. Au minimum, elle permet de conforter l'ARS dans sa capacité à mettre sous tension les établissements. Ainsi, lorsque les rapports d'inspection laissent apparaître le détail des échanges contradictoires, on voit que la procédure permet à l'ARS de maintenir certaines alertes, et potentiellement d'initier certaines actions (par exemple des injonctions).

Face à cela, la posture d'Orpea ne favorise pas toujours l'accès à une information fiable d'un bout à l'autre de la mission d'inspection :

- ◆ **l'organisation de l'anticipation des contrôles** : l'entité France du groupe diffuse dans le réseau des fiches réflexes indiquant les actions à mener dès que l'information du déclenchement d'une inspection est connue. Au minimum, ces dispositions ont pour effet de mobiliser immédiatement la chaîne hiérarchique et d'assurer sa présence sur place pendant les investigations. La lecture de ces documents, qui proscrivent notamment la transmission d'éléments relatifs au budget interne, et les témoignages recueillis auprès du personnel, suggèrent également qu'un certain nombre d'actions correctives, éventuellement temporaires ou superficielles, de dernière minute sont menées pour minimiser le risque de constats négatifs ;
- ◆ **un contexte interne qui encourage les postures exagérément défensives** : en effet, la culture managériale et de gestion des relations sociales évoquée par ailleurs limite la qualité des échanges, ce qui est accentué par la présence du directeur régional ou de son représentant pendant les visites, ce que la mission a pu observer lors de ses inspections du premier jour en EHPAD. Ce constat est partagé par les membres de l'inspection du travail rencontrés par la mission, et de ce point de vue distingue le groupe Orpea d'autres réseaux nationaux d'EHPAD ;
- ◆ **dans les réponses dans le cadre de la procédure contradictoire** que la mission a pu examiner, Orpea apportait des réponses à chaque remarque, mais dans une logique de conformité (exemple : référence à un document nouvellement élaboré ou en cours d'élaboration) sans toujours montrer de diligence particulière dans la mise en place d'action à portée opérationnelle immédiate. Cette attitude a amené régulièrement les ARS à déplorer l'insuffisance de la documentation des réponses, à maintenir des préconisations, voire à enjoindre à Orpea de compléter ses réponses.

Les interventions inopinées représentent 11 % des inspections dans les EHPAD Orpea sur la période 2018-2021. Or en la matière, le choix d'une intervention inopinée présente des avantages, mais également des inconvénients, puisqu'il ne permet pas de réunir à l'avance les documents nécessaires ni de garantir la présence des personnes-clés. Il convient par conséquent de privilégier cette modalité d'intervention pour des sites ou des thèmes correspondant à des sujets sensibles en matière de risque pour les personnes, et dont les éléments probatoires exigent une intervention non anticipée pour être réunis. Il reste que la proportion d'inspections inopinées est manifestement trop basse dans les pratiques généralement constatées : 20 % en Ile-de-France sur l'ensemble des inspections d'EHPAD (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Missions inopinées réalisées par les ARS sur les EHPAD Orpea depuis 2018

Missions réalisées sur des EHPAD Orpea	2018	2019	2020	2021	Total
Total	20	28	12	4	64
Dont inopinées	5	5	2	4	16

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS.

2.1.2.3. Les investigations identifient des carences dans la délivrance des soins par les EHPAD d'Orpea mais sans suggérer d'atypie par rapport au reste du secteur

Les rapports d'investigation peuvent exprimer une gradation nuancée des opinions. Ainsi le guide des bonnes pratiques de contrôle distingue, dans les constats :

- ◆ écart : non-conformité constatée par rapport à une référence juridique opposable à l'inspecté. Il est parfois fait une distinction entre écart ordinaire et écart majeur, selon qu'il existe un danger avéré pour la sécurité sanitaire de l'utilisateur ou la protection des personnes ;
- ◆ remarque : dysfonctionnement ou manquement ne pouvant être caractérisé au regard d'une référence juridique opposable, mais de nature à engendrer un niveau de risque plus ou moins élevé.

Les constats sont classés selon deux niveaux au regard des risques induits : « écart/remarque majeur » ou « écart/remarque » (sans qualification). La cotation du niveau de risque lié à l'écart ou la remarque appartient à la seule mission d'inspection, chaque inspection étant différente en fonction du lieu, des personnes et structures concernées, de leur organisation et des antécédents connus.

S'agissant des suites à donner, ils distinguent :

- ◆ les suites administratives : celles-ci peuvent revêtir la forme de mesures non coercitives (recommandations, rappels à la loi) ou coercitives (injonctions, mises en demeure, prescriptions, sanctions administratives³¹) ;
- ◆ les suites pénales ;
- ◆ les suites relevant des ordres professionnels.

Il est cependant difficile d'émettre des mesures coercitives, y compris des injonctions, sur certains sujets dont on sait qu'ils sont fortement tributaires de facteurs exogènes à Orpea. C'est notamment le cas sur les recrutements – injonctions à recruter sur des postes vacants, ou à prendre des décisions risquant d'accroître le besoin en recrutement³² – par exemple en Île-de-France, où le marché du travail est particulièrement tendu dans le secteur de la santé et où le coût de la vie amène les candidats, notamment à des postes de soignant, à des exigences salariales élevées ou à prospecter dans d'autres régions. Il faut enfin rappeler que les décrets d'application relatifs à la sanction financière prévue à l'article 313-14 du CASF n'ont toujours pas été pris.

Il est également peu impactant d'adresser une injonction à un établissement lorsque l'on sait que les leviers d'action appartiennent au niveau régional, voire national. Ainsi, si l'on reprend l'exemple des difficultés de recrutement, la politique salariale, qui pourrait constituer une réponse efficace, dépend assez largement de la direction générale, qui par ailleurs dispose potentiellement d'une marge de manœuvre financière dimensionnée aux résultats de l'entreprise et du groupe, mais une ARS ne dispose pas de réels leviers d'intervention en la matière. Cependant, la mission a pu constater dans l'examen de rapports d'inspection que certaines injonctions touchant Orpea sont assorties de courriers aux responsables de niveau national. Les décisions prises sur les dernières années montrent que l'ensemble de la palette des possibles est mobilisé, même si la crise sanitaire a, de manière compréhensible, modifié la posture des services d'inspection, qui ont concentré leur action sur des points de contrôle liés à la gestion de la pandémie (cf. *supra*), et privilégié une action d'accompagnement d'établissements placés en première ligne dans la lutte contre la pandémie.

³¹ Sanctions financières, mesures de fermeture, de cessation, de suspension d'activités, de services, d'établissements ou d'exercice d'une profession, interdiction de gérer une nouvelle structure, suspension et retrait d'autorisation, administration provisoire...

³² Il peut s'agir par exemple d'injonctions visant à réduire le champ des faisant fonction.

Annexe VI

Tableau 7 : Nombre de décisions prises dans le cadre de rapports d'inspection d'EHPAD

Décisions	2018	2019	2020	Total général
Injonction	251	355	81	747
Prescription	1 456	1 361	215	3 110
Recommandation	2 386	1 976	159	4 570
Saisine	10	1	5	17
Total général	4 103	3 693	460	8 444

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS.

Dans les diverses décisions prises, Orpea a représenté une part globalement inférieure à son poids dans les EHPAD, ainsi que dans le plan de contrôle, ce qui tend à montrer que les EHPAD du groupe ne connaissent pas plus de dysfonctionnement majeurs que le reste du secteur, en tout cas parmi ceux qui sont identifiables dans le format d'inspection ci-dessus décrit (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Part des décisions prises dans le cadre de rapports d'inspection d'EHPAD concernant des établissements Orpea

Décision	2018	2019	2020	Total général
Injonction	7 %	1 %	0 %	3 %
Prescription	3 %	2 %	2 %	2 %
Recommandation	2 %	1 %	4 %	2 %
Saisine	0 %	0 %	0 %	0 %
Total général	3 %	1 %	2 %	2 %

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS.

L'analyse détaillée des rapports d'inspection est reprise au fil du présent rapport pour en alimenter le diagnostic par grand domaine. Mais de manière synthétique, l'analyse d'une base de données de près de 2 000 décisions figurant dans des rapports d'inspection ayant porté sur les EHPAD depuis 2018, même si le nombre limité des décisions appelle à une certaine prudence dans les interprétations, laisse apparaître quelques récurrences (cf. tableau 9) :

- ◆ **Orpea n'est généralement pas surreprésenté dans les décisions ;**
- ◆ il est même fortement sous-représenté dans les domaines de la prévention de la maltraitance et de la prévention de la prise en charge de la douleur, ainsi que de la relation aux familles et à la défense des droits et libertés des résidents ;
- ◆ il semble en revanche faire l'objet d'un **nombre plus élevé de décisions que ce que son poids dans le réseau des EHPAD suggérerait dans les domaines de la qualité des soins et de l'hébergement, de la gestion du médicament, de l'équipement et de la nutrition.**

Annexe VI

Tableau 9 : Répartition entre certains grands domaines d'un panel de près de 2 000³³ décisions prises dans les rapports de contrôle d'EHPAD de 2018 à 2021

Thèmes	Recommandations		Prescriptions		Injonctions	
	Total	Orpea	Total	Orpea	Total	Orpea
Gouvernance, pilotage des processus	73	0 (0 %)	152	8 (5 %)	33	0
RH (effectifs, formation, organisation/temps de travail, management)	101	3 (3 %)	172	14 (8 %)	90	0
Soin-hébergement (soins, animations, hébergement, dossiers...)	105	6 (6 %)	165	10 (6 %)	64	3
Médicament	180	19 (11 %)	239	7 (3 %)	113	1
Traitement des événements indésirables	36	4 (11 %)	35	2 (6 %)	16	0
Prévention de la maltraitance	10	0 (0 %)	20	3 (1,5 %)	11	1
Equipement (matériel, fournitures, gestion des stocks)	13	2 (15 %)	3	1 (33 %)	0	0
Nutrition (risque de sous-alimentation, de déshydratation...)	2	2 (100 %)	10	0 (0 %)	8	2
Locaux (sécurité, confort...)	26	12 (46 %) ³⁴	7	0 (0 %)	36	1
Relations aux résidents et à leurs familles (accueil, CVS, droits...)	12	0 (0 %)	77	3 (4 %)	34	1
Prévention et prise en charge de la douleur	0	0 (0 %)	0	0 (0 %)	8	1

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS, retraitement IGAS.

2.1.3. La campagne d'inspections en cours pilotée par les ARS confirme les dysfonctionnements déjà identifiés même si des actions correctives ont parfois été mises en place

Début février, la ministre chargée de l'autonomie a demandé à ce que chaque ARS lance une campagne d'investigations portant au minimum sur les établissements du réseau Orpea. Une partie de ces inspections a également concerné d'autres réseaux d'EHPAD. Certaines étaient menées conjointement avec le conseil départemental. La très grande majorité ont été inopinées, à la réserve près que l'existence de la campagne d'investigations était publique et qu'à l'évidence le réseau Orpea avait pu dans son ensemble anticiper la tenue de missions d'inspection, mais sans connaître précisément les établissements visés et les périodes d'intervention.

Au moment où ce rapport était rédigé, onze régions avaient fait parvenir aux inspections générales une première synthèse des retours des équipes ayant mené les investigations, qui avaient touché 84 EHPAD.

³³ La classification en thèmes a été déterminée par la mission sur la base de ses grands domaines d'investigation (soin, organisation, RH, budget, maîtrise des risques/processus) et en tenant compte de certaines thématiques qui avaient fait l'objet de priorités dans la programmation (médicament, traitement des EI, locaux). Les décisions portant sur la sécurité sanitaire, le plus souvent formulées dans le cadre d'inspection dédiées (prévention légionellose, radon, amiante...), parce qu'elles revêtaient un caractère extrêmement précis et technique, et, pour établissement donné, étaient par construction beaucoup plus nombreuses que dans les autres domaines, ont été écartées de l'analyse. Ainsi, 1 943 décisions ont pu être exploitées et classifiées par la mission sur les 3 847 recensées dans la base de données de la MPIC, 1 904 faisaient l'objet d'une formulation inexploitable.

³⁴ Non significatif : dix recommandations concernent un seul établissement.

Annexe VI

Dans l'ensemble, les services d'inspection ont pu constater que :

- ◆ **un domaine suscite des retours hétérogènes (six régions l'évaluent positivement contre trois donnant un retour globalement négatif) : la transparence de la relation envers les familles et les résidents.** Le projet de vie reste trop souvent peu partagé avec les familles et le conseil de la vie sociale (CVS) insuffisamment réunie régulièrement et impliquée dans la vie de l'établissement. Les régions les plus positives décrivent plus globalement des relations fluides au quotidien ;
- ◆ **certains domaines, ont donné lieu à des retours globalement critiques, même s'ils ont également suscité des appréciations positives de certaines régions :**
 - la gouvernance : si la grande majorité des régions déplorent la grande centralisation de la décision et le niveau parfois insuffisant des équipes de direction, moins nombreuses sont celles qui mettent en avant des managers se distinguant par leur capacité à prendre des initiatives et à faire vivre leur collectif de travail et la relation avec les parties prenantes ;
 - la gestion des approvisionnements : trois points de contrôle avaient été pré-identifiés par la mission :
 - s'agissant des protections urinaires, la grande majorité des régions n'a pas identifié de stratégie délibérée de rationnement visible à la date des visites d'inspection ;
 - s'agissant de l'alimentation, la situation est plus mitigée : la pratique réglementaire obligatoire des collations nocturnes reste insuffisamment répandue d'où des durées excessives de jeûne nocturne, et il est parfois noté un usage potentiellement excessif des substituts alimentaires ;
 - s'agissant de l'hygiène, certains établissements espacent trop les toilettes en raison notamment des sous-effectifs, et des situations isolées plus critiques ont été identifiées ;
- ◆ **deux domaines font l'objet de critiques fréquentes :**
 - Les modalités de prise en charge et la prévention de la **maltraitance**, ainsi que le respect de certains protocoles clés ;
 - le traitement des **événements indésirables**, où quasiment toutes les régions pointent la centralisation des procédures, qui conduit à déresponsabiliser les équipes, et une « culture du signalement » insuffisante ;
- ◆ **enfin, le domaine de la gestion des ressources humaines ne donne lieu quasiment qu'à des critiques, très convergentes :** sous-effectif (parfois malgré des postes vacants), turnover et recours excessif aux contrats à durée déterminée (CDD), insuffisante formation à la prise en charge du patient, excès dans le glissement des tâches, insuffisance du temps disponible du médecin coordonnateur.

2.2. Le dispositif d'évaluations externes, en cours de mutation, donne d'Orpea une vision cohérente avec les retours des inspections menées par les ARS

Aux termes de l'article L. 312-8 du CASF, issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les quelque 25 000 établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, parmi lesquels les EHPAD :

- ◆ procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation interne) ;
- ◆ font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (évaluation externe).

Annexe VI

Le renouvellement de l'autorisation établissement par établissement est conditionné par l'existence d'une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date du renouvellement, sans que le contenu de celle-ci n'ait de portée juridique explicite sur le renouvellement.

Le dispositif est supervisé (publications des référentiels, habilitations des organismes évaluateurs) par la Haute autorité de santé (HAS) depuis qu'elle a repris les attributions de l'agence nationale d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Un rapport de l'IGAS publié en 2016³⁵ pointait les faiblesses du dispositif : choix des évaluateurs par les gestionnaires d'établissements, hétérogénéité de la qualité et de la structuration des rapports, absence de référentiel national qui soit complet et unique. L'analyse des rapports par les autorités de contrôle n'en était pas moins utilisée par les ARS, en particulier :

- ◆ dans le cadre des renouvellements d'autorisations, même si leur rôle reste limité (*cf. supra*) ;
- ◆ en amont de la contractualisation avec les établissements. De fait, la mission a pu constater que les CPOM intègrent généralement les résultats – notamment les points de progrès à accomplir – identifiés à l'occasion des évaluations externes.

Les rapports d'évaluation pourraient également donner lieu à des analyses de risques permettant d'alimenter la programmation d'inspections, ou des investigations inopinées, mais il n'est pas apparu à la mission que cette pratique soit répandue. Le format des rapports et les méthodes d'investigation, fortement inspirés de la démarche qualité et très centrés sur l'analyse des organisations et des processus, se prêtent d'ailleurs mal à l'identification de potentielles situations de crise³⁶.

De manière plus générale, les rapports peuvent, selon leur qualité, fournir une vision pertinente de certains domaines, dont une partie entrait dans le champ d'investigation plus particulier de la mission. Ainsi, aux termes du cahier des charges national annexé au code de l'action sociale et des familles, les évaluations externes sont tenues d'examiner :

- ◆ « l'efficience » des établissements. Une évaluation de l'adéquation entre moyens, notamment humains, et activités est effectuée ;
- ◆ « les interactions entre bénéficiaires et institutions ». Des vérifications sur pièce (livret d'accueil, dossier résident) sont effectuées ;
- ◆ « l'effectivité du droit des usagers », et notamment « les conditions de participation et implication des personnes bénéficiaires des prises en charge ou accompagnements, les mesures nécessaires au respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité et, s'il y a lieu, sur les dispositions prévues pour assurer la sécurité des personnes ». L'ensemble de l'offre de service est examiné, notamment le projet de soins et les projets de vie individuels.

La mission a pu exploiter un échantillon de 45 rapports d'évaluation d'EHPAD Orpea, couvrant l'ensemble des régions, une grande diversité de territoires, et portant sur la période 2014-2021, en se concentrant particulièrement sur les rapports datés des années 2018-2020, à la fois récents mais non marqués par le contexte de la crise sanitaire. Certaines zones d'alerte récurrentes peuvent être identifiées :

- ◆ **dans le domaine de la prise en charge :**
 - **insuffisances liées au projet de vie personnalisé (24 occurrences, soit 53 % des rapports examinés) :** incomplétude, insuffisante actualisation, insuffisante personnalisation ;

³⁵ *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Catherine Heees, Thierry Lecomte, IGAS, 2016-113R.

³⁶ Ainsi, l'EHPAD Orpea « Les Bords de Seine » avait fait l'objet d'un rapport d'évaluation externe réalisé par le cabinet 4Sfin fin 2019 et transmis dans sa forme définitive à l'ARS le 18 mars 2020.

Annexe VI

- **bilans d'intégration non systématiques ou non réalisés (7 occurrences, 15 %) ;**
- **insuffisances dans le domaine de la nutrition (15 occurrences, 33 %) :** suivi insuffisant du grammage, manque de sensibilisation du personnel, suivi insuffisant de la dénutrition, problèmes qualitatifs
- **déficit dans la gestion de processus liés à la bientraitance (16 occurrences, 35 %) :** registre de bientraitance, formations dédiées, maîtrise des processus de prévention de la maltraitance, gestion des sonnettes... ;
- **coordination entre les acteurs du soin (24 occurrences, 53 %) :** fonctionnement en équipes pluridisciplinaires, gestion des transmissions d'information en particulier entre équipes de nuit et équipes de jour, réunion de la commission de coordination gériatrique ;
- d'autres domaines, relevant moins directement du champ de la mission, sont également fréquemment évoqués : animations et circuit du médicament ;
- ◆ **dans le domaine de la gouvernance et de l'organisation :**
 - **projet d'établissement (29 occurrences, 64 %) :** inexistant, ou non actualisé, ou non partagé avec les résidents et les familles, ou non partagé avec les autres parties prenantes, non pilotable ;
 - **lien avec l'extérieur (16 occurrences, 35 %) :** il s'agit notamment des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ou des professionnels libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes, etc.) ;
 - **liens avec les usagers (19 occurrences, 42 %) :** CVS pas ou trop peu réunie, pas impliquée dans les temps forts de la vie de l'établissement, insuffisante exploitation des retours clients ;
- ◆ **dans le domaine des ressources humaines :**
 - **formation (11 occurrences) :** manque de formation autres que des mini-formations dans certains domaines (en particulier sur la bientraitance), insuffisance du suivi de certaines mini-formations (en particulier : dignité). La carence en formation évoquée l'est notamment pour certains référents ;
 - **effectifs : manque de personnel (13 occurrences, 29 %),** notamment la nuit, ou de temps de médecin coordonnateur ;
- ◆ **dans le dispositif de contrôle :**
 - **insuffisances dans le renseignement et l'utilisation du PAQ (16 occurrences, 36 %) ;**
 - **insuffisant partage des résultats des évaluations internes avec le personnel et avec les résidents et familles (28 occurrences, 62 %).**

Ainsi, les rapports d'évaluation externe mettent globalement en lumière des fragilités systémiques qui correspondent aux points mis en avant dans les contrôles des ARS et les déplacements réalisés par la mission.

3. Le dispositif de suivi de la qualité a vocation à retracer l'ensemble des actions correctives quelle qu'en soit l'origine, mais ne permet pas d'identifier les enjeux les plus importants

3.1. L'outil PAQ a vocation à centraliser l'ensemble des actions correctives, mais n'est pas complété de manière fiable

L'application « plans d'actions qualité » (PAQ) est un outil informatique utilisé par l'ensemble des établissements, les directions régionales et le siège du groupe Orpea pour assurer la centralisation des actions déployées en réponse à un écart, quelle qu'en soit la nature et quelle que soit l'origine de son identification. Ainsi l'outil regroupe-t-il les actions issues :

- ◆ des inspections / contrôles ;
- ◆ des évaluations réglementaires internes et externes ;
- ◆ des mécanismes internes de revue de la qualité.

L'outil est l'un des supports des analyses des staffs mensuels de l'équipe régionale, qui passe systématiquement en revue, EHPAD par EHPAD, les plans d'actions dont l'échéance est dépassée.

L'outil est incrémenté par les directeurs des EHPAD ou leurs adjoints³⁷ selon une périodicité non déterminée d'après les réponses apportées à la mission par la direction de l'entreprise. Un directeur d'exploitation a quant à lui indiqué qu'en pratique, la perspective des évaluations mensuelles par les directeurs régionaux, mais aussi la perspective du dialogue de gestion avec les ARS portant sur les ERRD, motivaient fréquemment les efforts de mise à jour. La direction du groupe indique qu'elle estime que ce point de vue n'est pas représentatif.

L'analyse d'un échantillon de 45 évaluations externes des EHPAD Orpea révèle que plus d'un tiers des établissements (16/45) renseignent mal l'outil, soit lors de la phase amont d'incrémentation des actions à faire à la suite d'audits, de contrôles ou d'évaluations, soit lors de la phase aval de renseignement des actions effectivement engagées ou réalisées.

En ce qui concerne les évaluations internes, quatre rapports sur quinze examinés par la mission identifient des lacunes dans le suivi de l'application PAQ des EHPAD.

Les données PAQ de l'un des EHPAD visités par la mission illustrent ces points :

- ◆ au moment du contrôle, il n'intégrait pas les actions impliquées par une inspection réalisée par l'ARS en novembre 2020 ;
- ◆ par ailleurs, les actions induites par l'évaluation externe réalisée en 2021 étaient quant à elles recensées dans l'outil, mais aucune n'était marquée comme ayant connu un début de réalisation, alors que certaines pouvaient relever d'une mise en œuvre immédiate et ne posant aucune difficulté particulière (affichage, tenue de registre à la disposition des résidents).

Interrogée sur cette question, la direction de la société indique : « *en termes d'estimation du nombre d'actions devant être saisies dans le PAQ et qui ne le seraient pas à ce jour : il est impossible de répondre à cette question ; certainement que des actions ne sont pas saisies ; toutefois, le système qualité mis en place au niveau de la gestion des plans d'action (...) a été élaboré de manière à minimiser au maximum la non saisie de [plans d'action] (automatisation pour certaines évaluations et/ou saisie par un tiers et/ou vérification par un tiers). Par ailleurs les équipes Qualité, Médical, Restauration sont au quotidien sur le terrain, auprès des équipes des établissements ce qui permet d'assurer une connaissance précise des actions en cours, un accompagnement et un suivi.* »

³⁷ Ou par les services support lorsque les actions sont déclenchées par leurs propres observations.

Annexe VI

Par ailleurs, elle explique qu'en 2021, « l'ampleur de la crise sanitaire à laquelle les équipes terrain ont été confrontées a assez logiquement (et malheureusement quoiqu'il en soit) éreinté la conformité à certains process qualité. De fait, il ne nous a pas paru opportun, compte tenu de la crise vécue et de son ampleur, d'effectuer des audits inopinés qui auraient naturellement constaté des non conformités mais plutôt de mettre toute notre énergie à aider les établissements et leurs équipes à revenir à un niveau qualité adapté. »

La mission note toutefois que les défauts de saisie et de suivi dans l'outil PAQ sont relevés dans les rapports d'évaluation interne et externe réalisés dès avant le déclenchement de l'épidémie en 2020.

3.2. L'outil PAQ n'autorise qu'un suivi quantitatif et peu différencié en fonction de l'importance ou de l'urgence des actions à entreprendre

Le suivi dans PAQ est essentiellement quantitatif. Lors des staffs régionaux, c'est la proportion d'actions clôturées qui est vérifiée, avec une attention toute particulière pour les actions mettant en jeu l'image de la société au regard des autorités de tarification et de contrôle.

Ainsi, les statistiques communiquées par Orpea relatives au suivi des actions montrent que ce sont de très loin les actions faisant suite aux observations des tutelles qui sont traitées en priorité. Sur plus de 50 000 actions recensées dans PAQ, 18 000 sont clôturées soit environ un tiers. Cette proportion atteint 79 % des actions suscitées par une inspection / contrôle et 75 % des actions faisant suite à l'évaluation réglementaire externe.

Tableau 10 : Synthèse de PAQ au 23 février 2022

Origine de l'action	Nb actions clôturées	Nb d'actions non clôturées ³⁸	Nb d'actions total	% actions clôturées	% non clôturées
Évaluations réglementaires	4 487	11 193	15 680	29 %	71 %
<i>dont évaluation interne</i>	2 571	5 942	8 513	30 %	70 %
<i>dont évaluation externe</i>	1 810	615	2 425	75 %	25 %
<i>dont CPOM, CTP et PE</i>	97	4 621	4 718	2 %	98 %
Inspections / contrôles	2 325	624	2 949	79 %	21 %
Évaluations Groupe	6 346	13 858	20 204	31 %	69 %
Communication / médico-social	145	245	390	37 %	63 %
Satisfaction	928	988	1 916	48 %	52 %
<i>dont baromètre résident/famille</i>	462	454	916	50 %	50 %
<i>dont enquête engagement</i>	346	488	834	41 %	59 %
<i>dont plaintes</i>	117	23	140	84 %	16 %
Instance	140	169	309	45 %	55 %
Risques	3 896	3 559	7 455	52 %	48 %
Pilotage activité	111	1 280	1 391	8 %	92 %
Total	18 418	32 025	50 443	37 %	63 %

Source : Orpea.

³⁸ Actions en cours, à échéance supérieures à 1 mois, à échéance dépassée.

Ces écarts ne s'expliquent qu'en partie par la nature des recommandations. Certes, les rapports d'évaluation interne et projets d'établissement intègrent des actions au long cours, relevant davantage d'une orientation générale que d'une réalisation immédiate (« *optimiser les sorties extérieures tout au long de l'année* », « *stabiliser l'équipe soignante* »), **mais la mission observe que des actions émanant de ces outils et pouvant être rapidement menées sont laissées sans suite** (« *organiser deux fois par semaine une réunion de l'ensemble du personnel* », « *mettre en place une activité culinaire participative* », « *mettre en place une analyse globale des plaintes chaque année* »)³⁹.

Pour autant, ce suivi n'est pas véritablement fonction de l'importance ou de l'urgence des corrections devant être apportées. PAQ n'intègre pas de hiérarchisation des risques et des actions.

Le document d'enregistrement universel pour 2020 précise que le *reporting* semestriel permet « *d'identifier tout écart récurrent quant à l'application d'une bonne pratique, afin de dégager et mettre en œuvre un plan d'action correctif collectif* ». Les entretiens menés par la mission n'ont pas permis de confirmer ce point : très rares ont été les interlocuteurs, quel que soit leur niveau, en mesure de citer un axe d'amélioration transversal, correspondant à des marges de progrès pour Orpea.

3.3. Les suites données aux contrôles des ARS sont inégales et révèlent fréquemment une persistance des écarts rencontrés précédemment

Les contrôles d'EHPAD par les ARS étant espacés, ils n'intègrent que marginalement la question des suites données à des contrôles et inspections ayant pu être réalisés antérieurement. Pour autant, la situation de certains EHPAD permet de vérifier la bonne prise en compte des constats et des demandes des autorités de tarification et de contrôle (ATC).

3.3.1. Les vérifications opérées par la mission révèlent des situations contrastées

La mission a pu vérifier l'incrémentation et le suivi des actions engagées par deux EHPAD à la suite d'inspections des ARS :

- ♦ dans le premier, l'EHPAD avait renseigné PAQ et actualisé les actions menées (34 actions recensées dans l'outil à la suite des nombreux écarts relevés par l'ARS). La mission a pu constater que l'établissement s'était mis en mouvement pour se conformer aux recommandations formulées par l'autorité de contrôle, y compris par un changement dans l'équipe de direction ; il faut souligner qu'en l'espèce, le contrôle de l'ARS s'inscrivait dans un contexte médiatique (création d'un collectif de famille) qui contribue aussi à expliquer la réaction du groupe ;
- ♦ dans le second EHPAD, les équipes n'avaient pas renseigné PAQ à la suite de l'inspection de l'ARS de novembre 2020 (cf. *supra*).

³⁹ Ces exemples sont tirés de l'évaluation externe de l'un des EHPAD contrôlés par la mission.

3.3.2. Les constats réalisés par les ARS mettent en évidence, au-delà de corrections de court terme, une récurrence et une persistance des manquements identifiés lors des inspections antérieures à 2022

Afin de documenter la prise en compte des observations réalisées par les autorités de tarification et de contrôle (ATC), la mission a retenu un échantillon de neuf EHPAD ayant fait l'objet d'une inspection-contrôle entre 2016 et 2021, et qui ont fait l'objet d'une nouvelle inspection par la suite.

Ces inspections montrent, de manière générale, la forte récurrence et la persistance des observations tenant aux insuffisances en matière de gestion des effectifs (postes non pourvus, glissements de tâches, transmissions ineffectives) et d'appropriation des protocoles nationaux par les équipes des EHPAD, particulièrement en ce qui concerne les signalements d'EIG. Ce phénomène est fréquemment constaté, y compris lorsque l'établissement avait produit des justificatifs aux ATC après les premiers contrôles.

Les résultats de ces inspections sont à prendre néanmoins avec toute la prudence nécessaire, puisque la procédure contradictoire n'a pas été menée à son terme, à deux exceptions près (EHPAD 3 et 6 ci-après).

◆ EHPAD 1 :

Une inspection dépêchée par l'ARS en novembre 2018 révèle :

- une problématique liée au bâtiment, avec notamment des conditions architecturales difficiles, un manque de lieux de stockage et de rangement dans un contexte de travaux réalisés au sein de l'EHPAD ;
- une propreté insuffisante des locaux/ménage insuffisant ;
- une problématique importante d'épuisement professionnel, corrélée à un absentéisme (dont des arrêts maladie), dans un contexte de dialogue social dégradé et de non remplacement des absences.

Le rapport donne lieu à la formulation de treize prescriptions et trois recommandations. Un courrier d'alerte est adressé par le directeur général (DG) de l'ARS au président d'Orpea en mars 2019.

Une nouvelle inspection, menée conjointement par l'ARS et le conseil départemental, est organisée en février 2022. Les premiers éléments communiqués à la mission montrent que des travaux ont été entrepris sur le bâti, devant aboutir en 2027. L'ARS note toutefois que des améliorations pourraient être apportées à l'unité protégée sans attendre cette date. En outre, la dimension des chambres standard de cette future organisation ne devrait pas dépasser 16 m², en-dessous des recommandations minimales en la matière.

Les besoins d'accompagnement demeurent élevés, en raison notamment de l'ancienneté de la coupe PATHOS, dont la réévaluation en 2020 devrait conférer des marges d'ajustement à l'établissement en termes de personnel. Le manque de ressources humaines persiste, et se traduit par un recours important à des remplacements, une proportion de CDD supérieure à la médiane et des glissements de tâches. En ce qui concerne l'accompagnement des résidents, l'établissement montre toujours les mêmes insuffisances en termes d'analyse des pratiques, de formation à la bientraitance et à la fin de vie.

Le climat social semble s'être amélioré, sans être satisfaisant pour autant. Si le nombre d'entretiens a été moins élevé que lors de l'inspection précédente en 2018, ils ont révélé une certaine souffrance au travail, en partie liée au contexte de crise pour le groupe Orpea depuis janvier 2022.

Annexe VI

◆ EHPAD 2 :

Suite à la réception de plaintes d'une famille, une inspection est effectuée par l'ARS et le conseil départemental en juin 2019. Elle met en évidence :

- des faiblesses dans le management des équipes et une inadaptation de l'organisation aux besoins des résidents ;
- des sous-effectifs et des glissements de tâches ;
- une faiblesse des animations ;
- un état de propreté générale inacceptable de l'établissement.

L'inspection donne lieu à cinq prescriptions et quatre recommandations.

Une nouvelle inspection conjointe est réalisée en février 2022. La mission a interrogé l'ARS sur ses premiers constats :

- les problématiques de propreté ont été corrigées ;
- en revanche peu d'animations sont organisées ;
- les soignants ne connaissent pas le projet d'établissement et n'ont pas de véritable culture des événements indésirables graves ;
- les sous-effectifs et glissements de tâches persistent.

En synthèse, si certains éléments ont été corrigés (hygiène, management des équipes), d'autres ont perduré (faiblesse des animations), et d'autres encore traduisent selon l'ARS des problématiques plus transversales du secteur dans la région (sous-effectifs, glissements de tâches).

◆ EHPAD 3 :

Suite à la réception de nombreux signalements, une inspection est effectuée par l'ARS en juillet 2018. Le rapport, établi en février 2019, donne lieu à un courrier du DG de l'ARS au président du groupe Orpea, lui notifiant à titre définitif cinq prescriptions et six recommandations, à charge pour la société d'apporter les preuves documentaires à la délégation départementale de l'ARS pour permettre leur levée.

L'enquête flash effectuée début 2022 montre que certains correctifs ont été apportés par l'établissement depuis le contrôle de 2018 (notamment l'intervention du médecin coordonnateur à la quotité de temps demandée), mais que la situation des effectifs, marquée par un turnover important et une présence massive de vacataires, demeure.

La comparaison des prescriptions et recommandations formulées à l'occasion de ces deux contrôles met en évidence la récurrence des écarts s'agissant de l'absence de convention avec les dames de compagnie, la problématique des transmissions entre les professionnels, la difficile mise en place des projets personnalisés et l'appropriation insuffisante par les équipes de la question des EIG.

Surtout, les difficultés persistantes dans la gestion des ressources humaines donnent lieu à la formulation d'une injonction en 2022, portant sur la nécessaire réorganisation des équipes de jour et de nuit, qui s'ajoute à sept prescriptions et neuf recommandations.

◆ EHPAD 4 :

En février 2020, une inspection inopinée donne lieu à un courrier du DG de l'ARS notifiant à titre définitif deux prescriptions relatives à la maintenance courante de l'établissement et à l'absence de convention avec les professionnels libéraux y intervenant. En outre, huit recommandations sont formulées, portant sur les appels-malades, les signalements d'EIG et les réclamations, les soins bucco-dentaires, la gestion des contentions et les projets personnalisés.

Annexe VI

Une nouvelle inspection inopinée est effectuée conjointement avec le conseil départemental en février 2022. Les thématiques abordées à cette occasion diffèrent de celles de 2020 : les volets hygiène et gestion des EIG ne sont pas abordées, tandis que la nouvelle inspection privilégie les sujets de l'alimentation des résidents et du circuit des médicaments.

Ces périmètres différents ne permettent des recoupements que sur quelques thématiques :

- ◆ la maintenance courante demandée en 2020 a bien été effectuée au sein des unités d'hébergement ;
- ◆ l'accord du résident et / ou de sa personne de confiance en matière de contention n'est pas systématiquement formalisé par écrit, ce point n'ayant pas été corrigé.

L'inspection de 2022 fait en outre état d'une situation nouvelle de vacance des postes de médecin coordonnateur et d'IDEC, pour lesquels des recrutements sont en cours.

◆ EHPAD 5 :

En janvier 2016, une inspection inopinée est effectuée par l'ARS et les services du conseil départemental, dans le cadre de leurs programmes de contrôle. A l'issue des vérifications, le rapport provisoire est adressé en juillet 2016. Sont constatés 20 écarts et 64 remarques, notamment l'absence de projet d'établissement, des faiblesses dans le circuit des informations au sein du personnel, des carences dans la gestion des ressources humaines (non-respect des fiches de poste, glissements de tâches, remplacements insuffisants), le non-respect du rythme de vie des résidents, un circuit du médicament non sécurisé et le non-conformité des outils prévus par la loi n 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Au terme de la procédure contradictoire, le rapport définitif est adressé en décembre 2016, constatant la levée d'un certain nombre de manquements. Un plan d'action assorti d'un échéancier est en outre réceptionné par l'ARS en février 2017. Demeurent à ce stade quatre écarts et huit remarques, donnant lieu à un courrier de relance de l'ARS en mars 2018. Des documents complémentaires sont adressés par l'EHPAD, avec retard, en cours d'année 2018. Une commission des suites est organisée par l'ARS en novembre 2018. Il y est relevé de nombreuses pièces manquantes (formations sur les EIG, incomplétude des protocoles d'urgence et d'hydratation), et de façon générale, les problématiques d'articulation entre le siège d'Orpea et les directeurs d'établissements pour décliner efficacement les procédures.

L'ARS, interrogée par la mission, indique que l'inspection effectuée en février 2022 souligne la réapparition de certains manquements constatés en 2016, notamment la non appropriation du protocole relatif aux événements indésirables graves (EIG), l'absence de projet d'établissement valide, l'irrespect de la législation sur le conseil de la vie sociale et plus généralement les outils prévus par la loi n 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

[...]. L'ARS observe à cette occasion que dans le protocole Orpea de signalement des EIG, l'obligation de signalement au procureur n'est pas précisée. En revanche, elle note que les modalités de signalement au procureur sont précisées dans d'autres protocoles (« maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives » et « maltraitance des personnes accueillies : procédure disciplinaire ») : « d'après ces documents, les licenciements pour acte de maltraitance doivent être signalés au procureur, ce qui dans ce cas précis, n'a pas été fait. »

Annexe VI

◆ EHPAD 6 :

Une inspection inopinée est effectuée par l'ARS et le conseil départemental en août 2016, dans le cadre du programme régional d'inspection. 18 écarts et 44 remarques sont relevés dans le rapport provisoire de décembre 2016, parmi lesquels de modalités d'organisation incomplètes en cas de crise sanitaire, la non utilisation du protocole de gestion des EIG, des manques en matière d'effectifs (absence de médecin coordonnateur, effectifs non respectés de la convention tripartite, glissements de tâches, présence effective en inadéquation avec la présence théorique, remplacements non systématiques, etc.) et des failles lourdes dans la prise en charge des résidents (accompagnement individuel insuffisant, conditions de prise en charge en unité de vie Alzheimer (UVA) ne garantissant pas la liberté d'aller et venir, manque de précision des protocoles de soins et absence de sécurisation du circuit du médicament). Au terme de la procédure contradictoire, le rapport définitif de mars 2017 maintient 6 écarts et 21 remarques, dont l'absence de médecin coordonnateur, le non-respect des effectifs de la convention tripartite, l'absence de gestion des plannings par l'IDEC, une prise en charge en UVA non conforme aux recommandations de bonnes pratiques, et des insuffisances dans le circuit du médicament. Un plan d'action est transmis à la demande de l'ARS en mai 2017. Un courrier de l'ARS de mars 2018 porte des demandes d'explications et de fourniture des pièces manquantes.

Une commission des suites est organisée par l'ARS en novembre 2018, alors que quatre écarts et neuf remarques demeurent pendants. Les échanges notés dans le compte rendu de l'ARS montrent que si les manquements sont considérés comme corrigés par l'EHPAD, ils ne sont pas tracés et transmis à l'autorité de contrôle. Il est souligné la nécessité de revoir l'articulation entre le siège d'Orpea et les établissements, afin de permettre une meilleure appropriation des procédures par les équipes.

Une nouvelle inspection est déclenchée par l'ARS en février 2020, à la suite du décès d'une résidente consécutif à une fausse route. Neuf écarts et 30 remarques sont identifiés dans le rapport de juillet 2020, donnant lieu à huit prescriptions et seize recommandations. Les dysfonctionnements constatés concernent notamment :

- ◆ l'admission et l'accueil des résidents (absence d'évaluation gériatrique) ;
- ◆ le non-respect de l'arrêté d'autorisation ;
- ◆ la qualification des professionnels (glissements de tâches) ;
- ◆ le processus de coordination des informations relatives à la prise en charge du nouveau résident ;
- ◆ la surveillance des résidents ;
- ◆ la formation du personnel aux gestes d'urgence ;
- ◆ le rôle du médecin coordonnateur ;
- ◆ la coordination des informations relatives à la connaissance et à la mise en œuvre des protocoles (organisation défaillante des transmissions, méconnaissance du protocole sur les EIG) ;
- ◆ l'insuffisance du taux d'encadrement et les problématiques de ressources humaines (sous-effectifs, fréquence des arrêts maladie).

◆ EHPAD 7 :

Une inspection inopinée est effectuée par l'ARS en octobre 2016, suite à la réception d'une réclamation liée à une suspicion de maltraitance. A l'issue de ses investigations, l'ARS relève dans son rapport de février 2017 des insuffisances constitutives de facteurs de risques de maltraitance, identifie 19 écarts et 30 remarques, tenant notamment à la faiblesse des échanges entre personnels, notamment soignants, des carences dans la gestion des ressources humaines (glissements de tâches, modalités de remplacement des personnels absents), le non-respect du rythme de vie des personnes hébergées, une communication insuffisante avec les familles et des carences dans la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance (procédure de signalement incomplète et méconnue du personnel, formations insuffisantes, absence de fiches d'EIG et méconnaissance de la procédure par le personnel). L'ARS considère enfin que la sécurité des résidents n'est pas garantie dans les unités protégées.

Une commission des suites est organisée par l'ARS en novembre 2018. Elle permet de constater que l'établissement a transmis des pièces justifiant des corrections apportées en juillet 2017 puis courant 2018. Au jour de la commission, l'essentiel des pièces a été communiqué, l'EHPAD ayant trois mois pour adresser à l'ARS les compléments nécessaires.

L'inspection dépêchée par l'ARS et le conseil départemental en février 2022 a permis d'opérer une nouvelle vérification sur place des pratiques de l'établissement. A cette occasion, les inspecteurs ont constaté la réapparition de certaines pratiques relevées en 2016 : glissements de tâches importants, protocoles non appropriés par les professionnels, notamment concernant les EIG. Ils soulignent toutefois la nécessité de tenir compte du contexte lié à l'épidémie de Covid-19.

◆ EHPAD 8 :

Une inspection est effectuée par l'ARS entre décembre 2017 et janvier 2018, suite à de multiples chutes d'un résident de l'unité protégée. Elle objective en partie le défaut de surveillance, et relève des dysfonctionnements liés aux moyens en personnel (déficit de personnel à certaines heures dans l'unité protégée, déficit de recrutement d'auxiliaires de vie au regard de la convention tripartite) et aux modalités d'organisation (déficit d'échanges au sein des équipes, absence de mesures de correction matérielles ou humaines suite aux chutes). 8 écarts et 20 remarques sont formulés.

L'ARS a été contactée par la mission au sujet des constats réalisés au cours de la nouvelle inspection réalisée en février 2022. Les protocoles nationaux apparaissent peu appropriés au niveau local. Par ailleurs, certains des écarts soulevés en 2018 persistent quant à la gestion des ressources humaines (déficit de présence aux premières heures de la journée, glissements de tâches, réunion de l'équipe pluridisciplinaire sans IDE, absence de traçabilité des interventions des médecins traitants).

◆ EHPAD 9 :

Une inspection sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse est réalisée par l'ARS en octobre 2018. Elle donne lieu à treize remarques et à la constatation de trois écarts.

L'ARS, interrogée par la mission, indique que l'inspection effectuée en février 2022 confirme la correction des failles relatives au circuit du médicament, mais que la question de l'appropriation des procédures descendantes, notamment en matière de signalement d'EIG, demeure problématique.

PIÈCE JOINTE 1

Éléments relatifs au contradictoire

Monsieur Jean-Philippe de Saint Martin
Inspecteur général des finances
139, rue de Bercy
75 572 Paris Cedex 12

Monsieur Thomas Audigé
Professeur Bertrand Fenoll
Inspecteurs généraux des affaires sociales
39-43, quai André Citroën
75739 Paris Cedex 15

Puteaux, le 21 mars 2022

Par lettre recommandée avec avis de réception et courriel à lgf-rapports@lgf.finances.gouv.fr

Objet : Observations d'Orpea sur les annexes au rapport IGF 2022-M-012-02 / IGAS 2022-016R sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea

Messieurs les Inspecteurs généraux,

Par un courriel daté du 9 mars 2021, vos services nous ont transmis les six annexes au rapport de la mission conjointe d'inspection IGAS/IGF sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpea. Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous nous avez invités à formuler nos observations sur ces annexes.

En réponse à votre invitation, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint les commentaires que les annexes transmises suscitent de notre part. Ces commentaires sont reproduits dans les tableaux que vous nous avez communiqués et qui correspondent aux différentes annexes du rapport.

Nous joignons enfin à la présente lettre une note synthétique qui expose les problèmes d'ordre méthodologique soulevés par les annexes du rapport. Cette note fait partie intégrante de notre réponse dans le cadre de la procédure contradictoire.

Par ailleurs, nous souhaitons formuler quatre remarques d'ensemble sur les conditions dans lesquelles nous avons été amenés à travailler.

La première porte sur le caractère particulièrement bref du délai que vous nous avez imparti pour produire nos observations. Ce délai, initialement fixé à deux jours, a été porté à huit jours ouvrés à la suite de notre demande du 10 mars dernier. Il ne nous a pas permis de prendre pleinement connaissance des six annexes transmises, ni de répondre de manière précise aux faits, arguments et conclusions qu'elles contiennent. L'ensemble de ces documents comptent en effet près de 280 pages et comportent de très nombreuses données, notamment chiffrées, dont il est matériellement impossible de vérifier l'exactitude dans un délai aussi bref.

Le principe du contradictoire, qui s'applique aux travaux réalisés par les missions d'inspection ministérielle, exigeait qu'un délai plus long nous soit accordé pour produire une réponse précise et circonstanciée. Nous observons à cet égard qu'en vertu de la loi, les organismes contrôlés par l'IGAS doivent disposer d'un délai de deux mois pour faire valoir leurs observations¹ et que l'IGF octroie généralement un délai de plusieurs semaines aux personnes visées par un contrôle pour transmettre leur réponse.

En deuxième lieu, le délai octroyé nous a contraint à cibler nos observations sur un périmètre d'étude limité et à restreindre le champ de nos réponses à certaines constatations effectuées par la mission d'inspection. Ce parti pris ne signifie pas pour autant que nous adhérons au reste des allégations contenues dans les annexes du rapport. Nos remarques sont donc émises sous toutes réserves.

Nous regrettons vivement de ne pas avoir eu l'opportunité de bénéficier d'un délai de réponse raisonnable. L'octroi d'un tel délai nous aurait permis de clarifier plusieurs points d'incertitude ou d'imprécision et d'identifier, dans un premier temps, puis de proposer, le cas échéant, les mesures à mettre en œuvre pour atteindre les meilleures pratiques du secteur, ce qui est l'objectif constant de notre groupe et une valeur profonde de sa culture. La qualité d'ensemble des travaux réalisés par la mission en aurait gagné.

En troisième lieu, nous tenons à souligner que nous n'avons pas eu communication du rapport lui-même, alors que celui-ci constitue une pièce maîtresse de la procédure contradictoire. Nous n'avons donc pas pu nous prononcer à ce stade sur les conclusions mises en exergue par ce rapport à partir des annexes. Afin de pouvoir y répondre, nous souhaiterions savoir dans quel délai le rapport provisoire nous sera adressé afin que nous puissions présenter nos observations écrites et orales sur ce dernier.

Enfin, nous déplorons que la presse ait divulgué les conclusions préliminaires de ce rapport avant même l'achèvement de la procédure contradictoire². Nous nous inquiétons des risques que fait peser une telle publicité sur la sérénité du processus d'élaboration du rapport et des décisions éventuelles qui seront prises à son terme.

Nous nous permettons de rappeler à cet égard que les rapports provisoires établis par les missions d'inspection ministérielle ont le caractère de documents préparatoires et qu'ils ne sont pas communicables au public. Comme l'a jugé encore très récemment le Conseil d'Etat, cette règle vise « à assurer la sérénité du processus d'élaboration des décisions au sein de l'administration et donc à garantir le bon fonctionnement de cette dernière » et se justifie donc par un « motif d'intérêt général » [CE, 24 février 2022, *Société Le Parisien Libéré*, n° 459086].

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Inspecteurs généraux, l'expression de ma haute considération.

Philippe CHARRIER
Président-Directeur Général

¹ Article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire.

² Voir notamment l'article publié le 21 mars 2022 dans le journal Le Monde.

<p>Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes</p>	<p>Réponses de la mission</p>
<p><u>Courrier de transmission du PDG d'Orpea</u></p> <p>Messieurs les Inspecteurs généraux,</p> <p>Par un courriel daté du 9 mars 2021, vos services nous ont transmis les six annexes au rapport de la mission conjointe d'inspection IGAS/IGF sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpea. Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous nous avez invités à formuler nos observations sur ces annexes.</p> <p>En réponse à votre invitation, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint les commentaires que les annexes transmises suscitent de notre part. Ces commentaires sont reproduits dans les tableaux que vous nous avez communiqués et qui correspondent aux différentes annexes du rapport. Nous joignons enfin à la présente lettre une note synthétique qui expose les problèmes d'ordre méthodologique soulevés par les annexes du rapport. Cette note fait partie intégrante de notre réponse dans le cadre de la procédure contradictoire.</p> <p>Par ailleurs, nous souhaitons formuler quatre remarques d'ensemble sur les conditions dans lesquelles nous avons été amenés à travailler.</p> <p>La première porte sur le caractère particulièrement bref du délai que vous nous avez imparti pour produire nos observations. Ce délai, initialement fixé à deux jours, a été porté à huit jours ouvrés à la suite de notre demande du 10 mars dernier. Il ne nous a pas permis de prendre pleinement connaissance des six annexes transmises, ni de répondre de manière précise aux faits, arguments et conclusions qu'elles contiennent. L'ensemble de ces documents comptent en effet près de 280 pages et comportent de très nombreuses données, notamment chiffrées, dont il est matériellement impossible de vérifier l'exactitude dans un délai aussi bref.</p> <p>Le principe du contradictoire, qui s'applique aux travaux réalisés par les missions d'inspection ministérielle, exigeait qu'un délai plus long nous soit accordé pour produire une réponse précise et circonstanciée. Nous observons à cet égard qu'en vertu de la loi, les organismes contrôlés par l'IGAS doivent disposer d'un délai de deux mois pour faire valoir leurs observations 1 et que l'IGF octroie généralement un délai de plusieurs semaines aux personnes visées par un contrôle pour transmettre leur réponse.</p> <p>En deuxième lieu, le délai octroyé nous a contraint à cibler nos observations sur un périmètre d'étude limité et à restreindre le champ de nos réponses à certaines</p>	<p>La conception du délai raisonnable défendue par le groupe Orpea s'appuie sur une lecture erronée de l'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire. En effet, le délai de deux mois de contradictoire mentionné dans l'article 42 concerne uniquement le contrôle par l'IGAS du compte d'emploi des ressources des organismes faisant appel à la générosité du public 1, du fait de la spécificité des contrôles exercés sur ces organismes. Le délai de deux mois n'est donc pas applicable aux autres structures contrôlées et le groupe Orpea ne peut s'en prévaloir.</p>

<p>Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes</p>	<p>Réponses de la mission</p>
<p>constatations effectuées par la mission d'inspection. Ce parti pris ne signifie pas pour autant que nous adhérons au reste des allégations contenues dans les annexes du rapport. Nos remarques sont donc émises sous toutes réserves.</p> <p>Nous regrettons vivement de ne pas avoir eu l'opportunité de bénéficier d'un délai de réponse raisonnable. L'octroi d'un tel délai nous aurait permis de clarifier plusieurs points d'incertitude ou d'imprécision et d'identifier, dans un premier temps, puis de proposer, le cas échéant, les mesures à mettre en œuvre pour atteindre les meilleures pratiques du secteur, ce qui est l'objectif constant de notre groupe et une valeur profonde de sa culture. La qualité d'ensemble des travaux réalisés par la mission en aurait gagné.</p> <p>En troisième lieu, nous tenons à souligner que nous n'avons pas eu communication du rapport lui-même, alors que celui-ci constitue une pièce maîtresse de la procédure contradictoire. Nous n'avons donc pas pu nous prononcer à ce stade sur les conclusions mises en exergue par ce rapport à partir des annexes. Afin de pouvoir y répondre, nous souhaiterions savoir dans quel délai le rapport provisoire nous sera adressé afin que nous puissions présenter nos observations écrites et orales sur ce dernier.</p> <p>Enfin, nous déplorons que la presse ait divulgué les conclusions préliminaires de ce rapport avant même l'achèvement de la procédure contradictoire. Nous nous inquiétons des risques que fait peser une telle publicité sur la sérénité du processus d'élaboration du rapport et des décisions éventuelles qui seront prises à son terme.</p> <p>Nous nous permettons de rappeler à cet égard que les rapports provisoires établis par les missions d'inspection ministérielle ont le caractère de documents préparatoires et qu'ils ne sont pas communicables au public. Comme l'a jugé encore très récemment le Conseil d'Etat, cette règle vise « à assurer la sérénité du processus d'élaboration des décisions au sein de l'administration et donc à garantir le bon fonctionnement de cette dernière » et se justifie donc par un « motif d'intérêt général » (CE, 24 février 2022, Société Le Parisien Libéré, n° 459086).</p>	<p>Pour être considéré comme raisonnable, le délai laissé à un organisme contrôlé doit être suffisant pour que l'intéressé prépare sa réponse. De fait, le rapport provisoire a été adressé à Orpea le 9 mars et la réponse d'Orpea a été transmise à la mission le 21 mars. Ainsi, le délai de 12 jours calendaires accordé à Orpea pour prendre connaissance et produire ses observations sur les constats du rapport constituait bien un délai raisonnable, dans le cadre d'une mission d'une durée totale d'un mois. La mission constate que ce délai a permis à Orpea d'analyser le rapport dans le détail comme le montre la longueur des réponses apportées à chaque annexe.</p> <p>Par ailleurs, la mission tient à rappeler qu'elle a organisé deux séances de restitution de ses principaux constats les 28 février et 4 mars (séance de plus de deux heures portant sur l'ensemble des constats) afin de lui permettre de commencer à préparer le contradictoire formel.</p> <p>S'agissant des « réserves » exprimées par Orpea, la mission rappelle que, conformément aux bonnes pratiques d'inspection, l'organisme contrôlé a été mis en situation de produire ses observations et la mission en a systématiquement tenu compte quand elle estimait que les éléments transmis rendaient nécessaire de modifier le rapport.</p> <p>La mission confirme que le rapport est bien constitué exclusivement des six parties dénommées « annexes » dans la version provisoire et « chapitres » dans la version définitive du rapport, pour éviter toute confusion. Ces six parties ont été intégralement transmises à Orpea dans le cadre de la procédure contradictoire. Le document mentionné dans les échanges avec Orpea ne constitue pas une composante du rapport mais une synthèse adressée par la mission aux Ministres. Ce document n'a donc pas vocation à être soumise à la procédure contradictoire.</p> <p>La mission souligne par ailleurs qu'elle n'ignore pas les règles relatives à la publicité et à la communicabilité des rapports d'inspection.</p>

¹ Organismes visés à l'article 3 de la loi n° 91-772 du 7 août 1991 comme l'indique clairement l'article 42.

<p><u>Observations générales d'Orpea sur les difficultés méthodologiques soulevées par les annexes du rapport d'étape établi par la mission conjointe d'inspection IGF/IGAS</u></p> <p>Par un courriel daté du 9 mars 2021, vous avez bien voulu nous communiquer les annexes au rapport d'étape établies par la mission d'inspection IGAS/IGF sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea, étant précisé que le rapport lui-même ne nous a pas été adressé.</p> <p>Les observations qu'elles appellent de notre part sont compilées dans les tableaux de réponse que vous nous avez communiqués, comprenant, pour chacune des annexes, une synthèse des points clés de notre analyse.</p> <p>En complément de ces observations, que nous avons été contraints de produire dans délai particulièrement bref, nous souhaitons évoquer les difficultés d'ordre méthodologique que soulèvent, à notre sens, les annexes transmises. C'est l'objet de la présente note, qui fait partie intégrante de notre réponse.</p> <p>1) Les sources des travaux réalisés par la mission ne sont pas toujours précisément identifiées</p> <p>La note de méthode établie par la mission énumère les différentes sources utilisées pour la rédaction des annexes du rapport.</p> <p>Certaines sources sont précisément identifiées. La note de méthode fournit par exemple la liste complète des EHPAD du groupe Orpea ayant fait l'objet d'une visite inopinée de la mission d'inspection ou sur lesquels portent les rapports d'ARS qu'elle a consultés.</p> <p>En revanche, d'autres sources sont décrites dans des termes particulièrement flous. A titre d'illustration, la note de méthode fait état d'un « <i>échantillon de 45 rapports d'évaluation externe sur des établissements ORPEA, établis entre 2014 et 2021</i> » ou d'un « <i>échantillon de 15 rapports d'évaluation interne des EHPAD ORPEA, établis entre 2013 et 2021</i> ». Elle ne mentionne pas toutefois le nombre total des rapports existants, le nom des établissements faisant partie des échantillons retenus² et les critères sur lesquels la mission s'est fondée pour procéder à sa sélection. La même remarque peut être formulée à l'égard de l'échantillon de CPOM retenu par la mission.</p> <p>En l'absence de telles précisions, et malgré tous nos efforts, il nous est difficile d'apporter des réponses précises et étayées dans le cadre du contradictoire. Cela est également</p>	<p>Le rapport constitué des six chapitres a bien été adressé à Orpea dans son intégralité, comme indiqué précédemment.</p>
<p>L'ensemble des sources exploitées par la mission ont été clairement identifiées et communiquées à Orpea dans le cadre du rapport provisoire (établissements visités par la mission, rapports d'ARS 2018-2021) et en réponse à la demande d'Orpea au début de la période contradictoire (évaluations internes et externes).</p> <p>Concernant l'échantillonnage et les critères de sélection des rapports concernés, la mission souligne que l'intégralité des rapports d'ARS sur des EHPAD Orpea sur la période 2018-2021 ont été exploités. Cette exploitation systématique est venue compléter les 10 visites inopinées réalisées par la mission elle-même, sur des sites déterminés notamment pour assurer une large représentation géographique (6 régions concernées par ces 10 visites). Des rapports d'évaluation interne et externe ont été analysés en complément afin d'identifier les éléments recoupant ceux identifiés par les ARS et par la mission, sur la base d'un échantillon permettant de représenter un nombre significatif de régions et une période de plusieurs années.</p>	

Réponses aux observations générales

Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes	Réponses de la mission
<p>préjudiciable dans une optique d'amélioration de nos pratiques à laquelle nous sommes attachés. Enfin, sans comprendre ni identifier l'échantillonnage, nous ne pouvons pas nous assurer de la représentativité des constatations opérées par la mission.</p>	<p>Orpea ne peut donc pas indiquer ne pas être en mesure d'« <i>apporter des réponses précises et étayées</i> » aux observations de la mission, qui s'appuient à la fois sur les investigations conduites au siège, dans les établissements et sur des sources statistiques diverses comme le précise la note méthodologique.</p>

² La mission a accepté ultérieurement et à notre demande de nous fournir la liste de ces rapports.

<p>2) La mission tire parfois de situations isolées ou peu représentatives des observations générales pour l'ensemble des EHPAD d'Orpea</p> <p>Dans certains cas, la mission se fonde sur des situations isolées ou peu représentatives pour en tirer des conclusions générales, qu'elle estime valables pour l'ensemble des EHPAD Orpea, et cela sans toujours prendre en considération les impacts – pourtant essentiels – de la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19.</p> <p>Plusieurs points des annexes du rapport permettent d'illustrer cette observation.</p> <p>Le point 1 de l'annexe I affirme ainsi, sans la moindre nuance, que « les équipes de direction des EHPAD du groupe Orpea sont fragilisées par un <i>turn over</i> élevé » (p. 1). Cette conclusion se fonde sur sept rapports de contrôle des ARS sur la période 2018-2021, sur différents constats établis par ces agences lors de visites effectuées au mois de février 2022 et sur les données disponibles concernant les EHPAD contrôlés par la mission.</p> <p>Les constatations opérées sur la base de ces documents ne nous semblent pas toutefois refléter la situation générale des EHPAD d'Orpea. Le taux moyen de rotation des équipes de direction dans ces établissements s'élève en effet à 12,8% sur le périmètre France du groupe au cours des quatre dernières années, ce qui correspond aux moyennes du secteur privé commercial des EHPAD. Par ailleurs, les données chiffrées mises en avant par la mission concernent uniquement les directeurs d'établissement et ne traitent pas de la situation des autres membres des équipes de direction (directeurs adjoints, assistants de direction, médecins coordonnateurs et infirmiers diplômés d'Etat coordonnateurs).</p>	<p>Aucun des exemples mis en avant par Orpea pour illustrer des « situations isolées » ne correspond à la réalité du contenu du rapport. Voir nos réponses détaillées ci-après, qu'il s'agisse des fragilités d'encadrement la nuit ou des insuffisances dans l'information aux familles et résidents sur les droits et libertés du résident.</p> <p>Sur le taux de <i>turn over</i>, le rapport est amendé.</p>
<p>De la même manière, le point 1.4 de l'annexe II évoque la législation en vigueur applicable à l'affichage de la charte des droits et libertés et affirme, au sujet d'Orpea, que « les droits et libertés du résident ne font pas l'objet d'une information claire auprès des résidents et des familles ». Cette assertion repose sur le fait qu'« un contrôle ARS a montré que ce n'était pas systématiquement le cas ». Il ne nous semble pas qu'une conclusion aussi générale puisse être tirée à partir de ce constat limité. Les nombreux éléments de réponse fournis par Orpea établissent au contraire que l'obligation d'information des droits et libertés du résident est respectée par les établissements du groupe.</p> <p>A titre d'illustration toujours, le point 2.2.1 de l'annexe II précise « le caractère souvent ramassé des équipes de nuit, composées essentiellement d'AS et d'AVS, peut donner lieu à certaines dérives, comme, selon un contrôle ARS... » (p. 10). Cette conclusion est issue d'un seul constat réalisé dans un seul EHPAD, ce qui ne nous semble pas pouvoir être considéré comme représentatif à l'échelle du groupe. Nous tenons sur ce point à souligner que la</p>	<p>Contrairement à ce qu'affirme Orpea, ce point 1.4 de l'annexe II du rapport, relatif aux droits et libertés du résident, repose sur de multiples constats puisque la mission s'est fondée sur cinq rapports d'ARS, plusieurs rapports d'évaluation externe et un audit interne. En évoquant un seul contrôle d'ARS, Orpea limite l'exposé du point 1.4 de l'annexe II à son 1er paragraphe, composé de deux lignes et demi, en ignorant la suite du texte.</p> <p>Ici encore, Orpea présente comme un constat isolé une allusion qui s'insère dans un faisceau d'éléments beaucoup plus large à l'appui d'une démonstration globale. En effet, les risques associés aux périodes de nuit, qui sont l'objet principal du point 2.2.1.2 de l'annexe II, sont illustrés à partir de plusieurs autres constats d'ARS, d'entretiens de la mission dans des EHPAD où elle s'est rendue, ainsi que d'éléments qu'elle s'y est procurés dont un registre des réclamations comportant des éléments édifiants³.</p>

<p>Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes</p>	<p>Réponses de la mission</p>
<p>composition des équipes de nuit au sein des établissements d'Orpea est conforme à la réglementation.</p>	
<p>3) Les constatations opérées par la mission au sujet des EHPAD Orpea ne sont pas toujours mises en perspective avec les pratiques de l'ensemble du secteur des EHPAD</p> <p>La note de méthode précise que la mission s'est appuyée sur plusieurs sources, afin de disposer de données de comparaison permettant de situer les EHPAD d'Orpea par rapport aux moyennes du secteur. Ce travail de comparaison, qui est essentiel pour mettre en lumière les éventuels points forts et points faibles du groupe, n'a pas été effectué de manière systématique.</p> <p>A titre d'illustration, le point 1.1 de l'annexe I relatif au taux de rotation des équipes de direction des EHPAD d'Orpea ne fournit aucune indication sur le taux des autres opérateurs du secteur, alors même que ces données sont aisément disponibles et sont au nombre de celles qui sont examinées avec attention par les ARS à l'occasion de leurs visites.</p> <p>De même, dans le point 2.3 de l'annexe I traitant des événements indésirables graves, la mission laisse entendre que le nombre d'événements déclarés à l'administration par les EHPAD Orpea est sous-évalué. Cette affirmation ne fait toutefois l'objet d'aucune mise en perspective quant à la situation de l'ensemble du secteur médico-social ce qui ne permet pas d'évaluer avec précision la position d'Orpea dans le domaine.</p> <p>Autre exemple, le point 3.2 de l'annexe I relatif aux enquêtes de satisfaction suggère que les taux de retour des enquêtes de satisfaction ne sont pas suffisamment élevés pour que les résultats puissent être considérés comme représentatifs. Toutefois, aucun élément (normes de référence ou taux de retour des établissements du secteur) n'est apporté pour comparer la situation des EHPAD d'Orpea par rapport aux moyennes du secteur et avoir une appréciation plus fine des choses.</p>	<p>Comme le reconnaît la réponse d'Orpea, la mission s'est appuyée sur de multiples sources statistiques permettant de situer les établissements d'Orpea par rapport aux moyennes du secteur. Pour autant, l'objet de la mission était de contrôler la gestion par le groupe Orpea de ses EHPAD, et non pas d'établir un benchmark systématique des pratiques des différents groupes du secteur médico-social. Sur ce sujet des points de comparaison, voir aussi la réponse de la mission aux observations d'Orpea dans le cadre du préambule de l'annexe II.</p> <p>Le rapport est amendé concernant le taux de turnover.</p> <p>Concernant les événements indésirables (Annexe 1 point 2.3.), le rapport démontre que le siège d'Orpea décide de ne pas transmettre aux autorités des événements indésirables sur la base d'une analyse centralisée considérant qu'il ne s'agit pas d'événements indésirables graves. Un benchmark sur le nombre d'EIG déclarés dans le secteur n'apporterait aucun élément pour nuancer ou revoir ce constat. Par ailleurs, les analyses portées par les rapports des ARS sur le groupe montrent que cette thématique des EIG est particulièrement saillante dans les écarts observés.</p> <p>S'agissant du point 3.2 de l'annexe 1 sur les enquêtes de satisfaction, la réponse d'Orpea est fondée sur un contre-sens : à aucun moment la mission n'affirme que les taux de retour de l'enquête de satisfaction seraient insuffisamment élevés. La partie en question porte sur les suites apportées aux résultats des enquêtes de satisfaction.</p>

³ Une famille y déplore notamment s'être vue répondre par l'équipe de direction, suite à des plaintes quant à des mauvais traitements la nuit, que la nuit il n'y avait « que deux professionnelles pour s'occuper de 90 résidents ». Or, si ce courrier remonte à 2018, les effectifs présents la nuit se situaient toujours au même niveau durant la nuit qui s'est intercalée entre les deux jours de présence de la mission dans l'établissement, en mars 2022.

<p>Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes</p>	<p>Réponses de la mission</p>
<p>4) Des éléments de contexte méritent d'être davantage pris en compte dans les analyses effectuées</p> <p>La crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19 a profondément impacté les conditions d'exercice des activités d'Orpea en 2020 et 2021. La période étudiée par la mission comprend ces deux années au caractère exceptionnel, ce qui est de nature à introduire un biais dans l'analyse.</p> <p>En effet, en 2020 et 2021, toutes les équipes et tous les moyens du groupe ont été consacrés à la gestion de la crise sanitaire. Les priorités d'Orpea ont été données à la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents accueillis. Le groupe a été le premier acteur à équiper ses collaborateurs de masques chirurgicaux ou à déployer des protocoles sur tous ses établissements, avec l'aide de sa cellule hygiène opérationnelle. Cette concentration de l'attention et des moyens a permis de protéger tant que possible les résidents et nos équipes des impacts de la crise sanitaire ; toutefois, elle peut aussi légitimement expliquer certains écarts, comme les retards pris dans la mise en œuvre de projets donnés. Ces circonstances exceptionnelles n'ont pas toujours été prises en considération par la mission.</p> <p>A titre d'exemple, dans l'annexe III, il aurait été utile de tenir compte du mécanisme de convergence tarifaire, applicable à tous les EHPAD, dans l'analyse effectuée sur les excédents générés sur les dotations soins et dépendance, d'autant que son impact s'est accéléré à compter de 2019. Or c'est justement l'année à partir de laquelle les excédents générés ont été plus importants, comme le mentionne le tableau 19 de l'annexe III. Notons que la situation de l'année 2020 est également à mettre en perspective au regard du contexte de la crise sanitaire et de ses conséquences, d'où notre précédente observation sur le sujet.</p>	<p>Les circonstances exceptionnelles liées à la crise sanitaire sont prises en compte et citées à plusieurs reprises dans le rapport. Du reste, les investigations de la mission portent sur une période qui remonte jusqu'en 2017, ce qui permet d'identifier les pratiques ne pouvant pas être rapportées à la crise sanitaire. Cette précaution visait à éviter le choix d'une période de référence défavorable au secteur des EHPAD, comme cela était déjà explicitement souligné dans le préambule de l'annexe II 4. Mais lorsque la mission se réfère (parfois) à des éléments antérieurs à la crise sanitaire, Orpea considère alors dans sa réponse qu'il s'agit d'éléments trop anciens (cf. infra, annexe I).</p> <p>La prise en compte de la convergence tarifaire est bel et bien présente, et détaillée, dans l'annexe III sur le budget. Cette annexe démontre précisément que le groupe n'a pas pris en compte, dans la construction des maquettes budgétaires initiales, les augmentations de ressources liées à la convergence tarifaire sur cette période, facteur qui a contribué à la constitution d'excédents en fin d'année.</p>

⁴ « L'exploitation de rapports plus anciens permet d'éviter une surreprésentation de la période où la crise du Covid a été la plus forte, qui a pu perturber fortement certaines dimensions de l'accompagnement pour des raisons évidentes (animation, restauration...) ».

<p>Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes</p>	<p>Réponses de la mission</p>
<p>5) Les critiques formulées au sujet du rôle du siège administratif sont ambivalentes</p> <p>Les critiques formulées au sujet du rôle du siège administratif sont ambivalentes. Il est reproché au siège administratif tout à la fois de ne pas laisser suffisamment d'autonomie aux établissements du groupe et d'être parfois absent.</p> <p>Les points 2 et 3 de l'annexe I illustrent parfaitement ce propos. Le point 2 s'intitule « <i>La prévention et le suivi des événements indésirables pâtissent d'une procédure complexe et centralisée au niveau du Siège</i> », tandis que le point 3 évoque le fait que « <i>La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement ne fait pas l'objet d'une stratégie affirmée au niveau du Siège</i> ». Or la participation des résidents et familles au fonctionnement de l'établissement ne peut être gérée qu'à l'échelle de chaque établissement, en fonction du contexte de chacun, des projets menés ou des attentes exprimées. Il est difficile dans ces conditions de déterminer les exigences attendues par la mission.</p> <p>Par ailleurs, le rapport récent de la Cour de comptes semble interpréter différemment le rôle d'un groupe dans la gestion d'un EHPAD et dans l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge. Le chapitre II de la partie IV de ce rapport souligne à cet égard que « <i>Le caractère bénéfique de l'appartenance à un réseau ou à un groupe d'établissements : Les Ehpad ne sont plus en mesure d'assumer seuls les problématiques liées à la santé, la sécurité et même le bien-être de leurs résidents. L'insertion au sein d'un réseau constitué d'autres acteurs de santé ou d'un groupe d'envergure régionale ou nationale conditionne l'amélioration de la qualité de leur prise en charge et permet de rompre avec l'isolement dont souffrent encore certaines structures</i> ».</p>	<p>Le constat global de la mission est celui d'une organisation très centralisée au niveau du siège, ce qui n'empêche pas de mettre l'accent sur les points sur lesquels la stratégie du groupe semble peu affirmée, comme la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Le rapport ne remet pas en question l'intérêt de l'existence de groupes d'EHPAD. La mission s'est attaché à investiguer dans le cadre fixé par la demande des ministres, et a réalisé, à ce titre, des constats portant sur les seules activités des EHPAD du groupe Orpea en France. La mission rappelle par ailleurs infra, en réaction à la réponse d'Orpea à l'annexe II (point 2.3.1), que la Cour des comptes n'en évoque pas moins d'autres éléments.</p>

<p>6) Les titres retenus par la mission sont souvent orientés, incluant ainsi une lecture à charge, que ne confirme pas nécessairement la lecture détaillée des annexes</p> <p>Les titres retenus par la mission sont parfois en décalage avec le contenu des développements qu'ils annoncent ou sont insuffisamment nuancés.</p> <p>Par exemple, le point 2.1.1 de l'annexe II est intitulé « <i>Un EHPAD d'Orpea sur cinq (18%) est dépourvu de médecin coordonnateur</i> ». Ce titre occulte néanmoins le fait – souligné dans les paragraphes qui suivent – que la proportion d'EHPAD Orpea sans médecin « <i>reste sensiblement inférieure aux 33% très récemment évoqués par la Cour des comptes dans son analyse transversale de la situation du secteur</i> ». Par souci de cohérence, le titre aurait dû être formulé en tenant compte de cet élément essentiel.</p> <p>De même, à l'annexe I, le titre du point 3.2 « <i>Les enquêtes de satisfaction, dont les résultats ne sont pas toujours exploités au niveau des établissements, sont principalement destinés à la communication externe</i> » induit le lecteur en erreur à un double titre. En premier lieu, il n'est fait référence, dans l'exposé, qu'à des communications internes au groupe : « <i>Ces résultats sont présentés au COMEX et aux instances de gouvernance du groupe</i> ». Par ailleurs, tout le dispositif de l'enquête de satisfaction annuelle est conçu pour présenter les résultats de cette évaluation aux salariés, résidents et familles, comme cela est détaillé dans le tableau de réponse joint.</p> <p>Autre illustration, le point 2.3.2 de l'annexe II s'intitule : « <i>Il est fréquent que le dossier médical ne permette pas la traçabilité des soins</i> », alors que la mission précise plus loin que : « <i>Il s'agit toutefois d'un problème récurrent dans les EHPAD en tarif partiel, depuis l'échec du dispositif des contrats-types (cf. 2.1.1.2) avec certains médecins traitants refusant de saisir les informations dans les logiciels de suivi des EHPAD car ils tiennent déjà le dossier patient à leur cabinet et ne veulent pas saisir deux fois. De plus certains EHPAD rencontrent des difficultés pour obtenir les comptes rendus opératoires ...</i> ». La mission observe également qu'« <i>a contrario, pour les transferts des résidents en urgence, l'outil NetSoins permet l'édition automatisée d'un dossier de liaison d'urgence complet</i> », ce qui témoigne de la volonté d'Orpea d'assurer la transmission et la continuité des soins. Là encore, par souci de cohérence, il nous semble que le titre du point 2.3.2 aurait pu intégrer ces nuances.</p> <p>Dans le même esprit, le titre 2.3.4 de l'annexe II « <i>En matière de suivi, l'état bucco-dentaire est particulièrement négligé...</i> » ne tient pas compte d'une référence sectorielle essentielle pour mettre en perspective ce propos, pourtant évoquée par la mission elle-même (« <i>La prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées est certes un sujet identifié comme un axe d'amélioration bien au-delà des seuls EHPAD du groupe Orpea</i> »).</p>	<p>Les observations d'Orpea sur les titres ont été prises en compte lorsqu'elles paraissent pertinentes et suffisamment étayées. Ces points sont détaillés au niveau de chaque annexe</p>
--	---

<p>Courrier de transmission du PDG d'Orpea et observations générales sur les annexes</p>	<p>Réponses de la mission</p>
<p>Le titre 2.3.5 « <i>Il existe des points de vulnérabilité dans la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament</i> » occulte complètement deux points majeurs dans l'appréciation de cette thématique : « <i>Ces rapports [des ARS] concluent généralement à une prise en charge médicamenteuse « bonne dans l'ensemble » dans le cas des EHPAD d'Orpea</i> » et « <i>Le groupe semble par ailleurs veiller à limiter la iatrogénie, avec notamment une volonté de juguler l'usage des neuroleptiques, (...), et confirmée par les statistiques de consommation des résidents des EHPAD d'Orpea</i> ».</p> <p>Enfin, de nombreux titres de l'annexe V utilisent le terme de « <i>pression</i> » en se référant à « <i>des verbatim des plans d'actions d'EHPAD de mars 2019</i> » ou « <i>des échanges de courriels en 2018</i> ». Pourtant, la mission salue au point 1.2.3 de l'annexe I l'existence d'« <i>une autre méthode de management fondée sur la responsabilisation et moins de reporting</i> » et relève, dans le sillage de cette constatation, au point 1.2.3 de l'annexe V, que « <i>l'analyse des plans d'action de novembre 2021 fait apparaître que les pratiques commencent à évoluer</i> ». Là encore, il aurait été souhaitable que les titres retenus à l'annexe V tiennent compte davantage de l'évolution des pratiques managériales d'Orpea.</p>	
<p>7) Les noms des employés et dirigeants d'Orpea visés par les constatations du rapport doivent être supprimés</p> <p>Les annexes du rapport occultent, dans la majorité des cas, le nom des employés du groupe ou de leurs dirigeants. Nous relevons toutefois la présence de telles données dans plusieurs extraits des annexes.</p> <p>Par souci de cohérence, et afin de protéger la vie privée des personnes concernées, nous souhaiterions que le rapport de la mission supprime toute mention du nom des employés et dirigeants d'Orpea visés par les constatations du rapport. Celui-ci ne devrait faire état que de leurs fonctions.</p>	<p>Le rapport définitif occulte les noms des salariés et dirigeants du groupe.</p>

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

ANNEXE I

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

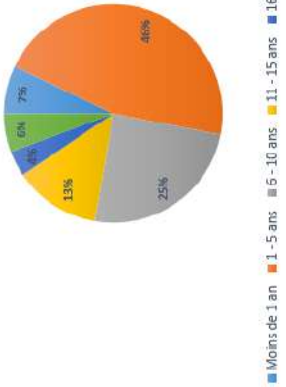
Annexe I

Tableau 1 : Synthèse d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe 1

Observations d'Orpéa à l'annexe 1 L'organisation et le fonctionnement des EHPAD Orpea	Réponses de la mission
<p>Note de synthèse Annexe I</p> <p>L'annexe I porte sur l'organisation et le fonctionnement du groupe ORPEA.</p> <p>Vous trouverez ci-après, sous forme de tableau, les réponses précises que nous apportons à certains points évoqués dans cette annexe.</p> <p>Dans un souci de clarté, vous trouverez ci-après la synthèse de nos observations sur deux séries de constatations effectuées par la mission. Ces constatations portent, d'une part, sur le taux de rotation des équipes de direction du groupe Orpea, et d'autre part, sur la gestion par le groupe des événements indésirables et des actes de maltraitance.</p> <p>En premier lieu, la mission constate un turnover très important des équipes de direction du groupe Orpea, ce qui révèle selon elle un mal être des cadres de direction, une absence d'autonomie des directeurs d'établissements, voire une pression trop importante exercée sur eux. Cette affirmation ne reflète absolument pas la situation réelle du groupe Orpea.</p> <p>Ainsi qu'il est indiqué dans nos réponses, les Directeurs d'Etablissement du groupe Orpea ont une ancienneté moyenne de 7 ans, loin donc de l'idée d'un turn-over trop important.</p> <p>De plus, contrairement à ce qui est allégué dans l'annexe, les directeurs d'établissement et les directeurs régionaux participent pleinement à la vie du groupe et en constituent même les forces vives.</p> <p>On notera d'ailleurs que lors d'une étude réalisée en 2019 par le cabinet [...] auprès des 318 directeurs d'établissement et directeurs régionaux du groupe en France, 86% d'avis favorables ont été émis par eux-mêmes sur les critères de responsabilité et d'autonomie sur lesquels ils étaient interrogés.</p>	<p>Le rapport est amendé afin de mentionner l'ancienneté moyenne des directeurs d'exploitation (de même que la médiane, significativement inférieure à la moyenne).</p>

Annexe I

<p>Enfin, le projet d'établissement, qui montre bien la singularité de chaque établissement, est au cœur de la démarche de chacun et constitue un facteur important de mobilisation des équipes locales et de dialogue avec le niveau régional.</p> <p>Seule la crise sanitaire récente d'une violence reconnue par tous, plus particulièrement dans les EHPAD, explique le retard apporté au renouvellement des projets d'établissement qui devaient être revus courant 2020. Nos directeurs d'établissement ont dû revoir leurs priorités opérationnelles pour protéger les résidents de leurs établissements et ont fait, à raison, le choix de différer le renouvellement de leur projet d'établissement.</p> <p>En second lieu, la mission reproche au groupe Orpea de minimiser dans sa collecte d'informations, sa pratique et ses réactions, les événements indésirables et les actes de maltraitance. Nous réfutons catégoriquement cette affirmation qui ne reflète en rien les pratiques du groupe ORPEA.</p> <p>Même si nous reconnaissons des marges d'amélioration sur le délai de transmission des événements indésirables aux autorités de contrôle, ceux-ci sont toutefois bien recensés, évalués, transmis aux autorités de tutelle et suivis. Il peut arriver que les autorités de contrôle, après avoir été saisies par nos soins, nous indiquent que ces événements indésirables n'en sont, de fait, pas. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé dans deux cas sur les trois interrogeant la mission, la tutelle n'ayant pas retenu ces deux dossiers. Le troisième cas mentionné par la mission a lui été qualifié d'événement indésirable après dialogue avec la tutelle et a été enregistré comme tel.</p> <p>Contrairement enfin à ce qu'il est indiqué dans l'annexe I, le numéro Allo Maltraitance 3977 est affiché dans l'ensemble des établissements de notre groupe et l'ensemble des directeurs d'établissement accordent à ces sujets une attention toute particulière.</p> <p>Le bien-être de nos résidents est au cœur de nos préoccupations et de la mission que nous assignent les familles qui nous les confient. Tout manquement fait l'objet de démarches rigoureuses et attentives dans le cadre de plan d'action ciblés.</p>	<p>Le caractère central du projet d'établissement n'apparaît pas dans les établissements visités par la mission.</p> <p>Le rapport mentionne déjà le Covid comme facteur conjoncturel contribuant à expliquer que deux tiers des projets d'établissement soient expirés. Cette explication n'est pas suffisante pour autant. Le non renouvellement des projets d'établissement, comme les insuffisances de leur contenu dans certains cas (absence de projet spécifique pour des unités adaptées), figuraient déjà dans les constats établis par les ARS avant la crise sanitaire.</p> <p>La mission maintient son constat sur le circuit du signalement et du traitement des événements indésirables. Il existe en ce domaine, comme dans d'autres, un décalage important entre la volonté affichée du groupe soutenue par de nombreuses procédures et la réalité constatée au sein des établissements. Par ailleurs, la centralisation et la complexité de la procédure de signalement entraînent des retards de transmission et un manque d'appropriation de la culture de sécurité au sein des établissements permettant de faire émerger les cc pour pouvoir en analyser les causes profondes, concourant ainsi à la démarche d'amélioration continue la qualité de la prise en charge. Ceci implique de ne pas être dans une logique punitive au sein de l'établissement mais également entre l'établissement et la tutelle. La mission apporte des réponses à chaque observation ci-dessous.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire concernant le constat d'absence d'affichage du 3977 dans les établissements visités.</p>
---	---

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses d'Orpea	Réponse de la mission															
<p>Annexe I, 1.1, page 1, « Au sein des EHPAD contrôlés par la mission, le taux de rotation [des directeurs] apparaît élevé pour cinq des huit EHPAD pour lesquels la donnée est disponible et très élevée pour deux d'entre eux (moins d'un an et demi en moyenne sur le poste) »</p>	<p>Afin que les lecteurs du rapport aient une vision complète et exacte du sujet, il conviendrait de rapporter le nombre de directeurs d'EHPAD ayant quitté le Groupe, soit en moyenne 30 par an, au nombre total d'EHPAD d'Orpea. Il ressort d'un tel examen que :</p> <ul style="list-style-type: none"> le taux de turnover moyen des Directeurs d'EHPAD sur le périmètre France au cours des 4 dernières années est de 12,8% ; <table border="1" data-bbox="620 1102 834 1899"> <thead> <tr> <th colspan="5">Taux moyens de rotation des directeurs d'EHPAD depuis 2018</th> </tr> <tr> <th>Turnover 2018</th> <th>Turnover 2019</th> <th>Turnover 2020</th> <th>Turnover 2021</th> <th>Moyenne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15,07%</td> <td>13,88%</td> <td>9,02%</td> <td>13,36%</td> <td>12,83%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> à la date du 31 janvier 2022, la moyenne de l'ancienneté des directeurs d'EHPAD sur le périmètre France est de 7 ans. <p style="text-align: center;">Ancienneté des Directeurs Ehpads Orpea</p>  <p>■ Moins de 1 an ■ 1 - 5 ans ■ 5 - 10 ans ■ 11 - 15 ans ■ 16 - 20 ans ■ 21 ans et plus</p>	Taux moyens de rotation des directeurs d'EHPAD depuis 2018					Turnover 2018	Turnover 2019	Turnover 2020	Turnover 2021	Moyenne	15,07%	13,88%	9,02%	13,36%	12,83%	<p>Le rapport provisoire est amendé pour faire mention de ce taux de turnover moyen.</p> <p>La mission constate que le groupe Orpea ne conteste pas l'observation sur les directeurs d'exploitation arrivés récemment, mise en avant dans des rapports d'ARS et dans les contrôles de la mission. Le rapport provisoire est amendé pour faire mention de l'ancienneté moyenne des directeurs ainsi que l'ancienneté médiane, très inférieure selon les éléments transmis par Orpea.</p>
Taux moyens de rotation des directeurs d'EHPAD depuis 2018																	
Turnover 2018	Turnover 2019	Turnover 2020	Turnover 2021	Moyenne													
15,07%	13,88%	9,02%	13,36%	12,83%													

Annexe I

Ancienneté	Nombre de Directeurs d'EH PAD	Taux
Moins de 1 an	15	7%
1 - 5 ans	97	46%
6 - 10 ans	52	25%
11 - 15 ans	27	13%
16 - 20 ans	8	4%
21 ans et plus	12	6%
Total	211*	100%

*211 directeurs : ce nombre ne correspond pas au nombre total d'EH PAD d'Orpea, dans la mesure où les directeurs adjoints et/ou adjoints en cours de diplôme n'obtiendront le titre de directeur qu'une fois diplômé et sont supervisés dans l'attente par le Directeur régional et/ou un directeur senior de proximité.

Au vu de ces données, le constat effectué par la mission sur la base des 10 établissements visités ne nous semble pas refléter la situation générale des EHPAD d'Orpea, ce pourquoi il nous paraît important de revoir le titre de l'annexe I, 1.1. Il convient d'ajouter à cela que les EPHAD faisant partie de l'échantillon des établissements contrôlés par la mission ne sont pas représentatifs de l'ensemble des EPHAD du Groupe. Plusieurs de ces établissements ont en effet connu des difficultés particulières à certaines périodes (Toulouse Crampel, Pré St Gervais La Chanterelle, Paris Saint Jacques).

Le titre de cette section « L'autonomie de la direction d'établissement est limitée par le niveau régional et le siège » nous semble devoir être nuancé pour les raisons suivantes :

- Les Directeurs Régionaux utilisent des termes différents pour qualifier leurs actions d'accompagnement ("accompagnement", "appui", "coaching").
- Par ailleurs, une enquête anonyme a été réalisée en novembre 2019 par [...] « Clinea Pulse Check – Management » auprès de 318 directeurs d'établissement et Directeurs Régionaux en France (taux de retour de 85%) pour recueillir leur perception de leur Management. Cette enquête révèle que les directeurs d'établissement ont une grande

Le titre de la sous-partie a été amendé.

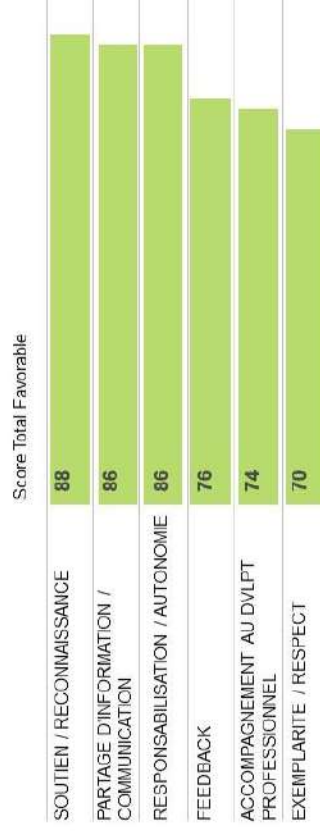
La mission maintient ses observations.

Annexe I, 1.2.
page 2,
« L'autonomie de la direction d'établissement est limitée par le niveau régional et le siège »

confiance en leur direction. Ils évaluent en effet le critère « Responsabilisation / Autonomie » à 86% d'avis favorables.

Résultats vs normes France

Des scores en valeur absolue élevés sur toutes les catégories, très au dessus des a français tant global que sur la population manager.



www.towerswatson.com
© 2019 Willis Towers Watson. All rights reserved. Priorities and Confidential. For Willis Towers Watson and Willis Towers Watson client use only.

W

L'affirmation selon laquelle « ... le médecin coordinateur de l'établissement est recruté par le médecin régional, et l'IDEC de l'établissement est recruté par l'IDEC régional » nous semble inexacte pour les raisons suivantes :

- Concernant le recrutement du médecin coordinateur : même si le médecin coordinateur régional effectue un premier entretien permettant de s'assurer que le candidat possède bien les compétences techniques requises, le (ou les) candidat(s) est (sont) ensuite reçu(s) par le directeur d'établissement. Le recrutement du médecin coordinateur est validé par

Le rapport est amendé sur ce point, pour indiquer le rôle du directeur d'exploitation aux côtés du médecin coordinateur régional.

Annexe I, 1.2.1. page 2, « Le périmètre d'activité du directeur d'exploitation est assez restreint... »

celui-ci et le médecin coordonnateur régional (cf. procédure « recrutement et intégration du médecin coordonnateur en ehpad »). Par ailleurs, ces modalités de recrutement mises en place depuis quelques années ont prouvé leur efficacité, dans la mesure où le candidat médecin a l'assurance de pouvoir échanger avec un confrère médecin. Un des principaux indicateurs de réussite de ce mode opératoire est le taux de vacance des postes de médecins coordonnateurs au sein des EHPAD Orpea. Ce taux, qui s'élève à 18%, est relativement faible par rapport à la moyenne du secteur (33% selon le rapport de la Cour des Comptes de février 2022).

- Concernant le recrutement de l'IDEC : l'IDEC régionale peut certes être associée au processus de recrutement de l'IDEC, en rendant à la demande du Directeur d'établissement un avis technique sur les compétences du (ou des) futur(s) candidat(s). Toutefois, la décision du recrutement appartient exclusivement au Directeur d'établissement. Ce dernier n'est aucunement lié par l'avis de l'IDEC régionale.

L'affirmation selon laquelle « l'autonomie du directeur d'établissement est fortement limitée en pratique » nous paraît devoir être nuancée : En effet, les Directeurs d'établissement jouissent d'une grande autonomie dans l'exploitation quotidienne de leur établissement.

- Au-delà de cette autonomie, ils ont la responsabilité de définir les grandes orientations de leur structure. La délégation de pouvoir qui leur est consentie le confirme :
 - Les Directeurs d'établissement rédigent, mettent en œuvre et animent leur projet d'établissement (cf. point 1.4 de la délégation de pouvoirs du directeur d'établissement) ;
 - les Directeurs d'établissement sont en charge de l'élaboration du budget de l'établissement (cf. point 1.4 de la délégation de pouvoirs du directeur d'établissement) ;
 - Les Directeurs d'établissement pilotent leur établissement de manière autonome et informent de façon périodique le Directeur Régional, notamment des difficultés rencontrées ou des moyens qui leur feraient défaut dans la gestion de leur établissement (cf. point 2 de la délégation de pouvoirs du directeur) ;
 - Les Directeurs d'établissement décident en toute autonomie de l'affectation de leur budget de fonctionnement et procèdent aux arbitrages des priorités de leur établissement (cf. point 2.2 de la délégation de pouvoirs du directeur).

Le rapport est amendé sur ce point, pour indiquer le rôle du directeur d'exploitation aux côtés de l'IDEC régional.

La mission maintient ses observations. Les exemples pris par Orpea ont trait à des champs qui n'illustrent pas, loin de là, une forte autonomie des directeurs d'exploitation (budget, RH).

Annexe I

	<ul style="list-style-type: none"> • S'agissant des embauches de salariés, le Directeur d'établissement a la possibilité de valider lui-même une demande d'embauche sans attendre l'accord du Directeur Régional s'il juge que celle-ci est urgente et absolument nécessaire à la continuité de l'activité. En pratique, sur les 5 dernières années, le taux de validation des recrutements par le Directeur d'établissement s'élève en moyenne à 23%, ce qui contredit le point que tout recrutement est systématiquement validé par la Direction régionale. • En raison de la crise du covid-19, les priorités des Directeurs d'établissement ont évolué ponctuellement pour faire face à une pénurie de salariés sans précédent et à une nécessité accrue d'accompagnement des résidents et familles. Ces circonstances particulières pourraient expliquer le sentiment de la mission que le rôle du Directeur d'établissement se résume à la conclusion du présent point du rapport (point 1.2.1. « ...La marge de manœuvre du directeur d'établissement se limite donc strictement aux tâches relatives à l'exploitation quotidienne de l'établissement et en particulier la gestion des ressources humaines de proximité (constitution des plannings, gestion des absences, encadrement des équipes)... »). 	<p>Vu. Le rapport est amendé pour mentionner ce taux de 23% avancé par Orpea, taux qui n'avait cependant jamais été mentionné jusqu'alors, et qui ne s'appuie pas sur des pièces permettant de l'étayer.</p>
<p>Annexe I, 1.2.1., page 3 « il faut souligner que les CPOM Orpea sont systématiquement signés par le directeur général d'Orpea SA »</p>	<p>La mission indique : « il faut souligner que les CPOM Orpea sont systématiquement signés par le directeur général d'Orpea SA ». Cette affirmation suggère que le CPOM conclu avec l'ARS doit être signé, dans tous les cas, par le directeur d'établissement.</p> <p>La réglementation prévoit que le CPOM est conclu par le représentant légal de l'établissement. Lorsque les EHPAD sont des établissements secondaires et sont exploités par la personne morale qui détient l'autorisation, le CPOM doit être signé par cette dernière personne. Les EHPAD d'Orpea se trouvent dans cette situation. C'est la raison pour laquelle les CPOM ont été signés par le Directeur général d'Orpea SA.</p>	<p>Le rapport ne conteste en rien le principe de signature des CPOM par le directeur général d'Orpea.</p>
<p>Annexe I, 1.2.2., page 4 « un comité exécutif se tient tous les mois au siège »</p>	<p>L'affirmation selon laquelle « un comité exécutif se tient tous les mois au siège » mérite d'être rectifiée. En effet, le COMEX est interprété ici comme un comité exécutif, alors qu'il s'agit d'un Comité Exploitation.</p>	<p>Le rapport est amendé.</p>
<p>Annexe I, 1.2.2., page 4 Système de prime des directeurs</p>	<p>La mission indique que « la fréquence de ces évaluations (auto évaluations directeur et évaluations par le Directeur Régional) témoigne d'un fort degré de pilotage du réseau ».</p> <p>Nous tenons à préciser les points suivants :</p>	

- Dans un métier aussi complexe et encadré que celui de la gestion d'un EHPAD, il nous a paru nécessaire de mettre à disposition des directeurs tous les outils d'auto contrôle leur permettant de repérer les dysfonctionnements et de les corriger mais aussi de permettre au Directeur Régional d'effectuer un audit terrain pour vérifier le respect des bonnes pratiques tant en terme de prise en charge des résidents que d'accompagnement des équipes.
- La portée des évaluations réalisées par les Directeurs Régionaux tous les semestres doit être bien comprise. En effet, la grille des 100 points d'audit n'a pas pour objet d'évaluer un Directeur d'établissement mais une résidence. Cet audit est effectué par le Directeur Régional « sur le terrain » au plus près de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents, ainsi que du travail des équipes. L'évaluation du Directeur d'établissement n'est faite qu'une fois par an, à l'occasion de l'entretien d'évaluation annuel.
- Par ailleurs, le protocole de prime semestrielle est effectivement en lien avec les évaluations semestrielles des résidences. Nous rappelons que ces évaluations sont avant tout des évaluations de qualité. A ces évaluations réalisées par le Directeur Régional viennent s'ajouter deux auto-évaluations relatives à la qualité, effectuées par le directeur d'établissement lui-même et son équipe.
- Concernant ces évaluations qui sont mises en place depuis près de 20 ans, il convient de préciser qu'elles sont quasi exclusivement centrées sur la prise en charge des résidents et l'accompagnement des salariés, comme l'atteste le nombre de points consacrés à ces éléments ; en effet,

Thématiques auditées	Nbre de critères évalués
Administratif résident	24
Ressources humaines	25
Relations médico-sociales	25
Prise en charge soins	45
Circuit du médicament	36

La mission prend acte de ces précisions dont aucune n'appelle de modification du rapport.

Annexe I

	<table border="1"> <tr> <td>Hygiène et risque infectieux</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Restauration</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Travaux – Sécurité</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Animations et activités</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Démarche qualité</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Prévention des risques professionnels</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>284</td> </tr> </table>	Hygiène et risque infectieux	24	Restauration	25	Travaux – Sécurité	29	Animations et activités	15	Démarche qualité	20	Prévention des risques professionnels	16		284	
Hygiène et risque infectieux	24															
Restauration	25															
Travaux – Sécurité	29															
Animations et activités	15															
Démarche qualité	20															
Prévention des risques professionnels	16															
	284															
<p>Annexe I, 1.2.2., page 4, « ... avec le discours des directeurs régionaux et de la direction des opérations, qui ont préféré dans le cadre des échanges avec la mission parler d'accompagnement » de leurs établissements,</p>	<p>o Sur les 100 points de la grille d'évaluation semestrielle du Directeur Régional, 85 points sont consacrés à la prise en charge des résidents et l'accompagnement des équipes ; 15 points seulement ont trait à la gestion de l'établissement ;</p> <p>o Concernant les évaluations semestrielles réalisées par le Directeur et ses équipes, les 11 grilles et 284 points de contrôles correspondants sont intégralement dédiés à la prise en charge des résidents et leur accompagnement (soins, hygiène, nutrition, animation), le suivi des équipes (intégration, formation, évaluation, risques professionnels), la démarche qualité et la gestion des risques</p> <p>S'agissant du protocole de prime, un nouveau système, annuel, a été présenté et transmis à la mission, ce démontre la volonté de faire évoluer la procédure actuelle.</p> <p>La notion d'accompagnement, d'appui ou de coaching est le fruit de verbatims différents émis spontanément par les Directeurs Régionaux, ce qui conforte l'idée que chacun exprime sa mission managériale différemment dans le cadre d'une stratégie globale.</p> <p>Le fait que des tableaux de bord, analysés ponctuellement, viennent en support des réunions programmées, n'est pas antinomique avec ces notions de collaboration, de réflexion et de partage d'informations.</p>	<p>Ces remarques n'appellent pas de modification du rapport.</p>														

Annexe I

<p>d'« appui » voire de « coaching », alors même que... »</p>	<p>Annexe I, 1.2.3., page 4 Mise en place d'un nouveau système de prime</p>	<p>La mission indique « la volonté du groupe de mettre en avant une évolution de ses pratiques managériales mais qui ne paraissent pas s'être traduites, à ce jour, par des évolutions structurelles, ni en matière budgétaire, ni en matière de pilotage des cadres ». A propos de l'exemple du système de primes des directeurs évoqué par la mission, nous tenons à préciser que le délai de réflexion et de mise en place du nouveau système de prime annuelle est lié à l'arrivée d'une nouvelle Direction des Opérations coïncidant avec la crise sanitaire. La volonté de partager l'élaboration de cette nouvelle procédure avec un comité de pilotage co-constructeur explique également ce délai.</p>	<p>La mission prend acte de ces précisions qui n'appellent pas de modification du rapport.</p>
<p></p>	<p>Le titre « Le projet d'établissement ne structure pas l'activité de l'établissement » doit être nuancé pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour justifier cette constatation, la mission relève que « le turnover sur les fonctions de direction ne facilite pas l'engagement de ce type de projet nécessairement porté par l'équipe de direction ». Nous rappelons toutefois que le taux de rotation des directeurs d'établissement s'élève uniquement à 12,8%. Ce taux est sensiblement inférieur à celui de la moyenne du secteur (33%). • Par ailleurs, la longueur des délais de mise à jour des projets d'établissement s'explique par la crise sanitaire, laquelle a rendu difficile le lancement des démarches collégiales requises pour la mise en œuvre de ces révisions. • De plus, la mission laisse entendre que les projets d'établissement ne tiennent pas compte des objectifs fixés dans les CPOM. Sur ce point, il semble opportun de rappeler qu'à ce jour seuls 50% des établissements ont signé un CPOM. • Plus généralement, comme l'a relevé la Cour des comptes les difficultés rencontrées par Orpea dans la rédaction et la mise en œuvre des projets d'établissement frappent tout le secteur (cf. rapport de la Cour des Comptes de février 2022, p. 57). 	<p>La mission maintient cette observation fondée sur les rapports d'ARS et ses propres constats.</p> <p>Le rapport mentionne d'ores et déjà la crise sanitaire comme facteur explicatif conjoncturel des retards d'actualisation des projets d'établissement.</p>	

Annexe I

<p>Annexe I, 1.3.1., p.6, « ainsi le projet d'établissement tient une place modeste dans le pilotage des établissements du groupe. En comparaison des autres outils propres à Orpea, notamment des outils de pilotage budgétaire et de la masse salariale ou du respect des procédures internes » est source de confusion. Il nous semble inapproprié de comparer le projet d'établissement, sa dynamique d'élaboration et sa finalité stratégique (élaboré pour 5 ans) avec les outils de pilotage opérationnels quotidiens cités dans la conclusion. Le projet d'établissement impulse une vision, une trajectoire globale, co-construites et partagées avec l'ensemble des parties prenantes de l'établissement. Toutes les thématiques de ce projet se déclinent dans le fonctionnement quotidien de l'établissement à travers un certain nombre de procédures et de protocoles. A titre d'exemple, le point 4 du projet d'établissement relatif à "l'individualisation des soins" se traduit en termes opérationnels par la mise en œuvre de plusieurs procédures ("admission du nouveau résident", "transmissions", etc.).</p> <p>La plupart des projets d'établissements ont expiré fin 2019, dans la mesure où ils avaient été mis à jour 5 ans plus tôt à l'occasion de la « grande vague » des évaluations externes. Lorsque la crise sanitaire est survenue en début d'année 2020, tous les groupes de travail qui avaient été prévus pour actualiser les projets d'établissement ont dû être annulés.</p>	<p>L'affirmation selon laquelle « les entretiens conduits par la mission dans les EHPAD montrent pourtant que le projet d'établissement ne paraît pas bien connu du personnel » doit être nuancée pour les deux raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En premier lieu, Orpea remet à tout nouveau salarié un livret d'accueil, qui décrit les orientations stratégiques de l'établissement et rappelle qu'une synthèse du projet d'établissement est mise à la disposition de l'ensemble du personnel. La réalisation d'une telle synthèse résulte de notre volonté d'améliorer l'accessibilité des informations contenues dans le livret d'accueil et sa compréhension par tous les salariés. ○ En second lieu, le projet d'établissement fait partie des thématiques qui sont abordées lors des temps d'échanges organisés par les établissements avec leurs équipes ou lors des mini-formations. En pratique, ce projet donne lieu à des discussions nourries et à un investissement important de la part des organisateurs. <p>L'affirmation selon laquelle « ainsi le projet d'établissement tient une place modeste dans le pilotage des établissements du groupe. En comparaison des autres outils propres à Orpea, notamment des outils de pilotage budgétaire et de la masse salariale ou du respect des procédures internes » est source de confusion. Il nous semble inapproprié de comparer le projet d'établissement, sa dynamique d'élaboration et sa finalité stratégique (élaboré pour 5 ans) avec les outils de pilotage opérationnels quotidiens cités dans la conclusion. Le projet d'établissement impulse une vision, une trajectoire globale, co-construites et partagées avec l'ensemble des parties prenantes de l'établissement. Toutes les thématiques de ce projet se déclinent dans le fonctionnement quotidien de l'établissement à travers un certain nombre de procédures et de protocoles. A titre d'exemple, le point 4 du projet d'établissement relatif à "l'individualisation des soins" se traduit en termes opérationnels par la mise en œuvre de plusieurs procédures ("admission du nouveau résident", "transmissions", etc.).</p> <p>La plupart des projets d'établissements ont expiré fin 2019, dans la mesure où ils avaient été mis à jour 5 ans plus tôt à l'occasion de la « grande vague » des évaluations externes. Lorsque la crise sanitaire est survenue en début d'année 2020, tous les groupes de travail qui avaient été prévus pour actualiser les projets d'établissement ont dû être annulés.</p>	<p>La mission maintient cette observation. Orpea ne produit aucun élément montrant que le projet d'établissement serait bien connu du personnel.</p>
<p>Annexe I, 1.3.1., p.6, « ainsi le projet d'établissement tient une place modeste dans le pilotage des établissements du groupe. En comparaison des autres outils propres à Orpea, notamment des outils de pilotage budgétaire et de la masse salariale ou du respect des procédures internes » est source de confusion. Il nous semble inapproprié de comparer le projet d'établissement, sa dynamique d'élaboration et sa finalité stratégique (élaboré pour 5 ans) avec les outils de pilotage opérationnels quotidiens cités dans la conclusion. Le projet d'établissement impulse une vision, une trajectoire globale, co-construites et partagées avec l'ensemble des parties prenantes de l'établissement. Toutes les thématiques de ce projet se déclinent dans le fonctionnement quotidien de l'établissement à travers un certain nombre de procédures et de protocoles. A titre d'exemple, le point 4 du projet d'établissement relatif à "l'individualisation des soins" se traduit en termes opérationnels par la mise en œuvre de plusieurs procédures ("admission du nouveau résident", "transmissions", etc.).</p> <p>La plupart des projets d'établissements ont expiré fin 2019, dans la mesure où ils avaient été mis à jour 5 ans plus tôt à l'occasion de la « grande vague » des évaluations externes. Lorsque la crise sanitaire est survenue en début d'année 2020, tous les groupes de travail qui avaient été prévus pour actualiser les projets d'établissement ont dû être annulés.</p>	<p>L'affirmation selon laquelle « les entretiens conduits par la mission dans les EHPAD montrent pourtant que le projet d'établissement ne paraît pas bien connu du personnel » doit être nuancée pour les deux raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En premier lieu, Orpea remet à tout nouveau salarié un livret d'accueil, qui décrit les orientations stratégiques de l'établissement et rappelle qu'une synthèse du projet d'établissement est mise à la disposition de l'ensemble du personnel. La réalisation d'une telle synthèse résulte de notre volonté d'améliorer l'accessibilité des informations contenues dans le livret d'accueil et sa compréhension par tous les salariés. ○ En second lieu, le projet d'établissement fait partie des thématiques qui sont abordées lors des temps d'échanges organisés par les établissements avec leurs équipes ou lors des mini-formations. En pratique, ce projet donne lieu à des discussions nourries et à un investissement important de la part des organisateurs. <p>L'affirmation selon laquelle « ainsi le projet d'établissement tient une place modeste dans le pilotage des établissements du groupe. En comparaison des autres outils propres à Orpea, notamment des outils de pilotage budgétaire et de la masse salariale ou du respect des procédures internes » est source de confusion. Il nous semble inapproprié de comparer le projet d'établissement, sa dynamique d'élaboration et sa finalité stratégique (élaboré pour 5 ans) avec les outils de pilotage opérationnels quotidiens cités dans la conclusion. Le projet d'établissement impulse une vision, une trajectoire globale, co-construites et partagées avec l'ensemble des parties prenantes de l'établissement. Toutes les thématiques de ce projet se déclinent dans le fonctionnement quotidien de l'établissement à travers un certain nombre de procédures et de protocoles. A titre d'exemple, le point 4 du projet d'établissement relatif à "l'individualisation des soins" se traduit en termes opérationnels par la mise en œuvre de plusieurs procédures ("admission du nouveau résident", "transmissions", etc.).</p> <p>La plupart des projets d'établissements ont expiré fin 2019, dans la mesure où ils avaient été mis à jour 5 ans plus tôt à l'occasion de la « grande vague » des évaluations externes. Lorsque la crise sanitaire est survenue en début d'année 2020, tous les groupes de travail qui avaient été prévus pour actualiser les projets d'établissement ont dû être annulés.</p>	<p>La mission maintient ses observations.</p> <p>D'une part, l'obsolescence des projets d'établissement est un constat établi fréquemment dans les rapports d'ARS analysés par la mission, y compris sur 2018 et 2019, donc indépendamment de la crise sanitaire intervenue en 2020. D'autre part, aucun déplacement de la mission ne paraît confirmer la place centrale du projet d'établissement telle qu'affichée par le groupe dans sa réponse.</p>

En raison de la durée de cette crise, le retard pris dans la mise à jour des documents n'a pas pu être rattrapé. Cette raison explique qu'à ce jour, 64% des établissements Orpea ont un projet d'établissement « expiré ». Comme l'a relevé la Cour des Comptes dans son rapport de février 2022, ces difficultés ne concernent pas seulement Orpea mais l'ensemble du secteur.

Le projet d'établissement constitue bien un outil de pilotage, dans la mesure où ce document tient une place centrale dans les réunions d'équipe mensuelles de région (un point y est systématiquement fait), les réunions d'équipe hebdomadaires de l'établissement ou les réunions qualité mensuelles.

Par ailleurs, le projet d'établissement fait partie des sujets portés à l'ordre du jour du Conseil de la Vie Sociale et est partagé avec les résidents et familles. Les compte-rendus de CVS reproduits ci-dessous le confirment.

[...]

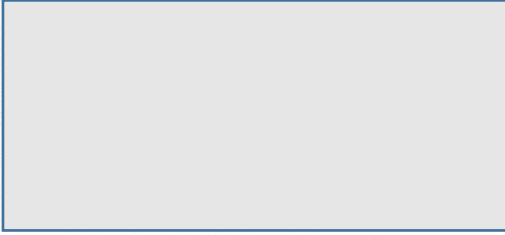
Annexe I, 1.3.2., page 6, « Le plan de formation n'est pas toujours formalisé et se concentre sur les formations obligatoires et les mini formations ».	[...]	
Annexe I, 1.3.2., page 6, « Le plan de formation n'est pas toujours formalisé et se concentre sur les formations obligatoires et les mini formations ».	<p>Le point intitulé « Le plan de formation n'est pas toujours formalisé et se concentre sur les formations obligatoires et les mini formations » doit être nuancé pour les raisons suivantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Même si le lien ne peut pas être directement fait entre les actions de formation indiquées dans le plan et leur origine, on ne peut laisser entendre que les plans de formation des établissements, au-delà des formations métiers obligatoires et nombreuses, ne tiennent pas compte des spécificités des projets d'établissement, ni des attentes et aspirations des salariés. ● En effet, s'agissant des plans de formation interne et externe des établissements visités par la mission, il s'avère, après analyse, que ces plans traduisent sur les années 2018 à 2021 tant : <ul style="list-style-type: none"> ○ les enjeux prioritaires du projet d'établissement (par exemple, formation aux thérapies non médicamenteuses des troubles du comportement, simulateur du vieillissement, maladie de Parkinson, espace multi sensoriel pour une équipe AV / AS, ...) ○ que les souhaits particuliers des salariés exprimés via leurs vœux de formation annuels et intégrés au plan de formation : musicothérapie et personnes âgées pour une auxiliaire de vie, animer une réunion d'équipe pour un IDEC, méthode Montessori pour un animateur, initiation à la sophrologie pour une auxiliaire de vie, DU Hygiène pour un IDE, DU Soins 	<p>La mission maintient ses observations sur le manque de lien entre le projet d'établissement et le plan de formation. Qui plus est, et comme indiqué dans le rapport, les établissements visités n'ont pas toujours été en mesure de produire un plan de formation malgré les demandes répétées de la mission.</p>

	<p>Palliatifs pour un autre IDE, médiation thérapeutique pour une psychologue, remédiation cognitive anorexie pour une IDE, médiation son et musique pour une aide-soignante, un Bac Pro cuisine pour un cuisinier, ...</p> <p>Concernant les mini-formations</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La mission indique que « les salariés mettent en avant l'accent porté sur les mini formations ... et que 20% des ARS pointent la prépondérance trop forte des formations courtes et mini formations » ; ● Nous souhaitons, à ce sujet, préciser les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les mini-formations viennent en complément du plan de formation et ne se substituent pas à celui-ci. En effet, au vu du nombre de bonnes pratiques, de recommandations et règles applicables aux EHPAD, il nous a semblé important de trouver un dispositif permettant aux salariés d'être très régulièrement informés et accompagnés. Ainsi, ces mini-formations se déroulent sur une courte durée (30 à 45 minutes). Cette durée répond à la double contrainte liée à l'organisation du travail des équipes pour assurer la prise en charge des résidents et au volume important de réglementations, recommandations et bonnes pratiques applicables que les équipes assimilent au mieux. ○ Les principaux objectifs de ces mini-formations, tels que rappelés dans la procédure d'organisation de ces sessions, sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ Formation aux nouveaux protocoles et/ou documents de travail ; ■ Révision de certains protocoles mal maîtrisés, d'actualité (canicule) ou à risque (fugue, incendie) ; ■ Réflexion autour d'un comportement non adapté envers les résidents (« maltraitance passive ») ou de mauvaises pratiques (hygiène, ...); ■ Réflexion autour des valeurs essentielles ; ■ Rappels des bonnes pratiques professionnelles ; ■ Être à l'écoute des salariés. ○ Ce dispositif est apprécié par les équipes en cela que les mini-formations leur permettent de challenger et/ou actualiser leurs connaissances et pratiques sur des temps courts, réguliers et diversifiés et de partager entre elles et avec le formateur leurs points de vue et expériences ; il semble que ce dispositif n'ait fait l'objet d'aucune remarque, à date, dans le cadre des inspections de février 2022. 	<p>La mission prend note de l'ensemble de ces précisions concernant les mini-formations, qui n'appellent aucune modification du rapport dans la mesure où elles ne font que rappeler l'intérêt des mini-formations, que la mission ne conteste pas.</p>
--	--	---

- Il est indiqué que « la mission n'a pas eu connaissance d'un document permettant à la direction de chaque établissement de s'assurer régulièrement du respect de cet objectif de suivi des mini formations ».
 - Or, :
 - L'ensemble des mini-formations est saisi dans un outil dédié (appelé « formation et mini-formations »), ce qui permet aux Directeurs d'établissement d'assurer le suivi des salariés formés dans chaque établissement ;
 - Ce tableau de suivi, dont la mission n'a pas, sauf erreur de notre part, demandé la communication, fournit une photographie complète des salariés formés, des thématiques de formation et de la date au cours de laquelle sont intervenues les mini-formations. Des extraits de tableaux de suivi sont reproduits ci-dessous.

TABLEAU DU SUIVI DES MINI FORMATIONS REALISEES PAR SALARIES. ANNEE 2021

000034 - CAHORS - Résidence Les Rives de Cabressut



« Le groupe indique que ces mini-formations doivent être assurées au moins une fois par an pour l'ensemble du personnel conformément à une liste de thèmes. »

Ces précisions n'appellent pas de modification des observations de la mission. La mission a bien connaissance de l'outil en question. Pour autant, aucune direction d'EHPAD rencontrée n'a été en mesure de produire à la mission un document permettant de s'assurer du respect de l'engagement du groupe, affiché publiquement, consistant à ce que l'ensemble du personnel de chaque EHPAD suive au moins une fois par an les mini-formations conformément à une liste de thèmes. Le rapport se borne à rappeler ce constat.

000164 - GRASSE - Rési

Salariés	CORONAVIRUS - COVID19
	26/07/21
	29/01/21
	28/07/21
	20/05/21
	03/05/21
	20/05/21
	26/07/21
	26/08/21
	06/05/21
	01/05/21
	20/05/21
	21/05/21
	15/09/21
	11/08/21
	21/05/21
	27/07/21
	24/08/21
	21/05/21
	11/08/21
	27/07/21
	31/01/21
	20/05/21
	27/07/21
	03/05/21
	06/05/21
	01/05/21
	28/07/21
	20/01/21
	20/05/21
	06/05/21
	01/05/21
	26/08/21

D'après la mission, les contrôles ARS ciblés « sur le circuit du médicament font apparaître l'absence fréquente des conventions signées avec les officines ». Cette affirmation doit être nuancée pour les raisons suivantes.

- Sur les inspections menées par les ARS en 2019, seuls 3 rapports mentionnent la thématique des conventions avec les officines ;
- Sur les inspections menées par les ARS en 2020, seul 1 rapport mentionne la thématique des conventions avec les officines ;
- Sur les inspections menées par les ARS en 2021, seul 1 rapport mentionne la thématique des conventions avec les officines ;
- Sur les inspections menées par les ARS en 2022, à date, il n'a pas été constaté de remarques particulières sur ce sujet.

Au vu de ces éléments, le terme d'« absence fréquente » nous semble devoir être reformulé.

Annexe I, 1.3.3., page 7, « Les établissements tirent inégalement parti de leur environnement local »

La mission maintient son observation. Parmi les rapports ayant mentionné ce sujet, le constat d'une absence de convention signée avec les officines revient fréquemment.

Concernant les supports de formation à la bientraitance :

- La mission indique que « La référente se sert de ce manuel qui daterait, selon elle, de 2012 ou 2013 ... ». Il nous semble important de préciser que la recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM sur la thématique de la bientraitance date de juin 2008. De même, la synthèse intitulée « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » a été publiée en juillet 2012 par l'ANESM. C'est la raison pour laquelle les supports de formation des équipes s'appuient sur les supports de ces mêmes années. L'ANESM n'a depuis édicté aucune mise à jour de sa synthèse et de sa RBPP « Bientraitance ».

- Il est à noter que toutes les RBPP et les synthèses, lorsqu'elles existent, sont mises à la disposition de tous les établissements dans la Gestion documentaire, et portées à la connaissance du personnel sur chaque établissement dans un classeur en libre service. Il s'agit d'ailleurs d'un critère de l'évaluation qualité semestrielle d'établissement tel que l'illustre la ligne surlignée en bleu dans la capture d'écran ci-dessous. Nous précisons que le Département Qualité suit rigoureusement les nouvelles publications qui pourraient être faites.

REAL QUALITE - EVALUATIONS TRIMESTRIELLES - Toutes entités

Auto-évaluation Directeur Evaluation Directeur Régional CHECKLIST STATISTIQUES PARAMETRAGE AIDES/SUPPORT

Tous : Divisions/Régions

Entité : 000003 Résidence Sud SAINTONGE

Période : 2022 N°1 - du 15/01/2022 au 15/07/2022

Approuver Support Excl

GRILLES DES AUTO EVALUATION DIRECTEUR ETABLISSEMENT

DEMARCHE QUALITE

PROJET D'ETABLISSEMENT	Critères	Test décroché	Oui	Non	MA	Commentaire
1	Le observateur "projet d'établissement" est mis en place et les éléments attendus de sa rédaction en équipe pluridisciplinaire sont consultés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Le projet d'établissement est à jour (moins de 5 ans), rédigé, conforme à la trame Groupe a été validé par les référents concernés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Les objectifs opérationnels du Projet d'établissement sont reportés et suivis dans le logiciel "plans d'actions qualité - gestion des risques".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Une synthèse détaillée du projet d'établissement est présentée aux équipes, aux usagers dans le cadre d'un Conseil de la Vie Sociale, et intervenant extérieur à l'occasion d'une Commission de coordination pluridisciplinaire. Elle est affichée en salle de pause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Les recommandations de l'ANESM ont fait l'objet d'une présentation aux équipes.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Les classeurs des procédures qualité sont disponibles et à jour. Le personnel connaît leur présence ainsi que le type d'information qu'ils contiennent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Les référents de Staff et les équipes savent manipuler le GED ORPEA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Annexe I, 2.1., page 8, « La politique de promotion de la bientraitance est mise en œuvre de façon hétérogène par les elpad du Groupe »

La mission prend note des éléments concernant les supports de formations qui n'appellent pas de modification du rapport provisoire.

La mission a cherché à comprendre comment les référentiels étaient actualisés sur des sujets fondamentaux pour la prise en charge et le bien être des résidents et a constaté que les référents bientraitance, chargés de faire vivre cette notion au sein de l'établissement, n'actualisent pas leurs connaissances en la matière, indépendamment des outils transmis par le siège. Ainsi, par exemple, des travaux de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, relatifs à la Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité de mars 2021.

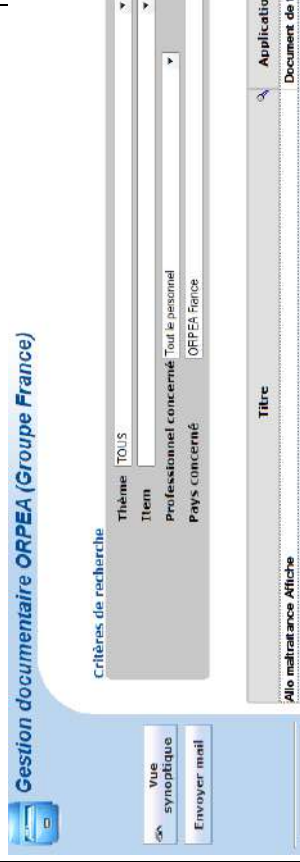
Concernant le registre bientraitance

- Le critère relatif au contrôle du registre bientraitance fait partie des 100 points de contrôle du Directeur Régional chaque semestre, comme en atteste le critère n°69 ci-dessous surligné en bleu.

2020	241	1549
2021	362	2250
TOTAL	2997	18093

Concernant Allo Maltraitance 3977

- La mission indique : « Enfin, dans aucun établissement visité, la mission n'a constaté l'affichage du 3977, numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicaps victimes de maltraitance. Sans être obligatoire, cet affichage permet de libérer la parole et d'interroger les événements et situations sous un angle de prévention de la maltraitance. ». Cette affirmation nous semble inexacte.
- En effet, les procédures internes au Groupe imposent l'affichage du numéro Allo Maltraitance 3977 dans chaque établissement. Cet affichage est réalisé sur plusieurs supports à destination des Directeurs d'établissement, des résidents, des familles, des visiteurs et des salariés. L'affiche Allo Maltraitance 3977 est référencée dans le Portail Qualité et accessible à tous les établissements :



- Le numéro 3977 est par ailleurs mentionné dans le livret d'accueil du résident (cf. capture d'écran ci - dessous du livret en vigueur)

La mission prend note des éléments concernant les mini-observations qui n'appellent pas de modification du rapport provisoire.

La mission maintient la formulation du rapport provisoire concernant le constat d'absence d'affichage du 3977 dans les établissements visités.

☺☺ Mesures mises en œuvre pour le développement de la bientraitance

Un dispositif de veille et d'actions en faveur de la bientraitance existe au sein de l'établissement.
L'établissement est sensibilisé aux dispositions réglementaires relatives au renforcement des procédures de traitements des signalements de maltraitance

Document de travail interne - OPEA - Version 020- Novembre 2020 29

dans les structures sociales et médico-sociales (un numéro national contre la maltraitance est disponible : 3977).

A ce titre, l'établissement a mis en place un certain nombre d'outils et de supports permettant d'œuvrer en faveur de la bientraitance :

- nomination de référents
- formations spécifiques auprès du personnel,
- évaluation régulière des pratiques professionnelles,
- procédure sur les actions préventives permettant de repérer les situations à risques et de mettre en place les actions qui s'imposent.

La Direction et l'ensemble de l'équipe sont à votre écoute et veillent quotidiennement au respect de votre bien être.

- Le numéro 3977 est également mentionné dans le livret d'accueil du salarié : (cf. capture d'écran ci-dessous du livret en vigueur)

☺☺ La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance



Un dispositif de veille et d'actions en faveur de la bientraitance existe au sein de l'établissement. L'ensemble du personnel de l'établissement est sensibilisé aux dispositions réglementaires relatives au renforcement des procédures de traitements des signalements de maltraitance dans les structures sociales et médico-sociales (un numéro national contre la maltraitance est disponible : 3977)

A ce titre, l'établissement a mis en place un certain nombre d'outils et de supports permettant d'œuvrer en faveur de la bientraitance en :

- proposant notamment des formations et mini-formations sur la prévention de la maltraitance et la bientraitance,
- évaluant régulièrement des pratiques professionnelles
- rédigeant des procédures sur les actions préventives permettant de repérer les situations à risques et de mettre en place les actions qui s'imposent.

- Le module de formation « prévention de la maltraitance » fait également état de ce dispositif et de ce numéro unique de signalement.

	<ul style="list-style-type: none"> ● La « check list » d'évaluation annuelle du directeur d'établissement relative aux « Affichages obligatoires » permet en outre de s'assurer du respect scrupuleux et permanent de cette obligation. <ul style="list-style-type: none"> ○ Cette « check-list » comporte en effet les critères d'évaluation suivants : (i) « Le diplôme formation prévention maltraitance (daté de l'année en cours) + N° national "allo maltraitance" sont affichés » et (ii) « L'attestation de formation des deux référents Bientraitance est affichée » ○ Ce critère est plutôt bien respecté par les établissements d'Orpea. <ul style="list-style-type: none"> ● Etat des lieux de la mise en place du numéro unique ALLO MALTRAITANCE 3977 dans les établissements visités par la mission : A la suite des constatations effectuées par la mission d'inspection, nous avons interrogé les services d'accueil des établissements visités par la mission, afin de savoir si le numéro unique ALLO MALTRAITANCE 3977 était bien affiché. Les personnes interrogées ont toutes confirmé que cette obligation d'affichage était bien respectée. 	
<p>Annexe I, 2.2., page 11, « Malgré une procédure très encadrée par le Siège, le circuit interne de traitement des événements indésirables est peu formalisé au niveau des EHPAD »</p>	<p>Concernant l'affirmation selon laquelle « il existe très peu voire pas de signalements dans certains établissements et une absence de politique volontariste de signalement des EIG ; une absence de charte de « non punition » pour les personnels », nous tenons à préciser que le groupe a toujours pris le soin d'informer ses Directeurs d'établissement du dispositif relatif au signalement des événements indésirables graves et a bien mis à disposition de ses équipes une charte de confiance (qui correspond à la charte de non punition et poursuit les mêmes objectifs). En effet, cette information sur le dispositif de signalement est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dès leur embauche (en effet, la procédure de signalement des EIG est une annexe à leur contrat de travail et leur est donc remise et expliquée le jour de leur arrivée), ● dans le cadre du parcours d'intégration des nouveaux Directeurs d'établissement (formation sur la chronologie des événements et l'analyse des causes), ● lors des réunions régionales (qui donnent lieu à un rappel régulier des procédures et réglementations en vigueur). <p>Dans tous les cas, il est rappelé aux Directeurs d'établissement que le signalement, l'inspection et la réclamation doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux, que les signalements constituent un élément de protection fondamental et que la déclaration de ce type d'événements doit être faite immédiatement. (cf. intervention en Réunion Opérationnelle Régionale).</p>	<p>La mission prend note des éléments qui n'appellent pas de modification du rapport provisoire : Le rapport provisoire développe les observations de la mission sur la charte de confiance (ou charte de non punition) puis évoque des constats récurrents dans les différents rapports de contrôle des autorités de tutelle, dont l'absence de charte dans certains établissements.</p>

Les Directeurs ont ensuite la responsabilité d'informer et de sensibiliser les équipes sur ces sujets, via :

- le livret d'accueil du salarié, qui est remis à tout nouveau collaborateur rejoignant le groupe. Ce livret comporte en annexe la charte de confiance incitant les salariés à déclarer tout évènement indésirable. Cette charte de confiance a été élaborée avec les équipes et vient se substituer à la « charte de non punition » évoquée par la mission. En effet, nous nous sommes appuyés sur les travaux de l'ARS Nouvelle Aquitaine et du Réseau régional de vigilances et d'appui [Aide_élaboration_charte_confiance_NA_juin19.pdf (reva-na.fr)], afin d'établir la charte dont la vocation est de porter notre culture de sécurité et notre vision de l'erreur positive.



ANNEXE 4 DU LIVRET D'ACCUEIL DU SALARIÉ - CHARTE DE CONFIANCE

Toute erreur ou dysfonctionnement constitue une opportunité de progrès individuel et collectif



- La sécurité de nos activités doit être une des préoccupations primaires et permanentes d'un établissement de soins sociaux.
- Notre souci, à la résidence, est d'améliorer la sécurité des résidents, en évitant les situations à risques et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.
- Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque salarié de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des évènements indésirables.
- Tout évènement déclaré est porteur d'expériences et rend le professionnel acteur de la démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Le développement d'un établissement sûr et impliquant confie aux résidents, se fonde sur l'expérience trois, jour après jour, des évènements pouvant affecter la sécurité.
- Pour favoriser ce retour d'expériences, nous nous engageons à ce qu'une analyse approfondie des cas soit, même en équipe pluridisciplinaire pour mettre en place les mesures qui évitent tout d'événement que de tels évènements se reproduisent pour la sécurité des résidents et l'exercice des missions de chacun.
- Bien évidemment, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délictueux ou répétés aux règles de sécurité.

Nous insistons pour que chaque personne, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, soit encouragée à déclarer tout évènement indésirable à notre direction permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité.

Déclarer un incident, c'est protéger les autres et se protéger soi

Directeur Exploitation
Signature :

Document Interne ORPEA Groupe - Novembre 2019 - Ne pas diffuser
DR ORPEA

	<ul style="list-style-type: none"> les mini-formations dispensées régulièrement sur ce sujet. Le tableau ci-dessous recense le nombre de mini-formations effectuées et de salariés sensibilisés depuis 2015. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">EVENEMENT INDESIRABLE & ANALYSE DES CAUSES</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Nombre de session</th> <th>Nombre de salariés formés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>496</td> <td>2 464</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>311</td> <td>1 724</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>265</td> <td>1 342</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>332</td> <td>1 739</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>288</td> <td>1 469</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>215</td> <td>1 034</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>264</td> <td>1 412</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>2 171</td> <td>11 184</td> </tr> </tbody> </table>	EVENEMENT INDESIRABLE & ANALYSE DES CAUSES			Nombre de session	Nombre de salariés formés	2015	496	2 464	2016	311	1 724	2017	265	1 342	2018	332	1 739	2019	288	1 469	2020	215	1 034	2021	264	1 412	TOTAL	2 171	11 184	
EVENEMENT INDESIRABLE & ANALYSE DES CAUSES																															
	Nombre de session	Nombre de salariés formés																													
2015	496	2 464																													
2016	311	1 724																													
2017	265	1 342																													
2018	332	1 739																													
2019	288	1 469																													
2020	215	1 034																													
2021	264	1 412																													
TOTAL	2 171	11 184																													
<p>Annexe I, 2.2., page 11, « Malgré une procédure très encadrée par le Siège, le circuit interne de traitement des évènements indésirables est peu formalisé au niveau des EHPAD »</p>	<p>L'affirmation selon laquelle « pour les EIGS, la déclaration des EIG passe par l'utilisation de [...] mais la direction de l'établissement n'a pas accès à l'applicatif ou ce dernier ne permet pas de signaler certains incidents. Une infirmière rencontrée par la mission indique que le chemin de signalement dans [...] ne lui permet que de signaler une chute » nécessite d'être rectifiée pour les raisons suivantes.</p> <p>Les « évènements indésirables liés aux soins » ne sont pas traités via l'arbre [...] décrit dans l'annexe. En effet, les équipes utilisent le module « transmissions ciblées » de l'outil [...] qui apparaît plus adapté pour tracer l'ensemble des évènements indésirables survenus dans le cadre d'une prise en charge. Dans le cas de l'infirmière interrogée à ce sujet par la mission, nous pensons que l'objet précis de la demande n'a pas été compris. Il semble que la mission n'ait pas posé la question à d'autres personnes qui auraient pu être en mesure d'apporter les explications nécessaires.</p> <p>Ainsi, tout évènement indésirable dans la prise en charge d'un résident donne lieu à l'ouverture d'une transmission ciblée, qui est saisie par le salarié ayant constaté l'évènement, ainsi qu'à des discussions en réunion</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire.</p> <p>La fin du paragraphe indique « La mission a pu confirmer ce point lors d'une présentation de l'outil [...] » au cours de laquelle elle a constaté l'existence d'une rubrique « évènements indésirables ».</p> <p>La mission confirme qu'elle a posé la question à d'autres personnels soignants qui n'ont pas pu expliciter le circuit de signalement d'un EIG.</p> <p>La culture de l'oralité dans le signalement à son supérieur hiérarchique direct est la pratique majoritairement constatée, sans traçabilité écrite.</p>																													

de transmissions quotidiennes et à un suivi hebdomadaire jusqu'à la clôture de l'évènement concerné.

18 cibles de transmissions ciblées ont été définies et permettent de recenser tous les évènements indésirables potentiels liés aux soins. Des sous-cibles ont également été fixées, afin de pouvoir mieux identifier le problème.

- Liste des cibles pré-définies : cette liste permet à tout salarié de pouvoir signaler et tracer les évènements indésirables survenant lors d'une prise en charge : alimentation, chute, communication, comportement, digestif, douleur, élimination, état psychologique, incidents de distribution, mouvement résident, paramètres vitaux, protéger les téguements, refus de soins, relation résident/famille, respiration, mobilité, sommeil/repos.
- Des sous-cibles sont également pré-déterminées, nous les illustrons ci-après avec deux exemples :
 - Incident de distribution de médicament : comprimé retrouvé, erreur d'administration, erreur dans le pilulier, ne se pile pas, prise incomplète, recrache, refus, résident endormi, vomi.
 - Incident d'alimentation : altération de l'appétit, dégoût alimentaire, dénutrition, déshydratation, difficulté à s'alimenter, état bucco-dentaire, fausse route, modification de régime, perte de poids, prise de poids, refus de s'alimenter, régurgitation, risque de déshydratation, risque de fausse route, sécheresse buccale, troubles de la déglutition.

A titre d'exemple, en 2021, 11 251 transmissions « incident de distribution » ont été ouvertes, ce qui correspond en moyenne à 50 incidents déclarés par EHPAD dans les transmissions ciblées, sur la base de tous les incidents pouvant potentiellement survenir (prise incomplète, refus, résident endormi, recrache, ...).

En cas d'urgence, les Directeurs d'établissement sont immédiatement informés par l'IDEC et/ou l'IDE ; s'il n'y a pas d'urgence nécessitant une information immédiate, ce point est repris en réunion d'équipe hebdomadaire, ce qui permet d'analyser les évènements indésirables survenus, les plans d'actions correctifs déjà pris et ceux à adopter pour éviter que l'évènement ne survienne à nouveau.
Une rubrique spécifique est prévue à ce sujet dans l'ordre du jour de la réunion d'équipe hebdomadaire.

<p>Annexe I, 2.3.1., page 11, « les instances jouent un rôle de filtre »</p>	<p>S'agissant des événements indésirables graves et de leur déclaration, les établissements d'Orpea respectent la liste des événements indésirables fixée par décret (Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements indésirables devant être déclarés).</p> <p>Pour les événements indésirables ne faisant pas l'objet d'une déclaration obligatoire, le groupe a fait le choix d'adresser volontairement un mail d'information à l'autorité compétente dès lors que nous estimons que l'information mérite d'être portée à sa connaissance (sur ce point, 42 cas en 2021, 39 en 2020, 18 en 2019 et 41 en 2018 ont fait l'objet d'un mail d'information aux autorités compétentes alors que si nous nous étions strictement limités à l'application du décret cité plus haut, nous n'aurions pas été tenus de déclarer ces événements).</p> <p>Aussi, l'affirmation qui consiste à dire que « ce sont ainsi presque 10% des signalements effectués par un Directeur d'établissement et retransmis par le niveau régional qui ne parviendront pas aux autorités en application de la procédure du siège » apparaît inexacte. En effet, ce n'est pas la direction régionale qui transmet à la DRESMS l'événement indésirable mais le Directeur d'établissement, lequel met en copie la Direction Régionale.</p> <p>Pour leur part, les 10% de cas cités n'ont pas fait l'objet d'une déclaration aux autorités compétentes sous forme d'EIG car ils n'en relevaient pas. Ces événements ont toutefois fait l'objet d'un échange de mails avec les ARS pour les tenir informées, dans un souci de parfaite transparence (cf. ci-dessus) ; dans le cas où l'autorité de tutelle, suite à notre mail, juge qu'il convient de faire une déclaration d'événement indésirable, nous le faisons immédiatement.</p> <p>Pour étayer son propos, la mission prend l'exemple de 3 cas d'événements indésirables qui, selon elle, auraient dû faire l'objet, au vu de leur nature, d'un signalement. Nous regrettons que la mission ne nous ait pas demandé de précisions sur les cas en question. En effet, nous aurions pu lui indiquer que ce sont les autorités compétentes qui, après un échange, nous ont indiqué de ne pas faire de signalement d'événement indésirable pour 2 d'entre eux et de finalement en faire un pour le 3ème, ce qui a été fait.</p>
<p>La mission maintient ses constats et interroge l'interprétation restrictive d'Orpea de la lecture des textes réglementaires relatifs à la déclaration obligatoire des EI dans les ESMS.</p> <p>La fiche « signalement d'un événement indésirable grave » indique à l'étape 7 pour le directeur d'établissement : « 2/ Faire valider le projet de formulaire au DR » et à l'étape 10, pour le DR « Transmettre au DRESMS - Pôle SSIR le projet de formulaire mis à jour pour validation et mettre en copie le Directeur et EXPMET.</p> <p>S'assurer s'il y a lieu de la validation faite du rapport médical circonstancié. »</p> <p>En l'absence de procédure faisant intervenir les DR et le siège, ces événements indésirables auraient été transmis aux autorités, les directeurs concernés ayant établi une fiche.</p> <p>La mission a bien été destinataire, à sa demande, des dossiers relatifs à ces trois EIG et pris connaissance des éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour l'un, des demandes de transmission des autorités de tutelle ont été faites et les réponses de l'établissement ont été produites dans des délais importants. - Pour un autre, une fiche est dans le dossier mais sans transmission et cet EIG figurait bien comme non transmis via une FEI dans le tableau de la DRESMS communiqué à la mission par Orpéa. 	

Au regard de ces éléments, il nous semble important de rectifier le titre de l'annexe.

Nom de la ville	Nom de l'établissement	Date de l'événement	Nature du signal concerné	Résident concerné	Date de signalement	FEI ?	Retour autorité	Stat	Remarques sur l'état d'avancement
NICE	Résidence La Corniche Fleurie	11/03/2021	Chute	Mr. A.	11/03/2021	non	ARS 19/03/2021 et 12/04/2021, 16/04/2021 mail CD 12/03/2021 et 16/08/2021 (relance)	0	Information par la famille de Mr. A. d'un dépôt de plainte pour violences aggravées. Mail d'info aux médias le 11/03/2021. PV audition effectué par complémentaires de Mme B. de l'ARS le 12/04/2021. Réponse ad le 13/04/2021. Retour ARS 16/04/2021; demande éléments médicaux. Réponse à ARS avec preuve envoi courrier au MSP le 12/05/2021. Courriel CD 12/03/2021 et relance le 16/08/2021 pour connaître les suites et mesures vis à vis de la famille (réponse faite). Information par mail des ATC. Dans la mesure où la police a été saisie suite plainte, la FEI a été mise en signalement, avec information et accord des ATC. Enquête interne ouverte par la gendarmerie. Les ATC sont au courant de tout le suivi du dossier et n'ont pas demandé la déclaration de la FEI après enquête. L'enquête a abouti à la conclusion que la résidente se blessait et se frappait elle-même.

Ville	Nom de l'établissement	Date de l'événement	Nature du signal concerné	Résident concerné	Date de signalement	FEI ?	Retour autorité	Stat	Remarques sur l'état d'avancement
St REMY LES BAINS	Village des Portes du Paradis	02/07/2021	Présence arme à feu	Mme DS	23/07/2021	non	/	0	Résident décédé ; après son décès et dans le cadre du déménagement de la chambre, l'équipe a retrouvé dans sa chambre 2 armes à feu. Contact gendarmier qui car passées et a récupéré les armes. Mail d'info ad le 23/07/21. Dossier classé.

Ville	Nom de l'établissement	Date de l'événement	Nature du signal concerné	Résident concerné	Date de signalement	FEI ?	Retour autorité	Stat	Remarques sur l'état d'avancement
AVIGNON	Résidence Les Portes Du Lubéron	19/05/2021	Disparition de bijoux	Mme DS Mme C	09/06/2021	non	ARS 11/06/2021	0	Perte de bijoux pour deux résidentes. Investigations n'ont pas permis de faire la lumière sur l'évènement. Mail d'info ad aux ATC le 9/06. Demande de l'ARS par courriel le 11/06 de la transmission d'une FEI. FEI ad envoyée le 16/06/2021.

La mission rapporte également 2 cas comme étant des EIG non déclarés par les régions. Il s'agit là aussi d'éléments qui nécessitent d'être corrigés dans l'annexe. En effet :

- concernant la fausse route suivie d'un décès : il s'agit d'une erreur de compréhension du compte-rendu de la réunion d'équipe régionale. En effet, l'EIG, qui datait de 2020, avait bien été déclaré aux autorités compétentes au moment des faits ; le point abordé en équipe

- Pour le dernier, le dossier transmis à la mission ne contient qu'un mail de l'établissement.

Dès lors, aucun des éléments transmis par Orpea ne remet en cause l'analyse de la mission selon laquelle le groupe ne transmet aux autorités que les événements les plus graves dans des délais souvent trop longs.

La mission avait sollicité des informations complémentaires concernant ces deux évènements dont elle n'a pas été destinataire.

Le rapport est amendé pour tenir compte des éléments fournis dans le premier cas et maintenu pour le second (qualifié de « récidive de tentative de TS »).

régionale en 2021 concernait le suivi d'inspection en lien avec l'EIG et non la déclaration de l'EIG en elle-même.

N° de Résidence	Ville	Nom établissement	Date événement	Catégories	Nature du signalement	Résident concerné	Date signalement	FEI ?	Etat du dossier
L22	Fontaine au Pire	Ariane	04/01/2020	soins	DC - fausse route		08/01/2020	oui	fermé fermé

- Concernant la tentative de suicide : tous les cas que nous avons pu repérer dans les comptes-rendus des réunions de staffs régionales ont fait l'objet, après vérification, d'une déclaration aux autorités compétentes (cf. tableau ci-dessous)

Région	Type d'évènement	mois du CR Staff région	Mentions sur une indication sur FEI non déclarée ou en cours dans le CR STAFF REGION	FEI réellement déclarée sur la base du tableau de suivi des événements indésirables
Occitanie 274 Marango	TS	Mars	« NON car récidive TS - «	TS en date du 12 Février 2021. Pré- Signalement effectué le 12 Février 2021. Signalement fait le 03 Mai 2021.
NORD 12 Fère en tardensis	TS	Juillet	non "possible déclai nécessaire"	FEI faite le 28/07/2021 pour deux TS survenues le 14 et 21 juillet (deux résidentes différentes)
OUEST 009 La Couture BOUSSEY	Suicide	Février	oui en cours	Suicide le 28 janvier 2021. FEI faite le 04 Février 2021
OUEST 140 Le Mans 2	TS	Avril	oui en cours	TS en date du 25 Mars 2021. Pré signalement le 25 mars et signalement le 21 Avril 2021
OUEST 97 Granville	TS	Mai	oui en cours	TS en date du 20 Avril 2021. Pré signalement fait le 20 Avril 2021. FEI faite le 06 Mai 2021

Certes, dans certains cas particuliers, le délai de déclaration de l'évènement indésirable aux autorités compétentes peut sembler long et nous devrions nous améliorer. Toutefois, nous souhaitons préciser que ce délai est décompté, à ce jour, sur la base de la date de la survenue de l'évènement, alors que conformément à la réglementation, le délai de 48h commence à courir seulement à compter de la date à laquelle l'évènement a été porté à notre connaissance. Dans un certain nombre de cas, l'évènement peut être porté à la connaissance du Directeur d'établissement tardivement. Nous veillerons donc également à mettre à jour notre tableau de suivi, afin d'avoir une vision parfaite du délai de déclaration effectif.

Nous contestons l'affirmation selon laquelle « Les enquêtes de satisfaction, dont les résultats ne sont pas toujours exploités au niveau des établissements, sont principalement destinées à la communication externe ».

La mission prend note des éléments qui n'appellent pas de modification du rapport provisoire.

La formulation du rapport provisoire est amendée. Le rapport indique précisément la méthodologie de l'enquête de satisfaction. En revanche, lors de ses échanges avec les usagers et dans les rapports de contrôles des ARS, la mission a constaté que les points d'insatisfaction ne sont pas toujours corrigés.

Annexe I

<p>sont pas toujours exploités au niveau des établissements, sont principalement destinées à la communication externe »</p>	<p>En préambule, lors d'un déplacement, le 8 mars dernier, dans un EHPAD de Fontenay-sous-Bois dans le Val-de-Marne, le ministre des Solidarités et de la Santé et la ministre déléguée chargée de l'Autonomie ont présenté une quinzaine de mesures, dont l'une porte sur l'instauration obligatoire d'une enquête de satisfaction annuelle et l'affichage des résultats de cette enquête dans les établissements. Il convient à cet égard de préciser qu'Orpea a pris cette mesure depuis déjà plus de 20 ans.</p> <p>Le contexte dans lequel ces enquêtes ont été mises en place doit être rappelé.</p> <p>En 2001, une des premières actions d'Orpea a été de recueillir auprès des résidents et familles leurs attentes vis-à-vis des établissements avec la volonté de pouvoir identifier ce qui était important pour eux. Sur la base d'un questionnaire qui leur a été adressé, les 30 critères les plus importants à leurs yeux ont été retenus pour élaborer la charte des engagements ORPEA, charte sur laquelle le questionnaire de satisfaction annuel est établi depuis.</p> <p>Ce questionnaire de satisfaction et sa méthodologie ont été élaborés en 2001 grâce au support d'une société spécialisée dans la réalisation de baromètres de satisfaction, en se fondant sur des méthodes scientifiques et rigoureuses, déjà éprouvées dans d'autres secteurs d'activité.</p> <p>Chaque année, depuis 2001, cette enquête de satisfaction est adressée à l'ensemble des résidents, leurs représentants légaux et/ou familles, afin de recueillir leur avis concernant les différents points d'importance à leurs yeux.</p> <p>Chaque année, ce questionnaire de satisfaction peut évoluer afin de tenir compte des nouvelles attentes des résidents et proches, issus des Conseils de la Vie Sociale, des résultats des enquêtes elles-mêmes,... Une base identique est toutefois toujours conservée afin de pouvoir effectuer une comparaison d'une année sur l'autre.</p> <p>Ainsi, depuis 2001, ce sont 144 923 résidents et familles qui ont répondu à cette enquête pour les EHPAD d'Orpea en France (soit en moyenne, 54% des résidents / familles), ce qui correspond à un taux de retour assez élevé comparativement aux taux de retour habituellement constatés pour les enquêtes de satisfaction.</p> <p>Les résultats de cette enquête sont présentés et discutés en équipe au niveau de chaque établissement ; des plans d'actions correctifs et d'amélioration sont élaborés (il convient de noter qu'à date, sur les 50</p>	<p>Par ailleurs, ces développements sont à mettre en regard du paragraphe précédant sur le fonctionnement des CVS, instance de participation des usagers prévue par la Loi et dont le rapport relève de nombreux écarts à la réglementation ; développements qui n'ont pas fait l'objet d'observations de la part d'Orpea.</p>
---	---	--

rapports d'inspections ARS que nous avons reçus, seule une ARS mentionne la non présence du plan d'action correctif) ; les résultats sont dès lors présentés et discutés au Conseil de la Vie Sociale, puis partagés plus largement avec l'ensemble des résidents et familles lors d'une réunion et ensuite communiqués dans la gazette de l'établissement disponible à l'accueil de l'établissement.

L'affirmation qui consiste à résumer cette enquête à un simple outil de communication externe nous semble donc erronée. Toute la méthodologie qui a été élaborée depuis plusieurs années démontre que le seul axe de communication auquel nous nous attachons est bien celui de l'interne (salariés, CVS, résidents et familles) et qu'à aucun moment, notre volonté n'est de dédier les résultats de cet outil à visée uniquement de l'externe. En atteste la méthodologie utilisée et transmise à la mission (cf. ci-dessous)

Étape 4 : Résultats du baromètre de satisfaction

- Le Département Qualité présente les résultats globaux du baromètre de satisfaction en Comex puis en ROR's.

Actions à mener :

- 1/ la direction de la résidence prend note en détail des résultats du baromètre de satisfaction.
- 2/ la direction de l'établissement lit, analyse et synthétise les commentaires des familles et des résidents sur les questionnaires.
- 3/ la direction de l'établissement établit la présentation PowerPoint des résultats
- 4/ la direction de l'établissement présente à ses équipes, l'ensemble des résultats, les actions à mener en oeuvre, avec chaque équipe. Une feuille de présence doit être signée.
- 5/ la direction de l'établissement inclut dans la présentation PowerPoint les axes d'amélioration définis avec les équipes et validés par lui.
- 6/ la direction de l'établissement présente en avant-première les résultats et les axes d'amélioration aux membres du Conseil de la Vie Sociale (lors d'une réunion extraordinaire). Une feuille de présence doit être signée.
- NB : dans le compte rendu du Conseil de la Vie Sociale, la direction de l'établissement doit présenter les résultats du baromètre de satisfaction et les axes d'amélioration ont été présentés.
- 7/ la direction de la résidence présente les résultats et les axes d'amélioration aux résidents et aux familles. Une feuille de présence doit être signée.
- 8/ la direction de la résidence s'inscrit dans le logiciel prévu à cet effet son plan d'action au regard des axes d'amélioration définis. Ce plan d'action doit être validé par la direction régionale.
- 9/ La Direction Régionale transmet au Département Qualité toutes les données relatives aux résultats du baromètre de satisfaction et les axes d'amélioration définis à l'ensemble des familles ou le résident. Ce document doit être préalablement validé par la direction régionale (même en cas de validation que la gestion des plaintes).

Au fil des mois, le Département Qualité :

Suivre le Plan d'actions des établissements

<p>Annexe I, 3.2., page 15, « les contrôles effectués par les ARS dans les établissements relèvent que le plan d'action n'est pas toujours réalisé ni les réponses apportées aux familles dont les commentaires ont pu s'apparenter à des réclamations»</p>	<p>L'affirmation selon laquelle « les contrôles effectués par les ARS dans les établissements relèvent que le plan d'action n'est pas toujours réalisé ni les réponses apportées aux familles dont les commentaires ont pu s'apparenter à des réclamations» nous paraît erronée.</p> <p>Concernant le point relatif au traitement des réponses apportées par les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tout résident ou famille pour lequel la levée d'anonymat a été effectuée, c'est-à-dire qui a indiqué ses coordonnées dans l'enquête (celle-ci est anonyme mais un encart est prévu à cet effet pour les personnes le souhaitant), fait l'objet d'un suivi selon la même procédure que celle applicable à la gestion d'une réclamation, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prise de contact et proposition d'un rendez-vous ; ○ Rencontre de la famille et rédaction d'un courrier de réponse ; ● Le dispositif est suivi par le département qualité qui tient un tableau récapitulatif des personnes à rencontrer / rencontrées et des courriers de réponse envoyés ; ● Au titre de l'enquête de satisfaction 2021, ce sont 594 personnes qui ont levé l'anonymat (versus 610 en 2020) ; ● Ainsi, les réclamations qui auraient pu être faites dans le cadre de l'enquête de satisfaction font bien l'objet d'un recensement, traitement et pilotage centralisé, tel que le précise également la note de méthodologie transmise à la mission. 	<p>La mission maintient la formulation qui fait référence à des contrôles d'ARS dont les observations et constats ont été soumis au contradictoire des EHPAD concernés.</p>
---	--	---

<p>Annexe I, 3.3.1, page 15, « Chaque Ehpad dispose de ses propres documents obligatoires d'information des personnes »</p>	<p>2) Traitement par le Département Qualité</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇨ Dès que le prestataire a mis à disposition les questionnaires via les applications (digital et papier/scan), il ne les commente pas, il ne les envoie pas, il attend le retour, attentif à tout signe d'irrégularité à la lecture des questionnaires ; - Ecriture identique sur plusieurs questionnaires (par exemple, cela pourrait signifier que ces questionnaires pourraient avoir été remplis par le personnel de l'établissement) - Envoi groupé de questionnaires dans un seul scan, etc. <ol style="list-style-type: none"> 1. Si le résident a laissé ses coordonnées et a demandé à être contacté, le service qualité transmet une copie à la direction de l'établissement / DR pour traitement (selon la procédure de gestion des réclamations) ; 2. Si le résident n'a pas laissé ses coordonnées mais que les commentaires nécessitent une réactivité immédiate, le service qualité enverra également une copie à l'établissement, pour information, et aux Directions Régionales. <p>Toutes les réclamations conformément au Baromètre de satisfaction doivent être traitées et tracées selon la procédure de "Gestion des réclamations" en vigueur dans l'unité opérationnelle.</p> <p>Le tableau de suivi sera transmis au QCP à la fin de l'enquête.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇨ cooier les questions 3 et 4 du questionnaire de satisfaction des résidents/familles tant pour le digital que pour le papier. ⇨ Suivre le tableau "taux de retour" et informer la direction régionale une fois par semaine <p>Étape 3 : La clôture du baromètre de satisfaction</p> <p>À la fin de l'enquête, le prestataire externe obtient les applications et récupère les données pour préparer les résultats.</p> <p>Il réalise une synthèse des résultats par établissement, par région et nationale et par types d'accueil.</p> <p style="text-align: right;"><small>Document de travail interne - 02/2024 - Version 001 - Juin 2023</small></p>	<p>Remarque sans objet : La mission n'a pas dressé le constat d'une absence d'actualisation du plan d'actions.</p>
<p>Annexe I, 3.3.1, page 15, « Chaque Ehpad dispose de ses propres documents obligatoires d'information des personnes »</p>	<p>Concernant le point relatif au plan d'actions qui ne serait pas toujours actualisé : il est possible qu'un établissement ait rencontré un dysfonctionnement à ce sujet mais il ne peut en être fait une généralité d'autant que le référent qualité régional veille à la mise en œuvre de ces plans d'actions.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'affirmation « Ainsi chaque EHPAD dispose de son règlement de fonctionnement, ... », de sa charte des droits et libertés de la personne accueillie. » nécessite d'être rectifiée pour les raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le règlement de fonctionnement des EHPAD est bâti sur une trame unique, qui respecte les dispositions réglementaires en vigueur et ne peut être modifiée par les Directeurs d'établissements eux-mêmes ; ○ La charte des droits et libertés de la personne accueillie est tirée de la charte officielle nationale édictée par le Ministère. Cette charte n'est 	<p>La mission maintient la formulation ; La mission indique bien que le siège a produit des maquettes de documents pour les établissements.</p>

pas susceptible de faire l'objet de modifications de la part des Directeurs d'établissement.

- L'affirmation « si le recueil du consentement de la personne est apparent dans la phase d'admission, il peut s'étioler ensuite » doit être corrigée en cela que le recueil du consentement fait l'objet d'une sensibilisation continue des équipes sur la nécessité de recueillir, tout au long du séjour, le consentement du résident. Le tableau ci-dessous confirme l'attachement des équipes à recueillir ce consentement et à le tracer, et ce, au-delà de la phase d'admission.

Extraction [...] – nombre de consentements recueillis pour les résidents – Mars 2022

Consultation pré-vaccinale Covid-19	Contenu	Don d'organes	Don du corps à la science	Dossier Médical Partagé	Droit à l'image	Hospitalisation	Institutionnalisation	Projet personnalisé	Télémedecine	Vaccin Covid-19
1 398	1 254	1 25	1 433	9 312	7 516	6 816	16 050	2 593	11 438	

L'affirmation qui consiste à dire que « la désignation de la personne de confiance ne fait pas l'objet d'une traçabilité suffisante susceptible d'être contrôlée par la mission » n'est pas fondée.

En effet :

- Conformément à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, tout résident est informé de son droit à désigner une personne de confiance, dont les missions sont définies en annexe du livret d'accueil remis à l'entrée. Cette personne de confiance accompagne notamment le résident dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux. Elle peut également, si le résident le souhaite, lui fournir des conseils et l'aider à prendre ses décisions. Le contrat de séjour et les documents liés à l'entrée rappellent en outre les conditions de cette désignation. La personne de confiance, une fois désignée, est enregistrée dans les outils disponibles (Outil Leo), permettant d'effectuer un suivi.
- La problématique réside toutefois dans le fait qu'un résident, atteint de troubles cognitifs, ne peut pas toujours désigner sa personne de confiance ; ainsi, 4 cas peuvent se présenter au moment où l'établissement invite le résident à désigner sa personne de confiance (cf. extrait ci-dessous de la procédure « désignation de la personne de confiance ») :

Annexe I, 3.3.2, page 16, « La désignation de la personne de confiance ne fait pas l'objet d'une traçabilité suffisante susceptible d'être contrôlée par la mission. »

La mission maintient la formulation directement liée au projet personnalisé.

La formulation du rapport provisoire a été amendée ; l'absence de traçabilité portant sur la proposition faite au résident de désigner une personne de confiance.

IDEC	<p>1er cas : le résident a déjà désigné sa personne de confiance et souhaite la conserver :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer cette désignation auprès du résident. • S'il souffre d'une atteinte cognitive, utiliser le questionnaire de prise de décision pour confirmer son choix. • Tracer ses réponses dans le dossier médical. <p>2^{ème} cas : le résident souhaite et est en capacité de désigner sa personne de confiance ou n'a pas : Le résident complète le formulaire -- désignation de la personne de confiance --</p> <p>3^{ème} cas : si le résident n'est pas capable de désigner une personne de confiance Essayer d'utiliser le questionnaire de prise de décision pour obtenir son choix en toute compréhension. Tracer les réponses dans le dossier médical. En cas d'échec, notifier son incapacité dans le dossier.</p> <p>4^{ème} cas : si le résident ne souhaite pas désigner une personne de confiance : Le notifier dans le dossier médical. Netsoins... observations...</p>
------	--

N.B. : précision pour le cas 2, il s'agit du cas où le résident n'aurait pas déjà désigné sa personne de confiance et souhaiterait dorénavant le faire et serait en capacité de le faire.

- L'enregistrement dans l'outil informatique Leo permet de connaître exactement l'état de désignation ou non de la personne de confiance selon les 4 cas mentionnés ci-dessus. Si une personne de confiance a effectivement été désignée, son enregistrement dans Leo permet de transmettre le nom de cette personne dans l'outil [...], assurant ainsi une cohérence des données entre l'outil administratif (Leo) et soins ([...]).

Etat des lieux de la désignation des personnes de confiance pour l'ensemble des établissements du Groupe et selon le processus de désignation ci-dessus (Mars 2022) :

Nb Résident Ne Souhaitant Pas Désigner De personne De Confiance (cf. cas 4)	1 700	Nb Résident Avec personne de Confiance (cf. cas 1 et 2)	7 044	Nb Résident sans personne de confiance désignée (cf. cas 3)	8 898
ORPEA France	1 700	7 044	8 898		

- Par ailleurs, nous tenons également à préciser que la recherche de la désignation de la personne de confiance se fait dès la pré-admission, en cela que l'établissement dans sa procédure va informer le résident de la possibilité qu'il aura, lors de son admission, de pouvoir désigner une personne de confiance. Ainsi, tout est mis en œuvre afin que le résident

Formulation amendée pour tenir compte de ces éléments.

	dispose effectivement de l'ensemble des informations relatives à ses droits.	
Annexe I, 3.3.3, page 17, « L'information des résidents sur les personnes qualifiées n'est pas systématique »	<p>L'affirmation suivante « L'annexe comportant la liste des personnes qualifiées n'a pas été transmise avec les livrets d'accueil que la mission a demandés dans les ehpad visités » ne nous semble pas justifiée et mérite d'être corrigée. En effet, la liste des personnes qualifiées fait bien partie intégrante des procédures du groupe et constitue l'un des points clés de contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le livret d'accueil du nouveau résident ORPEA réserve un paragraphe entier à la personne qualifiée, mentionnée à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles. Ainsi, dans la partie consacrée aux « droits au respect de la vie privée », ce livret rappelle que la personne qualifiée est la personne à laquelle tout résident pris en charge dans un établissement médico-social peut faire appel pour l'aider à faire valoir ses droits en cas de litige. Le livret en question précise en outre qu'en cas de contestation ou de réclamation, le résident pourra faire appel à une personne « qualifiée », dont la liste est établie conjointement par le Préfet, la Directeur de l'Agence Régionale de Santé et le Président du Conseil Départemental. Si les autorités compétentes ont établi cette liste, celle-ci est précisée en annexe n° 5 du livret d'accueil et affichée à l'accueil. A défaut, comme le prévoit le livret d'accueil, chaque résident ou chaque famille a la possibilité de l'obtenir en se rapprochant directement du conseil départemental du lieu dans lequel se situe l'établissement et de rapprocher, en tant que de besoin, du personnel administratif de l'établissement. Le contrat de séjour du résident indique clairement que « lors de l'admission, l'Établissement remet au Résident, sa famille ou son Représentant Légal la Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie, ainsi que la Charte de la personne âgée dépendante. En application de l'article L.311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les résidents ont la possibilité de se faire assister par une personne dite « personne qualifiée », dont la fonction est d'aider le Résident à faire valoir ses droits. La personne qualifiée doit être choisie sur une liste départementale, établie sur décision conjointe du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, du Président du Conseil Départemental et du Préfet. Cette liste, si elle a été établie, est disponible auprès de l'accueil de 	La formulation du rapport provisoire a été amendée ; l'annexe ayant été transmise dans un EHPAD. Pour autant, au-delà de l'existence de l'annexe et des autres supports écrits, ce que la mission interroge, ce sont les moyens déployés au quotidien par les établissements pour garantir l'effectivité de l'exercice de leurs droits par les résidents.

Annexe I

	<p>la Résidence. En cas d'absence ou d'échec de la conciliation ou de la procédure amiable, le Résident pourra saisir le Tribunal compétent ».</p> <ul style="list-style-type: none"> La check list annuelle du directeur relative aux « Affichages obligatoires » comporte également un critère sur ce sujet : « La liste officielle des personnes qualifiées (si nommées par le Département) est affichée ». <p>Etat des lieux de l'affichage de la liste des personnes qualifiées et/ou de la présence en annexe du livret d'accueil dans les établissements visités par la mission : à la suite des constatations effectuées par la mission d'inspection, l'ensemble des services d'accueil des établissements visités par la mission a été interrogé, afin de leur demander si cet affichage était bien présent et si cette liste était bien jointe en annexe du livret d'accueil. Tous nous ont confirmé que l'affichage était bien fait ainsi que la présence en annexe du livret d'accueil, à l'exception d'un seul établissement qui ne l'avait pas dans son livret d'accueil (ce point a été corrigé à l'issue de cet échange).</p>	<p>Le défaut d'affichage est un constat relevé dans plusieurs rapports d'ARS dont les rapports sont devenus définitifs après contradictoire et corroboré par les visites de la mission.</p>
<p>Annexe I, 3.3., page 15, « l'information donnée aux résidents ou à leurs représentants devrait faire l'objet d'une plus grande attention »</p>	<p>Au vu de l'ensemble des éléments mentionnés ci-dessus, le titre du point 3.3 de l'annexe au rapport provisoire « l'information donnée aux résidents ou à leurs représentants devrait faire l'objet d'une plus grande attention » mériterait d'être reformulé pour refléter l'état véritable des pratiques du groupe décrites.</p>	<p>La mission maintient sa formulation qui porte sur l'information effectivement donnée aux résidents dans les établissements.</p>
<p>Annexe I, 3.4.2., page 17, « le traitement des plaintes et des réclamations peut gagner en fluidité et en proximité avec</p>	<p>L'affirmation selon laquelle « ce commentaire jette le doute sur la politique volontariste du groupe en matière de réclamations » appelle de notre part les précisions suivantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le commentaire en question avait pour unique objet d'expliquer la différence entre le nombre de réclamations reçues en 2021 et en 2020. Nous avions alors indiqué n'avoir « pas d'explication particulière si ce n'est l'hypothèse que depuis la crise COVID, nous avons pris l'habitude de 	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée.</p>

<p>les résidents et leurs familles »</p>	<p>communiquer plus souvent et mieux ». Même si ce commentaire peut paraître maladroit, nous savons, avec le recul et le retour d'expériences, combien un grand nombre de réclamations sont dues à un défaut de communication de la part d'un établissement. Ce défaut de communication peut amener légitimement une famille et /ou un résident à écrire faute d'avoir pu obtenir des réponses à ses attentes.</p> <p>En 2020, la crise sanitaire que nous avons traversée a conduit au confinement temporaire des établissements pour protéger les résidents ; dans ce contexte, il nous a paru essentiel que chaque établissement puisse développer une communication plus régulière auprès de l'ensemble des familles, par mail puis dans un second temps par l'application ORPEA Family, à propos de la vie quotidienne de l'établissement, mais également des conditions de prise en charge. Cette communication transparente et proactive a permis aux familles d'être suffisamment informées, même lorsqu'elles ne pouvaient pas venir en visite. Cette « bonne habitude » a été conservée par les Directeurs d'établissement depuis ; et c'est bien cette démarche que le commentaire visait.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le groupe Orpea a toujours eu une politique volontariste en la matière tant pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ mettre en place et communiquer sur tous les dispositifs disponibles au sein de l'établissement (communication via le livret d'accueil du résident mais également le contrat de séjour) : - Cahier de suggestions situé à l'accueil de l'établissement ; - Conseil de la Vie Sociale, commissions animation et restauration ; - Boîte à idées (si elle est présente) ; - De vive voix auprès du Directeur d'établissement et/ou d'un référent ; - Plus récemment, via l'application ORPEA Family, déployée en mai 2020, pour offrir un canal de communication supplémentaire entre les résidents et leurs proches, mais également entre l'établissement et les proches des résidents .
--	--

	<p>☺) Votre avis nous intéresse</p> <p>De nombreuses solutions vous permettront de nous faire part de vos suggestions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De vive voix auprès de la Direction et/ou des référents, • En remplissant le cahier de suggestions situé à l'accueil, • En participant au Conseil de la Vie Sociale (renseignements auprès de l'accueil) et aux différentes commissions (restauration et animation), • En remplissant chaque année notre enquête de satisfaction, • En utilisant la boîte à idées située près de l'accueil. (si présente) <p>Vous pouvez rajouter d'autres éléments s'il y a lieu</p> <p><small>Document de travail interne OIPSA - Version 020- Novembre 2020</small></p> <p>Extrait du livret d'accueil résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que pour avoir été le 1er groupe à mettre en œuvre auprès de tous ses résidents et familles une enquête annuelle anonyme et réalisée par un organisme externe (cf. supra), pour laquelle tous les résidents et familles qui ont levé l'anonymat font l'objet d'un suivi particulier quant au traitement de la réponse apportée ; ○ Mais également pour avoir pris le soin, lors de la crise COVID, de mener une enquête supplémentaire auprès des familles afin de recueillir leur avis et perception sur la gestion de la crise et leur vécu ; en effet, nous savions que la crise allait durer et il était impératif pour nous de porter une attention particulière aux difficultés qu'avaient vécues les familles afin de pouvoir les corriger et les anticiper, dans la mesure bien entendu du strict respect des règles sanitaires. <p>Même si d'autres canaux seront prochainement disponibles comme évoqué avec la mission, il ne peut être conclu, en l'état actuel des faits et des preuves apportées, à l'absence de politique volontariste du groupe en matière de gestion des réclamations.</p>	
<p>Annexe I, 3.4.3., page 19, « pour 400 dossiers, soit 40% d'entre eux, l'état du dossier n'est pas indiqué et il n'y a aucun</p>	<p>En premier lieu, comme l'a relevé la mission, à compter du moment où le dossier est complet et où l'ensemble des éléments permettant d'effectuer</p>	<p>La mission prend note des actions mises en œuvre par le groupe pour se conformer au délai légal de remboursement des résidents sous 30 jours.</p>

commentaire, ce qui interroge sur les efforts déployés par la société pour rembourser les montants perçus. »	<p>le remboursement ont été transmis par la famille, le délai de remboursement s'élevé uniquement à sept jours.</p> <p>En second lieu, plusieurs actions ont été entreprises par le groupe en la matière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les 16 avril et 14 mai 2019, une intervention en comité d'exploitation a eu lieu pour informer de la mise en place d'un nouveau process pour optimiser le délai de remboursement de nos résidents. Le nombre de remboursements en attente est communiqué. • Le 11 juin 2019, une communication a été diffusée aux directions régionales sur l'automatisation de la saisie des remboursements (qui étaient jusqu'alors saisis manuellement par les gestionnaires). Ce procédé doit apporter plus de simplicité et de rapidité. • Le 18 juin 2019, la direction des systèmes d'information a diffusé une brève explicative à la suite de la mise en place de l'outil concerné. • Le 3 septembre 2019, la communication suivante a été adressée aux directions régionales pour les informer de la mise en production d'un outil de suivi des remboursements en attente : « Notre service informatique nous a développé, sur le logiciel de Contentieux SUIVI DES IMPAYES, une fonctionnalité qui va nous permettre de suivre nos remboursements. Nous allons tracer les raisons/motifs pour lesquels nos dossiers sont en attente. Par exemple, un notaire non désigné ou encore une lettre se porte fort non signée, un extrait de livret de famille non fourni etc... Toutes ces informations qui pourront nous permettre d'assurer un suivi et nous améliorer dans nos délais de remboursement qui actuellement dépassent le délai légal de nos contrats de séjour. Je vous sollicite tous afin de communiquer auprès de vos établissements la brève ci-jointe. A sa lecture, vous pourrez lire que des alertes / relances ont été mises en place. » • Le 1er janvier 2020, des objectifs annuels liés au traitement des remboursements des résidents dans le délai contractuel ont été mis en place pour les équipes de l'Administration des ventes (ADV). • Le 1er janvier 2021, une prime mensuelle pour accentuer et réduire les délais de remboursement des résidents dans le délai contractuel a été instituée. • Le 13 avril 2021, a été planifié en comité de pilotage la mise en production d'une évolution du suivi de nos remboursements. Notre volonté est d'apporter un meilleur suivi des demandes de remboursement par l'envoi d'un 1er courrier et d'une matérialisation de
--	--

Annexe I

la demande. Le cahier des charges a été rédigé au dernier trimestre 2021 pour un déploiement au 2nd semestre 2022.

Les gestionnaires ADV ont pour objectif de faire un point mensuel avec les établissements et d'obtenir les documents nécessaires afin de rembourser les résidents le plus rapidement possible. Après de nombreuses analyses, il s'avère que la plus grande difficulté réside dans la récupération des pièces nécessaires auprès de la famille et/ou du notaire et donc dans la mise à jour des dossiers.

ANNEXE II

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

Annexe II

Tableau 1 : Synthèse d'Orpea et réponse de la mission sur le contenu de l'annexe II

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
<p>Note de synthèse Annexe II</p> <p>L'annexe II porte sur l'accompagnement et prise en charge des personnes âgées</p> <p>En préambule, nous demandons que des références sectorielles soient systématiquement fournies en regard des données chiffrées retenues par la mission pour Orpea, afin de pouvoir apprécier comment se situe ce dernier par rapport aux autres acteurs du secteur</p> <p>La place du soin revêt un caractère central dans l'accompagnement des résidents. Les constats effectués par la mission sur le sujet occultent la volonté réelle du groupe de s'engager dans une prise en charge de qualité ainsi que la mise en place d'une dynamique d'évaluation organisée et structurée.</p> <p>La mission se fonde uniquement sur quelques écarts. En effet, l'angle choisi tend à généraliser à tous les EHPAD et/ou toutes les pratiques du groupe, certains dysfonctionnements isolés, relevés dans le cadre de contrôles qui datent parfois de plus de 3 ans et qui depuis ont fait l'objet de mesures correctives.</p> <p>Cette approche réductrice ne permet pas d'avoir une vision complète, précise et actuelle de l'activité de soins, laquelle évolue chaque jour et doit être réévaluée en conséquence.</p>	<p>La mission souhaite rappeler :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que de telles références, citées par Orpea dans sa réponse, étaient déjà présentes dans le rapport sur plusieurs points ; 2) Qu'une comparaison sectorielle systématique est impossible ; 3) Qu'il s'agit d'une mission de contrôle qui ne concerne que le groupe Orpea, conformément à la lettre de mission. <p>Le rapport final est néanmoins complété de références additionnelles, en fonction des réactions d'Orpea et des éléments étayés et récents dont nous pouvons disposer (cf. <i>infra</i>).</p> <p>Il ne revient pas à la mission de préjuger de la « volonté » du groupe mais d'effectuer des constats factuels.</p> <p>Le rapport provisoire explicitait dès le préambule que certains problèmes relatifs à la prise en charge peuvent être « sporadiques » et que la plupart « ne concernent pas tous les EHPAD du groupe » ; voir en outre réponses apportées <i>infra</i> dans les cas où Orpea questionne la robustesse des constats.</p> <p>Par ailleurs, le fait que les pratiques évoluent « chaque jour » ne disqualifie pas les récents rapports.</p>

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
<p>Dans cette annexe II, la mission tend donc à re-questionner la prise en charge globale à travers 3 axes systématiquement à charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'admission du résident et la mise en perspective de son accompagnement toujours dans le but de maximiser le taux d'occupation, • L'organisation des soins sous le prisme d'une instabilité des effectifs, • Une prise en charge de la dépendance qui tend à négliger certains aspects essentiels portant sur l'hygiène et la nutrition. <p>Dans ce contexte, la présente note détaillée a pour objet de reprendre, point par point, les éléments de l'annexe II et d'apporter ainsi un autre regard.</p> <p>Première remarque : La question de la dépendance est une question sociétale.</p> <p>Les choix collectifs de médicaliser les maisons de retraite sont liés à l'évolution de la situation et de l'état de santé des personnes qui sont accueillies en EHPAD. Notre cœur de métier s'inscrit dans cette réalité complexe et souvent douloureuse. Des dysfonctionnements peuvent exister dans l'ensemble des établissements de ce secteur de la santé et de la protection sociale. Nous nous attachons à y remédier au quotidien. Nous ne pouvons toutefois entendre que le respect du choix de vie des résidents ne serait pas une priorité pour notre entreprise et pour les professionnels qui accompagnent les résidents.</p> <p>En effet, l'existence même de procédures visant à aider et structurer les premiers pas des résidents au sein des établissements témoigne de la volonté d'Orpea d'organiser la prise en charge dès l'amont de manière attentive et bienveillante. C'est ce qui en justifie la mise en place.</p> <p>Nous tenons en particulier à faire remarquer que, contrairement à ce qui est dit dans l'annexe 2, le principe de pré-admission est la règle dans le groupe Orpea. Il n'y a pas d'admission sans l'avis favorable du médecin coordonnateur.</p> <p>Par ailleurs, la question du projet personnalisé fait l'objet d'un plan d'action suivi auquel nous attachons une importance et une attention particulières car on ne saurait le</p>	<p>La mission maintient ses constats provisoires qui comprennent par ailleurs des éléments positifs qu'Orpea reprend à son compte dans sa réponse (voir par exemple <i>infra</i> dans la réponse d'Orpea « Cependant, l'organisation des soins présente également des forces comme le souligne les constats de la mission... de plus la mission note... »).</p> <p>Vu</p> <p>Voir passages correspondants <i>infra</i></p> <p>Voir passages correspondants <i>infra</i></p>

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
<p>résoudre à un acte administratif, ce qui conduit à ce jour à une proportion de 67% des résidents bénéficiant d'un projet signé.</p> <p>Nous précisons également que 100% des établissements disposent d'un projet d'établissement dans lequel le projet de soin est systématiquement associé. A ce jour, 64% des projets d'établissement sont en cours de réactualisation, la crise sanitaire née de l'épidémie liée à la Covid-19 n'a pas permis de réaliser ce travail du fait des priorités que nous nous sommes imposées pour protéger nos résidents.</p> <p>Deuxième remarque : La structuration des soins repose chez Orpea sur des fondamentaux de qualité solides</p> <p>La question du soin est cruciale car elle implique l'intégralité de l'équipe pluridisciplinaire et par extension la bonne prise en charge des résidents. Le médecin coordonnateur tient une place centrale dans ce dispositif. Le rapport souligne que seulement 18% des EHPAD ORPEA ne bénéficient pas de médecin coordonnateur, contre 33% dans le secteur. Ces chiffres montrent que malgré des difficultés redoutables liées au marché du travail et à la difficulté à recruter, le groupe se donne les moyens de tenir ses engagements en matière de soins.</p> <p>Par ailleurs, la gouvernance médicale repose sur des médecins coordonnateurs régionaux et infirmiers coordonnateurs (IDEC) régionaux qui permettent de pallier d'éventuelles vacances de postes, ce qui témoigne encore une fois de la volonté du groupe de placer le soin au cœur de son dispositif.</p> <p>Cette organisation est dépendante des femmes et des hommes qui l'animent et nous partageons tout à fait le point de vue du rapport qui lie la présence d'équipes stables à la qualité des soins.</p> <p>Cependant il est injuste de ne pas remettre la situation d'Orpea en perspective d'un problème sectoriel auquel chaque acteur, public, associatif ou privé, est confronté, d'autant plus dans un contexte de crise sanitaire.</p> <p>Ce constat pose le problème général du vieillissement de la population de notre pays et de la prise en charge de la perte d'autonomie qui impose, pour certains de nos concitoyens, très affaiblis, désorientés et polypathologiques, une mobilisation très forte de moyens humains, ressources rares et inégalement présentes selon les territoires.</p>	<p>Vu</p> <p>Voir <i>supra</i> sur la question des références sectorielles</p> <p>Vu</p>

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
<p>Le constat est partagé par tous les acteurs engagés du secteur (public, associatif et privé) et avec eux les associations de professionnels, des personnes et des familles. Nous sommes prêts évidemment à être force de proposition.</p> <p>La-structuration des soins repose chez Orpea sur des fondamentaux de qualité solides pour limiter au maximum les effets inhérents à la coordination des différents acteurs, notamment libéraux qui majorent parfois les difficultés de prise en charge.</p> <p>Cependant, l'organisation des soins présente également des forces comme le souligne les constats de la mission : <i>« Ces rapports [des ARS] concluent généralement à une prise en charge médicalemente « bonne dans l'ensemble » dans le cas des EHPAD d'Orpea »</i> et <i>« Le groupe semble par ailleurs veiller à limiter la iatrogénie, avec notamment une volonté de juguler l'usage des neuroleptiques, (...), et confirmée par les statistiques de consommation des résidents des EHPAD d'Orpea »</i>.</p> <p>De plus, la mission note : <i>« A la date du contrôle, 3,42% des résidents ont un ou plusieurs pansements d'escarres. Ce chiffre n'apparaît pas excessif. Un récent retour d'inspection indiquait même une « absence d'escarre à ce jour dans l'établissement. », ce qui témoigne encore une fois d'une prise en charge de qualité.</i></p> <p>Ces conclusions sont étayées par les contrôles récents effectués par les ARS sur les établissements, l'étude des 50 premiers rapports reçus confortant le constat réalisé par la mission. En effet, la prise en charge médicalemente est un point central dans le dispositif de soins. Cet élément nous paraît tout à fait déterminant dans la démonstration d'une organisation des soins de qualité et in fine, l'annexe révèle que les dysfonctionnements éventuels sont davantage liés à des pratiques individuelles isolées qu'à un système généralisé.</p> <p>Troisième remarque sur le sujet de la prise en charge de la dépendance : deux points nous paraissent erronés, l'hygiène bucco-dentaire et la nutrition.</p> <p>En effet, il est inexact de dire que le suivi de l'état bucco-dentaire est négligé. En effet, ce sujet fait l'objet d'un point de vigilance dans les formations à destination des soignants, nonobstant les éléments relatifs à la formation socle de chacun de nos collaborateurs.</p>	<p>Voir passages correspondants <i>infra</i></p>

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
<p>La nutrition, quant à elle, se veut être un point essentiel, car il s'agit bien de l'association de moments de plaisir et de temps nécessaires à la bonne prise en charge de la santé globale.</p> <p>Le groupe a déployé « un dispositif alimentaire » visant à garantir à chaque résident un plan de soin nutritionnel, adapté à ses besoins, en prenant en compte le versant psychologique.</p> <p>En effet, un résident sur deux présente un état dépressif dont l'un des symptômes est la perte d'appétit, en conséquence de quoi, le seul axe des besoins nutritifs ne peut revêtir l'essentiel de la question de la dénutrition.</p> <p>Par ailleurs, la question des grammages suscite des interrogations de notre part. Le grammage n'est en effet que l'un des éléments à prendre en compte en matière de nutrition et ne permet pas d'apprécier les apports totaux en protéines et calories. Dans cette partie, les explications et éléments de preuve viendront confirmer que les menus Orpea tels qu'élaborés par une nutritionniste et confirmés par un professeur universitaire de gériatrie apportent bien les apports en protéines et calories nécessaires, conformément aux recommandations de l'ANSES (Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Nationale).</p> <p>Dans le même esprit, nous ne pouvons accepter que soit considéré comme discutable le protocole de dénutrition mis en place par le groupe et remis en cause par la mission, sous prétexte qu'il ne serait pas principalement organisé autour de la recherche et de l'atteinte d'un poids cible du résident.</p> <p>Les recommandations de la Haute Autorité de Santé viennent confirmer nos pratiques : « <i>Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel : quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur : la mesure du poids ; le calcul de l'IMC ; l'évaluation de l'appétit ; l'évaluation de la consommation alimentaire ; la force musculaire.</i> ». A aucun moment, il n'est fait allusion dans ces recommandations à la notion de poids cible.</p>	<p>A nouveau, voir passages correspondants <i>infra</i>.</p>

Annexe II

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
Par ailleurs, sur la base d'une étude ¹ réalisée auprès de plus de 4500 résidents, il est à noter que le taux de dénutrition au sein des établissements Orpea est plus bas que la moyenne. Enfin, le taux d'escarres évoqué ci-dessus témoigne aussi de la qualité de la prise en charge nutritionnelle dans nos établissements.	

Tableau 2 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission relatifs au contenu de l'annexe II

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné</p> <p>Annexe II, 1.1.1, page 2. « Les critères d'admission ne sont encadrés par aucune doctrine, et la préadmission n'est pas la règle ».</p> <p>1. Sur le sujet des critères d'admission, il ne peut y avoir de doctrine nationale et donc de critères pré-établis pour l'ensemble des EHPAD car les critères d'admission, au-delà bien entendu de l'âge, sont propres à chaque établissement, en fonction des spécificités de l'équipe soignante et de la structure, notamment de ses autorisations d'activité, ainsi que du profil des résidents déjà accueillis et de leur niveau d'autonomie. L'ensemble de ces critères doivent être pris en compte pour déterminer si l'établissement est d'une part adapté ou non à prendre en charge certains profils de personnes âgées (ex: maladie d'Alzheimer, maladies psychiatriques vieillissantes) et s'il est en capacité ou non d'assumer la charge en soin nécessaire à l'accompagnement de la personne âgée à admettre.</p> <p>Il appartient dès lors au médecin coordonnateur, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, d'évaluer la capacité de</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p> <p>La mission a déjà elle-même évoqué dans le rapport le fait que la fluctuation de la pratique d'admission « peut certes pour partie correspondre à des différences de situation objectives de capacité de prise en charge ». Il est néanmoins tout à fait possible de décliner une doctrine nationale à la diversité des situations locales (les différents types autorisations d'activité sont en nombre relativement limité), ou au moins d'explicitier les facteurs locaux dont la prise en compte est légitime. De plus, la détention des autorisations nécessaires ne garantit pas que le personnel soit, à tout moment, apte à prendre en charge l'ensemble des profils. Ainsi, la Cour des comptes a récemment constaté² que face à la hausse de la part des troubles cognitifs, de nombreux EHPAD doivent mettre en place des unités protégées qui, contrairement aux UHR/PASA, ne donnent lieu à aucun crédit complémentaire malgré la hausse de la charge d'accompagnement induite, d'où un risque d'effets de ciseaux.</p>

¹ Etude publiée dans la revue de gériatrie de mars 2011 par Monique Ferry, chercheuse à l'Inserm et à l'université Paris XIII et le Dr Jean-Marie Vetel du CH du Mans, menée auprès de 4 520 résidents d'un échantillon aléatoire de 57 Ehpads et concluant que « la prévalence de la dénutrition était de 45,6% et celle de la dénutrition sévère de 12,5%, soit un taux de dénutrition de 58,1% »

² La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, un nouveau modèle à construire, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

	<p>l'établissement à pouvoir prendre en charge un nouveau résident.</p> <p>C'est bien au regard des antécédents médicaux, des pathologies, des traitements, des soins techniques, des prises en charge à domicile ou en sortie d'hôpital que l'équipe, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, évalue si le résident peut être pris en charge (cf fiche d'admission volet 2).</p> <p>L'évaluation est également complétée en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du projet d'établissement, notamment médical, • des unités de prise en charge dont l'EHPAD dispose (PASA – Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, USA – Unités Spécialisées Alzheimer, UHR – Unités d'Hébergement Renforcé), • des équipes de soins, paramédicales et médicales, • de l'analyse de la charge en soins des équipes au moment de l'admission • ainsi que des ressources sanitaires et médicales présentes dans l'environnement de l'établissement (ex : présence d'une HAD disponible pour des soins médico techniques importants, dispositif IDE de nuit, équipe mobile de soins palliatifs pour une prise en charge de la douleur lors d'une fin de vie, IDE psychiatrique pour un résident psychiatrique équilibré...). <p>La seule doctrine nationale que nous ayons est qu'aucune admission ne peut se faire sans que le médecin coordonnateur n'ait « validé » le dossier médical et donné un avis favorable, sur la base des critères ci-dessus (cf. fiche d'admission ci-après, une partie administrative, et une partie médicale seulement diffusée au niveau des soignants, permettant également de préparer l'entrée en amont de l'admission). Cette doctrine présente à nos yeux un caractère primordial.</p>
	<p>Le rapport signale bien cette position de principe d'Orpea, mais indique aussi qu'aucun document ne vient en confirmer la mise en œuvre effective. Un rapport d'ARS consulté par la mission (EHPAD de [...]) indiquait que « le médecin coordonnateur examine les dossiers, ne voit pas systématiquement le futur résident et émet un avis qui ne lie pas la direction ».</p> <p>Le constat provisoire a toutefois été amendé pour signaler l'importance de l'enjeu qui dépasse le seul groupe Orpea, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ayant ainsi</p>

Annexe II

	<p>S'agissant des admissions en urgence, celles-ci sont assez limitées et répondent également à la doctrine ci-dessus. En tout état de cause, elles ne peuvent pas avoir lieu si un dossier médical n'a pas été préalablement soumis au médecin coordinateur de la structure.</p>	<p>très récemment proposé³ de « renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en rendant leur avis contraignant lors de l'admission de nouveaux résidents ».</p>
--	---	---

³ Rapport d'information n° 5152 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion de ses travaux sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 9 mars 2022.

Annexe II

- visite de pré-admission lorsque le résident ou le médecin ne peuvent se déplacer ;
- que « *dans le cadre d'un rapprochement familial, par un adresseur non connu et éloigné de l'établissement, il est vivement conseillé de demander au médecin coordonnateur régional d'obtenir une visite de pré-admission par un médecin coordonnateur d'un établissement ORPEA proche du lieu où se situe le résident* » ; et
 - que si la visite de pré-admission ne peut se faire, un contact doit être pris avec le médecin adresseur, afin de discuter de l'état de santé du futur résident ;
 - Pour rappel, la crise sanitaire a fortement impacté ce type de démarche au cours des derniers mois.

8	Directeur / Référent	Transmettre sous pli confidentiel au médecin coordonnateur le volet médical du formulaire CERFA.	
9	Médecin Coordonnateur Médecin Coordonnateur Régional Direction médicale	Mettre tout en oeuvre pour valider dans les 4 heures suivant la réception du formulaire CERFA d'admission en EHPAD, le volet « médical » (date - signature / tampon du médecin coordonnateur).	<p>NB :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si un avis médical ne peut être donné sous 4 heures par le médecin coordonnateur de l'établissement, il conviendra de se référer soit à un médecin coordonnateur de proximité soit au médecin coordonnateur régional (étant entendu qu'une organisation préalable devra être définie par le médecin coordonnateur régional). - Si le dossier médical d'admission a été conservé durant plus d'un mois : réviser la fiche d'admission et l'accord d'entrée par une demande d'un nouveau dossier médical ou d'une réactualisation de celui envoyé initialement. <p>NB : il est vivement conseillé qu'un contact soit pris entre le médecin coordonnateur de l'établissement, le personnel soignant et le médecin adresseur ayant rempli le dossier. Ceci permettant de mettre à jour la fiche d'admission, en précisant la date, l'heure et le nom de la personne contactée, ainsi que les éléments exprimés par cette dernière. Une visite de pré-admission peut s'avérer nécessaire en fonction du dossier d'admission présenté et de la connaissance que l'on peut avoir de l'adresseur.</p>

Annexe II

- La fiche d'admission mentionne également l'évaluation faite par le médecin coordonnateur de la nécessité de réaliser, ou non, une visite de pré-admission, et la réalisation effective de celle-ci :

Date d'entrée et type de séjour
Date d'entrée prévue dans l'établissement : _____
Provenance : <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre EHPAD <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Long séjour <input type="checkbox"/> Séjour à durée déterminée : du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Séjour temporaire : Du _____ au _____
Choix du type de chambre
<input type="checkbox"/> N° Chambre : _____ <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Studio <input type="checkbox"/> Suite <input type="checkbox"/> Jumelée <input type="checkbox"/> Autre : _____
Orientation envisagée
<input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> UHR <input type="checkbox"/> UGD <input type="checkbox"/> PASA <input type="checkbox"/> Accueil de nuit : _____ <input type="checkbox"/> Accueil de jour : _____
Avis du médecin coordonnateur sur l'orientation envisagée
<input type="checkbox"/> Avis favorable à l'admission en : <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> UHR <input type="checkbox"/> UGD <input type="checkbox"/> PASA <input type="checkbox"/> Accueil de nuit <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avis défavorable à l'admission <input type="checkbox"/> Commentaires : _____
Date : _____ Signature : _____
Avis de l'IDEC sur l'orientation envisagée
<input type="checkbox"/> Avis favorable à l'admission <input type="checkbox"/> Avis défavorable à l'admission
Commentaires : _____
Date : _____ Signature IDEC : _____

- Enfin, la « check list » de contrôle des dossiers de soins (cf. document 3) permet de contrôler le remplissage exhaustif des fiches d'admission et évoque le point particulier des visites de pré-admission (cf. point de contrôle n°4) :

CHECK LIST SOINS ADMISSION D'UN NOUVEAU RESIDENT		CHECK LIST SOINS ADMISSION D'UN NOUVEAU RESIDENT	
ÉVALUATION	DATE	ÉVALUATION	DATE
<p>1. Vérifier la présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Dossier médical complet (historique, comptes rendus, lettres de motivation, etc.) 2. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Médecins (O.M.) 3. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Pharmaciens (O.P.) 4. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Dentistes (O.D.) 5. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Infirmiers (O.I.) 6. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 7. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 8. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 9. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 10. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 11. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 12. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 13. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 14. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 15. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 16. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 17. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 18. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 19. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 20. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 21. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 22. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 23. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 24. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 25. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 26. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 27. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 28. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 29. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 30. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 31. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 32. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 33. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 34. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 35. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 36. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 37. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 38. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 39. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 40. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 41. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 42. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 43. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 44. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 45. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 46. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 47. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 48. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 49. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 50. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 51. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 52. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 53. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 54. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 55. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 56. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 57. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 58. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 59. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 60. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 61. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 62. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 63. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 64. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 65. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 66. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 67. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 68. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 69. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 70. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 71. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 72. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 73. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 74. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 75. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 76. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 77. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 78. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 79. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 80. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 81. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 82. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 83. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 84. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 85. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 86. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 87. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 88. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 89. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 90. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 91. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 92. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 93. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 94. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 95. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 96. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 97. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 98. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 99. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Opticiens (O.O.) 100. Certificat de bonne conduite de l'Ordre des Podologues (O.P.) 			

- La réalisation de l'évaluation gériatrique standardisée fait du reste l'objet d'un point de contrôle dans la check list de contrôle des dossiers de soins (cf. point de contrôle n°6), tel qu'en atteste l'illustration ci-dessous :

N°	Critères	OUI	NON	NA	Commentaire	SERVICE PA	N° PA
Dossier de soins							
1	Il existe une armoire fermée à clef, accessible seulement aux soignants, ou sont rangés les dossiers de soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	Il existe pour toute entrée un dossier médical d'admission, validé par le médecin coordonnateur (date, signature et tampon) et classé dans le dossier de soins papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	Les dossiers médicaux et les fiches d'admission des résidents dont les entrées n'ont pas abouti sont conservés dans le bureau du médecin coordonnateur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	A toute entrée correspond une fiche d'admission (volet 1 et 2), signée par le médecin coordonnateur, l'IDEC et le Directeur et classée dans le dossier de soins papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	Les dossiers médicaux d'admission et les fiches d'admission en attente à l'imprimerie ou dans le bureau médical sont conservés dans un classeur dédié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	Il existe pour chaque entrée et une fois par an a minima une "évaluation gériatrique standardisée", complétée par le médecin coordonnateur. Les données sont saisies sous Netsoins (antécédents, allergies, régime, risques, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Annexe II

- Enfin, plusieurs points de coordination sont prévus entre les membres des équipes (étapes 16, 17, 18, 19 et 20) pour le bilan d'intégration (cf. document 5) à J+30):

3/ Après l'entrée : J+1 à J+7	
15	Personnel soignant / paramédical Animatrice Dans les premiers jours, proposer au besoin au résident de l'accompagner en salle à manger (veiller à ce que le résident soit présenté à ses voisins de table), aux animations, en chambre en attendant qu'il prenne ses repères dans l'établissement.
16	IDEC Médecin coordonnateur Psychologue Effectuer un point sur l'intégration du nouveau résident en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire (premiers nuit, premiers jours, adaptation...).
4/ Après l'entrée : J+8 à J+20	
17	Staff Faire un point sur l'intégration du nouveau résident en staff Direction
18	Directeur / IDEC Tenir informé régulièrement le représentant légal, la personne de confiance, le référent du déroulé du séjour du résident
5/ Après l'entrée : J+20 à J+30	
19	Directeur Médecin coordonnateur IDEC - Préparer le bilan d'intégration en équipe (dont les objectifs du PP, avenant au contrat de séjour, annexe sur la liberté d'aller et venir) - Tenir informé l'adresseur/le prescripteur et/ou médecin traitant de l'intégration du résident.
6/ Après l'entrée : J+30 à J+45	
20	Directeur Médecin coordonnateur IDEC Réaliser le bilan d'intégration en présence de la direction et de l'IDEC à minima : - Recueillir le ressenti du résident (à défaut de la famille) depuis son entrée - Rappeler le rôle de chaque intervenant (médecin coordonnateur, psychologue...) - Présenter le projet personnalisé (objectifs, actions concrètes de prise en charge au regard du recueil d'information, des risques identifiés, des souhaits de la personne...) - Recueillir les suggestions du résident / proche et adapter les objectifs si nécessaire - Faire signer l'avenant au contrat de séjour et son annexe définissant les objectifs de prise en charge - Tracer le compte-rendu des échanges sur la fiche prévue à cet effet (pour la partie « personnalisation »).

Annexe II, 1.1.2., page 3, « au niveau local la décision finale relève du directeur »

Concernant l'admission, la mission indique que « au niveau local, la décision finale relève du directeur ».

Procédure admission et de pré-admission : même si le Directeur reste, au sens du code de l'action sociale et des familles, le décisionnaire final de l'admission d'un résident, nous avons toujours indiqué dans nos procédures une règle stricte concernant la validation d'une admission. **En application de cette règle, une admission ne peut avoir lieu sans l'avis favorable du médecin coordonnateur.** A défaut et en cas d'absence du médecin coordonnateur, c'est le médecin coordonnateur régional qui donne son avis sur les admissions. Ce point est rappelé à plusieurs reprises :

- Dans la procédure d'admission qui indique à l'étape 1 : Pour rappel, la validation du dossier reste médicale (Médecin co ou Médecin co régional si besoin).
- Dans la procédure de pré admission :


Voir supra concernant le partage des rôles entre directeur et médecin coordonnateur

Annexe II

- Page 1 « méthode » : Le dossier médical d'admission est rigoureusement analysé, afin de s'assurer de l'adéquation entre le profil du résident et la prise en charge qu'il peut lui être proposé.
- Etapes 9 et 13 de la procédure spécifiant bien la nécessité de la validation médicale et de la conduite à tenir en cas de décision médicale complexe dans le processus de validation de l'admission :

3 / Validation de l'entrée	
7	<p>Directeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir la confirmation du souhait d'admission du résident et/ou son accompagnant. - Réceptionner en parallèle le formulaire CERFA d'admission en EHPAD dûment renseigné ; si celui-ci n'avait pas déjà été transmis.
8	<p>Directeur / Référent</p> <p>Transmettre sous pli confidentiel au médecin coordonnateur le volet médical du formulaire CERFA.</p>
9	<p>Mettre tout en œuvre pour valider dans les 4 heures suivant la réception du formulaire CERFA d'admission en EHPAD, le volet « médical » (date + signature / tampon du médecin coordonnateur).</p> <p>NB :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si un avis médical ne peut être donné sous-4 heures par le médecin coordonnateur de l'établissement, il conviendra de se référer soit à un médecin coordonnateur de proximité soit au médecin coordonnateur régional (étant entendu qu'une organisation préalable devra être définie par le médecin coordonnateur régional). - Si le dossier médical d'admission a été conservé durant plus d'un mois : réviser la fiche d'admission et l'accord d'entrée par une demande d'un nouveau dossier médical ou d'une réactualisation de celui envoyé initialement. <p>NB : Il est vivement conseillé qu'un contact soit pris entre le médecin coordonnateur de l'établissement, le personnel soignant et le médecin adresseur ayant rempli le dossier. Ceci permettant de mettre à jour la fiche d'admission, en précisant la date, l'heure et le nom de la personne contactée, ainsi que les éléments exprimés par cette dernière. Une visite de pré-admission peut s'avérer nécessaire en fonction du dossier d'admission présenté et de la connaissance que l'on peut avoir de l'adresseur.</p>
13	<p>Directeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renseigner et signer le volet 1 de la « fiche d'admission d'un nouveau résident » permettant de valider ou refuser l'entrée du résident. - Important : une admission ne peut se faire sans un avis médical validant, et s'il y a lieu, dans l'unité spécifique appropriée. Ainsi, en cas de divergence d'intention quant à l'avis médical donné pour une admission d'un résident sur un établissement, le médecin coordonnateur régional devra être sollicité, voire si divergence importante, il conviendra de solliciter l'avis du Directeur Médical Adjoint France ou du Directeur Médical. - Remettre la copie signée à l'IDEC de la dite fiche - Archiver l'originale de la fiche dans le dossier administratif du résident.

- Ce point est également rappelé dans une communication interne co-signée par la Direction Médico-Sociale et le Directeur Médical, diffusée le 6 décembre 2017 (cf. ci-dessous), intitulée « *Rappel important concernant nos règles d'entrée en établissement* ». Cette communication précise que « *Toute entrée*

	<p>dans un établissement ORPEA, ainsi que toute entrée ou sortie d'unité spécifique doit être motivée par un avis médical. Cet avis doit être favorable et tracé ... »</p>  <p>Rappel important concernant nos règls</p>	
<p>Annexe II, 1.1.2., page 3, « ... laisse libre à une maximisation des taux d'occupation par les directeurs d'ehpad ... la mission n'a pas reçu la liste des cas de refus de résidents sur deux ans avec motif associé qu'elle a demandée à la direction médicale « médico-sociale » du siège »</p>	<p>Lors des inspections réalisées par les ARS ou des visites sur site effectuées par la mission, il n'a pas été porté à notre connaissance qu'une admission aurait été validée par le Directeur d'établissement malgré un refus médical. Ainsi, sans élément de preuve et compte tenu du protocole précédemment décrit, complété par le dispositif mentionné ci-dessous, tous les moyens sont mis en œuvre pour garantir le respect du processus d'admission défini, qui ne laisse aucune place à des préoccupations de maximisation de taux d'occupation par les Directeurs d'établissement.</p> <p>De plus, comme le prévoit le protocole d'admission, les dossiers refusés doivent être conservés par l'établissement et ne doivent pas être « remontés » au niveau national ; nous ne consolidons pas les refus d'admission dans un fichier global.</p> <p>Un contrôle peut donc être aisément effectué au niveau de l'établissement. Ce point fait également partie des points de contrôles clés mis en place par le groupe Orpea (cf. point 3 de la grille de contrôle ci-dessous). La procédure prévoit que la direction médicale Groupe est informée par le médecin coordonnateur en cas de désaccord ou de questionnement sur un dossier d'admission.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire</p> <p>Le rapport expose de manière étayée les limites dans la mise en œuvre de la procédure d'admission, en se fondant sur des observations de la mission, des rapports d'ARS, des rapports d'évaluation externe et une check-list interne. La mission n'a pu obtenir les informations réclamées quant à des refus d'admission, le siège n'ayant pas tenté de mettre à profit les éléments qu'il dit disponibles au niveau local, et ce y compris à la faveur de la phase contradictoire (une grille vide n'ayant guère de valeur probante). Pour mémoire, les personnels administratifs ou médicaux interrogés par la mission ont fait état de refus d'admission rarissimes voire inexistantes, alors que les personnels soignants ont souvent fait état de difficultés face à la multiplication des cas de troubles cognitifs sévères. Le fait que le phénomène ne se limite pas à Orpea n'enlève rien à son acuité.</p> <p>La mission a amendé la formulation pour clarifier le rôle de régulation qu'a vocation à remplir la politique d'admission vis-à-vis de l'incitation des directeurs d'établissement (Orpea ou non) à maximiser le taux d'occupation.</p>

Annexe II

N°	Critères	Oui	Non	NA
Dossier de soins				
1	Il existe une armoire fermée à clef, accessible seulement aux soignants, où sont rangés les dossiers de soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Il existe pour toute entrée un dossier médical d'admission, validé par le médecin coordonnateur (date, signature et tampon) et classé dans le dossier de soins papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Les dossiers médicaux et les fiches d'admission des résidents dont les entrées n'ont pas abouti sont conservés dans le bureau du médecin coordonnateur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	A toute entrée correspond une fiche d'admission (volet 1 et 2), signée par le médecin coordonnateur, l'IDEC et le Directeur et classée dans le dossier de soins papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Annexe II, 1.2., page 3 « <i>Le projet d'accompagnement personnalisé du résident est souvent absent, mal conçu ou peu connu des équipes.</i> »</p>	<p>Le titre du chapitre « Le projet d'accompagnement personnalisé du résident est souvent absent, mal conçu ou peu connu des équipes » doit être corrigé car il ne reflète pas la réalité des pratiques.</p> <p>En effet et même si un retard a pu être constaté ces deux dernières années dans l'élaboration et la mise à jour des projets personnalisés (PP) du fait de la crise sanitaire, la dynamique paraît cependant bien lancée. A ce jour, au niveau national, 67% des résidents bénéficient d'un PP formalisé avec un plan d'accompagnement défini et rédigé avec leur consentement. Le nombre de 43% correspond au pourcentage de résidents dont le PP a été présenté au résident (et/ou sa famille) lors d'un entretien et signé.</p> <p>Lorsque le PP est réalisé, il est présenté aux équipes en réunion pluridisciplinaire puis édité afin d'être ajouté en regard du plan de soins dans le classeur de nursing, véritable outil de travail des équipes au quotidien.</p> <p>Chaque intervenant dans l'EHPAD bénéficiant d'un accès au logiciel de soins peut évidemment consulter le PP d'un résident à tout moment.</p> <p>Afin d'aider les équipes à élaborer ces PP, plusieurs outils sont à disposition sur la GED (Gestion Documentaire), dont les plus utilisés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure « élaboration, mise en œuvre et révision des projets personnalisés » ; 	<p>La mission a amendé le constat provisoire pour signaler que l'enjeu dépasse le seul groupe Orpea. La mission maintient en revanche ses constats sur le groupe Orpea au regard des rapports ARS et de l'analyse des check lists du groupe.</p>		

Annexe II

	<p>- Check list élaboration.</p> <p>Des formations sont également réalisées auprès des équipes afin de leur expliquer l'objet de ces PP ainsi que la méthodologie de mise en œuvre. Depuis 2015, ce sont 2433 sessions de formations qui ont été organisées sur cette thématique avec plus de 12 200 salariés formés.</p> <table border="1" data-bbox="395 976 810 1872"> <thead> <tr> <th colspan="3">Projet Personnalisé</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Nombre de sessions</th> <th>Nombre de salariés formés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>527</td> <td>2477</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>486</td> <td>2350</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>381</td> <td>1879</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>300</td> <td>1582</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>402</td> <td>2187</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>195</td> <td>1130</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>142</td> <td>623</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>2433</td> <td>12228</td> </tr> </tbody> </table>	Projet Personnalisé				Nombre de sessions	Nombre de salariés formés	2015	527	2477	2016	486	2350	2017	381	1879	2018	300	1582	2019	402	2187	2020	195	1130	2021	142	623	TOTAL	2433	12228	
Projet Personnalisé																																
	Nombre de sessions	Nombre de salariés formés																														
2015	527	2477																														
2016	486	2350																														
2017	381	1879																														
2018	300	1582																														
2019	402	2187																														
2020	195	1130																														
2021	142	623																														
TOTAL	2433	12228																														
<p>Annexe II, 1.3., page 4 « <i>Le projet de soin fait souvent défaut</i> »</p>	<p>100% des établissements ont un projet d'établissement dont 64% sont en cours de révision. La crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19 a entraîné des retards dans leur révision, en raison notamment de la nécessité d'organiser des groupes de travail qui doivent faire participer des intervenants extérieurs et des familles.</p> <p>Tout projet d'établissement comporte systématiquement un projet de soin. Ce dernier projet, dont le contenu a été réévalué par la Direction médicale en mai 2021, contient notamment les chapitres suivants : la qualité des soins, la gestion des risques, la coordination des soins, le circuit du médicament, l'individualisation des soins, les prises en charge adaptées au résident, la nutrition et l'hydratation, la prise en charge de la douleur, l'accompagnement en fin de vie, les actions de prévention et de prise en compte des grandes pathologies de la vieillesse, la prise en charge des situations d'urgence, les dispositifs de prise en charge de la canicule et du grand froid, les dispositifs de lutte contre les épidémies</p>	<p>La mission a amendé la formulation provisoire,</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part au niveau du titre du 1.3, pour expliciter que l'enjeu est surtout celui d'actualisation des projets de soins ; - d'autre part en termes d'enchaînement de l'exposé pour mieux mettre en évidence le lien avec la question des projets d'établissement (évoquée par ailleurs en annexe I). 																														

Annexe II

	<p>virales, les dispositifs de lutte contre les épisodes de pollution atmosphérique.</p> <p>A cela, s'ajoute un projet sur les prises en charge spécifiques (USA, hébergement temporaire, accueil de jour, PASA, UHR, UGD) ainsi que la démarche éthique (consentement, bienveillance, contentions...), avec des groupes de travail spécifiques qui seront réalisés prochainement pour tenir compte des dernières évolutions de la loi éthique (datant du 7 février 2022).</p> <p>(cf. document 6)</p> <p>A ce jour, il n'a pas été porté à notre connaissance de manquement systématique ou quasi systématique du projet de soins dans le cadre des inspections ARS en cours. Par ailleurs, la mission s'appuie sur un échantillonnage de trois constats, ce qui nous semble insuffisant pour conclure à l'affirmation selon laquelle « le projet de soins fait souvent défaut ».</p>	<p>L'échantillonnage ici évoqué par Orpea ne résume par les constats de la mission, dès lors que l'absence de projet d'établissement implique elle-même l'absence de projet de soin. Or Orpea vient d'indiquer que 64% des projets d'établissement sont en cours de révision.</p> <p>Voir <i>supra</i> (prise en compte partielle)</p>
<p>Annexe II, 1.4 page 5 « Les droits et liberté du résident ne font pas l'objet d'une information claire auprès des résidents et des familles »</p>	<p>Il nous paraît important que la formulation du titre de ce point tienne compte de ces différents éléments.</p> <p>Concernant les directives anticipées et la personne de confiance, il n'est pas possible de proposer cela de façon systématique aux résidents, nombre d'entre eux n'étant pas en mesure d'y répondre. Cette proposition est à la main du médecin coordonnateur, suite à son évaluation gériatrique, comme le précise notre protocole sur le sujet (cf. document 7), ce qui peut expliquer ce point remonté par 3 ARS.</p> <p>Au regard des éléments apportés en réponse à l'Annexe I, chapitres 3.3.1., 3.3.2. et 3.3.3, de la même façon que nous l'avons fait pour le titre du chapitre 3.3 de l'annexe I, nous souhaitons que le titre de l'annexe II, 1.4. soit reformulé.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p> <p>En la matière, la mission, se fondant sur des constats d'ARS et de rapports d'évaluation externe, constate que l'organisation ne permet pas de respecter l'obligation de moyens (enjeux d'information et de recueil), sans pour autant indiquer que tous les résidents doivent être concernés.</p>
<p>Annexe II, 2.1.1., page 6 « Un Ehpad d'Orpea sur cinq (18%) est dépourvu de</p>	<p>Le titre « Un Ehpad d'Orpea sur cinq (18%) est dépourvu de médecin coordonnateur » pourrait être nuancé et complété, afin de refléter la réalité des éléments étayés et développés par la mission. Celle-ci a en effet relevé que le taux de 18% était largement inférieur au taux observé sur le plan national, tous établissements confondus. Une simple lecture du titre pourrait induire en erreur le lecteur.</p>	<p>La mission a amendé la formulation provisoire de manière à ce que le titre du 2.1.1 rende compte de l'information comparative donnée par le rapport provisoire</p>

Annexe II

<p>médecin coordonnateur »</p>	<p>En effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon le rapport de la Cour des Comptes de 2022, tous établissements confondus, au niveau national, 33% des EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur. • La faible proportion d'établissements dépourvus de médecin coordonnateur chez Orpea (18%) s'explique par le processus de recrutement, d'accompagnement et de fidélisation des médecins, ainsi que par le financement de formations. La place du médecin coordonnateur régional est pour cela essentielle. Il existe une vraie différenciation contractuelle entre le temps de médecin coordonnateur régional et le temps de médecin coordonnateur sur établissement. Ainsi, l'établissement sur lequel le médecin coordonnateur régional intervient comme médecin coordonnateur est bien pourvu du temps réglementaire. Sur les établissements sans médecin coordonnateur, le médecin coordonnateur régional intervient selon la procédure « <i>en cas d'absence de médecin coordonnateur</i> », qui permet de pallier son absence en trouvant des solutions pour toutes les tâches essentielles reliées au métier de médecin coordonnateur. <p>Une des missions du médecin coordonnateur régional, en cas d'absence du médecin coordonnateur de l'établissement, est alors de répondre en priorité aux urgences personnelles des résidents et institutionnelles (dossier d'admission par exemple), tout en mettant l'accent auprès des infirmiers pour solliciter les médecins traitants autant que de besoin. Le rôle du médecin coordonnateur régional consiste également à faire vivre les réseaux hospitaliers et universitaires, à créer et entretenir des liens avec les confrères libéraux, généralistes ou spécialistes en vue de la réalisation de projets communs ou des partenariats, à organiser un parcours du patient le plus optimal possible, à partager des</p>	<p>La mission a amendé le constat provisoire, mais afin de mentionner un autre indicateur sectoriel (ANAP⁴), plus récent de 4 ans que les 32% de la Drees, et toujours supérieur mais plus proche du taux de vacance enregistré chez Orpea</p>
--------------------------------	--	--

⁴ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Annexe II

	<p>connaissances et des savoirs et enfin, par effet ricochet, à « prospecter » pour d'éventuels recrutements.</p> <p>S'agissant du point relatif à l'évaluation gériatrique standardisée (EGS), celle-ci est systématiquement réalisée à l'entrée. Il convient de préciser que le chiffre évoqué par la mission (« 54% des résidents n'ont pas d'évaluation gériatrique datant de moins de un an ») est global et ne tient pas compte des établissements sans médecin coordonnateur (18%) ; la réalisation d'une EGS sans médecin coordonnateur reste à ce stade compliquée.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire</p> <p>Un taux d'EHPAD sans médecin coordonnateur qui ne s'élève qu'à 18% ne peut suffire à expliquer que les évaluations gériatriques datent majoritairement de plus d'un an. Et ce d'autant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il est fréquent que de telles vacances de poste ne concernent pas l'ensemble de l'année écoulée, - et qu'Orpea se prévaut également de la continuité de fonctions associée à la présence de médecins coordonnateurs régionaux.
<p>Annexe II, 2.1.2., page 8 « <i>Des médecins prescripteurs pallient dans quelques départements la carence en médecins traitants</i> »</p>	<p>Quand aucune solution n'est trouvée pour assurer le suivi des résidents par des médecins traitants libéraux, une demande est faite auprès des ARS pour obtenir un poste de médecin prescripteur salarié et assurer ainsi le suivi médical du résident. La présence de médecin prescripteur salarié est un atout pour les résidents car les médecins salariés sont souvent plus impliqués dans le projet de soins de l'établissement et plus en lien avec les équipes soignantes comme l'a souligné la mission que les médecins traitants qui ont un cabinet libéral en ville.</p> <p>Cependant, la difficulté de trouver des médecins qui acceptent un temps partiel très réduit pour une seule localisation géographique est grande. En effet, lorsqu'une demande est faite sur un site pour pallier le manque de médecins traitants pour une vingtaine de résidents par exemple, c'est que les médecins traitants ne peuvent pas assurer cette tâche (en raison de la sous-population médicale quasi-nationale). Il est donc impossible pour eux d'accepter un poste salarié prescripteur qui est, en plus, moins rémunérateur que leur activité libérale.</p> <p>C'est pour cette raison qu'il est aussi difficile de pourvoir certains postes de prescripteurs.</p>	<p>La mission a amendé le constat provisoire, de manière à signaler l'utilité de telles initiatives (qui ne concernent pas qu'Orpea).</p>

<p>Annexe II, 2.2.1., page 9 « Des difficultés sont constatées dans la présence auprès des résidents notamment au moment des levers et pendant la nuit » Annexe II, 2.2.1.1, page 9 « Un encadrement présentant des fragilités »</p>	<p>Pour chaque absence de soignants, la direction d'établissement lance des recherches de remplacements <i>via</i> différents moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pool interne de remplaçants; - Intérim ; - [...] (outil externe de gestion de remplacement dans le secteur de la santé) ; - Entraide avec les établissements de proximité. <p>Néanmoins, compte tenu de la pénurie de soignants diplômés, accentuée par la crise sanitaire des deux dernières années touchant l'ensemble du secteur médico-social et hospitalier, des remplacements sont parfois non pourvus.</p> <p>Par ailleurs, on peut également constater des tensions en personnel liées à des absences ponctuelles de dernière minute, également plus fréquentes en lien avec le contexte sanitaire (cas contacts, infection covid...).</p> <p>L'établissement peut parfois se voir dans la nécessité de réorganiser en « urgence » la planification des soins de la matinée, le but étant d'assurer la meilleure continuité des soins en perturbant le moins possible le confort des résidents.</p> <p><u>« Toilettes réalisées rapidement faute de temps dans un établissement. ou des toilettes qui doivent se prolonger au-delà du déjeuner et jusqu'à 15h. »</u></p> <p>Nonobstant les problèmes d'absence de dernière minute évoqués plus haut et inhérents à l'ensemble du secteur, certaines toilettes peuvent être réalisées volontairement l'après midi pour différentes raisons : souhait du résident, toilette thérapeutique, toilette coordonnée avec la psychomotricienne et/ou l'ergothérapeute, fin de vie, troubles du comportement qui nécessitent de reporter ponctuellement le soin ou refus de soin (par exemple, certains résidents des unités sécurisées n'acceptent pas la toilette le matin et désirent dormir plus longtemps du fait des réveils nocturnes fréquents). Les plans d'organisation des soins prennent en compte et/ ou s'adaptent à ces spécificités.</p>	<p>Vu</p> <p>La mission maintient le constat provisoire Les remontées d'ARS évoquées par la mission ne situent en effet clairement pas les situations horaires constatées dans un cadre de choix thérapeutique délibéré, mais bien dans celui d'un choix de gestion subi (au moins du point de vue des résidents et des soignants).</p>
--	--	--

Annexe II

<p>Annexe II, 2.2.1.2, page 9 « Des fragilités renforcées à certains moments sensibles »</p>	<p>D'ailleurs, le rapport de la Cour des Comptes souligne également ce point « au sein de l'UHR et de l'UVP de l'Ehpad Camille Saint-Saëns à Aulnay sur Bois (Seine Saint Denis) du groupe [...], le rythme des soins prévoit que les toilettes peuvent être réalisées l'après-midi ».</p>	
	<p><u>La mission relève que « la prise en charge nocturne est fragilisée par le manque de continuité de surveillance ; notamment dans les unités ».</u> En dehors des surveillances propres à certains résidents ou à des situations particulières qui nécessitent une présence renforcée des soignants, quatre rondes de nuit sont réalisées de manière systématique par les soignants. Ces rondes sont indiquées dans le plan de soins et font l'objet d'une traçabilité dans le logiciel de soins. (cf. document 8) Elles sont organisées et réparties dans le temps, de manière à assurer une surveillance régulière de chacun des résidents tout au long de la nuit. Elles apparaissent également sur la fiche heurée des soignants. Cette traçabilité des soins fait l'objet de formations régulières auprès des équipes. Ainsi, en 2021, ce sont près de 2 500 salariés qui ont été formés et en moyenne, chaque année, ce sont plus de 3 400 salariés qui sont sensibilisés.</p>	<p>Vu</p>

Tracabilité des soins / Netsoins	
Nombre de sessions	Nombre de salariés formés
2015	4644
2016	4242
2017	3434
2018	3101
2019	2755
2020	2902
2021	2447
TOTAL	23525

La politique du Groupe consiste à assurer la présence de trois personnes la nuit ; toutefois, il se peut que dans certains cas, les équipes ne se retrouvent malheureusement qu'à deux personnes, au regard des difficultés inhérentes au recrutement de personnel et/ou de remplacement en cas d'absence inopinée.

Le constat de la mission se basant sur un échantillonnage dont on ne connaît pas la représentativité, il nous semblerait adapté de relativiser le titre 2.2.3.

Nous tenons également à préciser que le processus d'intégration des nouveaux personnels fait l'objet d'un protocole établi. Les éventuels défauts de mise en œuvre de ce protocole résultent des difficultés de recrutement et de remplacement touchant l'ensemble du secteur et qui ont été soulignées à de multiples reprises, notamment par la Cour des Comptes dans son rapport de février 2022.

De même, un processus spécifique d'intégration est prévu pour les fonctions de médecin coordonnateur et d'IDEC, dont la responsabilité relève du médecin coordonnateur régional et de l'IDEC régional.

Annexe II, 2.2.3., page 11 « *Le mode d'intégration des nouveaux personnels ne permet pas la transmission des savoirs* »

La mission a amendé la formulation provisoire (du titre du 2.2.3), pour expliciter que le problème n'est pas systématique

<p>Annexe II, 2.2.4., page 11 « <i>Les différentes réunions d'équipe ne suffisent pas toujours à garantir la pluridisciplinarité des approches</i> »</p>	<p>La mission indique que « <i>Les différentes réunions d'équipe ne suffisent pas toujours à garantir la pluridisciplinarité des approches</i> ». <u>Ce point doit être rectifié dans la mesure où :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La réunion d'équipe pluridisciplinaire qui se tient une fois par semaine réunit l'ensemble des acteurs du soins. Elle est pilotée par le médecin coordonnateur et l'IDEC. Il s'agit d'un temps majeur institutionnel comme le staff de direction . C'est le lieu de discussion, d'analyse éthique et de prise de décisions collégiales sur les situations complexes. • C'est un lieu d'échange et de validation des PP. • Elle fait l'objet d'un compte-rendu manuscrit (ou inscrit dans le logiciel soins), dont le contenu et la structure obéissent à des règles établies. Certaines équipes doublent cette réunion d'une réunion pluridisciplinaire d'élaboration des PP associant médecin coordonnateur / IDEC / paramédicaux et animatrice . <p>Les référents bienveillance assistent à ces réunions et invitent les équipes à réfléchir sur les sujets d'éthique et de bienveillance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au-delà de ces réunions formalisées et régulières, tous les temps d'échange informels permettent de garder le lien et de prendre des décisions rapidement en équipe. 	<p>La mission maintient le constat provisoire</p> <p>Dans sa réponse, Orpea ignore les constats des rapports d'évaluation externe cités par la mission. La tenue régulière de réunions ne saurait par ailleurs à elle seule garantir la qualité et la pertinence des échanges.</p>
<p>Annexe II, 2.2.5., page 11 « <i>Les transmissions au sujet des résidents ne font l'objet que d'un seul temps d'échange formalisé par nycthemère</i> »</p>	<p><u>Nous réfutons le titre</u> « <i>Les transmissions au sujet des résidents ne font l'objet que d'un seul temps d'échange formalisé par nycthemère</i> ».</p> <p>En effet, il est prévu trois temps de transmissions par nycthemère conformément à ce qui est indiqué tant dans la procédure de transmissions que dans les fiches horaires des équipes : (cf. documents 9, 9bis et 9ter)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un temps de transmissions inter-équipes AS/IDE à la mi-journée ; - Deux temps de transmissions jour/soir (matin et soir). <p>Ces temps d'échange sont formalisés et la présence des soignants à ces moments clés fait l'objet d'un paragraphe dans le cahier des transmissions globales dans le cadre prévu à cet effet, intitulé « relève jour-nuit ».</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire</p> <p>Les entretiens avec les personnels de certains sites visités par la mission démentent la tenue de 3 temps d'échange formalisés par nycthemère. Par ailleurs le libre accès par les personnels au logiciel [...] ne peut remplacer les réunions formalisées de transmissions des équipes.</p> <p>De même, l'existence de tablettes et scannettes, qui est connue de la mission et évoquée par ailleurs dans le rapport (au point 2.3.5), ne saurait se substituer, sauf situations particulières, aux temps de transmission.</p>

Annexe II

	<p>Les évaluations externes consultées par la mission datent des années 2014 à 2020 et ne reflètent pas la pratique actuelle, qui a fait l'objet depuis d'actions correctives.</p> <p>Par ailleurs, il est important de rappeler que les soignants peuvent, à tout moment de la journée, consulter les transmissions écrites dans le logiciel de soins. Le logiciel [...] permet en première page, dès la prise de fonction, de lire les transmissions ciblées et les alertes.</p> <p>Chaque soignant amené à intervenir dans un EHPAD, dispose d'un accès individuel au logiciel de soins pour prendre connaissances des informations nécessaires à la bonne prise en charge du résident et pour saisir des transmissions et valider les soins effectués.</p> <p>Des tablettes et des scannettes sont mises à disposition des soignants afin qu'ils valident leurs soins en sortie de chambre.</p> <p>Les scannettes sont utilisées en temps réel et le recueil des données se fait en fin de tournée. Le logiciel enregistre l'horodatage de chaque acte effectué. Tout personnel, y compris en CDD, a un code d'accès et possède une scannette durant sa période de travail.</p> <p>Une formation à distance à l'utilisation du logiciel [...] est disponible pour les salariés, en complément de la formation dispensée par l'IDEC lors de leur prise de poste.</p>	
<p>Annexe II, 2.3.1., page 12 « Les personnels sont en incapacité de s'approprier les nombreux protocoles de soins et procédures »</p>	<p>La mission constate « une absence de mise à jour régulière des procédures selon l'état de la science ». Ce point nous semble inexact dans la mesure où les procédures et protocoles font l'objet d'une mise à jour dans les suites de la parution d'une nouvelle réglementation et/ou recommandation et une veille réglementaire et métier est assurée par les équipes support.</p> <p>S'agissant du nombre de protocoles et de leur appropriation, nous tenons à préciser le point suivant. Le secteur médico-social est soumis à un nombre important de réglementations et recommandations qui ne permet pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux établissements de rédiger leurs propres protocoles tant en terme de temps que cela représente que de connaissance des dernières normes et réglementations parues ; 	<p>La mission a amendé la formulation provisoire sur ce point, pour expliciter que dans ce passage liminaire, l'idée était de décrire les risques associés à la multiplicité des protocoles et procédures, non leur survenue effective dans le cas d'Orpea (ainsi, c'est bien le seul sujet de la connaissance des protocoles par les équipes, et de leur appropriation qui est décrit par la suite, et présent dans le titre du 2.3.1)</p> <p>La mission maintient le constat provisoire s'agissant de l'appropriation des protocoles.</p> <p>La Cour des comptes reconnaît effectivement l'importance des fonds documentaires des groupes, mais la mission n'a elle-même pas dit autre chose en faisant référence, dans ce passage du rapport provisoire, au « nombre considérable de protocoles et procédures dans le domaine du soin ». Il importe en revanche de rappeler que la Cour n'en souligne pas</p>

Annexe II

	<p>- aux salariés de pouvoir connaître l'ensemble des procédures et protocoles ; c'est pourquoi nous veillons à ce que les protocoles d'urgence fassent l'objet d'une présentation et d'une mini-formation (support powerpoint ou vidéo (cf. documents 10, 11 et 12⁵) dès arrivée et que les autres procédures soient appropriées au fur et à mesure, à travers les mini-formations organisées chaque semaine au sein des établissements.</p> <p>Sur ce point, il convient de préciser que la Cour des Comptes, dans son rapport de février 2022, souligne le bénéfice d'une politique de groupe : « <i>les ehpad de ces groupes disposent également d'un important fonds documentaire qui regroupe tous les protocoles, conseils de bonnes pratiques, mémos, référentiels, outils d'information ...</i> ».</p>	<p>moins, dans le rapport auquel Orpea fait ici référence, les risques de non appropriation des protocoles au sein des EHPAD (et ce, que ceux-ci appartiennent à des groupes, ou pas), affirmant par exemple « <i>leur diffusion et leur accessibilité est un enjeu de formation du personnel et de respect des bonnes pratiques. Souvent l'application des protocoles est insuffisante</i> », et ce avant de donner l'exemple d'un EHPAD d'un autre groupe de taille importante. La Cour évoque qui plus est « <i>des risques accentués de mauvaise appropriation des protocoles</i> » dans le contexte d'une complexification des conditions d'exercice des métiers du secteur (accroissements des niveaux de dépendance des résidents se conjuguant à des sous-effectifs).</p>
<p>Annexe II, 2.3.2., page 13 « <i>Il est fréquent que le dossier médical ne permette pas la traçabilité des soins</i> »</p>	<p>Au vu des éléments développés par la mission dans ce chapitre, il serait important de repreciser le titre pour permettre au lecteur d'apprécier correctement la situation, à savoir qu' « il est fréquent que le dossier médical ne permette pas la traçabilité des soins » du fait de la multitude d'intervenants libéraux au sein des EHPAD, cette situation n'étant pas propre aux EHPAD Orpea mais concernant tous les EHPAD en tarif partiel.</p>	<p>La mission a amendé la formulation provisoire afin que le titre du 2.3.2 rende compte de la non imputabilité à Orpea d'une proportion significative des déficiences constatées, selon les constats déjà évoqués dans le paragraphe.</p>
<p>Annexe II, 2.3.4., page 15 « <i>En matière de suivi, l'état bucco-dentaire est particulièrement négligé, la psychiatrie étant un autre point de vigilance</i> »</p>	<p>Nous contestons fermement le titre, dans la mesure où il ne peut être conclu que « <i>en matière de suivi, l'état bucco-dentaire est particulièrement négligé (...)</i> ». Deux raisons permettent de s'en convaincre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En premier lieu, le groupe dispose bien d'une politique de prise en charge bucco-dentaire comprenant : <ul style="list-style-type: none"> o une évaluation bucco-dentaire est demandée au médecin coordonnateur lors de son EGS d'entrée, puis une fois par an (cf. document 13). Cependant, pour le besoin des soins dentaires, nous restons dépendants de l'accessibilité à un cabinet dentaire ou à un camion itinérant (et aussi du libre-choix du résident) ; c'est pourquoi, une recherche de partenariat national est en 	<p>La mission a amendé la formulation provisoire afin d'atténuer le titre du 2.3.4 .En effet, le titre initialement choisi pouvait suggérer un constat comparatif. Or, le développement final du rapport provisoire rappelait d'ores et déjà que « la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées est certes un sujet identifié comme un axe d'amélioration bien au-delà des seuls EHPAD du groupe Orpea, avec une mention explicite de l'enjeu dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 ».</p>

⁵ Les documents 11 et 12 étant des vidéos, ils sont transmis par mail à la mission.

Annexe II

	<p>cours pour déployer une solution mobile de soins dentaires à domicile (soit au sein même de l'EHPAD), sachant que localement, il peut exister des conventions signées entre les acteurs du secteur ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une formation « Hygiène bucco-dentaire » est dispensée à l'ensemble des aides soignants deux fois par an; ○ Les soins d'hygiène bucco-dentaire sont programmés dans le plan de soins (cf. document 14); ○ Le matériel nécessaire à l'ensemble des soins bucco-dentaires est à la disposition de tout le personnel soignant (Gamme de soins de bouche [...]) (cf. documents 15 et 16). De plus, chaque établissement a la possibilité de se doter de chariots de soins bucco-dentaires [...] qui permettent un entretien optimal des appareils dentaires (cf. document 17) et qui sont référencés dans notre mercuriale d'achat (cf. documents 18 et 19) ; <p>- En second lieu, la mission fonde son jugement sur des rapports ARS concernant quatre établissements, ce qui ne nous semble pas suffisamment représentatif à l'échelle du groupe pour conclure que le suivi est « particulièrement négligé ».</p>	<p>La détention de matériel ne peut certes qu'améliorer la prise en charge, mais encore faut-il que ce matériel soit utilisé. L'un des rapports d'ARS évoqués par la mission fait ainsi état de chariots non utilisés.</p> <p>Les constats ne se basent pas sur 4 mais 6 rapports. Cet élément étant rarement contrôlé, sa mention dans 6 rapports correspond à une récurrence significative.</p>
<p>Annexe II, 2.3.5., page 15 « <i>Il existe des points de vulnérabilité dans la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament</i> »</p>	<p><u>Nous tenons à préciser les points suivants à la mission :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nous sommes conscients qu'il peut y avoir des écarts dans le circuit du médicament, dans la mesure où l'ensemble de ces incidents sont tracés sous [...] et des FEI sont réalisées (cf. documents 20 et 21) ; - Les plans d'actions sont mis en place et font l'objet d'un suivi afin de s'assurer des corrections nécessaires ; - La bonne traçabilité des administrations des traitements, favorisée par l'utilisation des tablettes, et plus globalement du circuit du médicament, est vérifiée lors des audits internes ; une grille comportant 36 points de contrôle est consacrée spécifiquement au circuit du médicament (cf. document 22) ; 	<p>La mission maintient le constat et la formulation provisoires</p> <p>Il est exact que, notamment dans cette sous-partie, le descriptif effectué par la mission comporte des éléments positifs. Pour autant, cela n'est pas incompatible avec le titre actuel, le diagnostic de « points de vulnérabilité » revenant bien à restreindre le constat à certains aspects.</p>

- Les établissements ont aussi à leur disposition des outils d'autoévaluation « grille d'autoévaluation des pratiques de distribution et d'administration des médicaments » (cf. document 23) ;
- La vérification et l'administration des médicaments relève du rôle de l'IDE. La mise en bouche des traitements et leur supervision, sous la responsabilité de l'infirmier, peuvent être déléguées à l'AS/AMP notamment la nuit pour les prescriptions « en cas de » ou chez certains résidents identifiés lorsqu'un trouble du comportement le justifie et après discussion en équipe pluridisciplinaire ;
- Les procédures mises en place par Orpea sur le circuit du médicament répondent aux recommandations HAS et aux bonnes pratiques ANESM. Nous menons un accompagnement quotidien avec les médecins coordonnateurs et les IDEC pour sécuriser au maximum ce circuit ;
- Une convention est systématiquement signée entre l'EHPAD et la pharmacie ; cette convention rappelle les rôles de chacun (c'est le pharmacien qui est en charge de la conservation et des scellés des produits livrés.) ;
- Le circuit du médicament est un des points qui est abordé lors de la commission de coordination gériatrique (cf. document 24) et un bilan précis est fait lors du rapport annuel d'activité médicale (cf. document 25).

Nous sommes particulièrement attentifs à cette thématique essentielle à la sécurité des soins et conscients de l'importance de rectifier tout écart.

Il nous semble néanmoins que le titre de cette partie ne reflète pas l'exhaustivité de votre exposé et occulte deux points importants dans l'appréciation de cette thématique : « Ces rapports [des ARS] concluent généralement à une prise en charge médicamenteuse « bonne dans l'ensemble » dans le cas des EHPAD d'Orpea » et « Le groupe semble par ailleurs veiller à limiter la iatrogénie, avec notamment une

Annexe II

<p>Annexe II, 2.3.7., page 18 « La prise en charge des situations d'urgence est compliquée par les insuffisances de la formation des personnels et de la qualité des dossiers »</p>	<p>volonté de juguler l'usage des neuroleptiques, (...), et confirmée par les statistiques de consommation des résidents des EHPAD d'Orpea ».</p> <p>Le titre actuel de ce chapitre « La prise en charge des situations d'urgence est compliquée par les insuffisances de la formation des personnels et de la qualité des dossiers » ne reflète pas la réalité car la mission se base sur un seul rapport ARS concluant à la nécessité de réaliser une formation aux gestes d'urgence et à l'utilisation du matériel. La formation des personnels aux gestes d'urgence (obligatoire dans leur cursus de formation) est un point prioritaire en terme de formation <i>in situ</i> avec le matériel dont est équipé l'établissement (DAE, trousse d'urgence,..) (cf. documents 26 et 27)). En parallèle, des formations diplômantes (AFGSU2) organisées en externe, une formation complémentaire adaptée à l'organisation de chaque EHPAD au plus près des besoins est réalisée par le médecin coordonnateur du site et l'IDEC. En cas de carence, le médecin coordonnateur régional et l'IDEC régional sont en mesure de former les personnels. Cette formation spécifique est destinée à l'ensemble des personnels de l'établissement, quelle que soit leur fonction, et permet de reconnaître une détresse vitale et de réaliser les gestes de première urgence dans l'attente de l'arrivée des secours professionnels en utilisant le matériel de la résidence. Elle a été conçue en lien avec des équipes d'urgentistes, de CHU, d'ARS et des équipes mobiles de soins palliatifs.</p> <p>Cette formation est très appréciée par les équipes et se déploie sur l'ensemble des EHPAD d'Orpea depuis 2021. Près de 1300 salariés sont formés à ce jour. Cette formation est à nouveau inscrite en tant que priorité au plan de formation 2022.</p>	<p>La mission se fonde sur deux rapports d'ARS, cet élément étant rarement contrôlé. Le fait qu'une formation spécifique se soit déployée à partir de 2021 (selon la réponse ci-contre) semble du reste cohérent avec quelques insuffisances antérieures.</p> <p>La mission a amendé la formulation provisoire (du titre du 2.3.7) de manière à intégrer l'action de formation en cours</p> <p>La mission a aussi amendé le constat provisoire par ajout d'une phrase <i>ad hoc</i> rendant compte de l'action de formation mentionnée ci-contre.</p>
	<p>Concernant l'insuffisance des dossiers, nous tenons à rappeler la réponse apportée au 2.3.2. Celle-ci est effectivement dépendante du médecin traitant. La possibilité d'avoir un poste de médecin prescripteur pourrait répondre aux difficultés d'intervention des médecins traitants de ville.</p> <p>Le DLU peut aussi être à destination de SOS Médecins et SOS Médecins bénéficie d'un accès à [...] de jour comme de nuit.</p> <p>La Fiche de Liaison d'Urgence a été travaillée dans le cadre d'un travail collaboratif organisé par l'ARS Normandie.</p>	<p>Voir passage correspondant <i>supra</i>.</p>

Annexe II

<p>Annexe II, 3.2.1., page 21 « <i>Le temps de la toilette n'est pas un moment de détente</i> »</p>	<p>Selon la conférence nationale des Directeurs d'EHPAD (CNDEPAH) dont la Cour des comptes a repris une des conclusions dans son rapport de février 2022, il est estimé que chaque soignant a concurrence en charge dix résidents pour l'accompagnement du matin, ce qui se traduit par moins de quinze minutes pour la toilette.</p> <p>Nous avons conscience de cette problématique inhérente au secteur d'autant que la toilette, pour certains résidents, peut être vécue comme un moment délicat : par pudeur (baisse de l'estime de soi), source d'anxiété, sensation de froid, envie ou besoin d'être tranquille, ... C'est pourquoi, nos soignants œuvrent, par leurs compétences techniques et relationnelles, à rendre ce moment le plus agréable possible. Pour les accompagner, Orpea a mis en place des formations sur la toilette relationnelles afin de faire de ces moments de réels temps de détente et d'atténuer les potentielles angoisses.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire (voir à cet égard l'annexe V).</p>
<p>Annexe II, 3.3., page 22 « <i>La surveillance cutanée des points d'appui et la prévention des escarres n'est pas un point critique mais reste tributaire des problèmes d'effectifs</i> »</p>	<p>Nous acquiesçons au constat relatif aux bonnes pratiques de gestion des escarres. Nous proposons une liste indicative de stock tampon de matériel pour chaque résidence. La principale prévention du risque d'escarre est la qualité de la nutrition (cf. chapitre 3.6.2.) et la limitation de l'appui. Pour cela, la mobilisation est essentielle (changement de positions, changements de points d'appui, etc.) et reste donc essentiellement tributaire, pour les résidents qui ne sont pas autonomes, des interventions soignantes.</p> <p>La présence de professionnels formés sur la prévention des escarres, sur les installations, sur le matériel adapté, l'accompagnement nutritionnel, la rééducation, les pensements, permettent d'améliorer encore la prévention et favoriser la cicatrisation.</p> <p>La gestion de la dénutrition joue un rôle important, facteur bien connu favorisant l'escarre.</p>	<p>Vu.</p>
<p>Annexe II, 3.4., page 23 « <i>La traçabilité des fréquentes chutes est insuffisante et la prévention</i></p>	<p><u>Nous tenons à préciser les points suivants :</u></p>	<p>Constats et formulations maintenus Orpea déforme ici plusieurs fois les constats du rapport (sur le fond voire sur la forme avec des citations inexactes), que l'on rappelle ci-après lorsque nécessaire. Certains autres points développés ne se rattachent quant à eux à aucun point d'attention du rapport.</p>

<p>reste parfois inaboutie »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant « L'exploitation de ces fiches chutes dans un objectif de repérage et de prévention n'est pas connue » :</u> <p>L'exploitation de ces fiches de chute se fait au cours de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire (médecin, IDE, soignants, paramédicaux...).</p> <p>Chaque chute est discutée individuellement et des plans d'action sont proposés en tant que de besoin. Beaucoup d'équipes font un point en amont de cette réunion. Une analyse de chaque chute est réalisée par le médecin coordonnateur, l'IDEC et, s'il est présent, l'ergothérapeute (cf. document 28).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant « Les fiches sont absentes du dossier médical » :</u> <p>La fiche de chute apparait systématiquement dans les transmissions. Elle fait partie intégrante du dossier médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant « La surveillance toutes les heures n'apparaît qu'après la 3^{ème} chute » :</u> <p>Les recommandations françaises de l'HAS sur les chutes répétées de 2009 (cf. document 29) recommandent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- D'évaluer les signes de gravité de la chute ; 2- D'évaluer les facteurs de risque de chute (qui sont principalement d'ordre clinique) ; 3- De proposer des interventions capables de prévenir la récurrence des chutes et leurs complications. <p>La prescription de surveillance et sa fréquence restent donc de la responsabilité du prescripteur. Une surveillance horaire ne peut être une norme systématique. La fréquence est donc adaptée à l'état clinique du résident et la présence ou non d'anticoagulant dans son traitement, ...</p>	<p>Formule tronquée du rapport : « l'exploitation de ces fiches chutes dans un objectif de repérage et de prévention (...) n'est pas <u>toujours</u> connue.</p> <p>Formule tronquée du rapport : « les fiches sont <u>parfois</u> absentes du dossier médical ».</p> <p>Il ne s'agit pas d'un constat général ou d'une préconisation de la mission, qui se borne à signaler, sur la base d'un rapport d'ARS, que « dans le cas d'un multi-chuteur, la surveillance toutes les heures prescrite par le médecin après la deuxième chute n'est pas retrouvée dans le dossier médical avant la troisième chute ». Ce qui n'est que l'un des éléments (avec ceux qui précèdent, et d'autres non reproduits ici) conduisant à évoquer dans le titre une prévention « inaboutie ».</p>
----------------------------------	--	--

Nous pouvons citer pour exemple le cas d'une résidente sur le site de [...] qui a chuté deux fois à une semaine d'intervalle dans sa salle de bain au moment de la toilette. Après s'être assuré que la résidente allait bien, le médecin coordonnateur a demandé aux infirmiers de rechercher une baisse de tension lors des passages de la position allongée à la position debout, qui s'est révélée être positive. Des bas de contention ont été prescrits et la dame n'a plus chuté depuis.

- **Concernant « Le repérage des risques de chutes n'est pas effectué dans tous les établissements » :**

Le repérage des risques de chute est effectué dans tous les établissements et pour tous les résidents. A l'entrée de chacun des résidents, une évaluation des risques gériatriques, dont le risque de chute, est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire : évaluation médicale, par les IDE, par les paramédicaux et par les soignants.

Si le risque de chute n'est pas nécessairement inscrit dans l'onglet « risque », il est systématiquement inscrit dans les transmissions ou dans l'EGS du médecin coordonnateur et fait partie du PP des résidents qui en relèvent.

- **Concernant « Les mesures correctives des chutes restent principalement d'ordre médical, laissant largement de côté les mesures portant sur l'environnement et l'amélioration de la surveillance matérielle ou humaine des résidents »** (cf. document 30):

La chute d'une personne âgée est un risque gériatrique qui nécessite une évaluation médicale afin d'éliminer, avant tout chose, les signes de gravité de la chute, puis d'évaluer les facteurs de risque de chute avant de proposer des interventions pour prévenir la récurrence ou la gravité.

Parmi ces facteurs de risque de chute, nous pouvons citer les maladies cardiovasculaires (troubles du rythme, AVC), les médicaments, les troubles sensoriels, les troubles cognitifs ou les troubles métaboliques.

Il s'agit ici d'une remontée d'ARS auprès de la mission.

La mission ne nie pas l'importance des causes médicales, comme le montre l'extrait de rapport reproduit ci-contre.

Les facteurs environnementaux peuvent aussi constituer des facteurs précipitants.

Au sein de nos EHPAD, après avoir éliminé une chute grave par une évaluation médicale, une analyse pluridisciplinaire de la chute est systématique via la fiche chute et les plans d'actions correctifs mis en œuvre : correction de l'environnement, prescription de rééducation, analyse iatrogénique, adaptation du matériel médical selon nos arbres décisionnels, intégration dans un groupe équilibre...

Parmi les facteurs environnementaux qui entraînent des chutes, les études scientifiques rapportent que les causes principales de chute sont : les sols glissants, les obstacles, l'éclairage et le chaussage.

L'EHPAD est un environnement adapté à la prévention des chutes :

- Pour lutter contre les sols glissants : les revêtements des sols sont anti-dérapants, il existe des procédures et des formations des professionnels sur la prévention des sols glissants (nettoyage en longueur par demi-couloir pour laisser un passage de circulation sec, horaires de nettoyage des sols adaptés à la vie des résidents...),
- Pour limiter les obstacles : circulation de plain-pied, barres de circulation, salles de bain adaptées, limitation de l'encombrement dans les lieux de déambulation, chambres spacieuses et adaptées...
- Pour l'éclairage : veilleuses dans les chambres la nuit, éclairage des couloirs et autres lieux communs, détecteurs de présence...
- Le chaussage fait également partie des facteurs d'intervention pour lesquels nous proposons régulièrement des modifications lorsque nous constatons qu'il risque de favoriser une chute. Cependant, il est rare qu'il soit la cause d'une chute, car le chaussage inadapté est, la plupart du temps, repéré dès l'entrée du résident, au cours du repérage des risques de chute, et il est modifié avant que le résident ne chute,

Annexe II

	<p>- L'EHPAD propose aussi pour diminuer le risque de chute les dispositifs suivants : matériel de transfert et de déambulation adapté, barres de circulation, salle de bain adaptée, lits médicalisés à hauteur réglable, etc.</p> <p>Il peut arriver des cas où les risques environnementaux sont discutés en équipe pluridisciplinaire. Nous pouvons citer le cas d'un résident multichuteur du fait d'une maladie neurologique chronique, qui tombait régulièrement de son lit la nuit et pour lequel un lit abaissé avait été proposé ainsi que des tatamis au sol afin de limiter les conséquences des chutes. Cependant, après quelques nuits, l'équipe a constaté que lorsque le résident se levait, il se prenait les pieds dans les tatamis. L'équipe a donc décidé de retirer les tatamis et de laisser le lit bas, acceptant les risques d'une chute de son lit sur le sol. La famille a été informée de chacune des étapes de cette évaluation.</p> <p>Une méta-analyse Cochrane de 2018 a analysé les interventions qui pouvaient diminuer le risque de chute en maison de retraite. Une surveillance plus rapprochée ne diminuait pas le risque de chute. La surveillance permet, au mieux, d'intervenir plus rapidement.</p> <p>Dans chaque chambre, il y a un appel malade en chambre et un appel malade dans la salle de bain. Certains résidents peuvent en outre avoir un bouton appel malade sur eux. La limite à leur utilisation est la capacité du résident à savoir utiliser ce matériel. En pratique, et même à des stades débutants de troubles cognitifs, nous constatons que certains résidents ne savent plus alerter lorsqu'ils en ont besoin (soit parce qu'ils ne savent plus utiliser le matériel, soit parce qu'ils oublient de l'utiliser alors que cela est nécessaire). C'est pour cette raison que dans nos établissements, la nuit, quatre passages au moins sont systématiquement effectués dans toutes les chambres.</p> <p>Un travail sur la construction et l'utilisation de nouveaux matériels connectés et autonomes permettant de repérer plus rapidement les chutes a été réalisé et est en cours de déploiement. Les tests ont en effet été concluants.</p> <p>La mission constate néanmoins que dans le cas d'un dossier qu'elle évoque, c'est bien un médecin qui prescrivait des mesures de surveillance dans le cas d'un multichuteur.</p> <p>La mission a cependant noté que les dispositifs d'appel ne fonctionnent pas tous (voir les développements du rapport sur ce sujet, notamment en partie 3.1).</p>
--	---

	<p>Un travail de thèse permettant une évaluation objective du risque de chute en lien avec l'université Paris Saclay est en cours avec plusieurs publications déjà réalisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant « La surveillance rapprochée en USA contre la chute »</u> <p>L'USA est un environnement adapté qui permet de sécuriser le résident en l'absence de surveillance directe. Avoir plus de soignants au sein de l'USA permettrait de proposer plus d'activités personnalisées aux résidents, de passer plus de temps pour la toilette, mais il n'y a pas d'indication à davantage de surveillance passive pour prévenir les chutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant « Le staff de direction aborde les chutes de façon individuelle »</u> <p>Ce n'est pas au staff de direction de réfléchir sur des plans d'actions autour des chutes, mais à l'équipe pluridisciplinaire. Comme nous l'avons vu précédemment, la réflexion est systématiquement individualisée pour les risques inhérents à chacun des résidents. Les réponses à apporter le sont aussi de façon individuelle. La direction n'est sollicitée que si la cause de la chute relève de sa compétence, ce qui est assez rare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant « Les tensions sur les personnels représentent donc un risque évident si l'on considère que la surveillance est un élément de prévention »</u> <p>La surveillance n'est pas un élément de prévention. Cf. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf (cf. document 29)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Formation des équipes à la prévention des chutes</u> 	<p>Le rapport n'aborde pas ce point en tant que tel et n'évoque que l'organisation d'un atelier « <i>prévention des chutes</i> » par un psychomotricien, à destination des résidents des USA (souvent déambulants).</p> <p>Il s'agit en l'occurrence de la formulation choisie par l'ARS, qui semble adaptée dans le contexte du rapport cité (relatif à l'EHPAD de [...]), puisqu'il est question, dans le passage concerné, de l'opportunité de décisions de renforcement du personnel ou d'aménagement des locaux, qui relèvent bien du staff de direction et non des seuls personnels soignants ou médicaux.</p> <p>S'agissant du rôle de la surveillance dans la prévention, la mission constate néanmoins que dans le cas d'un dossier à l'origine d'un contrôle d'ARS, c'est bien un médecin qui prescrivait des mesures de surveillance pour un multichuteur. Par ailleurs, le document HAS ici mis en exergue évoque des facteurs environnementaux pouvant être partiellement jugulés par la surveillance.</p>
--	--	---

Annexe II

	<p>La prévention des chutes reste une thématique prioritaire du plan de formation d'Orpea. Depuis 2015, près de 2 700 salariés en moyenne sont formés chaque année sur le sujet. Le nombre de salariés ayant reçu une formation sur la prévention des chutes s'est élevé à 2046.</p>	<p>Évoquer un effectif de salariés formés n'est pas très informatif s'il n'est pas rapporté à un effectif cible objectif, après prise en compte du turnover.</p>																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Prévention et prise en charge des chutes</th> </tr> <tr> <th>Nombre de sessions</th> <th>Nombre de salariés formés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>857</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>702</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>592</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>472</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>349</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>412</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>3938</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Prévention et prise en charge des chutes		Nombre de sessions	Nombre de salariés formés	2015	857	2016	702	2017	592	2018	554	2019	472	2020	349	2021	412	TOTAL	3938		1	
Prévention et prise en charge des chutes																								
Nombre de sessions	Nombre de salariés formés																							
2015	857																							
2016	702																							
2017	592																							
2018	554																							
2019	472																							
2020	349																							
2021	412																							
TOTAL	3938																							
	1																							
<p>Annexe II, 3.5., page 24 « L'utilisation des contentions n'est pas suffisamment réévaluée »</p>	<p>Les contentions sont prescrites pour un an et sont réévaluées en équipe pluri-disciplinaire tous les mois, voire toutes les semaines. Cependant, si la réévaluation est formalisée en équipe tous les mois et notée dans les observations médicales par le médecin coordonnateur, à chaque utilisation de la contention au quotidien, le soignant en valide sa bonne tolérance par le résident. Et c'est d'autant plus le cas lors des premiers jours suivant la prescription d'une contention.</p>																							
	<p>Il y a une erreur dans la lecture des tableaux d'indicateurs de soins fournis et il conviendrait de corriger les chiffres actuellement présentés. En effet, nous avons 17,9% de résidents qui ont une contention prescrite ; pour 70,16% de ces résidents, la contention prescrite correspond aux barrières de lits.</p> <p>Cependant, l'objectif sur le terrain reste toujours la limitation au maximum du recours aux contentions en veillant à trouver les meilleures stratégies le permettant : lit bas, demi-barrières, barrière d'un seul côté, fauteuil plus adapté, etc. En effet, la contention doit être</p>	<p>La mission a amendé la formulation provisoire pour bien expliciter que la phrase concernée n'est relative qu'aux résidents avec contention prescrite.</p>																						

	<p>une mesure d'exception, prise au cas par cas, après que toutes les alternatives possibles aient été analysées en équipe. Nos équipes disposent d'un protocole pour prévenir les contentions (elles doivent être minimales, exceptionnelles, réfléchies et sécuritaires) et donner le cadre en cas de nécessité (traitement sur ordonnance médicale avec un objectif thérapeutique).</p> <p>Ainsi, notre politique vise à réduire le nombre de contentions au vu du rapport bénéfice / risque très souvent peu favorable.</p>	
<p>Annexe II, 3.6.2., page 25 « <i>Les grammages des aliments sont sensiblement et systématiquement insuffisants</i> »</p> <p>« <i>Les menus ne sont pas évalués sur le plan de l'apport calorique nécessaire</i> »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La mission se focalise sur le grammage qui n'est que l'un des éléments à prendre en compte en matière de nutrition et ne permet pas d'apprécier les apports totaux en protéines et calories. 2. En effet, et conformément aux recommandations successives (GEM-RCN 2015, GEM-RCN 2019 et HSCP 2021 - (cf. document 31), la réalisation des menus Orpea suit 2 étapes : <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Elaboration du plan alimentaire dont l'objectif est de garantir les apports nutritionnels, ainsi qu'une alimentation variée et équilibrée <p>Préalablement à la conception des menus en eux-mêmes, c'est un plan alimentaire commun à tous les EHPAD qui est élaboré par la Direction médicale, la Responsable Nutrition et le service Restauration, afin de garantir la fréquence d'apparition des produits (minimale et maximale), la variété des produits ainsi que l'équilibre alimentaire des repas sur une semaine. Le plan alimentaire comprend 5 composantes le midi et 5 composantes le soir à savoir : entrée, plat, garniture, laitage, dessert (et pain).</p> 	<p>La mission maintient le constat provisoire</p> <p>La mission indique bien dans son rapport que « <i>le grammage ne définit pas à lui seul l'apport nutritionnel</i> ».</p> <p>Les grammages concernent les portions d'aliments prêts à consommer. Ce sont ces portions qui ont été jugées insuffisantes au regard des recommandations du GEM-RCN.</p> <p>Aussi les nutriments (protéines, glucides, lipides) et les calories qui en sont issus, et qui s'évaluent par simple calcul arithmétique (manuel, ou automatisé par la table CIQUAL), sont, pour un aliment donné, diminués dans les mêmes proportions que les grammages.</p> <p>De plus, les menus présentés se déclinent en plats dont les aliments sous-jacents et le mode de préparation ne sont pas spécifiés, si bien qu'il n'est pas possible de contre-expertiser les apports correspondants, en calories et en nutriments.</p> <p>Durant toute la durée des investigations, la mission n'a pu obtenir de la part de la direction d'indications précises sur les grammages des repas. Le tableau de synthèse nutritionnelle des menus, qui n'a été communiqué par Orpea qu'à l'étape de la procédure contradictoire, ne suffit pas, quant à lui, à étayer l'atteinte d'apports caloriques conformes aux valeurs recommandées. Cela importe pourtant d'autant plus dans un contexte de grammages significativement inférieurs aux valeurs de référence pour les aliments protéiques, et au mieux égaux à ces valeurs par ailleurs.</p>

La mission a en revanche amendé la formulation provisoire du titre du 3.6.3, afin de prendre acte de la communication par Orpea du tableau évoqué ci-dessus, mais aussi des limites qui en sont rappelées. Elle a également inséré une référence à cette communication dans cette sous-partie 3.6.3.
Elle a, en cohérence, amendé la formulation provisoire du titre de la partie 3.6.

à compléter le week-end 2 composantes le soir

PLAN ALIMENTAIRE ORPEA

Semaine 1

	MAJIS	MERCREDI	JEUDI	VEDREDI	SABEDI	DIANCHIE
→ Au déjeuner :	H.O. Crudités Poisson Légumes Plateaux de produits laitiers Fruit cuit	H.O. Légumes sec Volaille Légumes Plateaux de produits laitiers Fruit cuit	H.O. Crudités Bœuf Fécule Plateaux de produits laitiers Dessert lacté	H.O. Fécules Poisson Légumes Plateaux de produits laitiers Fruit cuit	H.O. Crudités Poisson Légumes Plateaux de produits laitiers Fruit cuit	H.O. Crudités Agneau / Poulet Légumes Plateaux de produits laitiers Fruit cuit
→ Au dîner :	Luncheon Pâtage Fécule Compagnon participatif à base de viande Légume Plateaux de produits laitiers Dessert lacté	Mercredi Pâtage Compagnon participatif à base de poisson Fécule Plateaux de produits laitiers Dessert lacté	Jeudi Pâtage Fécule Compagnon participatif à base de porc Légume Plateaux de produits laitiers Dessert lacté	Vendredi Pâtage Fécule Pâtisserie Compagnon participatif à base de poisson Légume Plateaux de produits laitiers Dessert lacté	Samedi Pâtage Compagnon participatif à base d'œufs Légume / Fécule Plateaux de produits laitiers Dessert lacté	Dimanche Pâtage Poisson séché à base de fromage Compagnon participatif à base de produits laitiers Fruit cuit
→ Au goûter :	Gâteau chocolaté	Gâteau lacté	Gâteau chocolaté	Gâteau chocolaté	Gâteau lacté	Gâteau lacté

Mise à jour le service Restauration ORPEA le 01 octobre 2019 - validé le 18/11/2019 par le directeur ambulatoire

Exemple de plan alimentaire d'une semaine donnée

Pour le dîner, le complément protidique indiqué correspond à un plat complet avec par exemple, de la volaille, ou à base de bœuf, ... permettant d'avoir les 2 composantes du plan alimentaire.

Ce plan alimentaire, une fois établi, permet de vérifier que les apports nutritionnels sont bien garantis. Pour ce faire, la responsable nutrition établit un tableau « synthèse nutritionnelle », sur la base des valeurs du CIQUAL (base de données de référence sur la composition nutritionnelle des aliments de l'ANSES), tableau qui a été transmis à la mission par le Service Restauration dans la suite de leurs échanges.

Synthèse nutritionnelle des menus Orpea sur 5 semaines :

Annexe II

Semaine	Jour	Repas	Protéines (g)	Lipides (g)	Glucides (g)	Fibres (g)	Calcium (mg)	Vit C (mg)	Energie par portion (kcal)		Moyenne apport protéique		Moyenne apport lipidique		Moyenne apport glucidique		
									Per repas	Per jour semaine	Per repas	Per jour semaine	Per repas	Per jour semaine	Per repas	Per jour semaine	
Lundi		Petit-déjeuner	8.0	10.8	65.0	2.1	134.1	3.6	392.7								
		Déjeuner	64.4	39.7	93.7	5.1	539.5	30.0	977.8	2024.1							
		Gouter	1.3	4.0	16.0				105.2		104.3	76.1	239.1				
Mardi		Dîner	30.6	21.7	64.4	6.7	431.2	92.7	553.0								
		Petit-déjeuner	8.0	10.8	65.0	2.1	134.1	3.6	392.7								
		Déjeuner	44.4	49.2	73.3	9.7	465.2	21.0	855.3	2056.1	87.3	83.8	246.8				
Mercredi		Gouter	3.7	3.6	21.1	0.5	115.0	0.2	131.6								
		Dîner	31.2	20.3	97.4	7.1	322.5	20.3	659.6								
		Petit-déjeuner	8.0	10.8	65.0	2.1	134.1	3.6	392.7								
Jeudi		Déjeuner	48.1	30.4	68.3	14.1	382.0	64.0	721.5	878.0	70.0	229.9					
		Gouter	0.0	5.0	10.1	0.6	8.4	0.0	85.4								
		Dîner	34.6	23.9	66.5	6.1	432.5	10.2	682.0	90.7	74.6	251.2					
Vendredi		Petit-déjeuner	8.0	10.8	65.0	2.1	134.1	3.6	392.7								
		Déjeuner	30.0	36.9	100.3	5.7	430.7	7.2	915.4	2003.4	90.8	64.6					
		Gouter	2.6	8.9	26.5	0.8	32.7	0.2	196.5		88.5						
Samedi		Dîner	27.9	18.1	61.3	8.2	336.2	68.0	302.4								
		Petit-déjeuner	8.0	10.8	65.0	2.1	134.1	3.6	392.7								
		Déjeuner	40.4	30.9	75.2	9.9	361.6	71.5	734.8	2060.7	78.6	87.3	249.0				
Dimanche		Gouter	1.3	4.0	16.0				105.2								
		Dîner	25.9	41.6	92.8	8.8	455.9	22.6	831.6								
		Petit-déjeuner	8.0	10.8	65.0	2.1	134.1	3.6	392.7								
Moyenne hebdomadaire		Déjeuner	46.6	33.3	101.2	6.7	330.7	17.5	673.0	2072.1							
		Gouter	2.6	8.9	26.5	0.8	32.7	0.2	196.5								
		Dîner	32.8	22.9	73.9	8.9	463.2	14.7	613.5								
Moyenne journalière		Petit-déjeuner	3.0	23.8	73.4	2.6	157.7	3.6	573.8								
		Déjeuner	63.6	40.0	78.5	11.8	365.4	7.0	901.8								
		Gouter	3.7	3.6	21.1	0.5	115.0	0.2	131.6	2532.2							
		Dîner	26.1	43.9	100.9	8.0	478.5	21.0	885.1	96.4	126.2	273.8					

Ce tableau indique bien que :

- **l'apport énergétique moyen hebdomadaire des menus Orpea se situe entre 2 037 kcal/jour et 2 147 kcal/jour, versus entre 1 950 kcal/jour et 2 275 kcal/jour recommandés** pour une personne âgée « bien portante », soit 30-35 kcal/kg de poids/jour étant considéré que le poids moyen d'une personne âgée est de 65kg, selon source : Martin A (Ed) (2001) Apports nutritionnels conseillés pour la population française, Tec et Doc, Lavoisier, Paris, 605 p. ;
- **l'apport en protéine moyen / jour des menus Orpea se situe entre 89,1 g/jour et 93 g /jour, versus 1g/kg de poids/jour** pour une personne âgée statut nutritionnel « normal » (selon source Les protéines | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) étant considéré que **le poids moyen d'une personne âgée est de 65 kg** ;
- l'apport en lipides est d'environ 36,5% de l'apport énergétique total (les besoins étant compris entre 35-40% selon ANSES) ;
- l'apport en glucides est d'environ 48% de l'apport énergétique total (les besoins étant compris entre 40-55% selon ANSES).

Cette synthèse nutritionnelle, qui a été vérifiée et analysée par un professeur universitaire de gériatrie, conclut à un bon équilibre sur 5 semaines en termes d'apports protéino-énergétiques.

2.2. Déclinaison de ce plan alimentaire en menus dont l'objectif est de satisfaire les résidents en tenant compte de leurs goûts, désirs et habitudes réelles alimentaires et ce, dans le parfait respect du plan alimentaire

	<p>Suite à la préparation du plan alimentaire, une commission, composée de chefs d'établissements, de membres du service restauration et de la responsable nutrition, construit les cycles de menus saisonniers sur cinq semaines ainsi que les déclinaisons de régimes.</p> <p>L'objectif de cette commission est de pouvoir adapter, sur la base du plan alimentaire établi, les menus afin de répondre aux enjeux de satisfaction des résidents. Les menus (cf. exemples en fin de paragraphe) sont présentés aux résidents notamment lors des commissions restauration des établissements ; ils sont modifiables en fonction des goûts des résidents notifiés dans le projet personnalisé du résident mais devront toujours respecter la base du plan alimentaire.</p> <p>Par ailleurs, la satisfaction des résidents par rapport aux repas est notée régulièrement lors d'entretiens avec les résidents pendant les phases d'inspection et dans le cadre des enquêtes annuelles que nous menons. La satisfaction sur les repas était à 7,4/10 en 2020 et 7,5/10 en 2021.</p>	
<p>3. Mise en œuvre de la politique nutritionnelle et résultats</p> <p>A travers sa politique, Orpea vise deux enjeux nutritionnels essentiels pour les personnes âgées : prévenir le risque de dénutrition et la sarcopénie (<i>baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force et de la performance physique pour des patients en âge gériatrique</i>).</p> <p>Cela se traduit par :</p>		<p>Eu égard à l'enquête de satisfaction, la mission souhaite rappeler la nature des questions posées aux résidents en 2020 et 2021 à propos des « repas » : il y est question de leur qualité, de leur diversité, de la dimension sociale (organisation des repas à thème et de fête, invités), ou encore de l'aide apportée aux résidents en perte d'autonomie. Le sujet des quantités servies n'est, en revanche, jamais abordé. Notons par ailleurs que la plupart des résidents ne sont à même d'évaluer la « qualité » qu'au sens organoleptique, qui ne préjuge pas de la qualité nutritionnelle dont l'appréciation requiert des compétences spécifiques.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan alimentaire adapté et des menus répondant aux besoins des résidents (cf. supra) ; - Un suivi rigoureux de la dénutrition des résidents : <ul style="list-style-type: none"> o Prise de poids mensuelle pour tous les résidents et hebdomadaire pour les résidents dénutris ; o Mesure de l'albuminémie : à réaliser une fois par an a minima et selon un protocole spécifique pour les résidents dénutris afin d'évaluer l'efficacité de la rénutrition mise en place. <p>Sur le plan clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le taux d'escarres modéré (3,4%) observé au sein des EHPAD Orpea (cf. Annexe II, 3.3.) ; et - l'amélioration du taux de dénutris post-admission (<i>Selon les indicateurs nutrition des établissements Orpea, le taux de résidents dénutris à l'admission s'élève à 45% ; à 6 mois, pour 70% de ces résidents, nous constatons une amélioration de leur situation nutritionnelle ; à 12 mois, la situation s'est encore améliorée pour 67% d'entre eux, ce qui prouve bien l'efficacité de la stratégie nutritionnelle mise en place par Orpea</i>) <p>permettent d'apporter la preuve clinique que la politique nutritionnelle mise en place par Orpea répond en tout point aux besoins protéino-énergétiques des résidents.</p>	<p>La mission a bien signalé dans son rapport la mise en œuvre effective de pesées mensuelles voire hebdomadaires, et de dosages de l'albuminémie.</p>
	<p>4. Gestion des commandes de produits en cuisine</p> <p>Afin que les chefs puissent passer leurs commandes, les menus sont déclinés et traduits dans un outil de commande des quantités nécessaires de produits alimentaires (cf. tableau de grammages), qui permet de garantir le respect du plan alimentaire initial.</p> <p>Ce tableau de grammage qui a été remis à la mission lors d'une visite d'établissement a donc pour unique objet de permettre à nos chefs de cuisine de traduire le plan alimentaire en quantité d'aliments à commander en fonction du nombre de résidents mais aussi de salariés</p>	<p>Orpea ne communique pas l'étude relative à l'amélioration du taux de dénutris post-admission, ce qui ne permet pas, notamment, de vérifier que la baisse de ce taux ne soit pas imputable à des différentiels de mortalité au sein des cohortes de nouveaux résidents.</p>

qui vont déjeuner sur l'établissement. En effet, lorsqu'un chef de cuisine passe ses commandes, tous les produits qu'il va commander sont exprimés en kilogrammes. Grâce à ce tableau de commande, les chefs de cuisine sont donc en mesure de commander les quantités nécessaires de chacun des produits alimentaires et ce, dans le parfait respect du plan alimentaire.

Ce tableau n'est donc qu'une clé de lecture utilisée uniquement par les chefs de cuisine, un outil d'aide à la commande, pour assurer le strict respect des directives nutritionnelles. Cela explique, d'une part, que ce tableau n'ait été présenté à la mission que sur site et par un chef de cuisine et, d'autre part, que ce tableau soit répertorié dans le classeur restauration dans la rubrique « commande ».

Ce tableau a donc induit la mission en erreur car il ne permet pas de mesurer les apports caloriques et protéiniques, ce que nous nous attachons à vous repreciser, conformément à ce que nos équipes restauration siège ont indiqué à la mission lors de l'entretien et aux documents qui ont été transmis post-entretien.

5. **Nous contestons donc formellement que le Tableau 4 page 26 soit considéré comme la base de la constitution de nos menus.**

Ce tableau est erroné, incomplet et son titre ne correspond pas à la réalité des menus servis chez Orpea ; ci-dessous différents exemples de menus sur 5 semaines.

6. **Nous réfutons donc les titres de l'annexe II :**

- « 3.6. Les besoins nutritifs ne sont pas satisfaits pour l'ensemble des résidents, et les repas ne sont pas des moments de plaisir attendus »
- « 3.6.2. Les grammages des aliments sont sensiblement et systématiquement insuffisants »
- « 3.6.3. Les menus ne sont pas évalués sur le plan de l'apport calorique nécessaire »

Orpea sous-entend ici que le référentiel permettant d'indiquer la quantité d'aliments à commander en fonction du nombre de convives n'a pas d'effet sur les apports et ne doit pas être pris en compte. Les quantités commandées constituent pourtant un majorant des quantités utilisées en cuisine et sont à ce titre une donnée pertinente. Les précisions du 2nd paragraphe ci-contre indiquent en outre que ces commandes incluent aussi l'alimentation des éventuels salariés déjeunant sur l'établissement. Ceux-ci n'étant pas des personnes âgées, ils ont en moyenne des besoins alimentaires supérieurs aux résidents. Aussi cette précision est-elle de nature à renforcer le constat d'insuffisance des grammages vis-à-vis des référentiels applicables.

Ces différents points ont été explicités dans la sous-partie 3.6.2 du rapport.

Comme l'indique son titre, le tableau 4 page 26 ne présente que les aliments pour lesquels les portions sont insuffisantes.

Les tableaux ci-dessous ne comportant aucun grammage, il ne s'agit pas de tableaux de la même nature.

Annexe II

<p>Annexe II, 3.6.4., page 29 « Pour les résidents les plus dépendants, le temps de repas dépend de la disponibilité des personnels, avec des durées de jeûne nocturne excessives »</p>	<p>Pour les résidents les plus dépendants, le pourcentage de dénutrition et de fatigabilité est important. Le fractionnement des repas est bien présent dans notre protocole de prise en charge de la dénutrition, ainsi que la surveillance des apports alimentaires. Le fractionnement et les collations se font pour cette population plus spécifiquement dans les suites de l'EGS qui est renouvelée en fonction du besoin avec éventuellement des prescriptions médicales de compléments nutritionnels.</p> <p>La planification des listes extraites du logiciel de soin permet une traçabilité des assiettes, en particulier pour les résidents à risque de troubles de déglutition ou qui nécessitent une surveillance particulière. Cela permet en outre une identitovigilance plus prononcée. Ce point d'identification est un point audité très régulièrement.</p>	<p>La mission maintient les constats provisoires.</p>
<p>Les collations nocturnes sont prévues dans notre politique de nutrition et sont données en fonction du résident, à sa demande ou sur prescription du médecin.</p> <p>A ce jour, 4 449 résidents ont une collation programmée dans le plan de soins, soit 26%.</p> <p>Que ce soit pour les collations programmées et/ou à la demande selon les envies des résidents, les personnels de nuit disposent à chaque office d'étage, d'un stock de collation de type goûter (biscuits, biscottes et fromages pour les diabétiques, yaourts et crèmes dessert pour les personnes qui présentent des troubles de déglutition). La commande de ces collations se fait auprès de la cuisine en fonction des besoins.</p>	<p>Les collations nocturnes sont prévues dans notre politique de nutrition et sont données en fonction du résident, à sa demande ou sur prescription du médecin.</p> <p>A ce jour, 4 449 résidents ont une collation programmée dans le plan de soins, soit 26%.</p> <p>Que ce soit pour les collations programmées et/ou à la demande selon les envies des résidents, les personnels de nuit disposent à chaque office d'étage, d'un stock de collation de type goûter (biscuits, biscottes et fromages pour les diabétiques, yaourts et crèmes dessert pour les personnes qui présentent des troubles de déglutition). La commande de ces collations se fait auprès de la cuisine en fonction des besoins.</p>	<p>Les précisions fournies à propos des collations attestent qu'elles ne sont pas proposées au résident de façon proactive (« à sa demande ou sur prescription du médecin »). Or, le contexte particulier des établissements mis en avant par Orpea <i>supra</i>, dans le préambule de sa réponse (« un résident sur deux présente un état dépressif dont l'un des symptômes est la perte d'appétit »), nécessite au contraire de proposer activement ces collations.</p>
<p>Concernant le temps des repas, la documentation scientifique sur ce sujet est très pauvre.</p> <p>La fatigabilité des résidents fait plutôt penser que c'est le fractionnement qui est à privilégier plus qu'un temps donné qui serait d'ailleurs trop long pour les résidents. Ce point est d'ailleurs repris dans le guide des bonnes pratiques de la SFGG de 2007 à la page 10 : « Fractionner les repas est plus efficace qu'augmenter la ration au cours d'un seul repas ».</p>	<p>Orpea réfute les calculs de la mission concernant les temps nécessaires aux repas, mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en plaidant plutôt pour le fractionnement des repas... qui ne semble pas adapté aux menus « traditionnels » d'Orpea servis à l'assiette et selon un nombre de prises alimentaires préétabli (voir d'ailleurs tableaux ci-dessus dans la réponse d'Orpea) . 	<p>Orpea réfute les calculs de la mission concernant les temps nécessaires aux repas, mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en plaidant plutôt pour le fractionnement des repas... qui ne semble pas adapté aux menus « traditionnels » d'Orpea servis à l'assiette et selon un nombre de prises alimentaires préétabli (voir d'ailleurs tableaux ci-dessus dans la réponse d'Orpea) .

Annexe II

	<p>Par ailleurs, dans le PNNS, les recommandations des temps de repas sont de 1h à midi et de 45 mn le soir (temps de repas au global et pas seulement de temps d'aide).</p> <p><u>Nous référons donc le tableau 5 construit par la mission sur la base des sources citées.</u></p>	<p>- en arguant d'éléments PNNS non identifiés au sein de ce plan (qui n'est d'ailleurs pas, a priori, dédié aux personnes âgées).</p>
<p>Annexe II, 3.6.5., page 31 « <i>Alors que plus de la moitié des résidents ont une dénutrition modérée ou sévère, le protocole dénutrition est discutable</i> »</p>	<p><u>Nous référons fermement la phrase</u> « <i>Alors que plus de la moitié des résidents ont une dénutrition modérée ou sévère, le protocole dénutrition est discutable</i> ».</p> <p>En effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des procédures actuelles sont en phase avec les recommandations de 2007 et en cours de mise à jour suite à la dernière publication de la HAS fin 2021 (cf document 32); • Notre suivi actuel est centré sur le dosage et le suivi de l'albuminémie, ainsi que de la courbe de poids. Dans ce même contexte, l'alimentation enrichie est basée sur l'apport protidique, justifiant l'utilisation du [...] (poudre de lactosérum) et assurer un bolus est défini comme la meilleure stratégie de renutrition d'un sujet âgé dénutri dans la littérature actuellement. <p>« <i>Le dosage de l'albuminémie est recommandé pour évaluer l'efficacité de la renutrition.</i> » HAS 2007</p> <p>« <i>L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, ... ou des poudres de protéines industrielles.</i> » HAS 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mission indique en page 33 que : « <i>Les critères de la prise en charge nutritionnelle reposent sur des marqueurs biologiques (préAlb, Albumine) et les ingesta alors qu'ils devraient reposer principalement sur l'atteinte du poids cible</i> ». 	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p> <p>Celui-ci repose en effet sur un argumentaire en trois points de la mission : un centrage très fort sur la dimension protidique (voir <i>infra</i> concernant la dimension calorique), sur les marqueurs biologiques (voir ci-après concernant le poids cible), et sur la prise en charge nutritionnelle orale, qui nonobstant leur intérêt propre, peuvent éclipser d'autres stratégies thérapeutiques.</p> <p>La mission maintient le constat provisoire.</p> <p>Certes, le poids cible ne fait pas partie des recommandations de l'argumentaire « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » du 10/11/2021 rédigé par la HAS et la Société Française de Nutrition. Cependant cette notion de « poids cible » est de plus en plus utilisée par les spécialistes à la fois gériatres et nutritionnistes. Elle figure d'ailleurs dans l'avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire</p>

Or, les recommandations de l'HAS de novembre 2021 viennent confirmer nos pratiques : « *Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel : quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur : la mesure du poids ; le calcul de l'IMC ; l'évaluation de l'appétit ; l'évaluation de la consommation alimentaire ; la force musculaire.* »
La notion de « poids cible » n'y est donc jamais citée.

Quoiqu'il en soit et bien entendu, nous surveillons l'évolution du poids *a minima* mensuellement et hebdomadairement pour les résidents dénutris et donc aussi l'IMC, calculé automatiquement par le logiciel médical et intégré dans notre tableau de suivi nutritionnel.

- Concernant l'alimentation entérale, elle fait partie des stratégies possibles, toujours en lien avec les recommandations de 2007 en cas de dénutrition sévère, et, de ce fait, elle n'est pas exclue de notre réflexion, même si cela n'est pas clairement exprimé dans notre procédure de 2019.

Par ailleurs, douze études récentes présentées au dernier congrès de la SFGG de Novembre 2021 mettent en évidence une surmortalité supérieure en cas de recours à une GPE (Gastrostomie percutanée endoscopique) avec majoration du risque d'escarres et de pneumonie dans le cadre de démences sévères.
 La dimension éthique est donc importante à prendre en considération lors de décisions de cet ordre.

- Orpea a fourni à la mission les indicateurs de suivi sur le dépistage et le traitement de la dénutrition (cf. tableau 7 page 33) ; la mission constate que « *plus de la moitié des résidents en EHPAD ont une dénutrition modérée ou sévère (52,8%)* ». Elle s'appuie sur ce chiffre pour remettre en question la pertinence du protocole dénutrition. **Nous contestons la pertinence de cette affirmation pour deux raisons :**
 - La mission ne produit aucun indicateur de comparaison permettant de confirmer que les taux de dénutris

de l'alimentation, de l'environnement et du travail de décembre 2019, relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans.

Annexe II

modérés ou sévères des résidents des EHPAD d'Orpea seraient supérieurs à la moyenne nationale ;

- o Les seuls indicateurs de comparaison qui existent dans la littérature sont issus :
 - des taux de dénutrition évoquées par la HAS en 2007 (30 à 50% des résidents dénutris en EHPAD) mais pour lesquels il a été admis, depuis longtemps, par la communauté médicale que ces taux sont anciens et ne reflètent plus la situation actuelle compte tenu de l'augmentation de la dépendance des résidents en EHPAD ;
 - d'une étude menée par Monique Ferry, chercheuse à l'Inserm et à l'université Paris XIII et le Dr Jean-Marie Vetel du CH du Mans (*Etude publiée dans la revue de gériatrie de mars 2011*), auprès de 4 520 résidents d'un échantillon aléatoire de 57 EHPAD et qui conclut que « *la prévalence de la dénutrition était de 45,6% et celle de la dénutrition sévère de 12,5%, soit un taux de dénutrition de 58.1%* ». Ce taux est largement supérieur au taux des EHPAD d'Orpea (52.8%). Il convient de préciser que le taux de dénutrition sévère légèrement plus élevé chez les résidents des EHPAD d'Orpea s'explique par la population accueillie au sein de ces établissements, qui est plus dépendante que la moyenne. Ce point est confirmé tant par le nombre de résidents présentant à l'admission de nombreuses polyopathologies (9 pathologies actives actuellement) que par le PMP (Pathos Moyen Pondéré) qui est de 244 au sein des EHPAD d'Orpea et donc plus élevé que le PMP de

En dépit de ce que suggère ici Orpea, la critique du protocole dénutrition ne se fonde pas sur la proportion de résidents dénutris observés dans les EHPAD du groupe. Cette précision du rapport ne vise qu'à souligner l'acuité de l'enjeu de lutte contre la dénutrition, dans les EHPAD du groupe Orpea comme dans les autres.

	<p>l'ensemble des EHPAD qui est à 209 (Source Cour des Comptes, Base PMP 2018). Pour mémoire, le PMP des EHPAD d'Orpea en 2021 s'élevé à 249.</p> <p>Enfin, il convient de noter que nous avons commencé à mettre en œuvre les recommandations de la HAS parues en novembre 2021 dans plusieurs établissements et que la prise en compte des nouveaux critères de diagnostic de la dénutrition issus de ces recommandations montre que le nombre de résidents dénutris est bien moindre qu'avec la méthode actuelle de calcul.</p> <p>Concernant le [...], la mission indique qu'« il n'a pas été prouvé cliniquement que les protéines du lactosérum aient une efficacité supérieure aux autres protéines, dont la caséine, pour améliorer le statut nutritionnel ».</p> <p><u>Nous référons ce point et souhaitons apporter les précisions suivantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le [...] est proposé sur prescription médicale en plus des denrées des repas pour les personnes dénutries ou à risque de dénutrition. • Ce sont des protéines de lactosérum pour enrichir les aliments en protéines. • C'est un complément parmi d'autres utilisés (compotes enrichies, madeleines, jus fruités...), sur la base du fractionnement de la prise • L'intérêt de la poudre de Lactosérum a été démontré par une étude menée au sein de 17 EHPAD : https://www.em-consulte.com/article/1085933/article/etude-observationnelle-de-la-prise-en-charge-de-suj-et-dont-les-conclusions-sont-sans-equivoque et dont les conclusions sont sans équivoque : <p>« Un enrichissement quotidien de l'alimentation par des protéines de lactosérum, de la leucine, des vitamines et minéraux a permis d'augmenter le poids corporel et l'albuminémie de résidents d'Ehpad. Il en résulte une réduction du taux de sujets dénutris de</p> <p>La mission maintient son constat provisoire. En effet, la seule utilisation du [...] qui présente des avantages mais aussi des inconvénients (goût, texture, nécessité d'une consommation alimentaire spontanée suffisante) ne résume pas le traitement de la dénutrition et ne dispense pas de l'utilisation de crèmes lactées qui sont plus riches en calories, en protéines, et dont le goût et la texture sont appréciés des résidents dénutris.</p> <p>La mission rappelle qu'elle n'a pas nié l'existence de vertus des protéines du lactosérum.</p>
--	---

Annexe II

	<p><i>20 % à 6 mois de supplémentation. Ces résultats s'accompagnent d'une meilleure qualité de vie avec, par exemple, un nombre réduit d'épisodes infectieux et de chutes. Ces observations significatives seront très prochainement complétées par les données sur la composition corporelle, la force de préemption et l'évaluation de la capacité physique. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Par ailleurs, il a également été démontré l'efficacité du [...] (protéines de lactosérum) dans la sarcopénie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une supplémentation en protéines de lactosérum, en acides aminés essentiels et en vitamine D, associée à des exercices adaptés à l'âge, augmente non seulement la masse et la force sans graisse, mais améliore également d'autres aspects qui contribuent au bien-être des personnes âgées sarcopéniques (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26170041/) ○ Cette intervention de 13 semaines d'un supplément nutritionnel oral de protéines de lactosérum enrichi en vitamine D et en leucine a entraîné des améliorations de la masse musculaire et de la fonction des membres inférieurs chez les personnes âgées sarcopéniques. Cette étude montre une preuve de principe selon laquelle une supplémentation nutritionnelle spécifique pourrait à elle seule être bénéfique pour les patients gériatriques, particulièrement pertinente pour ceux qui ne peuvent pas faire d'exercice. ○ Comparaison protéine de lactosérum et autres types de protéine (soja, caséine) : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25757896/ : Il a été constaté que la protéine de lactosérum stimule davantage la synthèse des protéines musculaires que d'autres protéines telles que la caséine et le soja. 	<p>Ces deux premiers articles ne portent pas sur la comparaison entre caséine et protéines du lactosérum.</p> <p>Cette étude porte sur la synthèse des protéines musculaires, qui n'épuise pas le sujet plus vaste du statut nutritionnel, qui est celui ici soulevé la mission.</p>
--	--	--

ANNEXE III

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

Annexe III

Tableau 1 : Synthèse produite par Orpea sur l'annexe budget et réponse de la mission

Texte de la synthèse Orpea	Réponses de la mission
<p>Note de synthèse Annexe III</p> <p>L'annexe III porte sur l'utilisation des financements publics pour la prise en charge des soins et de la dépendance.</p> <p>Partant du constat d'excédents nets réalisés par le groupe sur les dotations publiques qui lui ont été versées sur la période 2017-2020, - ces excédents ayant fait l'objet de déclarations annuelles aux autorités tarifaires par Orpea -, la mission relève l'existence d'un hypothétique système visant à optimiser les fonds publics qui lui sont alloués pour mieux rémunérer ses actionnaires, au détriment du bien-être de ses résidents.</p> <p>L'optimisation des fonds publics serait assurée au travers d'un double mécanisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une stratégie budgétaire se traduisant par <ul style="list-style-type: none"> i) l'élaboration de budgets internes prévoyant par construction des moyens systématiquement inférieurs aux dotations effectivement perçues, afin de constituer des réserves ; ii) un cadrage budgétaire imposé aux Directeurs d'établissement pour que ces derniers réalisent un excédent sur leur dotation. - L'imputation de charges qui ne devraient pas l'être sur les forfaits soin et dépendance en cours d'exercice (dans le cadre d'une stratégie de pilotage de la masse salariale visant à substituer à un personnel qualifié un personnel de moindre qualification via le recours aux « faisant fonction ») et/ou en fin d'exercice (via l'utilisation des réserves mentionnées précédemment pour absorber certaines taxes ou charges assimilées à des charges sur le personnel). <p>La mission ajoute que les excédents, supposés avoir été réalisés au moyen de cette stratégie d'optimisation, ne feraient l'objet d'aucun suivi comptable, au mépris des textes réglementaires, alimentant ainsi le résultat distribuable.</p> <p>Cette prétendue stratégie d'optimisation des fonds publics aurait enfin pour conséquence de priver les résidents de moyens d'encadrement significatifs, d'autant que la mission les traduit en équivalent temps-plein d'aides-soignants par étalement, contribuant ainsi à une dégradation de leur prise en charge.</p> <p>Nous contestons fermement cette analyse, qui appelle sur le fond un démenti point par point.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il n'existe pas de stratégie budgétaire visant à dégager des excédents sur les dotations publiques allouées aux établissements <ol style="list-style-type: none"> a) Dans ses éléments de contexte, le rapport occulte le désalignement initial des moyens publics au regard des besoins constatés sur le soin et la prise en charge de la dépendance, désalignement corrigé seulement de manière progressive et imparfaite par les réformes mises en place à partir de 2017 <p>Avant les réformes de 2017, plus 90% de nos établissements se trouvaient en situation de sous-dotation. Les établissements privés commerciaux bénéficiaient en effet rarement du financement basé sur l'équation tarifaire, malgré les besoins de prise en charge.</p>	<p>La mission renvoie au tableau 3 pour la réponse point par point aux éléments repris dans la note de synthèse. Cependant certains points spécifiques figurent dans la synthèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ concernant la prise en compte des impacts de la crise sanitaire : le groupe Orpea indique que « depuis la crise COVID, les taux d'occupation ont sensiblement diminué ; de ce fait, il est logique que les moyens affectés aux soins et à la prise en charge de la dépendance dans les budgets internes soient inférieurs à ceux de l'EPRD ». Pour l'année 2020, le budget interne a été élaboré fin 2019, avant le début de la crise sanitaire. Pour l'année 2021, l'absence de modulation des forfaits aurait dû conduire à maintenir les moyens dédiés au soin et à la dépendance malgré la baisse du taux d'occupation ; ◆ s'agissant de la traduction en ETP des montants irrégulièrement imputés

Annexe III

<p>Les réformes mises en place à partir de 2017 ont eu pour effet de corriger cette situation de déficit structurel sur les dotations allouées aux établissements privés commerciaux (dont ceux du groupe), sans toutefois mettre fin aux conditions de désalignement entre moyens publics octroyés et besoins constatés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En instaurant le passage d'une logique de couverture des charges (au moyen des comptes d'emploi) à une logique de pilotage par la ressource, la réforme de la tarification des EHPAD a introduit un décalage entre le calendrier d'élaboration de nos budgets internes et celui des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) déposés auprès des autorités de tutelle, rendant la constitution d'excédents possible (cf. infra). ▪ A partir de 2017, s'instaure le mécanisme de convergence tarifaire. Dans ce cadre, il a été mis en place une allocation complémentaire de financement par paliers sur sept ans (durée initiale ramenée ensuite à 5 ans pour les dotations soin), afin d'atteindre la dotation théorique. L'accélération du versement de cette allocation à partir de 2019, conjuguée l'année suivante avec les effets de la crise sanitaire (attrition des personnels soignants sollicités par les hôpitaux et les centres de vaccination, accroissement des difficultés de recrutement, baisse du taux d'occupation réel), a pu avoir pour effet d'amplifier ces mêmes excédents. <p>D'une situation initiale de déficit, on passe progressivement à une situation d'excédent, mais ce sont avant tout des facteurs exogènes qui l'expliquent, dont certains sont conjoncturels (crise sanitaire).</p> <p>b) S'il existe bien des écarts entre budgets internes et EPRD, ceux-ci ne sont pas systématiques</p> <p>Comme le constate la mission, il existe un écart entre les EPRD et les budgets internes réalisés par établissement. Cet écart est tout à fait logique puisqu'il existe entre ces deux exercices des différences fondamentales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les budgets internes – basés sur le taux d'occupation à date – sont validés en octobre/novembre de l'année n-1 pour l'année n, alors que les EPRD sont validés en juin/juillet de l'année n par les autorités tarifaires. - Par construction les EPRD sont élaborés sur des objectifs de taux d'activité fixés selon le seuil de modulation (95% en 2021). Les budgets internes sont établis quant à eux sur une logique de réalité du taux d'occupation en fonction de la situation propre à chaque établissement. Depuis la crise du COVID, nos taux d'occupation ont sensiblement diminué ; de ce fait, il est logique que les moyens affectés aux soins et à la prise en charge de la dépendance dans nos budgets internes soient inférieurs à ceux de l'EPRD. - Par ailleurs, s'il existe une part « mise en réserve » dans le budget de chacun des établissements, celle-ci ne vise pas à créer de l'excédent mais à couvrir une charge future connue uniquement en fin d'année, et qui constitue un coût indirect de charges de personnel qui seront réparties au moment de l'ERRD. <p>Il convient de noter que lorsqu'ils existent, les excédents sur les dotations ne résultent pas d'une construction a priori. Ainsi, sur les deux derniers exercices de la période retenue par la mission, environ un quart des établissements présentaient lors de leur élaboration un budget en déficit au regard des moyens existants, même si certains de ces budgets ont pu devenir</p>	<p>aux sections soin et dépendance des ERRD et issus des excédents, le rapport indique à titre d'illustration que ces montants représentent l'équivalent de 2 ETP d'aide-soignant par an et par établissement. Toutes choses égales par ailleurs, ces moyens auraient pu être utilisés pour améliorer la prise en charge des résidents.</p>
---	---

Annexe III

	<p>excédentaires au cours de leur mise à jour, suite à la validation d'EPRD comportant des moyens supplémentaires accordés, en cours d'année, par les autorités tarifaires.</p> <p>Nous convenons sur ce point de la difficulté à mettre en évidence ces éléments auprès de la mission, nos outils logiciels permettant seulement de restituer la dernière version actualisée de nos budgets.</p> <p>Il est important de souligner par ailleurs que ces excédents étaient connus par les autorités de tutelle, à qui sont communiqués en fin d'exercice des états réalisés de recettes et de dépenses (ERRD).</p> <p>c) Les Directeurs d'établissements ne reçoivent pas de directives pour « optimiser » leurs dotations</p> <p>Nous contestons l'existence de tout cadrage imposé par la direction du groupe aux Directeurs d'établissements pour la réalisation de l'exercice budgétaire allant en ce sens.</p> <p>Le rapport évoque un « pilotage strict » imposé par les Directeurs régionaux aux Directeurs d'établissement sur leur masse salariale, déniait aux seconds toute latitude en termes de recrutement par rapport aux indicateurs de performance. Cette affirmation ne nous semble pas refléter entièrement la réalité observée sur le terrain, comme l'illustre la possibilité laissée aux Directeurs d'auto-valider les recrutements en CDD, notamment lorsqu'il s'agit de parer à des urgences.</p> <p>Surtout, la présentation du rapport suggère un rapprochement entre le pilotage de la masse salariale relevant d'un « dialogue de gestion » entre Directeurs d'établissement et Directeurs régionaux, et une (hypothétique) logique d'optimisation dans l'emploi du personnel, selon le type de fonction, face aux ARS (cf. plus loin la problématique des « faisant fonction » et annexe V), ce que nous réfutons.</p> <p>2. L'interprétation très stricte que fait la mission des textes réglementaires sur l'imputation des charges sur les dotations afférentes méconnaît la réalité économique du secteur, et contraste avec la tolérance de fait observée jusqu'à présent de la plupart des autorités tarifaires et la jurisprudence du juge tarifaire</p> <p>Nous illustrerons ici notre raisonnement sur deux points : l'imputation des personnels « faisant fonction », et celle de la contribution sur la valeur ajoutée (le raisonnement valant aussi pour la C3S).</p> <p>a) Le recours aux auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants est aujourd'hui nécessaire pour faire face aux contraintes de l'activité et relève d'une pratique généralisée du secteur</p> <p>Il nous est reproché d'avoir basculé du personnel relevant partiellement de la section hébergement sur des tâches relevant de la section soin, et d'avoir imputé les masses salariales correspondantes en conséquence sur les dotations publiques qui nous étaient attribuées.</p> <p>Loin de résulter d'une stratégie délibérée d'optimisation des fonds publics, cette situation traduit la réalité complexe à laquelle ont dû faire face nos établissements – comme ceux de l'ensemble du secteur – au cours des dernières années.</p> <p>Deux éléments sont à l'origine de la mobilisation des faisant-fonction dans les EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none">- un glissement des tâches liés à la médicalisation des établissements et l'évolution de leurs résidents, qui présentent un état de dépendance plus avancé ;- des difficultés croissantes de recrutement (comme le rappelle le rapport El Khomri, la France forme chaque année trois fois moins d'aides-soignantes qu'il n'en faudrait pour répondre aux besoins du marché) et un haut niveau d'absentéisme.
--	---

Annexe III

<p>Si ces deux phénomènes sont structurels, la crise sanitaire a fortement amplifié le second (attrition des personnels soignants sollicités par les hôpitaux et les centres de vaccination et eux-mêmes souvent touchés par la COVID).</p> <p>La mobilisation des faisant-fonction est généralisée en EHPAD sur le territoire national. Elle n'est pas propre à un type d'établissement particulier. Elle est rendue nécessaire parce qu'il n'existe pas d'alternative : au fil des ans, plans et rapports publics s'empilent, sans qu'il n'y ait de solution véritable identifiée.</p> <p>Comme l'ensemble des acteurs qui exercent cette activité, et malgré tous les efforts que nous mettons en œuvre sur la formation, l'amélioration de la qualité de vie au travail ou l'attractivité de nos métiers, nous sommes contraints de recourir à cette pratique pour répondre aux besoins de prise en charge de nos résidents.</p> <p>Nous le faisons de manière transparente, puisque ces glissements de tâches sont déclarés aux autorités tarifaires.</p> <p>b) Le bilan du contrôle des ARS tout comme la jurisprudence ouvrent la voie à une interprétation plus souple des règles d'imputation des auxiliaires de vie faisant fonction</p> <p>Selon la réglementation en vigueur, telle qu'elle figure dans le CASF, c'est le diplôme ou la formation en cours et non les tâches réalisées qui conditionnent l'affectation par section. Il n'est donc pas possible en théorie d'imputer des auxiliaires de vie (AV) sur les dotations de soin. Elles doivent l'être sur les activités d'hébergement et de dépendance, selon une clé de répartition qui était fixée à 70/30, et qu'il est désormais possible de faire évoluer, pour tenir compte de leur emploi réel.</p> <p>Néanmoins, l'analyse de la jurisprudence, tout comme la pratique des autorités de contrôle permettent d'être moins catégorique :</p> <ul style="list-style-type: none">- le juge de la tarification admet que la prise en charge d'un personnel soignant, même sans qualification, puisse être justifiée par la situation de l'établissement et du bassin d'emploi ;- la quasi-totalité des ARS prennent acte de cette imputation dans nos ERRD. <p>C'est pourquoi nous avons fait le choix d'imputer les auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignants (AVFF) selon les mêmes modalités que les aides-soignants (AS), et ce afin de refléter la réalité des contraintes d'organisation de nos établissements.</p> <p>Par ailleurs, s'il est exact de dire que les auxiliaires de vie ne sont pas réglementairement prévues sur la section tarifaire « soin » (mais proposées expressément comme telles dans les ERRD produits), il est inexact de dire qu'elles ont indûment été prises en charge par la section « soin », puisque du fait du résultat global (ie, de la fongibilité des enveloppes soin et dépendance), la section soin aurait contribué au moins à due concurrence à la compensation du résultat dépendance, si nous avions modifié la clé de répartition sur l'ensemble des AV.</p> <p>En effet, si nous avions imputé l'ensemble des AV (y compris celles faisant-fonction) sur la dépendance et l'hébergement, avec une clé de répartition reflétant la réalité de leurs tâches auprès des résidents (une récente étude interne évaluant la part dépendance à environ 60%), les résultats dépendance de la quasi-totalité des établissements auraient présenté des déficits, qui auraient été compensés par les excédents soin de ces mêmes établissements, dans la mesure où le résultat de l'ERRD est global.</p> <p>En conclusion, nous contestons la critique portant sur l'imputation des AVFF sur la dotation de soin et sommes confortés en ce sens par le très faible nombre de rejet (3 rejets au total concernant 4 de nos 226 établissements) dont nous avons fait l'objet sur la période.</p>
--

Annexe III

	<p>Toutefois, si à l'avenir les AVFF devaient être massivement rejetées de l'imputation sur le soin, nous serions amenés à reconsidérer la clé de répartition historique sur l'ensemble de nos AV, afin de refléter la réalité opérationnelle de chaque établissement.</p> <p>c) La question de l'imputation de la CVAE doit s'analyser au regard d'une analyse économique comme une charge relevant de la masse salariale plutôt que strictement fiscale</p> <p>Nous ne contestons pas l'obligation de paiement de cette taxe mais la non-conformité selon l'IGF de son imputation sur les dotations Soins.</p> <p>D'un point de vue économique en effet, cette cotisation sur la valeur ajoutée est assimilable à une taxe sur les salaires, étant considéré que la valeur ajoutée dégagée par la section Soins permet de couvrir la masse salariale qui constitue le poste de dépense prépondérant.</p> <p>Deux autres considérations entre aussi en jeu :</p> <ul style="list-style-type: none">- La section soins, comme la section dépendance, exige le respect du principe d'équilibre comptable. Ainsi, ne pas imputer en charge le montant de CVAE dans les ERRD pour la partie relative aux soins conduirait à rompre l'équilibre comptable de la section soins. Or, s'agissant d'une activité de soins, dont le financement reste assuré en totalité par la Sécurité sociale, il ne pourrait s'agir de présenter un compte déficitaire ou excédentaire dans le respect des textes du CASF comme du code de la santé.- Par ailleurs il semble anormal de faire payer une taxe sur une activité qui ne peut pas générer de chiffre d'affaires, car cela revient à créer une charge fiscale sur un financement public et sur une activité attendue à l'équilibre. <p>Le même raisonnement prévaut selon nous pour la C3S.</p> <p>3. Le rapport entretient une confusion volontaire entre les obligations réglementaires relatives au suivi des excédents dans les ERRD et leur suivi dans les comptes sociaux, qui n'est aujourd'hui régi par aucun texte</p> <p>Nous réfutons l'affirmation de la mission selon laquelle les principes comptables du CASF doivent s'appliquer de fait pour établir les comptes sociaux. En effet, le CASF constitue un cadre propre et autonome visant à définir les règles s'appliquant uniquement aux ERRD (dont, ainsi que mentionné par la mission, les règles d'affectation et de reports). En aucun cas cependant, le CASF ne peut modifier ou se substituer à la réglementation comptable du plan comptable général (PCG), qui constitue un corpus autonome du CASF.</p> <p>Ce principe d'existence autonome du CASF vis-à-vis du PCG est clé et remet en cause de nombreuses affirmations de la mission dans la partie 4 de l'annexe III. La mission considère en effet à de nombreuses reprises qu'Orpea ne respecte pas la réglementation comptable en vigueur dans l'établissement de ses comptes partant du principe erroné que toutes les règles du CASF doivent être déclinées dans le PCG, ce qui n'est aucunement le cas. Les règles du CASF ne s'appliquent qu'à l'élaboration des ERRD.</p> <p>Dans la mesure où la présentation analytique de l'affectation des excédents est assurée dans sa globalité dans les ERRD dans le respect des principes du CASF, il n'y a pas lieu de transposer ces principes comptables propres aux ERRD aux mécanismes régissant le PCG</p>
--	---

Annexe III

Nous tenons par ailleurs à préciser qu'Orpea a appliqué une politique visant à réduire et neutraliser l'impact des excédents sur ses résultats dans ses comptes sociaux, ce qui se traduit dans ses résultats de 2 manières :

- En ne reprenant pas, dans un premier temps, les provisions pour modulation malgré la prescription progressive (2 ans) de ces provisions (montant cumulé disponible de 9,1 M€ au 31/12/2021 dans les comptes d'ORPEA).
- Puis en complétant ce premier levier, lorsqu'il n'était plus suffisant pour neutraliser l'impact des excédents dans les résultats, en comptabilisant des produits constatés d'avance. 12,3 M€ de produits constatés d'avance ont été comptabilisés pour contrebalancer en totalité l'excédent de l'exercice 2020, montant qui a été majoré de 1,5 M€ et porté à 13,8 M€ pour améliorer le taux de couverture des excédents 2019.

L'impact potentiel des excédents net cumulés de la période (19,8 M€) sur le résultat du Groupe a donc été plus que couvert par la non reprise des provisions pour modulation et par la comptabilisation d'un produit constaté d'avance (total de 22,9 M€). Ainsi, sur le cumul de la période considérée, les excédents nets observés n'ont donc eu aucun impact favorable sur le résultat net d'ORPEA puisqu'ils ont été contrebalancés par des charges équivalentes.

4. L'idée d'une dégradation de la prise en charge des résidents par une diminution du taux d'encadrement (soin et dépendance) procède d'un raisonnement biaisé

Le raisonnement de la mission se fonde sur des masses salariales, exprimées en valeur. A aucun moment il n'est question d'effectifs (ETP), pour vérifier s'il y a eu dégradation du taux d'encadrement soin + dépendance fourni aux résidents. Ces ETP sont réintroduits en conclusion, de manière artificielle, pour étayer la thèse de développée par la mission.

Nous proposons d'introduire dans l'analyse l'évolution des ETP consacrés au soin et à la dépendance indépendamment des rémunérations associées.

L'idée est de vérifier que nous avons, tout en composant avec les contraintes précédemment évoquées sur les ressources, mis en place l'organisation du personnel la plus adéquate pour s'assurer que les tâches de soin/nursing et de dépendance fassent bien fait l'objet d'une priorité auprès des résidents, et que la prise en charge de ces derniers ne soit pas dégradée.

Nous présentons ainsi dans le tableau suivant l'évolution du taux d'encadrement sur le cœur de dispositif de soin et de prise en charge de la dépendance **ii**, à partir des ETP d'AV, d'AS et d'AMP consacrées à ces tâches.

Ratio d'encadrement ETP AV / AS / AMP				
	2017	2018	2019	2020
Prévu tenant compte du TO dépendance et présenté à l'EPRD	0,43*	0,45	0,46	0,47
Réalisé tenant compte du TO dépendance et présenté à l'ERRD	0,45	0,46	0,46	0,48

* Pour 2017, calcul réalisé sur la base de la capacité autorisée en raison de contraintes techniques (indisponibilité de la donnée de TO prévisionnel dans l'outil)

NB : le taux d'occupation retenu à l'ERRD est le taux d'occupation dépendance, c'est-à-dire celui qui tient compte de la présence physique des résidents (et non le TO qui sert à la modulation).

5. En conclusion, nous réfutons la thèse de la mission selon laquelle Orpea aurait imputé sur ses forfaits soin et dépendance 50,6M€ qui n'avaient pas vocation à l'être
 Tel que cela est illustré dans le tableau en annexe, nous considérons que l'imputation de 46M€ sur les 50,6M€ mentionnés par la mission, soit 91% de ce montant, est justifiée.
 Les travaux de la mission permettent toutefois de constater des erreurs à hauteur du solde de 4,6M€ (soit 0,3% des dotations soin et dépendance perçues sur la même période). Nous déplorons ces erreurs et nous prendrons toutes les mesures pour les corriger dans les plus brefs délais.

Annexe III

Charges ajoutées à l'EERD et financées sur les dotations soins	Position IGF		Position ORPEA	
	Volume total entre 2017 et 2020 (€)	Conformité	Volume total entre 2017 et 2021 (€)	Conformité
Rémunération des auxiliaires de vie "en formation"	31 310 661	Conforme	31 310 661	Conforme
Rémunération des auxiliaires de vie faisant fonction d'aides soignants	27 822 323	Non-conforme	27 822 323	Conforme
Rémunération d'une partie des auxiliaires de vie en surplus par rapport à la dotation dépendance et considérés comme remplaçant des aides-soignants en congés	2 348 105	Non-conforme	1 643 673	Non-conforme mais montant erroné
Primes d'intéressement des personnels rémunérés sur l'enveloppe soin	13 880 386	Conforme	13 880 386	Conforme
Prise en charge de la taxe sur les salaires du siège	4 898 945	Conforme	4 898 945	Conforme
Prise en charge d'une partie de la contribution économique territoriale du groupe Orpea à hauteur de 1,8% du CA soin	17 986 339	Non-conforme	17 986 339	Partiellement conforme
<i>Dont CFE</i>		<i>Non-conforme</i>	2 997 723	<i>Non-conforme</i>
<i>Dont CVAE</i>		<i>Non-conforme</i>	14 988 616	<i>Conforme</i>
Prise en charge de la C3S à hauteur de 0,16% du CA soin du groupe Orpea	1 598 786	Non-conforme	1 598 786	Conforme
Prise en charge de l'AGEFIPH du groupe Orpea au prorata du CA soin	6 000 000	Conforme	6 000 000	Conforme
Prise en charge de l'assurance responsabilité civile	797 680	Non-conforme	447 424	Non-conforme mais montant erroné
Total des montants, en cumul sur 4 ans	106 643 225		105 588 537	
Total des montants non conformes, en cumul sur 4 ans	50 553 233		4 641 396	

Tableau 2 : Commentaires d'Orpea et réponse de la mission sur les données chiffrées présentées à l'annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission																																			
<p>1. Annexe III, Tableau 1. Evolution des forfaits globaux soin, page 3</p>	<p>Nous avons relevé un certain nombre d'inexactitudes dans le tableau joint. Après analyse, les données qui devraient y figurer sont les suivantes :</p> <table border="1" data-bbox="507 808 667 1841"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>2017 (en €)</th> <th>2018 (en €)</th> <th>2019 (en €)</th> <th>2020 (en €)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Forfait soin dans les maquettes soins (données DRESMS)</td> <td>240 704 290</td> <td>233 271 544</td> <td>254 679 804</td> <td>270 485 527</td> </tr> <tr> <td>Nombre d'établissements concernés (données DRESMS)</td> <td>234</td> <td>223</td> <td>224</td> <td>226</td> </tr> <tr> <td>Forfait soin dans les comptes avant correction (Balance Orpea SA) compte 706560</td> <td>238 920 019</td> <td>235 454 936</td> <td>254 419 487</td> <td>271 465 985</td> </tr> <tr> <td>Nombre d'établissements concernés (Balance Orpea SA)</td> <td>234</td> <td>232</td> <td>225</td> <td>226</td> </tr> <tr> <td>Forfait soin dans les comptes après correction (données direction financière) compte 706560</td> <td>238 920 019</td> <td>235 454 936</td> <td>254 419 487</td> <td>271 465 985</td> </tr> <tr> <td>Nombre d'établissements concernés (données direction financière)</td> <td>234</td> <td>232</td> <td>225</td> <td>226</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les principaux éléments d'explication sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les effets périmètres (oubli de retraitements de la part de la mission sur certaines périodes de référence), Les périmètres comptables (comptes comptables) n'ont pas été correctement bornés lors de l'élaboration de l'état. En effet, seul le compte 706560 aurait dû être pris en compte. <p>Le nombre d'établissements en 2018 est différent des éléments retraités par la mission à partir des tableaux de forfaits soin communiqués par la DRESMS. Cette différence s'explique par une opération de cession intervenue au cours de cette même année.</p>	Année	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)	Forfait soin dans les maquettes soins (données DRESMS)	240 704 290	233 271 544	254 679 804	270 485 527	Nombre d'établissements concernés (données DRESMS)	234	223	224	226	Forfait soin dans les comptes avant correction (Balance Orpea SA) compte 706560	238 920 019	235 454 936	254 419 487	271 465 985	Nombre d'établissements concernés (Balance Orpea SA)	234	232	225	226	Forfait soin dans les comptes après correction (données direction financière) compte 706560	238 920 019	235 454 936	254 419 487	271 465 985	Nombre d'établissements concernés (données direction financière)	234	232	225	226	<p>Le constat provisoire a été amendé.</p>
Année	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)																																	
Forfait soin dans les maquettes soins (données DRESMS)	240 704 290	233 271 544	254 679 804	270 485 527																																	
Nombre d'établissements concernés (données DRESMS)	234	223	224	226																																	
Forfait soin dans les comptes avant correction (Balance Orpea SA) compte 706560	238 920 019	235 454 936	254 419 487	271 465 985																																	
Nombre d'établissements concernés (Balance Orpea SA)	234	232	225	226																																	
Forfait soin dans les comptes après correction (données direction financière) compte 706560	238 920 019	235 454 936	254 419 487	271 465 985																																	
Nombre d'établissements concernés (données direction financière)	234	232	225	226																																	
<p>1. Annexe III, Tableau 2. Evolution des forfaits dépendance, page 5</p>	<p>Les données dans le cas présent sont conformes. Il convient toutefois de préciser que les modalités de financement et ainsi de comptabilisation ont évolué entre les périodes de référence. En effet, les modalités de versement de l'APA en 2017 et partiellement en 2018 sont différentes des périodes ultérieures. Des acomptes étaient versés par le département mais l'intégralité de la facturation était faite au résident et les versements des départements venaient en diminution comme un mode de règlement. Désormais, la part versée par le département est reconnue directement en chiffre d'affaires. Ces éléments expliquent l'essentiel des fluctuations entre l'aide à la dépendance (compte 706200) et la participation dépendance conseil départemental (compte 706206).</p>	<p>La réponse du groupe Orpea est un commentaire qui n'appelle pas de réponse.</p>																																			

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea							Réponses de la mission																														
<p>2. Annexe III, Tableau 3. Évolution comparée des forfaits soin et des rémunérations, page 7</p>	<p>La rémunération brute ne représente qu'une partie des charges supportées, au titre des emplois, par l'employeur, quel que soit son statut. Comparer l'évolution d'une recette (le forfait soin) avec les seules rémunérations brutes nous semble donc incorrect. Si l'on réintègre les autres charges directes sur les salaires qui concourent à calculer un coût complet de la masse soin, il en ressort ainsi les éléments de synthèse de synthèse ci-après :</p> <table border="1" data-bbox="518 840 890 1832"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017 (en €)</th> <th>2018 (en €)</th> <th>2019 (en €)</th> <th>2020 (en €)</th> <th>Evolution 2017 - 2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Forfait soin</td> <td>240 704 290,00</td> <td>233 502 575,00</td> <td>254 548 686,00</td> <td>270 485 527,00</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Rémunérations brutes chargées (soin)</td> <td>189 699 861,49</td> <td>192 041 219,01</td> <td>187 940 764,40</td> <td>199 034 585,43</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Rémunérations brutes chargées des auxiliaires de vie en formation et faisant fonction d'aides soignants décomptés sur l'enveloppe soin</td> <td>9 971 123,78</td> <td>12 229 734,37</td> <td>15 766 389,15</td> <td>20 463 176,90</td> <td>105%</td> </tr> <tr> <td>Total des rémunérations prises en charge sur le soin (1)</td> <td>199 670 985,26</td> <td>204 270 953,38</td> <td>203 707 153,55</td> <td>219 497 762,33</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1) sans prise en compte de l'impact des réintégrations des taxes assimilées comme des taxes assises sur les salaires</p>								2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)	Evolution 2017 - 2020	Forfait soin	240 704 290,00	233 502 575,00	254 548 686,00	270 485 527,00	12%	Rémunérations brutes chargées (soin)	189 699 861,49	192 041 219,01	187 940 764,40	199 034 585,43	5%	Rémunérations brutes chargées des auxiliaires de vie en formation et faisant fonction d'aides soignants décomptés sur l'enveloppe soin	9 971 123,78	12 229 734,37	15 766 389,15	20 463 176,90	105%	Total des rémunérations prises en charge sur le soin (1)	199 670 985,26	204 270 953,38	203 707 153,55	219 497 762,33	10%	<p>La mission maintient le constat provisoire. Le taux de charge appliqué par le groupe dans sa réponse ne peut être reconstitué par la mission au regard des données transmises et paraît difficilement explicable (41,8 % en 2017, 47,2 % en 2018, 43,3 % en 2019 et 44,7 % en 2020). Il ne peut à ce titre être pris en compte dans le rapport. Par ailleurs, le constat porte sur l'augmentation des rémunérations et non sur le coût complet de la masse soin comme cela est explicité dans le rapport. Les effectifs correspondants (en ETP) sont en baisse de 1,2 % sur la période 2017 à 2020.</p>
	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)	Evolution 2017 - 2020																																	
Forfait soin	240 704 290,00	233 502 575,00	254 548 686,00	270 485 527,00	12%																																	
Rémunérations brutes chargées (soin)	189 699 861,49	192 041 219,01	187 940 764,40	199 034 585,43	5%																																	
Rémunérations brutes chargées des auxiliaires de vie en formation et faisant fonction d'aides soignants décomptés sur l'enveloppe soin	9 971 123,78	12 229 734,37	15 766 389,15	20 463 176,90	105%																																	
Total des rémunérations prises en charge sur le soin (1)	199 670 985,26	204 270 953,38	203 707 153,55	219 497 762,33	10%																																	
<p>Au vu de cette évolution, nous invitons la mission à reformuler le titre de la section 1.3.1. de la manière suivante : « Les rémunérations brutes chargées des personnels financés par le forfait soin ont augmenté de 10% entre 2017 et 2020 ... ».</p>																																						

Annexe III

<p>3. Annexe III, Tableau 5 page 9</p>	<p>Il nous semble important de préciser que la masse salariale et les achats ne sont pas les seules charges couvertes par les dotations soin et dépendance. Ainsi, à titre d'exemple, il conviendrait de mentionner les amortissements qui ont également augmenté significativement sur la période de référence.</p> <table border="1" data-bbox="384 851 480 1832"> <thead> <tr> <th data-bbox="384 851 427 963">Compte ERRD</th> <th data-bbox="384 963 427 1093">2017 (en €)</th> <th data-bbox="384 1093 427 1223">2018 (en €)</th> <th data-bbox="384 1223 427 1352">2019 (en €)</th> <th data-bbox="384 1352 427 1482">2020 (en €)</th> <th data-bbox="384 1482 427 1612">Evolution 2017 - 2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 851 470 963">Total amort.</td> <td data-bbox="427 963 470 1093">305 392,43</td> <td data-bbox="427 1093 470 1223">2 200 921,57</td> <td data-bbox="427 1223 470 1352">2 098 723,08</td> <td data-bbox="427 1352 470 1482">1 631 262,87</td> <td data-bbox="427 1482 470 1612">434%</td> </tr> </tbody> </table>	Compte ERRD	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)	Evolution 2017 - 2020	Total amort.	305 392,43	2 200 921,57	2 098 723,08	1 631 262,87	434%	<p>Le constat provisoire a été amendé. Le tableau transmis par Orpea, qui représente moins de 1 % de la dotation annuelle, a été ajouté au rapport. La mission rappelle que les dotations aux amortissements déclarées dans les ERRD sont calculées par la DRESMS et sont différentes de celles inscrites en comptabilité.</p>
Compte ERRD	2017 (en €)	2018 (en €)	2019 (en €)	2020 (en €)	Evolution 2017 - 2020									
Total amort.	305 392,43	2 200 921,57	2 098 723,08	1 631 262,87	434%									

Tableau 3 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission relatifs au contenu de l'annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>1. Annexe III – Synthèse</p>	<p>La mission évoque que ses « travaux ont été ralentis par la difficulté de fiabiliser les données transmises ». Il nous semble important de préciser que les comparaisons ont été rendues complexes du fait de l'absence de cadrage de la demande d'informations initiale. En effet, le postulat de départ de la mission supposant que l'intégralité du périmètre d'exploitation était sur une seule et même entité juridique nous a posé des problèmes de réconciliation de données. Le tableau du forfait soin pour la période de 2017 à 2020 a été mis à disposition suite à une demande du 3 mars dernier, tableau qui a été fourni le jour même. D'une manière générale, les demandes ont été traitées dans un délai maximum de 24 heures.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. En particulier, alors que les balances comptables ont été demandées le jour du lancement de la mission, l'ensemble des balances nécessaires à la construction d'une balance consolidée comprenant l'ensemble des EHPAD Orpea n'a été envoyé que le 7 mars. Un document du jeudi 3 mars remis à l'IGF comprend une colonne intitulée « <i>ce qui aurait dû être envoyé pour comparaison car même périmètre</i> », ce qui atteste de premiers envois inexploitable. La mission note en outre que des écarts persistent dans le document transmis dans le cadre du contradictoire par Orpea entre les données de la DRESMS et celles de la comptabilité.</p>

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>1. Annexe III, 2. La procédure budgétaire et un pilotage strict page 11</p>	<p>La mention de « procédure » n'est pas exacte car elle suggère un cadrage imposé par la direction du groupe aux Directeurs d'établissements pour la réalisation de l'exercice budgétaire, ce qui n'est pas le cas.</p> <p>Quant à la mention de « pilotage strict », elle introduit le fait que des indicateurs de performance sont suivis et que toute dérogation et latitude sont interdites, ce qui est là encore inexact.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La réponse d'Orpea indique qu'il n'existe pas de « procédure » budgétaire.</p> <p>Les éléments présentés par la mission dans le rapport attestent de l'existence d'une procédure budgétaire. Concernant la notion de cadrage, plusieurs indices indiquent qu'un tel cadrage, quand bien même il n'est pas formalisé par une réunion ou un document, existe. Ainsi, la DRESMS et le contrôle de gestion s'appuient sur des documents-types pour assurer le suivi des établissements. Ces documents sont préremplis et des arbitrages rendus au niveau des directeurs régionaux puis du siège.</p> <p>Ce constat est en phase avec les propres arguments du groupe. À titre d'exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le document d'enregistrement universel pour 2020 indique que « la direction financière du groupe a pour mission d'assister et de contrôler les opérationnels en matière financière », que celle-ci « a mis en place des outils et des procédures de reporting qui s'appliquent à tous les opérationnels du groupe en matière de reporting financier et de centralisation de trésorerie » ; ▪ le vendredi 4 mars 2022, le directeur général France a présenté à la mission, à la suite des interrogations de celle-ci, la procédure budgétaire au sein du groupe Orpea, et fourni un document attestant du caractère centralisé de la construction des maquettes budgétaires et d'une procédure commune pour l'élaboration de l'ensemble des budgets des établissements ; ▪ dans le cadre de la procédure contradictoire, le groupe indique également en page 4 de sa réponse formulée sur l'annexe consacrée à la gestion des ressources humaines, qu'il existe un « <i>processus budgétaire</i> » et que les budgets sont soumis au directeur régional, puis au directeur des opérations puis au niveau de la direction générale. <p>La mission n'a pas écrit que ce cadre ne permettait pas de capacité de dérogation aux acteurs.</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>2. Annexe III, 2.1 Le rattachement du contrôle de gestion, page 11</p>	<p>La mission note que « le service du contrôle de gestion [est] situé au sein de la direction des affaires financières du siège du groupe Orpea ». Cette information est imprécise voire inexacte : le service contrôle de gestion est rattaché à la Direction Financière France, qui existe depuis septembre 2021.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire est amendée, sans conséquence sur les analyses et observations formulées par la mission.</p>
<p>3. Annexe III, 2.1.1.1 Le forfait dépendance, page 12</p>	<p>L'annexe mentionne que « Orpea aurait constaté des écarts entre le montant notifié et le montant octroyé s'agissant des forfaits dépendance ». L'utilisation du conditionnel ne nous semble pas justifiée. En effet, le « forfait dépendance » n'est pas uniquement constitué du forfait versé par le département mais comprend la facturation versée par le résident. Ainsi, il n'est pas illogique de rencontrer des écarts et il apparaît cohérent de mettre en adéquation la construction budgétaire avec l'activité attendue.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire est amendée, sans conséquence sur les analyses et observations formulées par la mission.</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>4. Annexe III, 2.1.2 Paragraphe relatif à la part « mise en réserve », page 13</p>	<p>(1) Nous souhaitons porter à l'attention de la mission qu'en moyenne sur les années 2019 et 2020, 2,5% des sites ont arrêté des budgets qui présentaient des déficits. Concernant le point sur la construction des maquettes budgétaires, nous ne pouvons donc pas dire que ces dernières concourent mécaniquement à la constitution de déficits.</p> <p>(2) Par ailleurs, nos outils n'historisent pas les versions des budgets réalisés (notamment la version initiale) et restituent la dernière version actualisée. C'est donc sur la base de cette dernière que la mission base le jugement sur les maquettes et leurs résultats.</p> <p>(3) Les budgets étant mis à jour des nouveaux moyens octroyés en cours d'année (en année pleine), et les ressources additionnelles ne pouvant être mises sur l'année complète, puisque validées et octroyées par les autorités en juillet de chaque année, ces ajustements des forfaits entraînent potentiellement la constitution d'excédents in fine qui seront ensuite déclarés dans les ERRD.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Le point (1) est un commentaire qui n'appelle pas de réponse. Les points (2) et (3) sont déjà mentionnés dans le rapport provisoire.</p>

<p>5. Annexe III, 2.1.2 La mise en réserve, page 15</p>	<p>(1) Il n'y a aucune volonté mécanique de réduire l'utilisation des dotations en construisant des budgets a priori en excédent. La mission ne produit d'ailleurs aucun document illustrant qu'il existerait un cadrage en ce sens.</p> <p>(2) La mise en réserve vise à couvrir des charges non mensualisées et qui font l'objet d'une régularisation en fin d'année. Ces éléments ont été discutés dans le cadre l'inspection. Certains d'entre eux font déjà l'objet dans le rapport, du fait de leur validation en page 35, tableau 13 dans l'annexe III, d'une reconnaissance de leur conformité. Il s'agit en effet de constater l'incidence de coûts indirects couverts par la provision liée à l'application de la formule mentionnée page 13. Sans prise en compte de ces éléments, au regard des retraitements pratiqués au titre des charges ajoutées aux ERRD, les régularisations intervenant en fin d'exercice mettraient en situation de déficit les établissements.</p> <p>(3) Ainsi, en se référant à l'article R314-166 du code de l'action sociale et des familles, ces retraitements représentent une composante des charges de personnel.</p> <p>(4) Les calculs dans le tableau 9 de la page 15 de l'annexe III pour les périodes de 2019 et 2020 sont, par ailleurs, erronés. En effet, ces données issues de recalculs réalisés par la mission comportent des anomalies sur ces périodes. Sur l'échantillon proposé pour l'exercice 2019, la donnée exacte est de 862 268€ (contre 956 121€ dans le rapport) et de 889 910€ (contre 988 786€ dans le rapport) pour l'exercice 2020</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire et apporte une précision sur les données chiffrées (sous point 4) :</p> <p>(1) La mission maintient les constats formulés dans le rapport. Le rapport établi l'existence d'un cadre national sur la mise en réserve dont la formule de calcul est nationale, au sein de maquettes budgétaires dont le modèle est également national.</p> <p>(2) Ce n'est pas le principe de mise en réserve qui est contesté par le rapport mais son montant qui va au-delà des sommes qui peuvent être ré-imputées <i>a posteriori</i>. Ainsi, les montants mis en réserve et pouvant être caractérisés de "charges non mensualisées" pouvant être imputées au soin représentent 6,8 M€ en 2018, soit 34 % des 20 M€ mise en réserve.</p> <p>(3) Tous les montants ré-imputés <i>a posteriori</i> grâce à la mise en réserve ne sont pas une composante des charges de personnels au titre de l'article R. 314-166.</p> <p>(4) Les données initialement transmises par Orpea pour les années 2019 et 2020 n'étaient pas complètes et ne comprenaient pas la formule de calcul de la mise en réserve (contrairement aux documents Excel remis pour les années 2018 et 2021) Au regard des documents pdf initialement transmis par le groupe, la mission avait appliqué un coefficient de 1,1 au salaire mensuel moyen des personnels soin pour calculer la part mise en réserve pour les établissements de l'échantillon. Cependant le groupe a indiqué avoir appliqué, pour les années 2019-2020 le coefficient de 0,99. Si la mission n'a pu vérifier cette indication, elle a modifié le rapport en appliquant le coefficient déclaré pour les années 2019 et 2020.</p> <p>(5) La mission a déjà pris en compte et explicité ce point dans le rapport.</p> <p>(6) La mission a demandé la transmission de l'ensemble des maquettes budgétaires au contrôle de gestion. Le nombre de maquettes transmises est bien de 246. Certaines ne sont pas remplies. La mission a calculé les montants utilisés dans l'analyse sur les maquettes des 227 EHPAD du</p>
---	---	---

Annexe III

	Données intégrées dans le Rapport			Données Groupe Orpea	
	2019	2020	2020	2019	2020
Alençon	90 110	92 990	92 990	81 099	83 691
Reims	95 964	97 707	97 707	86 663	87 936
Les Chesnaies	78 620	83 065	83 065	70 758	74 758
St Jacques Paris	123 100	136 376	136 376	110 790	122 740
Pré Saint Gervais	107 985	108 843	108 843	97 186	97 959
Crampel Toulouse	84 073	86 341	86 341	77 131	77 707
Jolimont Toulouse	81 763	82 375	82 375	73 587	74 138
Beauvais	117 684	119 136	119 136	105 915	107 223
Jardins du Mazet	86 810	89 942	89 942	78 129	80 947
Portes du Lubéron	90 011	92 012	92 012	81 010	82 811
Total	956 121	988 786	988 786	862 268	889 910
			écart	-93 853	-98 876

groupe. La mission n'a pas indiqué que tous les budgets présentent un excédent mais que les budgets sont majoritairement excédentaires, ce que confirme le groupe dans sa réponse au contradictoire. En effet, pour 246 maquettes budgétaires remises à la mission, dont 227 concernent les EHPAD du groupe, 23 ont un déficit prévu sur les forfaits publics (- 1,7 M€), 204 étant en excédent (24,6 M€). 90 % des maquettes budgétaires des EHPAD du groupe Orpea présentaient donc un excédent prévisionnel sur les forfaits.

(5) Comme déjà évoqué plus haut (partie relative à « Annexe III, 2.1.2. Paragraphe relatif à la part « mise en réserve », page 13), les budgets internes avec lesquels s'effectue la comparaison des EPRD sont des budgets dynamiques, qui sont susceptibles d'intégrer des ajustements en cours d'année sur leurs dotations ; ces recettes nouvelles sont proratisées sur l'ensemble de l'exercice, sans que des moyens d'un montant équivalent ne puissent être engagés à concurrence sur les premiers mois de l'année (Orpea n'engageant pas des dépenses n'ayant pas été confirmées ou validées par les Autorités). Ce phénomène favorise mécaniquement la constitution d'excédents.

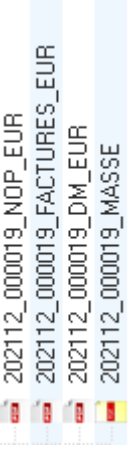
(6) D'autre part, dans cette même partie et concernant le budget 2021, il est mentionné le fait que nous ayons 246 maquettes budgétaires. Or le nombre de budgets réalisé est de 227 ; 23 présentaient une situation de déficit.

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>6. Annexe III, 2.1.3 « La chaîne de validation des budgets remonte jusqu'au Directeur général du groupe Orpea dans le cadre du dialogue de gestion », page 16</p>	<p>Le terme de « dialogue de gestion » est ici utilisé de manière impropre.</p> <p>Alors que les paragraphes précédents évoquaient la description du schéma de construction et de validation des budgets internes des établissements, schéma dans lequel l'approbation de la direction générale est naturellement susceptible d'intervenir, l'utilisation de la notion de « dialogue de gestion », terme consacré pour décrire le processus de validation des EPRD ou des ERRD par les autorités tarifaires dans le cadre des CPOM (contrat pluri-annuels d'objectifs et de moyens), suggère l'intervention directe du Directeur général du Groupe Orpea dans la négociation auprès des autorités tarifaires, ce que nous réfutons.</p> <p>Les EPRD sont toutefois réalisés en lien avec les Directeurs régionaux.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire est amendée. La mission a remplacé l'expression "dialogue de gestion" par l'expression "dialogue budgétaire".</p>
<p>7. Annexe III, 2.1.4 « Le budget déclaré aux autorités n'est donc pas en adéquation avec le budget interne de l'établissement, surestimant les dépenses prévues pour la part soin et dépendance », page 17</p>	<p>L'EPRD ne surestime pas les dépenses prévues pour la part soin et dépendance. Il prévoit les dépenses au regard des enveloppes allouées, tandis que les budgets internes sont construits au plus près de la réalité de l'établissement. Par ailleurs, les écarts constatés s'expliquent par la différence de temporalité qui existe entre le budget interne et l'EPRD. Enfin, si à l'occasion des ERRD, le TO d'occupation et les moyens engagés lors de l'EPRD sont inférieurs, les écarts y sont déclarés.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La réponse du groupe Orpea confirme le constat de la mission : « les dépenses à l'EPRD sont formulées au regard des enveloppes allouées tandis que les budgets internes sont construits au plus près de la réalité de l'établissement ». La mission note ainsi que les budgets transmis aux autorités ne sont pas ceux « construits au plus près de la réalité des établissements ».</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>8. Annexe III, 2.1.5 La procédure budgétaire, page 18</p>	<p>Comme évoqué précédemment, il n'existe pas de procédure budgétaire, ni de note de cadrage fixant des objectifs pour l'élaboration des budgets de fonctionnement et visant à sous-consommer les financements publics.</p> <p>Nous rappelons à cet égard que nous appliquons une règle de prudence et attendons l'obtention des moyens garantissant les montants attendus au titre des forfaits. Nous engageons néanmoins les moyens nécessaires à l'accompagnement et la prise en charge des personnes accueillies (cf ratio d'encadrements).</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La mission maintient qu'il existe, comme indiqué dans le rapport, une procédure budgétaire au regard des éléments présentés dans le rapport et qu'elle contribue à une sous-consommation des financements publics et à un détournement de leur usage tel qu'il est prévu par les textes.</p>
<p>9. Annexe III, 2.2 « Les outils de suivi budgétaire et le dialogue de gestion avec les Directeurs régionaux induisent un suivi resserré des dépenses des établissements, visant à respecter les maquettes budgétaires », page 19</p>	<p>Les termes retenus « resserré », « constant », « respecter », « marge de manœuvre », les mises en forme conditionnelles, donnent une lecture d'organisation systématique visant à générer des excédents. Les indicateurs de performance et les outils de gestion visent à accompagner la Direction de l'établissement dans l'animation de son établissement. Il ne s'agit en aucun cas d'un cadre rigide, sans capacité de dérogation. Il n'y a aucun interventionnisme ou « controlling » du siège sur les établissements. Seuls leur sont livrés des éléments de lecture et d'analyse.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La mission maintient la formulation au regard du contenu de l'ensemble des chapitres du rapport. La mission n'a pas écrit que le cadre ne laissait pas aux acteurs de possibilité de dérogation.</p>

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>10. Annexe III, 2.2 Les outils de suivi budgétaire, page 20</p>	<p>Contrairement à ce qui est indiqué dans l'annexe, le document intitulé « Convention Tripartite » ne contient aucune donnée relative à l'hébergement. Il convient aussi de rappeler que les notions EPRD renseignées dans le document sont celles de N-1 jusqu'à mise à jour des données de l'année N, soit à partir du mois du juillet N.</p> <p>Nous attirons également votre attention sur le fait que les noms des quatre sections disponibles sur le serveur partagé « contrôle budgétaire » sont erronés. Il conviendrait de les corriger comme suit : NOP, Masse (contenant les documents « Masse Salariale » et « Convention Tripartite »), DM (Dispositifs médicaux) et Factures (correspondant à la notion de factures évoquées).</p> <p></p> <p>Nous attirons par ailleurs votre attention sur le fait que la définition donnée des factures en note 18 n'est pas exacte. En effet, il s'agit de la liste des écritures comptables de la période concernée (en cumulé depuis le début de l'année regroupées sur les lignes du compte d'exploitation communiqué « NOP »). Il s'agit donc de dépenses réelles ou provisionnées et non de lignes budgétaires.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire est amendée. Les tableaux « convention tripartite » transmis par le groupe comprennent une première page intitulée « masse salariale » qui comprend des éléments relatifs à la section hébergement. La mission a apporté au rapport les autres précisions transmises par le groupe. Cette modification est sans effet sur les remarques et observations de la mission.</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>11. Annexe III, 2.2.3 « Les budgets fixés aux établissements sont respectés dans sept des dix établissements de l'échantillon en 2019, indiquant que ceux-ci constituent un élément de pilotage déterminant », page 26</p>	<p>Il est indiqué par la mission que parmi les trois établissements en déficit sur la section soins, l'un d'entre eux nécessiterait des retraitements pour connaître le consommé réel de l'établissement (salaire du médecin coordonnateur régional pris en charge par l'établissement). Il convient ici de préciser que le salaire du médecin coordonnateur régional qui a été élargé sur cet établissement, l'a été à 0.4 ETP sur le mois d'avril 2019 uniquement, soit 0.033 ETP annuel.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire est amendée, sans conséquence sur les analyses et observations formulées par la mission.</p>
<p>12. Annexe III, 3.1 sur la prise en charge des médecins coordonnateurs régionaux dans les ERRD, page 28</p>	<p>Sur les médecins coordonnateurs régionaux : Le médecin coordonnateur régional est salarié à temps partiel au sein d'un établissement en qualité de médecin coordonnateur. De par sa mission régionale, il coordonne l'action de l'ensemble des médecins coordonnateurs de la région et pallie le cas échéant leur absence, notamment pour valider les demandes d'admission. Il est parfaitement identifié des autorités de tarification car il participe aux réunions CPOM. A titre d'exemple, il est précisé dans le rapport d'inspection de l'EHPAD Saint Sébastien à Albertville, suite à la visite du 16 février 2022 : « De plus, en l'absence de médecin coordonnateur, la mission a invité la direction à associer le médecin coordonnateur régional d'ORPEA, afin de pouvoir élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soin s'intégrant dans le projet d'établissement.»</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Le fait que le médecin coordonnateur régional soit identifié par les autorités de tarification est sans lien avec sa prise en charge ou non par les forfaits. La mission renvoie au rapport pour son analyse de la prise en charge de la masse salariale des médecins coordonnateurs régionaux.</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>13. Annexe III, 3.1 « En 2019, la prime exceptionnelle pour l'activité n'a été prise en compte que dans l'annexe 9E des ERRD mais pas dans l'annexe 9H sans que la différence entre le total des charges de personnels entre les deux sections ne conduisent, à la connaissance de la mission, à des interrogations de la part des autorités tarifcatrices », page 29</p>	<p>Concernant la prime exceptionnelle pour l'activité (dite « prime Macron ») : dans le rapport d'activité 2019 était indiquée la mention suivante : « La prime pouvoir d'achat versée aux salariés en 2019 n'a pas pu être intégrée dans l'annexe 9H pour chaque fonction. Nous avons totalisé la partie correspondant aux personnels émargés sur la section soin (ou sur la section dépendance) afin de l'intégrer au compte 64 de l'annexe 9E » Contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport, et bien que l'explication de l'écart ait été apportée dans le rapport de l'ERRD, plusieurs ARS nous ont interrogé sur le déséquilibre des comptes.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire est amendée, sans conséquence sur les analyses et observations formulées par la mission.</p>

<p>14. Annexe III, Tableau 12, page 31</p>	<p>(1) L'intitulé du tableau est erroné car il laisse à penser que nous imputons partiellement ou totalement l'intégralité de la masse salariale des auxiliaires de vie figurant dans les « montants total de la masse salariale des auxiliaires de vie (brute en paye et charges à 43%) » sur la section soin.</p> <p>(2) Concernant la ligne « masse salariale des auxiliaires de vie pris en charge sur la dépendance avant retraitement », cette masse salariale n'est pas imputée sur la dépendance mais sur la section hébergement à 100%.</p> <p>(3) La note n° 23 de bas de page concernant les auxiliaires de vie en formation émargées à 70% sur le soin indique « dans tous les cas, l'enveloppe hébergement (fonds privés) se voit substituer à 70% une enveloppe publique ». Cette affirmation est erronée dans la mesure où il est question des personnels auxiliaires de vie en formation et l'article R 314-166 du CASF précise que le forfait global relatif aux soins couvre « concurrentement avec les produits relatifs à la dépendance, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires d'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ;... »</p> <p>(4) Au sujet de la ligne « montants basculés de l'enveloppe hébergement à 100% vers l'enveloppe soin à 100% sur les salaires des auxiliaires de vie (motif invoqué : seuls des remplacements d'AS peuvent expliquer l'excès de MS AV constaté) » : il convient de préciser que selon la règle de gestion, ce n'est pas l'intégralité des ETP AV excédentaires qui est basculée pour motif de remplacement AS. D'autre part, la masse n'est pas intégralement émargée sur le soin mais suit la clé de répartition retenue dans l'ERRD.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été partiellement amendée :</p> <p>(1) Le tableau 12 n'indique pas cela : les titres dans la colonne de gauche sont à ce titre explicite ;</p> <p>(2) La mission corrige cette erreur, qui ne figure qu'au tableau 12 ;</p> <p>(3) La note de bas de page est désormais attachée à la ligne n°5 du tableau ;</p> <p>(4) Il n'est pas dit dans le rapport que c'est l'intégralité qui est basculée.</p>
--	--	--

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
15. Annexe III, Tableau 13, page 35	La reconnaissance dans ce tableau, même partielle à ce stade, d'éléments conformes des charges rajoutées aux ERRD, confirme le bien-fondé de la pratique budgétaire de la « mise en réserve » évoquée précédemment qui concourt à la valorisation des charges de personnels.	La réponse du groupe Orpea est un commentaire qui n'appelle pas de réponse.

<p>16. Annexe III, 3.2 « Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50.6 M€ estime irrégulièrement rattachés à la section soin », Pages 33 à 35</p> <p>Imputation des rémunérations des auxiliaires de vie faisant fonction d'aides-soignants jugée non conforme</p>	<p>Sur ce sujet, nous tenons à souligner :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. que le recours aux auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aide soignants (AVFF) est aujourd'hui nécessaire pour faire face aux contraintes de l'activité et relève d'une pratique généralisée du secteur ; 2. que le bilan du contrôle annuel des ARS sur les ERRD tout comme la jurisprudence ouvrent la voie à une interprétation plus souple des règles, qui nous conduisent à estimer conforme l'imputation des auxiliaires de vie faisant fonction sur la section soin <ol style="list-style-type: none"> 1. Le recours aux auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aide soignants (AVFF) est aujourd'hui nécessaire pour faire face aux contraintes de l'activité et relève d'une pratique généralisée du secteur <p>a) La mobilisation de personnels « faisant-fonction » en EHPAD est rendue nécessaire par des difficultés croissantes de recrutement et un haut niveau d'absentéisme</p> <p>Comme la mission le souligne en 2.2.3. de l'Annexe V, « l'étude du secteur fait ressortir que les EHPAD emploient tous régulièrement des « faisant fonction » d'aide-soignant, pour pallier la pénurie de personnel et les difficultés d'attractivité sur les métiers qualifiés ».</p> <p>L'augmentation du niveau de dépendance des résidents et des soins médico-techniques requis a considérablement alourdi la charge de travail des personnels soignants en EHPAD, mais également la pénibilité physique et mentale de ces métiers, souvent facteur d'épuisement professionnel. Conséquence de l'évolution du profil des résidents, les soins, les gestes techniques (transferts) et les toilettes ont pris une place de plus en plus importante dans les missions des soignants, au détriment du relationnel et de l'animation.</p>	<p>La mission maintient l'observation provisoire. La mission prend note des difficultés de recrutement d'aides-soignantes rencontrées par Orpea et par le secteur qui ont été détaillées par le groupe dans sa réponse.</p> <p>La mission estime que les éléments de jurisprudence mis en avant ne sont pas de nature à remettre en cause le caractère non conforme de l'imputation des dépenses relatives aux auxiliaires de vie faisant fonction par le groupe Orpea pour les années 2017 à 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le jugement cité par le groupe (TITSS Paris, 5 octobre 2021, n° 11.057) porte sur un rejet de dépenses lié à l'emploi de personnels intérimaires pour des aides-soignantes, sans que ne soit clairement précisé qu'il s'agissait de faisant-fonction, ainsi que pour un mi-temps d'infirmier. La décision est liée à la qualification d'une situation conjoncturelle (accroissement rapide de l'activité) ainsi qu'à des difficultés particulières de recrutement sur un territoire donné ce qui ne peut s'appliquer à l'usage récurrent des faisant-fonction dans plus de la moitié des établissements du groupe (140 ERRD concernés en 2019); ▪ le nombre de rejets par les ARS (3 rejets concernant 4 établissements d'après le groupe) ne peut être considéré comme une acceptation tacite de la part des ARS de ces imputations de dépense. Le fait que le groupe Orpea ait connaissance de la nature des fonds perçus, à savoir des forfaits soins et dépendance, suffit à caractériser son acceptation de l'usage qui doit en être fait. Or l'usage des fonds est précisément défini à l'article R. 314 166 du CASF en particulier concernant les charges de personnel. D'après l'alinéa 3 de cet article, ce sont à la fois le diplôme (ou le suivi d'une formation) et l'exercice effectif des fonctions qui justifient de l'imputation des charges de personnel à la section soin. <p>Enfin, l'hypothèse d'une imputation alternative des auxiliaires de vie faisant-fonction ne peut modifier l'analyse relative aux exercices 2017 à 2020 examinés par la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le groupe Orpea a indiqué aux autorités de tarification dans les ERRD et dans les documents associés (listes de personnel et
--	---	---

	<p>Ces gestes sont aussi les plus répétitifs et les plus pénibles physiquement : l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD serait deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues, et plus élevé que dans le secteur du BTP. La plus grande prévalence des troubles démentiels pèse également sur la charge de travail : de plus en plus de résidents ayant besoin d'une surveillance constante, mais également sur la pénibilité mentale endurée par les personnels, du fait de la multiplication de la violence, des cris, et du stress engendré par le risque de fugue. L'évolution des besoins induit en lien avec les facteurs cités, une hausse structurelle du niveau d'absentéisme en EHPADⁱⁱⁱ. D'après le baromètre de l'absentéisme réalisé par le cabinet [...], il apparaît, sur la base d'un échantillon d'entreprises, que le taux d'absentéisme moyen pour raisons de santé en EHPAD serait 1,3 fois plus important que dans le secteur de la santé.^{iv}</p> <p>L'étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, portée par la DREES et publiée en septembre 2016, précise par ailleurs le besoin d'une réflexion plus globale sur les dynamiques de transformation des EHPAD^v. Ceux-ci sont en effet marqués par une hausse corrélée du GMP et du PMP et le développement de nouvelles missions. Cette hausse est également évoquée dans le rapport Jeandel-Guérin^{vi} : « Sur 7 ans, l'analyse des caractéristiques de la population des EHPAD échantillonnés annuellement permet de montrer une augmentation du GMP de 48 points (708 points en 2014 contre 660 en 2008) et une augmentation du PMP de 44 points (202 points en 2014 contre 158 en 2008) ».</p> <p>Le tableau ci-dessous illustre l'augmentation des niveaux de dépendance (GMP) et de besoins en soin (PMP) depuis 2002 au sein du groupe Orpéa :</p> <p>- Le GMP s'élevait en 2002 à 595 et est supérieur à 720 en 2021, soit une augmentation de + 125 points en moins de 20 ans.</p>	<p>rapports d'activité) que ces auxiliaires de vie faisaient fonction d'aide-soignante afin de justifier la répartition de leur masse salariale entre les sections soin et dépendance. C'est également ce qui a été indiqué à la mission dans le cadre du contrôle. Même si le groupe n'a pas apporté de preuve matérielle de la réalité des tâches effectuées, il ne peut être considéré <i>a posteriori</i> que ces personnels effectuaient en réalité des activités liées à l'hébergement et à la dépendance ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en tout état de cause la mission ne peut qu'évaluer pour les années 2017 à 2020 l'imputation des dépenses telle qu'elle a été déclarée par le groupe aux autorités de tarification. La mission ne peut se prononcer sur une affectation alternative hypothétique ou sur l'affectation future qui sera retenue par le groupe pour les exercices à venir ; ▪ l'étude heurée du temps de travail des auxiliaires de vie au sein de 29 EPHAD citée dans la réponse du groupe n'a pas été transmise à la mission ni la description de la méthode retenue (en particulier la liste des activités considérées par le groupe comme du « nursing/dépendance » et la liste des EPHAD concernés). Les chiffres transmis par le groupe sur la répartition du temps des auxiliaires de vie conduit à poser la question de la prise en charge des activités liées à l'hébergement compte tenu de la faible part de temps consacrée par les auxiliaires de vie à ces activités.
--	---	---

Le niveau constaté en 2021 équivaut au niveau de dépendance d'une unité de soins de longue durée – USLD.

- Le besoin en soin, évalué par le Pathos Moyen Pondéré ou PMP, est passé de 239 en 2016 à plus de 248 en 2021, soit une augmentation de + 9 points en 5 ans.

Evolution des GMP et PMP du groupe Orpéa de 2002 à 2021

Année	GMP Groupe	PMP Groupe
2002	595,51	
2008	688,09	
2016	714,63	239,04
2017	718,31	240,78
2018	717,60	244,40
2019	715,31	254,34
2020	716,93	242,77
2021	720,74	248,76

Les rapports récents sur l'attractivité des EHPAD font état de difficultés structurelles de recrutement généralisées en EHPAD. Ces difficultés sont notamment liées aux conditions de travail dans les EHPAD, mais également au regard porté par notre société sur le vieillissement en général et sur ces établissements en particulier. Selon la DREES, déjà en 2015, 44,1 % des EHPAD déclaraient rencontrer des difficultés de recrutement. En comparaison, seulement 33 % des USLD et moins de 8 % des foyers-logements interrogés dans la même enquête témoignaient de difficultés de recrutement.vii

Par ailleurs, le rapport d'information de la mission parlementaire relative aux EHPAD, présenté en mars 2018 par Mesdames les députées Monique Iborra et Caroline Fiat relève que :
 « L'absentéisme conjugué aux difficultés de recrutement conduit à des phénomènes importants de glissements de tâches : les missions du médecin coordonnateur sont effectuées par les infirmiers, celles des infirmiers par les aides-soignants, celles des aides-soignants par les auxiliaires de vie sociale. Par ailleurs, de

Annexe III

plus en plus de personnes ne bénéficiant pas de la formation d'aide-soignant sont recrutées sur des postes de « faisant fonction » (...)

On constate ainsi des recrutements de personnels difficiles, notamment chez les aides-soignants. En Occitanie par exemple, on déplore une chute de 30 % des candidats à l'obtention du diplôme d'aide-soignant. Ce manque de personnel entraîne des recrutements de « faisant-fonction » dont la qualification est insuffisante au regard des personnes accueillies. On observe des glissements de tâches préjudiciables à la qualité des soins, et sources d'inquiétudes pour les soignants, conduits à exercer des tâches pour lesquels ils ne sont pas formés. »

Afin d'évaluer l'impact en terme de glissement de tâche, le groupe Orpéa a procédé en janvier 2022 à une étude heurée du temps de travail des auxiliaires de vie au sein de 29 EHPAD. L'objectif de cette étude a consisté à établir un comparatif du nombre d'heures de travail effectué par les auxiliaires de vie consacré au Nursing/Dépendance versus le temps consacré à cette fin dans la dotation Dépendance (sachant qu'une auxiliaire de vie émarge à 70% Hébergement, 30% Dépendance) **viii**. Etablie à partir des données heurées de 846 auxiliaires de vie réparties sur 29 EHPAD, les résultats de l'étude sont les suivants :

- Volume de 80.283 heures travaillées au total
- Volume de 48.961 heures consacrées au Nursing/Dépendance

Dotation Dépendance	Réalisé auprès des résidents
30%	60,99%

Notre étude démontre que le temps passé auprès des résidents est deux fois plus important que le temps financé à cette fin : les

	<p>auxiliaires de vie consacrent 61% de leur temps à des tâches qui relèvent de la dépendance, alors qu'elles n'émargent qu'à 30% sur cette section, les 70% restant étant financés via l'hébergement.</p> <p>Il nous semblerait pertinent, dans l'intérêt du secteur, de prolonger cette étude avec les ARS et les conseils départementaux pour alimenter les réflexions sur le sujet.</p> <p>b) La mobilisation de personnel « faisant-fonction » relève d'une pratique généralisée en EHPAD sur le territoire national</p> <p>L'Uniopss a réalisé en 2019 une enquête flash relative aux enjeux de recrutement en EHPAD, portant sur un échantillon représentatif d'établissements sur le territoire métropolitain. Il s'agit de l'enquête la plus récente sur les pratiques de recrutement des établissements, affirmant une situation de mobilisation de personnels « faisant-fonction » généralisée, quel que soit le statut ou la localisation des structures. 54% des EHPAD répondants indiquent avoir recours aux « faisant-fonction ». Au sein de ces structures, 68% des personnels « faisant-fonction » sont mobilisés sur des postes d'aides-soignantes.ix</p> <p>Ce constat a été confirmé par la Cour des comptes dans les EHPAD contrôlés en 2020, dont beaucoup sont confrontés à des vacances de postes. Afin d'y faire face, beaucoup d'établissements ont recours à du personnel contractuel de courte durée sur des fonctions d'aide-soignant. En effet, nombreux sont les personnels qui privilégient les contrats à durée déterminée voire l'intérim, qui offrent une rémunération supérieure et permettent de changer d'employeur plus facilement. Des établissements choisissent aussi la voie de l'intérim médical pour recruter du personnel infirmier, des aides-soignants ou des agents de service, ce qui constitue une difficulté pour la continuité de l'accompagnement des résidents. Ce type d'organisation accentue le risque d'instabilité des personnels qui contribuent partiellement à l'accompagnement quotidien des résidents, et explique par ailleurs le recours croissant au personnel « Faisant-fonction ». x Il est à noter une</p>
--	--

	<p>absence de données fiables relatives à la part de professionnels « faisant-fonction » selon les territoires ou par typologie d'EHPAD.</p> <p>La dynamique d'élévation concomitante du niveau de dépendance et de besoin en soins représente une réalité à laquelle le groupe Orpéa doit s'adapter. Or, faute de personnels disponibles, le recours aux personnels faisant fonction est donc indispensable. Cette situation est telle dans le secteur des EHPAD, et plus particulièrement au sein du groupe Orpéa, qu'elle a même fait l'objet d'une attention particulière de l'ARS de la région Centre Val-de-Loire (cf. Annexe VI page 19 et 28 ARS Ile-de-France).</p> <p>Nous sollicitons donc la mission à fins de conseil pour nous aider à identifier les modalités de procéder autrement.</p> <p>c) Si de rapport en rapport, des solutions ont bien été préconisées pour répondre aux difficultés des EHPAD, leur absence de mise en œuvre effective n'offre pas d'alternative à la mobilisation du personnel faisant-fonction</p> <p>Pour répondre au vieillissement démographique et améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées et fragilisées, près de 93.000 postes supplémentaires doivent être créés d'ici 2024. Pour illustrer le propos, l'ancienneté moyenne des salariés des EHPAD s'élève à moins de 7 années déjà depuis 2016^{xi}.</p> <p>Pour pourvoir les postes vacants, 260.000 professionnels devront être formés au cours de la même période. Avant même la crise sanitaire, le métier d'aide-soignant était considéré en très forte tension avec un potentiel de recrutements très important. L'épidémie de Covid-19 est venue renforcer la tension sur les métiers du soin et en particulier sur ce métier d'aide-soignant.</p> <p>Tel que précisé dans le plan des métiers du grand âge remis en octobre 2019 par Madame Myriam El Khomri, 20.000 AS sont formés par an pour un besoin estimé à 60.000^{xii}. Le Ministère de</p>
--	---

	<p>la Santé et des Solidarités s'est engagé à doubler la capacité d'accueil en institut de formation d'aide-soignant d'ici à 2025. Les rapports récents portant sur les enjeux liés aux ressources humaines en EHPAD proposent des pistes d'actions et solutions en réponse aux difficultés d'attractivité, à l'absentéisme et au glissement de tâches induit par la mobilisation de personnel « faisant-fonction ». Ceux-ci font par ailleurs état d'un besoin de refonte structurelle du secteur, seul levier à même de répondre aux causes profondes du recours aux faisant-fonction.</p> <p>En premier lieu, le Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand-Âge 2020 – 2024, dirigé par Madame El Khomri en Octobre 2019, propose six mesures directement liées aux modalités de recrutement en EHPAD :</p> <p>Mesure 1 : Ouvrir 18 500 postes supplémentaires par an d'ici à fin 2024</p> <p>Mesure 24 : Supprimer le concours d'aide-soignant pour la formation initiale et l'apprentissage et assurer l'inscription dans les centres de formation via Parcours sup pour la formation initiale</p> <p>Mesure 25 : Supprimer toute possibilité de quota national pour les entrées en formation d'AS</p> <p>Mesure 26 : Garantir systématiquement la gratuité de la formation, hors frais d'inscription, quelle que soit la situation du candidat</p> <p>Mesure 30 : Réduire drastiquement l'éventail des diplômes reconnus dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie</p> <p>Mesure 31 : Rapprocher les référentiels et les instituts de formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, dans la perspective d'une fusion à terme des référentiels de formation^{xiii}</p> <p>Le Rapport d'information de la mission parlementaire relative aux EHPAD, présenté par Madame Monique Iborra et Madame Caroline Fiat proposait déjà en 2018 trois propositions similaires à celles développées dans le cadre de la mission El Khomri :</p>
--	---

	<p>Proposition n° 2 : Orienter prioritairement vers les EHPAD l'attribution des nouveaux contrats « parcours emploi compétences » et encourager le recours aux jeunes en service civique par les EHPAD.</p> <p>Proposition n° 3 : Actualiser les compétences des aides-soignants et réfléchir à une revalorisation de leur statut.</p> <p>Proposition n° 4 : Mettre en place un grand plan national de communication sur les métiers de la filière gérontologie.xiv</p> <p>Enfin, le rapport Libault publié en mars 2019 définit les enjeux d'attractivité comme un enjeu clé de l'amélioration de la qualité des accompagnements proposés aux personnes âgées, à domicile et en établissement. Un axe du plan d'actions est dédié à ce volet et précise notamment cinq propositions concomitantes :</p> <p>Axe : Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelles et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prévoir un abondement incitatif spécifique du CPF pour les formations du secteur du grand âge 2. Mobiliser le service public de l'emploi dans la promotion des carrières du grand âge 3. Décloisonner les métiers à l'occasion d'une refonte du Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) 4. Organiser une montée en compétences des personnels sur les troubles cognitifs en généralisant la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soin en gérontologie 5. Mobiliser les infirmières en pratiques avancées pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement 6. Adapter le périmètre de compétences des personnels infirmiers 7. Mobiliser un panel plus large d'expertises auprès de la personne âgéexv <p>Ces études ont d'ailleurs nourri le « Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie » lancé en octobre 2021 dans</p>	
--	---	--

	<p>lequel Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'Autonomie, en lien avec Elisabeth Borne, ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, a pris l'engagement de mettre en œuvre un plan de 37 actions pour les métiers du grand âge et de l'autonomie et en a fait un enjeu majeur de sa stratégie en faveur du grand âge et de l'autonomie. Ce plan est organisé autour des 4 axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Axe 1 - Des métiers mieux rémunérés, un secteur professionnel mieux organisé ; ● Axe 2 - Répondre aux besoins en matière de ressources humaines ; ● Axe 3 - Des formations mieux adaptées et plus nombreuses ; ● Axe 4 - Des métiers plus sûrs, une qualité de vie au travail améliorée. <p>Ce plan d'action confirme les difficultés de recrutement auquel le secteur dans son ensemble est confronté.</p> <p>La mise en œuvre de ces ensembles de préconisations dépend néanmoins de conditions préalables relevant de difficultés structurelles majeures. Le métier d'aide-soignant reste un métier réglementé, qui requiert un diplôme d'Etat et dont l'accès à la formation reste contraint par des limites quantitatives inhérentes à l'agrément des instituts de formation d'aide-soignant. La baisse du nombre d'aides-soignants formés à l'échelle nationale, le cloisonnement entre les diplômés et le modèle actuel de financement des EHPAD participent en effet aux difficultés identifiées et à une complexité administrative importante pour les gestionnaires.</p> <p>d) Malgré les actions que nous mettons en œuvre en matière d'attractivité, de formation et de qualité de vie au travail, nos établissements sont contraints eux aussi de recourir à la mobilisation de personnel faisant fonction</p>
--	---

	<p>Le groupe Orpea est un acteur important de l'emploi. Il prévoit notamment 4 972 recrutements en CDI en France (périmètre ORPEA et CLINEA) pour l'année 2022 dont 1 046 AS/AMP.</p> <p>Avec le Synerpa, Orpea s'engage depuis 2019 dans toutes les actions d'aide à la formation et au recrutement des personnels soignants via le soutien aux propositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- La suppression du concours d'entrée à l'école d'aide-soignant et l'intégration de la formation à Parcours Sup ;- La simplification du dispositif de VAE pour une meilleure appropriation des salariés et des entreprises ;- Le déploiement de financements complémentaires de l'Etat vers les formations dédiées au secteur du Grand Age. <p>Le groupe s'est aussi engagé dans la formation par la VAE de 300 ETP par an.</p> <p>Toutefois, comme l'ensemble des acteurs qui opèrent sur cette activité, et malgré tous les efforts que nous mettons en œuvre sur la formation, l'amélioration de la qualité de vie au travail ou l'attractivité de nos métiers, nous sommes contraints de recourir à cette pratique pour répondre aux besoins de prise en charge de nos résidents.</p> <p>Nous le faisons de manière transparente, puisque ces glissements de tâches sont déclarés aux autorités tarifaires de manière clairement identifiable.</p> <p>2 Le bilan du contrôle annuel des ARS sur les ERRD tout comme la jurisprudence ouvrent la voie à une interprétation plus souple des règles d'imputation des auxiliaires de vie faisant fonction</p> <p>Selon la réglementation en vigueur, telle qu'elle figure dans le CASF, c'est le diplôme ou la formation en cours et non les tâches réalisées qui conditionnent l'affectation par section.</p>
--	--

	<p>Il n'est donc pas possible en théorie d'imputer des auxiliaires de vie faisant fonction sur les dotations de soin. Elles doivent l'être sur les activités d'hébergement et de dépendance, selon une clé de répartition qui était fixée à 70/30, et qu'il est désormais possible de faire évoluer, pour tenir compte de leur emploi réel.</p> <p>Néanmoins, l'analyse de la jurisprudence, tout comme la pratique des autorités de contrôle permettent d'être moins catégorique :</p> <ul style="list-style-type: none">- Dans un jugement de 2021, le juge de la tarification admet que la prise en charge d'un personnel soignant, même sans qualification, puisse être justifiée par la situation de l'établissement et du bassin d'emploi. Ainsi, s'il n'est normalement pas possible de remplacer une aide-soignante par une auxiliaire de vie, le juge peut admettre cette substitution dès lors que l'établissement peut justifier cette substitution par la pénurie de personnel soignant (TITSS Paris, 5 octobre 2021, n° 11.057). « Considérant qu'il résulte de l'instruction et n'est pas contesté que l'EHPAD Maisons de famille Les Etangs a enregistré une augmentation de son activité au cours de l'exercice 2009 à la suite du changement de son implantation et de l'extension de sa capacité, qui est passée de 35 à 91 places, conformément à l'avenant n° 1, entré en vigueur le 1er août 2008, à la convention tripartite du 20 décembre 2005 ; que le gestionnaire soutient sans être démenti qu'il a employé de nombreux personnels intérimaires à défaut d'avoir pu recruter au rythme qui aurait été nécessaire des agents permanents, titulaires des diplômes requis, compte tenu de la pénurie de ces qualifications dans le département de l'Essonne ; qu'ainsi les dépenses de remplacement écartées n'étaient pas étrangères soit par leur nature, soit par leur importance à celles qui avaient été envisagées lors de la fixation du tarif 2009 ; que d'ailleurs et en toute hypothèse la requérante justifie qu'en aurait-il été autrement elles auraient été impliquées par les nécessités du fonctionnement normal de l'établissement » (TITSS Paris, 5 octobre 2021, n°11.057)

	<p>- La quasi-totalité des ARS (3 rejets au total concernant 4 de nos 226 établissements) prennent acte de cette imputation dans nos EERD.</p> <p>C'est pourquoi nous avons fait le choix d'imputer les AV faisant fonction d'AS selon les mêmes modalités que les AS, et ce afin de refléter la réalité de l'organisation de nos établissements.</p> <p>Par ailleurs, s'il est exact de dire que les auxiliaires de vie ne sont pas réglementairement prévues sur la section tarifaire « soin » (mais proposées expressément comme telles dans les ERRD produits), il est inexact de dire qu'elles ont indument été prises en charge par la section « soin », puisque du fait du résultat global, la section soin aurait contribué au moins à due concurrence à la compensation du résultat dépendance, si nous avions modifié la clé de répartition sur l'ensemble des AV.</p> <p>En effet, si nous avions imputé l'ensemble des AV (y compris celles faisant-fonction) sur la dépendance et l'hébergement, avec une clé de répartition reflétant la réalité de leurs tâches auprès des résidents (cf. étude interne mentionnée plus haut évaluant la part dépendance à environ 60%), les résultats dépendance de la quasi-totalité des établissements auraient présenté des déficits, qui auraient été compensés par les excédents soin de ces mêmes établissements, dans la mesure où le résultat de l'ERRD est global.</p> <p>En conclusion, nous contestons l'interprétation de non-conformité portant sur l'imputation des AVFF sur la dotation de soin, conforté en ce sens par le très faible nombre de rejet dont nous avons fait l'objet sur la période.</p> <p>Toutefois, si à l'avenir les AVFF devaient être massivement rejetées de l'imputation sur le soin, nous serions amenés à reconsidérer la clé de répartition historique remontant à 2001 sur l'ensemble de nos AV afin de refléter la réalité opérationnelle de chaque établissement.</p>
--	--

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
	<p>En effet, si nous avons élargé l'ensemble des auxiliaires de vie, y compris celles faisant fonction, selon une clé de répartition correspondant davantage à la réalité de leurs missions, c'est une charge complémentaire sur quatre ans (2017-2020) de 45,8 M€ (clé à 40% dépendance) à 90,3 M€ (clé à 50% dépendance) qui aurait été élargée sur la section dépendance. Il est à noter que, dans ces calculs, l'imputation sur la section dépendance reste inférieure aux 61% de temps dédié à des tâches relevant de la dépendance (cf. ci-dessus).</p> <p>De fait, la section soin aurait augmenté son excédent de 27 822 323 € mais le résultat de la section dépendance aurait été fortement déficitaire. Le résultat étant global, l'excédent de la section soin aurait tout autant, contribué à la prise en compte de la masse salariale des auxiliaires de vie.</p>	

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>17. Annexe III, 3.2 « Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50.6 M€ estime irrégulièrement rattachés à la section soin », Pages 33 à 35</p> <p>Imputation de la rémunération d'une partie des auxiliaires de vie en surplus par rapport à la dotation dépendance et considérés comme remplaçant des aides-soignants en congés</p>	<p>Concernant la ligne « imputation de la rémunération d'une partie des auxiliaires de vie en surplus par rapport à la dotation dépendance et considérés comme remplaçant des aides-soignants en congés » : La rémunération de 2 348 105 € correspond à 100% de la masse salariale des auxiliaires de vie et non celle émarginée à 70% sur la section qui représente un montant de 1 643 673,5€. Il conviendrait de corriger cette donnée.</p>	<p>Au regard des éléments transmis à la mission, les montants indiqués comme ayant été comptabilisés sur le soin sont corrects. La mission a pris directement les montants indiqués par le groupe comme ayant été basculés sur le soin (tableaux Excel fournis par la DRESMS le 25.02.22). La mission confirme également que l'ensemble des montants est basculé au regard de l'analyse des ERRD de l'échantillon. Pour les deux établissements de l'échantillon concernés, le ratio 70/30 n'a pas été appliqué. Ainsi, c'est seulement en comptabilisant à 100% sur le soin les montants indiqués que l'ERRD a pu être reconstitué. Le document afférent transmis par la DRESMS indique, s'agissant par exemple de l'EHPAD d'Alençon en 2019 : "<i>La masse salariale de 0.82 ETP hébergement a été transférée sur les AS/AMP selon une règle de calcul [...].</i>"</p>

<p>18. Annexe III, 3.2 « Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50.6 M€ estime irrégulièrement rattachés à la section soin » (suite)</p> <p>Prise en charge d'une partie de la contribution économique territoriale du groupe Orpea à hauteur de 1,8% du CA soin jugée non conforme</p>	<p>Les montants cumulés entre 2017 et 2020 relatifs à la contribution économique territoriale (CET) (17.986.339 €) sont constitués pour 3 M€ de la cotisation foncière des entreprises (CFE) et pour 15 M€ de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).</p> <p>L'assiette de calcul de la CVAE est assise sur le chiffre d'affaire Soins pour 1,5%.</p> <p>Nous ne contestons pas l'obligation de paiement de cette taxe mais nous la non-conformité selon l'IGF de son imputation sur les dotations soins.</p> <p>En effet, la CVAE constitue une charge qu'il nous paraît justifié de reporter dans les ERRD pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En premier lieu, la question du paiement de la CET et plus précisément de la CVAE par les EHPAD privés commerciaux a été clairement précisée dans une réponse ministérielle du secrétaire d'Etat auprès du ministère de l'économie et des finances, chargé du budget et des comptes du publics (Rep. Masson n° 18694 : JO Sénat du 30 mars 2017, p. 1277). Il est notamment mentionné dans cette réponse que : <ul style="list-style-type: none"> • « un EHPAD revêtant la forme d'une société de capitaux est passible de la CFE, quel que soit son objet et ses conditions d'exploitation, sa vocation première étant de réaliser des profits. » • et plus loin dans la réponse que « aux termes de l'article 1586 ter du CGI, les redevables de la CFE dont le chiffre d'affaires dépasse 152 500 € sont soumis à la CVAE ». <ul style="list-style-type: none"> - Par ailleurs, la doctrine de l'administration publiée au BOFIP ne mentionne pas les EHPAD commerciaux dans la liste des activités bénéficiant d'une exonération permanente ou temporaire de CVAE. 	<p>La mission maintient l'observation provisoire concernant la CVAE. La CVAE a comme base la valeur ajoutée. Elle n'est ni prise en compte dans le calcul du salaire brut ou super brut des salariés du groupe, ni fonction du nombre de salariés. Elle n'est donc pas assimilable à une charge de personnel au sens du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Par ailleurs la modalité de calcul du montant imputé aux ERRD au titre de la CVAE est basée sur le chiffre d'affaire soin (1,8 % du CA soin pour la CET) et n'a donc pas de lien direct ni avec la masse salariale ni avec le montant de CVAE acquittée.</p>
---	---	--

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
	<p>- Enfin, cette cotisation sur la valeur ajoutée est assimilable à une taxe sur les salaires, étant considéré que la valeur ajoutée dégagée par la section soin permet de couvrir la masse salariale qui constitue le poste de dépense prépondérant. A l'instar de la taxe sur les salaires, et sur ce même fondement, il nous paraît acquis que la quote-part de la charge calculée sur la section soins soit directement imputée sur cette même section.</p> <p>Nous notons à cet égard, dans le tableau n°13 de l'annexe III page 35 que, concernant la taxe sur les salaires, la mission adopte un raisonnement identique au nôtre.</p> <p>Nous souhaitons souligner par ailleurs les points suivants :</p> <p>- La section soin, comme la section dépendance, exige le respect du principe d'équilibre comptable. Ainsi, ne pas imputer en charge le montant de CVAE dans les ERD pour la partie relative aux soins conduirait à rompre l'équilibre comptable de la section soin. Or, s'agissant d'une activité de soin, dont le financement reste assuré en totalité par la Sécurité sociale, il ne pourrait s'agir de présenter un compte déficitaire ou excédentaire dans le respect des textes du CASF comme du code de la santé.</p> <p>- Par ailleurs il semble anormal de faire payer une taxe sur une activité qui ne peut pas générer du chiffre d'affaires, car cela revient à créer une charge fiscale sur un financement public et sur une activité attendue à l'équilibre.</p> <p>Par conséquent, la mention « non conforme » et le rejet du montant de la CVAE (pour un montant de 14 988 616 € sur la période 2017-2020) en tant que charge ne nous paraissent pas fondés.</p>	

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>19. Annexe III, 3.2 « Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50.6 M€ estime irrégulièrement rattachés à la section soin » (suite)</p> <p>Prise en charge de la C3S à hauteur à hauteur de 1,6% du CA soin du groupe Orpea jugée non conforme</p>	<p>Cette taxe est assimilable à une cotisation sociale puisqu'elle finance un régime versant des prestations (CJUE, 26 février 2015, aff. 623/13, min. c/ de Ruyter : RJF 5/15 n° 453). Elle est par conséquent assimilable à une charge de personnel.</p> <p>Sur cette base, nous estimons la charge conforme pour un montant de 1 598 786 €</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La contribution sociale de solidarité est assise sur le chiffre d'affaires d'un groupe (art. L137-32 du code de la sécurité sociale), et finance les régimes d'assurance vieillesse. Celle-ci participe au financement des régimes des non-salariés, et au financement des régimes spécifiques pour les exploitants agricoles, les indépendants ou les entrepreneurs du BTP (exemple en 2015 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030558894?r=B3XgpZ6200).</p> <p>L'arrêt de Ruyter, cité par le groupe Orpea, n'indique pas que toute cotisation sociale est une « charge de personnel », le litige portant justement sur la question des prélèvements assis sur les revenus du patrimoine. S'il s'agit donc d'un impôt affecté au financement de la sécurité sociale, ce n'est pas pour autant une « dépense de personnel » au sens du CASF, car la C3S est imputée sur le chiffre d'affaires de l'entreprise, et n'est ni prise en compte dans le calcul du salaire brut ou super brut des salariés du groupe, ni fonction du nombre de salariés.</p>
<p>20. Annexe III, 3.2 « Les montants affectés aux charges de l'établissement par la DRESMS représentent plus de 100 M€ depuis 2017, dont 50.6 M€ estime irrégulièrement rattachés à la section soin » (suite)</p> <p>Prise en charge de l'assurance responsabilité civile jugée non conforme</p>	<p>Nous prenons acte du fait que cette charge ne peut être imputée selon l'IGF. En revanche, le montant indiqué dans le rapport est erroné (447 424 € au lieu de 797 680 €).</p>	<p>L'observation provisoire a été amendée. Conformément au complément de réponse apporté le 23 mars 2022 par le groupe Orpea la mission prend note que seul le compte 616 000 doit être pris en compte, à hauteur de 20 %. Au regard des balances d'Orpea SA, des filiales et des établissements ayant fait l'objet d'une transmission universelle de patrimoine au cours de la période, le montant de charge imputé aux ERRD est ainsi évalué à 486 457,69 €. L'observation provisoire est maintenue mais le montant correspondant modifié dans le rapport.</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>21. Annexe III, 3.3 « L'analyse des ERRD d'un échantillon de dix établissements a permis de reconstituer à paie l'exhaustivité des retraitements effectués par la DRESMS, constatant 652 963 € supportés à tort sur le forfait soin soit 5.5% de celui-ci », Tableau 18, page 40</p>	<p>Les montants de la colonne « montants au titre de l'AGEFIP et des assurances (ERRD) » peuvent être imputés à de mauvais établissements (inversion de plusieurs établissements) et d'autre part intègrent dans la colonne « montant responsabilité civile à la balance » des montants qui ne sont pas ceux émarginés à l'ERRD.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. Le tableau dans le rapport provisoire croisait effectivement les données entre les établissements et a été corrigé. S'agissant de l'assurance responsabilité civile, il s'agit des montants relevés en comptabilité et non des données émarginées à l'ERRD qui ne les distingue pas, le rapport ne nécessite donc pas d'être modifié sur ce point. Les montants ont été actualisés au regard du point 20.</p>
<p>22. Annexe III, 4.1 « La loi relative à l'adaptation de société au vieillissement a mis fin à la possibilité pour l'autorité de tarification de « reprendre » les résultats des EHPAD mais oblige les gestionnaires à affecter ces résultats », page 42</p>	<p>Le document mentionne la non-fongibilité « entre les résultats des sections tarifaires soin, hébergement et dépendance », mais omet de rappeler que la fongibilité des résultats soins et dépendance est la règle depuis la réforme de la tarification.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée.</p>

<p>23. Annexe III, 4.2.2 « Les affectations des excédents calculés dans les ERRD ne sont pas traduites comptablement, en contradiction directe avec la réglementation », pages 45 et suivantes</p>	<p>Orpea réfute la position de la mission selon laquelle les principes comptables du CASF doivent s'appliquer de fait pour établir ses comptes sociaux.</p> <p>En effet, Orpea considère que la mission fait une confusion entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le cadre comptable imposé par le CASF pour assurer de manière spécifique le suivi et l'affectation des excédents dans le cadre réglementaire des ERRD, d'une part, • et les principes comptables applicables dans le cadre du plan comptable général (PCG) aux sociétés commerciales, d'autre part. <p>Le CASF constitue un cadre propre et autonome visant à définir les règles s'appliquant uniquement aux ERRD (dont, ainsi que mentionné par la mission, les règles d'affectation et de reports). Ces ERRD sont construits en sourçant les informations nécessaires à leur construction dans la comptabilité générale, la comptabilité analytique par établissement et la comptabilité analytique de la paye.</p> <p>En aucun cas cependant, le CASF ne peut modifier ou se substituer à la réglementation comptable du PCG qui constitue un corpus autonome du CASF.</p> <p>Les paragraphes repris ci-dessous, issus de la page 46 de l'annexe III, illustrent parfaitement l'inexistence d'un quelconque lien entre le CASF et le PCG, le CASF se référant à un compte avec la racine « 115 » n'existant pas dans le PCG, point que souligne d'ailleurs la mission. Ceci démontre bien que le cadre du CASF est totalement autonome de celui du PCG.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. Le cadre comptable des établissements est organisé par le code de l'action sociale et des familles, notamment son article R. 314-5, qui dispose :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ « la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements et services gérés par une personne morale de droit privé est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale. ▪ les comptes non prévus dans ces listes sont ouverts conformément au plan comptable général. » <p>L'arrêté du 15 décembre 2021 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF fixe ce plan comptable pour 2022. Est ainsi prévu un compte 115 « report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée », dont les subdivisions sont destinées à enregistrer les affectations des excédents issus du compte de résultat des sections soin et dépendance.</p> <p>Or, aucun argument juridique n'a pu être opposé à la mission pour justifier la non-application par les établissements du groupe de l'article R. 314-5 du CASF et l'absence d'utilisation des comptes de report à nouveau 115 prévus par le plan comptable pour les établissements et services gérés par une personne morale de droit privé, approuvé par arrêté du 15 décembre 2021.</p> <p>Cet article s'applique de plein droit aux établissements ayant le statut de filiale du groupe. Dans le cas des établissements intégrés à Orpea SA, cette obligation ne peut qu'être portée par l'établissement qui en porte les comptes.</p> <p>Enfin, cet article s'applique explicitement à la comptabilité des établissements. Les comptes d'emplois formalisés dans les ERRD ne peuvent tenir lieu de comptabilité.</p> <p>Au niveau d'Orpea SA, au-delà du schéma comptable retenu, l'enjeu est la sincérité des comptes, dès lors qu'ils ne font pas apparaître l'existence d'une restriction sur la capacité du groupe à librement utiliser une part de ses fonds propres (35 M € au titre des excédents</p>
--	--	--

	<p>C'est l'arrêté du 15 décembre 2021 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF (NOR : SSA2132933A) qui fixe ce plan comptable pour 2022. Sont ainsi prévus, aux subdivisions du compte 115 « Report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée », les comptes <i>ad hoc</i> destinés à enregistrer les affectations des excédents issus du compte de résultat des sections soin et dépendance.</p> <p>La mission constate toutefois que ce cadre comptable n'est pas directement concordant avec les règles de droit commun fixé par le code du commerce, ce qui peut susciter des interrogations pour des sociétés privées. Le plan comptable général ne prévoit ainsi pas l'existence (et <i>a fortiori</i> le fonctionnement) de compte avec la racine « 115 »⁴¹.</p> <p>Ce principe d'existence autonome du CASF vis-à-vis du PCG est clé et remet en cause de nombreuses affirmations de la mission dans la partie 4 de l'annexe III. La mission considère en effet à de nombreuses reprises qu'Orpea ne respecte pas la réglementation comptable en vigueur dans l'établissement de ses comptes partant du principe erroné que toutes les règles du CASF doivent être déclinées dans le PCG, ce qui n'est aucunement le cas, les règles du CASF ne s'appliquant qu'à l'élaboration des ERRD.</p> <p>Orpea respecte les principes comptables du PCG pour l'établissement de ses comptes, tout comme les règles comptables imposées par le CASF dans l'établissement de chacun des ERRD.</p> <p>Il est important de souligner qu'aucune règle spécifique ou doctrine comptable n'encadrent actuellement dans le PCG les principes d'affectation des excédents soin et dépendance pour les sociétés privées commerciales, chaque groupe privé appliquant des principes qui lui sont propres. Cette situation était identique avant la mise en place des CPOM (sous le régime des comptes-emploi), où en l'absence de principe comptable décrivant le traitement de ces excédents, chaque groupe privé avait adopté ses propres principes pour tenir compte dans ses états financiers de la potentielle reprise par les ARS d'une partie des excédents.</p>	<p>antérieurs à 2020). L'absence de reprise des provisions pour modulation ne répond à ce titre pas à l'enjeu de sincérité des comptes, ces provisions étant passées au titre de risques distincts.</p> <p>La mission constate que le groupe Orpea a indiqué dans son message du 3 mars 2022 avoir passé des provisions à hauteur de 13,8 M € et dans sa réponse du 21 mars 2022 avoir constaté des produits constatés d'avance pour le même montant. La mission n'a pas pu constater la nature exacte des écritures passées ni leur imputation aux établissements dans les comptes transmis au titre des exercices 2017 à 2020, ces dernières ayant été passés ultérieurement à la clôture de ces exercices et au lancement de la mission de contrôle.</p> <p>Enfin, l'impact des excédents 2019 n'a pas été couvert dans les comptes 2020 aucune provision n'ayant été passée en 2021 en clôture de l'exercice 2020. Les provisions mises en avant par le groupe n'ont ainsi pas eu d'impact sur les résultats du groupe au titre des années 2017 à 2020, période d'observation de la mission.</p> <p>Le rapport a été amendé afin de préciser les observations formulées par la mission au regard des éléments apportés ci-dessus.</p>
--	---	--

	<p>Le principe de séparation entre le CASF et le PCG exposé préalablement rend selon nous erronées les phrases suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Titre 4.2.2 : « Les affectations des excédents calculés dans les ERRD ne sont pas traduits comptablement, en contradiction directe avec la réglementation » → aucune réglementation de ce type n'existe dans le PCG ; l'affectation des excédents est cependant totalement disponible dans les ERRD.• « Le suivi des excédents ne fait l'objet d'aucun schéma comptable interne au Groupe permettant de retracer leur affectation dans les comptes et s'assurer de l'utilisation future des excédents au sein de chaque CPOM et dans le respect des sections tarifaires et du périmètre des dépenses imputables sur chaque section. De ce fait, il est impossible de vérifier si ces excédents sont effectivement ni correctement affectés » → il n'existe aucune obligation du PCG de reprendre ces différentes informations dans les comptes sociaux d'une entité commerciale; toutes les informations mentionnées et nécessaires au suivi des activités par les autorités sont cependant accessibles à travers le mécanisme des ERRD tel que défini dans le CASF. <p>Dans la mesure où la présentation analytique de l'affectation des excédents est assurée dans sa globalité dans les ERRD dans le respect des principes du CASF, il n'y a pas lieu de transposer ces principes comptables propres aux ERRD aux mécanismes régissant le PCG.</p> <p>Nous tenons par ailleurs à préciser qu'Orpea a appliqué une politique visant à réduire et neutraliser l'impact des excédents sur ses résultats dans ses comptes sociaux.</p> <p>Comme la mission a pu le constater, et ainsi que reporté dans le tableau 19 de l'annexe III, les excédents étaient quasi nuls (excédent de 158 k€ en 2018) ou inexistant (déficit de -1 076 k€ en 2019) sur les périodes 2017/2018. Ils ont été plus importants pour les exercices 2019 (8,4 M€) et 2020 (12,3 M€), la situation de l'année 2020 étant à mettre en perspective au regard contexte de la crise sanitaire et de ses conséquences. Les EHPAD d'Orpea, et</p>
--	--

	<p>plus particulièrement ceux situés au sein des grandes villes, ont en effet dû faire face à un niveau jamais observé d'absentéisme, de départs et de turn-over, couplés à des difficultés de recrutement grandissantes (cf. volet sur les faisant fonction ci-dessus).</p> <p>C'est pourquoi, en application d'un principe de prudence alors que, comme le souligne la mission, les excédents ne peuvent pas être repris par les autorités de contrôle depuis 2017, le Groupe a décidé réduire et neutraliser l'impact comptable favorable de ces excédents soins et dépendance dans ses résultats de 2 manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ne reprenant pas, dans un premier temps, les provisions pour modulation malgré la prescription progressive (2 ans) de ces provisions (montant cumulé disponible de 9,1 M€ au 31/12/2021 dans les comptes d'ORPEA) • Puis en complétant ce premier levier, lorsqu'il n'était plus suffisant pour neutraliser l'impact des excédents dans les résultats, en comptabilisant des produits constatés d'avance. 12,3 M€ de produits constatés d'avance ont été comptabilisés pour contrebalancer en totalité l'excédent de l'exercice 2020, montant qui a été majoré de 1,5 M€ et porté à 13,8 M€ pour améliorer le taux de couverture des excédents 2019. <p>Ces chiffres, mentionnés dans le tableau 20 de l'annexe III repris ci-dessous, font ressortir, en cumul sur les excédents de la période 2017-2020 (comptabilisé comme indiqué dans la première ligne du tableau avec 1 an de décalage après validation des ERRD de l'année n-1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un excédent net cumulé de 19,8 M€ • Dont l'impact sur les résultats a été plus que neutralisé du fait 1) de la non reprise des provisions pour modulation de 9,1 M€, 2) de la comptabilisation d'un montant total de 13,8 M€ de produits constatés d'avance, soit un total de 22,9 M€ ; • L'impact potentiel des excédents net cumulés de la période (19,8 M€) sur le résultat du Groupe a donc été plus que couvert par la non reprise des provisions pour modulation et par la comptabilisation d'un produit constaté d'avance (total de 22,9 M€)
--	--

Sur le cumul de la période considérée, les excédents nets observés n'ont donc eu aucun impact favorable sur le résultat net d'Orpea puis qu'ils ont été contrebalancés par des charges équivalentes.

Tableau 20 : Suivi des excédents et des crédits non reconductibles dans la comptabilité du groupe Orpea

Montants (en milliers €)	2018	2019	2020	2021	Cumul
Excédents des sections soins et dépendance de l'année N-1 (source: ERRO)	286	- 1 171	8 362	12 312	19 789
Provision pour modulation	913	3 141	5 052	-	9 106
Provision sur excédent	-	-	-	13 793	13 793
Provisions sur CNR	N.D.	N.D.	N.D.	1 484	1 484
Provisions sur Ségur	N.A.	N.A.	N.D.	6 746	6 746

Source : Tableau remis par le groupe Orpea.

Concernant les remarques de la mission relatives à l'affectation des résultats « en contradiction directe avec le cadre réglementaire », Orpea considère qu'il n'existe aucun cadre réglementaire stipulant que les excédents soins et dépendance doivent donner lieu à un tel traitement dans l'affectation du résultat d'une société commerciale. La logique avancée par la mission repose selon nous, comme évoqué précédemment, sur le principe selon lequel le CASF régit le cadre d'élaboration des comptes sociaux d'une société commerciale en prévalant sur le PCG, ce qui n'est pas le cas.

ORPEA considère par ailleurs que la phrase « Il en résulte que le résultat des sections soins et dépendance a été traité comptablement à l'instar des autres activités du groupe, y compris concurrentielles, et le cas échéant distribué aux actionnaires » ne reflète absolument pas la réalité; en effet, comme mentionné précédemment, sur la période des excédents constatés entre 2017-2020, la société a neutralisé en totalité l'impact favorable sur son résultat desdits excédents (non reprise de provisions pour modulation + produits constatés d'avance).

En outre, Orpea conteste ouvertement la phrase qui suit « Enfin, l'absence d'affectation comptable des excédents, en contradiction directe avec le cadre réglementaire, fait courir un risque de sincérité des comptes, dès lors qu'une information sur la capacité du groupe à librement utiliser une part significative de ses fonds

propres (35 M€) est manquante ». Cette phrase s'appuie sur le non-respect d'une réglementation qui de fait n'existe pas dans le cadre des principes comptables applicables à une société privée commerciale. L'affectation comptable des excédents soins et dépendance mentionnée s'effectue dans le cadre du CASF à travers la réalisation des ERD et n'a pas à être effectuée dans les comptes sociaux de la société. Eu égard à ce principe, la mention relative au « risque de sincérité des comptes » n'a selon nous pas lieu d'être tout comme la mention « dès lors qu'une information sur la capacité du groupe à librement utiliser une part significative de ses fonds propres (35 M€) est manquante ». Le terme « significatif » utilisé précédemment nous semble par ailleurs inadapté à une situation où on compare 35M€ à 845 M€ de capitaux propres d'Orpea SA au 31/12/2020 (et si on se réfère au terme de « groupe » utilisé dans la phrase en le comprenant comme se référant aux comptes consolidés du groupe, on comparerait alors 35 M€ à 3 490 M€ au 31/12/2020).

Nous demandons par conséquent la reformulation de la sous-partie 4.2, ainsi que du paragraphe de la page 2 de la synthèse et du paragraphe de la page 6 de l'annexe III présentés ci-après :

- les excédents dégagés sur les forfaits publics, qui doivent être affectés à des dépenses de soin et de dépendance représentent en cumulé plus de 35 M € dont 20 M € depuis 2017. Ces excédents ne font l'objet d'aucun suivi comptable précis, et seuls 3 % ont fait l'objet d'une utilisation par Orpea ;

La mission a cherché à reconstituer la part et l'évolution de chacune de ces affectations au sein des dotations reçues par le groupe Orpea entre 2017 et 2020.

Il est impossible de suivre chacune de ces destinations dans les comptes du groupe Orpea,

- car :
- les charges de personnel sont agrégées par établissement sans distinction entre leurs sources de financement (hébergement, soin ou dépendance) ;
 - les dotations aux amortissements prises en compte dans le calcul des résultats des sections soin et dépendance des ERD sont calculées et suivies extra comptablement ;
 - les excédents sur les dotations publiques ne font pas l'objet d'un schéma de suivi comptable.

La mission a donc procédé à une estimation de ces destinations à partir des données disponibles.

Nous invitons de plus la mission à supprimer la phrase suivante du rédactionnel suivant :

« Il appartient au groupe Orpéa, avec l'appui de ses conseils et des commissaires aux comptes, de trouver une solution permettant de

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>24. Annexe III, 5. « Les crédits non reductibles octroyés par les ARS ne sont pas consommés et ne font pas l'objet d'un suivi comptable consolidé »</p>	<p>répondre à cet objectif réglementaire. A titre d'exemple, il pourrait être envisagé d'utiliser le compte 10688 « Autres réserves – Réserves diverses », voire de recourir à des provisions ».</p> <p>Sur le suivi de l'utilisation des crédits non reductibles (CNR)</p> <p>Concernant les CNR, il est écrit en page 2 :</p> <p>* les crédits non reductibles font l'objet d'un suivi plus précis, sans pour autant être dépechés davantage, le stock de crédits non reductibles accumulé par le groupe représentant 6 M€.</p> <p>Et en page 50 :</p> <p>Toutefois, malgré ce défaut de fiabilité du suivi, dès lors que le groupe Orpea n'est pas en capacité de démontrer qu'il a provisionné comptablement à hauteur des CNR réellement non consommés, la mission estime que l'écart entre les CNR non consommés et les PCA comptabilisés (soit 4,598 M€) a indûment majoré le résultat comptable du groupe Orpea.</p> <p>Nous partageons le constat de la mission concernant le suivi des crédits non reductibles. Toutefois, ces CNR sont suivis extra-comptablement par les autorités de contrôle et le groupe Orpea tiendra compte des CNR non consommés dans ses produits constatés d'avance (PCA) pour la réalisation de l'objet pour lequel ils ont été octroyés.</p> <p>Le groupe Orpea s'engage à mettre en place une procédure interne permettant de constater l'exhaustivité des CNR accordés en PCA et d'en assurer le suivi dans le temps au fur et à mesure des dépenses et des investissements éligibles. Nous pourrions à titre d'illustration nous inspirer de la bonne pratique des organismes privés non lucratifs qui peuvent utiliser le système des dotations sur fonds dédiés (identique à celui des provisions). Ce type de fonds – qui n'existe pas dans le plan comptable général des sociétés commerciales – permet d'assurer le suivi dans le temps des CNR.</p>	<p>La mission prend note des actions envisagées et du fait que le groupe Orpea valide le constat sur les faiblesses du suivi des CNR.</p>

Annexe III

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>25. Annexe III, 6. « Les pouvoirs de contrôle budgétaire et financier des ARS ont été significativement amoindris par la loi ASV et les rejets de dépenses ponctuels ne conduisent pas à remettre en cause les modalités de calcul par le Groupe ORPEA » (page 50)</p>	<p>En effet, les Auxiliaires de vie faisant fonction émergeant en partie sur la section soin sont clairement identifiées dans les rapports d'activité et les listes du personnel. Cette pratique n'ayant pas fait l'objet d'un rejet massif des ARS et correspondant par ailleurs à une réalité du secteur en raison de la carence de personnels aide-soignants, nous avons conservé la pratique dans les ERRD.</p> <p>Un rejet massif des AV faisant fonction nous aurait conduit à revoir la clé de répartition des auxiliaires de vie afin de tenir compte de leurs missions réelles sur le terrain et les établissements ORPEA auraient présentés des résultats déficitaires dans la majorité des cas (cf. réponse plus haut sur les AV faisant-fonction).</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Le nombre de rejets par les ARS (3 rejets concernant 4 établissements d'après le groupe) ne peut être considéré comme une acception tacite de la part des ARS de ces imputations de dépense. Le fait que le groupe Orpea ait connaissance de la nature des fonds perçus, à savoir des forfaits soins et dépendance, suffit à caractériser son acception de l'usage qui doit en être fait. Or l'usage des fonds est précisément défini à l'article R. 314 166 du CASF en particulier concernant les charges de personnel. D'après l'alinéa 3 de cet article, ce sont à la fois le diplôme (ou le suivi d'une formation) et l'exercice effectif des fonctions qui justifient de l'imputation des charges de personnel à la section soin.</p>

ⁱ La mission reconnaît elle-même que cette problématique du glissement des tâches et l'enjeu des « faisant fonction » relève plus largement d'un enjeu sectoriel : dans son annexe VI, il est ainsi relevé la difficulté pour les ARS d'émettre « des injonctions visant à réduire le champ des faisant fonction », dans la mesure où ce sujet est reconnu comme « fortement tributaire de facteurs exogènes à Orpea » (page 19). De la même manière, il est relevé plus loin (page 28) que les sous-effectifs et les glissements des tâches identifiés dans un des établissements du groupe « traduisent selon l'ARS des problématiques plus transversales du secteur dans la région ».

ⁱⁱ Il convient toutefois de noter que pour la simplicité du calcul, ce ratio ne tient pas compte de l'intégralité des effectifs soin, car les IDE sont exclues ainsi que les professions médicales et paramédicales.

ⁱⁱⁱ Rapport d'information de la mission parlementaire relative aux EHPAD, présenté par Madame Monique Iborra, Députée, et Madame Caroline Fiat, Députée – 14 mars 2018

^{iv} Baromètre [...] sur l'Absentéisme – 2019

^v Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Rapport définitif remis à la Drees, 2016

^{vi} Rapport de mission « Pour une prise en soin adaptée des patients et des résidents d'EHPAD et d'USLD, Professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin – Juin 2021

^{vii} Etude sur le personnel et les difficultés de recrutement en EHPAD - 2015

^{viii} Méthodologie de l'étude :

- 29 EHPAD sélectionnés en France sur différentes régions, grandes villes, villes de taille moyenne et villes rurales
- Informations tirées de SIRHAP par les directeurs d'EHPAD
- Auxiliaires de vie tant en CDI qu'en CDD
- Période du 1^{er} janvier 2022 au 31 janvier 2022
- Volume des heures travaillées
- Sont exclus les Auxiliaires de Vie en VAE soignante émergeant sur la dotation soin

^{ix} Difficultés de recrutements en établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap - Résultats de l'enquête Flash du réseau Uniopss-Uniopss – 2019

^x Cour des Comptes – La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD - Un nouveau modèle à construire – Février 2022

Annexe III

xi Source : Rapport annuel de branche Synerpa

xiii Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand âge 2020-2024, rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé établi par Myriam El Khomri, octobre 2019.

xiii Rapport El Khomri – Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand-Âge 2020 – 2024 – Octobre 2019

xiv Rapport d'information de la mission parlementaire relative aux EHPAD, présenté par Madame Monique Iborra, Députée, et Madame Caroline Fiat, Députée – 14 mars 2018

xv Rapport issu de la concertation Grand-Âge et Autonomie, dirigé par Dominique Libault, Mars 2019

ANNEXE IV

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
Ensemble de l'annexe IV	<p>L'annexe IV porte sur l'organisation des achats et les relations avec les fournisseurs du groupe ORPEA. Les constatations effectuées par la mission dans cette l'annexe IV suggèrent que le groupe a mis en place une organisation achats i) permettant un contrôle strict des commandes et ii) favorisant le détournement de fonds publics. Nous souhaitons apporter les éléments de réponse suivants, complétés par le tableau ci-après.</p> <p>Comme le relève la mission, le groupe dispose d'un service support central dédié aux achats et d'outils de commande contenant des circuits de validation. Une telle organisation, nécessaire au vu de la taille du groupe, est classique. On la retrouve dans de nombreuses organisations tant privées que publiques. La sélection des fournisseurs référencés, qui représentent 4% des fournisseurs et 60% des achats, est systématiquement réalisée en coordination avec les parties-prenantes. Ainsi, par exemple, les consultations ou appels d'offres relatifs aux produits ou services en lien avec la prise en charge des résidents, sont réalisés avec le soutien du service qualité, de la Direction médicale et de personnels d'établissements intervenant en tant qu'experts métier. Par ailleurs, les contrats-cadres mis en place pour les principaux fournisseurs visent à garantir la conformité des produits et services achetés avec les attentes du groupe en matière de qualité, de logistique et de service. Les prix de ces fournisseurs font l'objet de négociations avec pour résultat, du fait des volumes importants, des prix inférieurs au marché dont bénéficient directement les établissements pour leurs achats. Ces montants sont imputés dans les ERRD et sont donc comparativement inférieurs aux dépenses réalisées par des établissements qui ne bénéficieraient pas d'achats mutualisés.</p> <p>La définition de catalogues de produits suit la même logique, dans la mesure où elle permet d'assurer une homogénéité des prestations et de mutualiser les achats.</p> <p>En outre, le groupe dispose d'un outil achat (eProc) dans lequel les établissements peuvent faire des demandes d'achats pour certaines catégories de produits. A ce jour, les commandes auprès de 85 fournisseurs sont gérées par ce biais, ce chiffre devant être mis en perspective par rapport aux 9 193 fournisseurs que compte notre base pour les EHPAD. Des circuits de validation sont paramétrés dans eProc. Les Directeurs d'établissement ont toute autonomie pour valider leurs commandes dans l'outil, dès lors que celles-ci s'intègrent dans les budgets prévisionnels de chaque établissement. Ce n'est qu'en cas d'écart avec ces derniers que le Directeur régional intervient. Dans la très grande majorité des cas, celui-ci valide les commandes, et ce avec l'objectif de ne pas créer la moindre pénurie au sein des établissements.</p> <p>Concernant les fournisseurs [...] et [...] dont la mission souligne les volumes d'achat (mais surévalue significativement le poids dans les achats), il s'agit en effet de partenaires historiques du groupe et d'acteurs de référence sur le secteur, reconnus pour la qualité de leurs produits. [...] fournit notamment les protections contre l'incontenance, dont les produits de la gamme [...] figurant au catalogue référencé par Orpea et élue « meilleur produit de l'année ». S'agissant des prestations de services au profit d'un nombre limité de fournisseurs, celles-ci recouvrent par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ la mise à disposition de locaux pour des formations ; ◆ l'aide au développement commercial ; ◆ le stockage de biens appartenant au fournisseur ; ◆ la contribution à l'évaluation et à l'amélioration des produits et services ; ◆ le développement de solutions informatiques. <p>De par l'étendue de notre réseau d'établissements et le savoir-faire développé par nos équipes depuis plus de 30 ans maintenant, nous apportons en effet à nos fournisseurs une véritable valeur ajoutée dans plusieurs domaines. Ainsi, par exemple, nous les accompagnons dans l'évolution de leur offre et le développement de nouveaux produits en définissant conjointement des cahiers des charges avec nos équipes d'experts et fournissant un retour complet sur les produits et services. A titre d'exemple, on peut à cet égard mentionner la mise en commun de compétences et expérience partagée entre les équipes [...] et Orpea (représentée par son service médical et sa cellule innovation) qui a permis de parfaire et de mettre au point une nouvelle protection connectée pour une meilleure prise en charge de l'incontenance.</p> <p>Nous accompagnons également certains fournisseurs dans leur développement à l'international, en les mettant en relation avec des acteurs locaux qui leur permettent de rapidement appréhender les spécificités marché et de gagner du temps dans le cadre de leur implantation dans les différents pays.</p>	<p>La mission fait observer que les travaux sur ce champ d'investigation ont été particulièrement perturbés par la fiabilité médiocre des informations et des données communiquées par Orpea. A ce titre, les éléments nouveaux apportés lors du contradictoire ont conduit la mission à devoir apporter des correctifs dans une proportion inhabituelle pour un rapport de contrôle ayant fait l'objet d'autant d'itérations avec la structure concernée.</p> <p>Il est particulièrement significatif de relever que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ près de 40 % des volumes d'achats n'ont été signalés à la mission que lors du contradictoire ; ◆ le groupe Orpea a attendu le contradictoire pour signaler à la mission que le tableau de suivi des commissions perçus sur les achats comprenait les activités clinique et n'était pas limité au seul périmètre France. Un nouveau tableau présentant les retraitements de mandés a finalement été communiqué le 23 mars en soirée ; ◆ les fichiers relatifs aux fournisseurs et aux refus d'achat ont également fait l'objet de correctifs de la part du groupe lors du contradictoire. <p>Les évolutions importantes des chiffres communiqués par Orpea sur ce segment du rapport dans sa phase de finalisation fait que la mission ne s'est pas trouvée en situation d'en vérifier l'exactitude. En conséquence, il a été décidé de considérer les derniers chiffres relatifs aux commissions perçues sur les achats des sections soins et dépendance comme des mineurs.</p>
Annexe IV (sections 1.3., 1.6., 2.2.4.)	Les sections visées contiennent des informations personnelles (salaires), ainsi que des informations confidentielles liées aux tarifs de nos fournisseurs avec lesquels nous avons des accords de confidentialité. Nous souhaiterions nous assurer qu'en cas de publication du rapport et de ses annexes, la confidentialité de ces informations sera bien assurée. Nous tenons à la disposition de la mission ces données et informations.	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. Les noms ont été supprimés du rapport. Pour le reste, la</p>

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
Annexe IV, 1.1., page 1, « la fonction achats est organisée de la façon suivante... »	<p>La méthode d'achats décrite (forte centralisation des contrats, mise en place de mercuriales) est classique d'une démarche achats structurée. Il s'agit d'un modèle décliné au sein de nombreuses organisations tant privées que publiques. La sélection des fournisseurs se fait tout d'abord en coordination avec les parties-prenantes. Ainsi, par exemple, les consultations ou appels d'offres relatifs aux produits ou services en lien avec la prise en charge des résidents dans les établissements (tels que les protections, les produits d'entretien...) sont réalisés avec le soutien du service qualité et de la cellule hygiène, de la Direction médicale et de personnels d'établissements intervenant en tant qu'experts métier. Des tests sont réalisés sur les établissements. L'objectif du groupe est de sélectionner et référencer des fournisseurs, produits et services, qui répondent aux besoins des établissements en termes de qualité, de conformité et de logistique. C'est pourquoi la pré-sélection des fournisseurs s'établit sur des critères extra financiers. Dès lors et dans le cadre d'une optimisation économique, ces produits et services sont négociés puis mis à la disposition des établissements.</p>	<p>mission rappelle que le rapport n'a pas vocation à être publié.</p> <p>Vu.</p>
Annexe IV, 1.1., page 1, « signer les conventions de partenariat avec les établissements du secteur sanitaire social et médico-social après consultation de la direction médicale et de la direction régionale »	<p>Les conventions dont il est question dans cette citation ne sont pas des conventions d'achats. Il s'agit de conventions passées avec d'autres établissements et qui définissent les modalités de collaboration (par exemple : modalités d'admission des résidents d'un EHPAD dans une clinique de cardiologie des environs).</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée.</p>
Annexe IV, 1.1., page 1, « selon la liste des fournisseurs en date du 10 février 2022, le groupe a contractualisé avec 24 222 fournisseurs... »	<p>Après avoir pris connaissance des annexes, nous avons signalé à la mission que le nombre de fournisseurs était erroné. En effet, la liste datée du 10 février 2022 qui est évoquée contient le nom des fournisseurs exerçant pour toutes les activités du groupe (et non uniquement pour les EHPAD). Un nouveau fichier limité au périmètre EHPAD France a été transmis à la mission le 19 mars 2022. Il fait état de 9 193 fournisseurs. La répartition entre les catégories « global », « national », « local » reste inchangée (respectivement 9 %, 33 % et 58 %).</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour tenir compte des éléments nouveaux communiqués à la mission.</p>
Annexe IV, 1.1., page 1, « les achats sont réalisés à 97 % au sein d'un catalogue »	<p>Il semble y avoir une incompréhension par rapport aux volumes d'achats, la mission se fondant uniquement sur les demandes d'achat passées dans l'outil eProc. Ceci a été porté à l'attention de la mission après avoir pris connaissance des annexes. Les achats (selon les montants facturés) sur le périmètre EHPAD France s'élevaient en 2021 à 230 M€ (dont 33 M€ d'achats alimentaires réalisés sur [...]). Sur ces 230 M€, 138 M€ relèvent d'un référencement achats auprès de 340 fournisseurs. Ainsi, les fournisseurs référencés représentent 4 % des fournisseurs et 60 % des achats. 92 M€ d'achats sont donc réalisés auprès de plus de 8 800 fournisseurs non référencés par le service achats (donc hors catalogue). Ceux-ci concernent des catégories aussi variées que l'animation, la boulangerie, la communication, le marketing/événementiel, du mobilier (pour des besoins spécifiques), des intervenants ponctuels pour les travaux (plombiers, électriciens...)... Ainsi, le constat portant sur le fait que « les achats sont réalisés à 97 % au sein d'un catalogue » ne reflète pas la réalité. Il faut noter que sur les 340 fournisseurs référencés, seuls 85 sont actuellement gérés via l'outil eProc, représentant un volume d'achats commandés d'environ 40,7 M€, soit 17,7 % des achats des EHPAD France.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. La mission note qu'il a été particulièrement difficile au groupe de produire une liste des achats exhaustive et fiable malgré des demandes répétées depuis le 11 février 2022.</p>
Annexe IV, 1.2., page 2, « Les commandes hors alimentaire représentent 24 M€... »	<p>La mission évoque un volume de 24 M€ de commandes en 2021 hors alimentaire sur la base d'une extraction qui ne couvre pas l'ensemble du périmètre. En effet, comme évoqué ci-dessus, nous avons dans eProc un volume d'achats commandés de 40,7M€ sur ce même exercice, sur un volume total d'achats hors alimentaire de 197M€.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. La mission note qu'il a été particulièrement difficile au groupe de produire une liste des achats exhaustive et juste malgré des demandes répétées depuis le 11 février 2022.</p>
Annexe IV, 1.2., page 2, « font l'objet d'un contrôle des directeurs régionaux sur un logiciel dédié selon des seuils définis par région »	<p>Il n'existe pas de seuil régional pour les validations. En effet, les validations des Directeurs régionaux interviennent en cas de dépassement des budgets ; ces budgets sont définis établissement par établissement, en fonction de leurs réels besoins.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les observations réalisées dans les établissements visités, les audits de cadres Orpea et la documentation relative au logiciel eProc montrent qu'un seuil de validation en montant d'achat peut exister.</p>
Annexe IV, 1.2., page 2, « demande et validation des nouveaux fournisseurs par le service »	<p>Il est important de préciser que la validation par les achats n'intervient pas sur les catégories d'achats « local ».</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée.</p>

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission															
<p>achats», « lorsque le produit ou le fournisseur n'est pas référencé, la demande doit être validée par le service achats »</p> <p>Annexe IV, 1.2., page 2, « les refus d'achats concernent principalement les demandes hors catalogue... »</p> <p>Annexe IV, 1.3., page 3, « Une organisation distincte a été mise en place pour les achats alimentaires qui représentent 54 M€ en 2021 soit 69 % »</p> <p>Annexe IV, 1.3.1., page 3, « Les commandes alimentaires se font uniquement au sein d'un catalogue de références hébergé sur une plateforme distincte »</p> <p>Annexe IV, 1.3.2., page 3, « contrat cadre entre la société Orpea et la société [...] entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2021 »</p> <p>Annexe IV, 1.3.2., page 3, « Contrairement à ce qui apparaît dans cet organigramme, la mission a constaté que MM. [...] et [...] étaient rémunérés par [...] »</p>	<p>Concernant les 1 134 (278+856) refus de demandes d'achats, il est à noter qu'il s'agit de l'ensemble des refus et non pas seulement de ceux des Directeurs régionaux. Or, sur les 856 demandes d'achat catalogue refusées, 704 l'ont été par le Directeur d'établissement lui-même, soit près de 88 %. Ces refus peuvent être liés à des doublons, des erreurs de commande ou des réorientations vers une nouvelle commande sur un produit similaire référencé.</p> <p>Comme nous l'avons signalé à la mission, les achats alimentaires sur le périmètre des EHPAD France représentent 33 M€ traités par [...], et non pas 54 M€ (qui incluent aussi les cliniques). Cet écart est dû au fait qu'une extraction contenant également le périmètre cliniques a été fourni à la mission par erreur.</p> <p>Les commandes alimentaires ne peuvent porter que sur des produits référencés afin de sécuriser les aspects qualitatifs, normatifs, hygiène alimentaire. Il reste néanmoins possible pour un établissement de faire une demande de dérogation achat hors référencement qui remonte au service restauration qui en valide le bien-fondé. Les dérogations peuvent être soit exceptionnelles (dans le cas d'un événement particulier, par exemple), soit permanentes (notamment pour des produits régionaux spécifiques tels que par exemple les spätzle en Alsace).</p> <p>Le contrat cadre liant les sociétés ORPEA SA et [...] pour l'approvisionnement des denrées alimentaires a expiré le 31 décembre 2020 (et non pas 2021 comme indiqué dans l'annexe).</p> <p>Comme le démontrent les documents remis à la mission, MM. XX et XX ont bien été rémunérés par [...] jusqu'au 31 décembre 2020. Ils ne le sont plus depuis le 1^{er} janvier 2021, d'où la mention « non rémunéré » dans l'organigramme actuel.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. La mission note qu'il a été particulièrement difficile au groupe de produire une liste des achats exhaustive et juste malgré des demandes répétées depuis le 11 février 2022.</p> <p>Vu.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. Les documents produits par Orpea sont des courriers d'avocats à l'administration suisse, ce qui ne permet pas d'établir une éventuelle rupture des contrats à durée indéterminée de ces deux cadres du groupe Orpea. La mission note par ailleurs que le directeur des achats a signé un contrat au nom de [...] avec [...] en 2021.</p> <p>Vu.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les CRJ cités sont ceux du contrat transmis à la mission, qui ne prévoient une revalorisation qu'au 1^{er} janvier 2022.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les frais fixes cités sont ceux du contrat transmis à la mission.</p>															
<p>Annexe IV, 1.3.2., page 4, « La société achète en son nom les denrées. Elle est transférée à la société Orpea lors de la livraison d'achats »</p> <p>Annexe IV, 1.3.2., page 4, « Le CRJ des denrées est de 4,30€ HT pour la gamme 1 et 5,65€ HT pour la gamme 2 »</p> <p>Annexe IV, 1.3.2., page 4, « des frais fixes de 203€ HT... »</p>	<p>La formulation peut laisser penser que [...] stocke et livre les denrées, ce qui n'est pas le cas.</p> <p>L'annexe ne mentionne pas l'année à laquelle se réfèrent les CRJ évoqués. Les CRJ de 2021 sont les suivants :</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Budget moyen</th> <th>Réalisés 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gamme 1</td> <td>4,46€ HT</td> <td>4,47€ HT</td> </tr> <tr> <td>Gamme 2 (26 EHPAD)</td> <td>6,00€ HT</td> <td>5,83€ HT</td> </tr> <tr> <td>Gamme 3 (12 EHPAD)</td> <td>7,06€ HT</td> <td>7,39€ HT</td> </tr> <tr> <td><i>Moyenne EHPAD France</i></td> <td><i>4,81€ HT</i></td> <td><i>4,82€ HT</i></td> </tr> </tbody> </table> <p>Les frais fixes de 203€ par établissement datent de 2020. Ils ont été réévalués à 206€ en 2021 et facturés à cette hauteur dès janvier 2021. Cette réévaluation est dans la continuité de celle des années précédentes : ainsi en 2017, le forfait était de 196€, en 2018 de 197,70€ et en 2019 de 200,48€.</p>		Budget moyen	Réalisés 2021	Gamme 1	4,46€ HT	4,47€ HT	Gamme 2 (26 EHPAD)	6,00€ HT	5,83€ HT	Gamme 3 (12 EHPAD)	7,06€ HT	7,39€ HT	<i>Moyenne EHPAD France</i>	<i>4,81€ HT</i>	<i>4,82€ HT</i>	<p>Vu.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les CRJ cités sont ceux du contrat transmis à la mission, qui ne prévoient une revalorisation qu'au 1^{er} janvier 2022.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les frais fixes cités sont ceux du contrat transmis à la mission.</p>
	Budget moyen	Réalisés 2021															
Gamme 1	4,46€ HT	4,47€ HT															
Gamme 2 (26 EHPAD)	6,00€ HT	5,83€ HT															
Gamme 3 (12 EHPAD)	7,06€ HT	7,39€ HT															
<i>Moyenne EHPAD France</i>	<i>4,81€ HT</i>	<i>4,82€ HT</i>															

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
Annexe IV, 1.5., pages 5-6, « 55% des achats hors alimentaire sont concentrés sur les deux fournisseurs [...] et [...] »	<p>Les nombres et pourcentages présentés dans cette section semblent erronés et nécessitent d'être révisés pour trois raisons essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ d'une part, les achats hors alimentaires représentent un volume nettement plus important (cf. ci-dessus, dans le commentaire portant sur le paragraphe 1.1., page 1) ; ◆ d'autre part, l'outil « bible achat » ne contient pas l'exhaustivité des commandes réalisées par les sites puisque la transition vers eProc a eu lieu à compter de l'été 2020, et qu'il existe d'autres outils d'achats tels que KDS (Sélectour), Aquarelle, etc ; ◆ enfin, la mention de 33,86M€ d'achats hors alimentaire en 2020 et de 24 M€ en 2021 suscite des interrogations de notre part, d'autant plus que le tableau des achats soins et dépendance 2020 EHPAD fourni à la mission le 24 février 2022 fait état d'un volume d'achats pour ces catégories de 40 M€. <p>Par ailleurs, il convient de préciser que les 2 fournisseurs [...] et [...] ont représenté en 2020 14,5% des 197 M€ d'achats non alimentaires sur le périmètre EHPAD France, et non pas 55%. Il nous semble ainsi inexact d'affirmer que les achats « <i>sont concentrés sur les deux fournisseurs [...] et [...]</i> ».</p>	<p>qui ne prévoit une revalorisation qu'au 1^{er} janvier 2022.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. La mission note qu'il a été particulièrement difficile au groupe de produire une liste des achats exhaustive et juste malgré des demandes répétées depuis le 11 février 2022.</p>
Annexe IV, 1.6., page 6, « Le tableau d'évolution des prix des tarifs [...] fourni par Orpea montre une baisse moyenne de 4% des prix hors taxes entre 2015 et 2021 »	<p>Selon nos calculs, la baisse moyenne pondérée des tarifs [...] entre 2015 et 2021 est de 4,8 % et non pas 4 %.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Comme indiqué en note de bas de page, l'analyse a été effectuée pour les références présentes depuis 2015.</p>
Annexe IV, 1.6, p. 7, « le groupe Orpea présente un coût moyen des produits d'incontinence par résident supérieur de 15% à celui des établissements commerciaux et privés non lucratifs »	<p>Il ne nous a pas été possible de réconcilier les chiffres présentés dans le tableau 2. Le 17 mars 2022, nous avons sollicité la mission afin qu'elle nous fournisse des éléments permettant de vérifier les calculs. En effet, ce tableau suscite des interrogations dans la mesure où les informations relatives aux EHPAD publics semblent erronées puisqu'elles impliqueraient mathématiquement, pour les EHPAD publics, un taux d'occupation moyen particulièrement faible de 60% (TO = coût moyen par place / coût moyen par résident).</p> <p>Le 21 mars 2022, la mission a répondu à notre questionnement, précisant que : « <i>Dans la mesure où ces données sont uniquement déclaratives et qu'elles n'ont pas pu fait l'objet d'une fiabilisation, elles peuvent présenter des données aberrantes. C'est la raison pour laquelle la mission n'en tire pas d'interprétation</i> ». Au regard de ces éléments, nous demandons à ce que l'analyse ne figure pas au dans le rapport final dans la mesure où elle pourrait à tort porter préjudice à Orpea.</p> <p>Il convient toutefois de souligner que les coûts 2020 présentés sont très peu impactés par la baisse de prix (-4,8%, cf. ci-dessus) intervenue à partir de fin septembre 2020 sur les produits la mission, un coût plus élevé « <i>peut s'expliquer soit par un prix supérieur par protection, soit par un nombre de protections par résident plus élevé</i> ». Nous tenons à apporter l'éclairage suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ concernant les prix : <ul style="list-style-type: none"> ● les comparaisons de prix avec d'autres opérateurs sont toujours un sujet très complexe compte tenu des engagements de confidentialité auxquels sont tenus les clients des fournisseurs. Toutefois, nous avons comparé récemment les prix référencés chez Orpea sur 2 références [...] à ceux que propose la CAHIPP*, nous avons des prix de 13 à 24% inférieurs au prix adhérent. A titre d'information, les prix dont bénéficient les EHPAD Orpea sont inférieurs de 46 à 51 % au prix public de [...] ; ● la qualité des produits d'incontinence sélectionnés par Orpea et fournis par [...] peut également influencer les coûts moyens. En effet, certains produits comme les <i>parnts</i> [...] Mobile) sont nettement plus chers (0,64€ contre 0,34€). Ces produits sont souvent privilégiés chez Orpea pour garantir un maximum d'autonomie et de mobilité au résident. Ils représentent 16% des achats de protections. Pour rappel, le taux de qualité de service délivré par [...] auprès des établissements Orpea est de 99,3% notamment sur le respect d'un délai de livraison maximum de 72h, l'usage pour ce type de produits étant de 5 jours ; ● nous restons convaincus que les prix négociés dont bénéficient nos établissements sont particulièrement compétitifs, ce que nous ont d'ailleurs confirmé nos principaux fournisseurs, sans toutefois pouvoir nous donner davantage de détail en raison de leur devoir de confidentialité ; 	<p>Les éléments du rapport provisoire sur ce point ont été retirés. Les données utilisées nécessitant effectivement des retraitements lourds, qui ne pourront être réalisés dans le temps imparti.</p>

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>◆</p> <p>Annexe IV, 2., page 8, « La perception de commissions sur les achats a pour conséquence la remontée dans le compte de résultat du groupe d'environ 5M€/an de fonds publics destinés au financement des soins et de la dépendance »</p> <p>Annexe IV, 2.1., page 8, « Selon les standards groupe « achats » en date du 30 novembre 2020, il est recommandé de prévoir des « ristournes... »</p> <p>Annexe IV, 2.1., page 8, « il comprend au moins une commission versée à [...] par [...] »</p> <p>Annexe IV, 2.1., page 9, tableau 3</p>	<p>concernant le nombre de protections : Le « Panorama des EHPAD 2021 » publié par Uni-Santé en janvier 2022 révèle que le GMP moyen en France des résidents est plus important sur les EHPAD commerciaux (730) que sur les EHPAD du domaine associatif (698) et public (711), ce qui a pour effet d'impacter le niveau de consommation des protections. Cet écart de dépendance est également pointé dans le rapport de la CNSA de 2018, publié en mai 2020 « Situation financière et économique EHPAD 2017-2018 ».</p> <p>*La CAHPP est une centrale d'achats nationale intervenant sur les secteurs sanitaire et médico-social pour les secteurs privé et public. La CAHPP a une massification importante des achats, qui leur permet d'obtenir des prix plus bas que ceux des prix publics pour chaque référence. Pour autant, si nous ne connaissons pas les volumes d'achats annuels réalisés par cette centrale d'achats, nous constatons que les références produites achetées à l'échelle nationale (voire internationale) par Orpea se situent à des prix inférieurs à ceux de la CAHPP.</p> <p>Les informations transmises pour l'année 2020 relatives aux prestations de services fournies par Orpea à des fournisseurs en lien avec des achats de soin et dépendance pour le périmètre des EHPAD France (fichier transmis : Redevances Soins V5 source Achats Orpea) faisaient état d'un montant total sur cet exercice de 3,5M€ (pour un volume d'achats de 40M€).</p> <p>Dans la mesure où Orpea a assuré des services et prestations à ses fournisseurs, dont ces commissions ont justifié la vocation à couvrir les frais, la critique de l'utilisation de l'argent public telle que suggérée par la mission dans cette affirmation est erronée et prête à Orpea des comportements et intentions que la société n'a pas eus.</p> <p>Il est à noter que les standards groupe s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ à l'ensemble des achats, et non uniquement à ceux en lien avec les soins et la dépendance. ◆ à destination de l'ensemble des pays dans lesquels le groupe est présent et qui connaissent des contextes juridiques / réglementaires différents. <p>La redevance [...] concernant [...] au titre du contrat de développement à l'international ne concerne pas les redevances perçues par Orpea et est répertoriée à tort dans le tableau.</p>	<p>Réponses de la mission</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour prendre en compte les éléments nouveaux transmis par Orpea.</p>
<p>Annexe IV, 2.1., page 8, « Selon les standards groupe « achats » en date du 30 novembre 2020, il est recommandé de prévoir des « ristournes... »</p> <p>Annexe IV, 2.1., page 8, « il comprend au moins une commission versée à [...] par [...] »</p> <p>Annexe IV, 2.1., page 9, tableau 3</p>	<p>Il est à noter que les standards groupe s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ à l'ensemble des achats, et non uniquement à ceux en lien avec les soins et la dépendance. ◆ à destination de l'ensemble des pays dans lesquels le groupe est présent et qui connaissent des contextes juridiques / réglementaires différents. <p>La redevance [...] concernant [...] au titre du contrat de développement à l'international ne concerne pas les redevances perçues par Orpea et est répertoriée à tort dans le tableau.</p> <p>Le tableau 3 couvre un périmètre plus large que les EHPAD France. En effet, le service achat a fourni à la mission un tableau (cf. ci-dessus) isolant les prestations facturées pour les seuls EHPAD, avec un montant de 3,5M€ et non une moyenne de 4,6M€.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour prendre en compte l'erreur qui figurait dans le tableau transmis à la mission par le groupe Orpea.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour prendre en compte les éléments nouveaux transmis par Orpea. La mission souligne que les chiffres déclarés par le groupe restent soumis à vérification, les éléments transmis ne permettant pas à la mission d'en garantir l'exactitude.</p>
<p>Annexe IV, 2.2., page 9, « pour un montant cumulé de 18M€ sur les soins et la dépendance entre 2017 et 2020 »</p>	<p>L'estimation de 18M€ pour la période 2017-2020 repose sur un périmètre plus large que les EHPAD France et nous semble ainsi erronée.</p> <p>Un tableau concernant les redevances 2017/2018/2019/2020 a été fourni à la demande de l'IGF au début de leur enquête. Nous disposons toutefois sur cette période uniquement d'un chiffre d'affaires et d'un montant de redevances sur un périmètre couvrant toutes les catégories d'achats et pour toutes activités (EHPAD + Cliniques), par exemple sur 2020 : chiffre d'affaires = 106M€, redevances = 8,54M€.</p> <p>L'équipe achats a, par la suite, fourni un second fichier à la mission afin d'isoler le périmètre EHPAD France « soins et dépendance » sur 2020. Ce fichier fait état de redevances de 3,55M€, chiffre qu'il convient de mettre en perspective par rapport au chiffre d'affaires de 40,9M€.</p> <p>Il est à noter que, compte-tenu du contexte sanitaire, l'année 2020 a vu une nette progression des volumes d'achats sur les catégories concernées par rapport aux années précédentes. Cette croissance d'activité sur le périmètre soins et dépendance a engendré par conséquent une augmentation des prestations de services - d'où un montant de redevances perçues plus élevé en 2020 qu'à l'accoutumée (3,5M€).</p> <p>Sur cette base atypique et élevée, nous estimons que le total des redevances en contrepartie de prestations de services relevant uniquement du périmètre EHPAD France soins et dépendance pour les années 2017/2018/2019/2020 représente un montant maximum de 13 à 14M€.</p> <p>Dans le cadre des échanges avec la mission suite à la réception des annexes, celle-ci nous a demandé de fournir le même tableau retraité des commissions ne concernant pas le périmètre EHPAD. Ce tableau n'a toutefois pas pu être établi dans les délais impartis.</p> <p>Les contrats [...] et [...] transmis sont les derniers en vigueur. Il en existe d'autres pour les années précédentes.</p> <p>La facture de régularisation annuelle concernant la société [...] est réalisée selon les conditions définies à l'Art 5 de l'accord cadre [...]/Orpea.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour prendre en compte les éléments transmis par Orpea. La mission souligne que les chiffres déclarés par le groupe restent soumis à vérification. Ainsi, le dernier tableau transmis par Orpea à la mission (le 23 mars au soir) fait état d'un total de 12,5 M€ de commissions perçues sur les fournisseurs sur le périmètre des EHPAD en France sur la période 2017-2020. Ce montant est considéré par la mission comme un montant dans la mesure où elle n'a pas été placée en situation d'en vérifier l'exactitude.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire :</p>

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission
<p>commissions dont il ressort au moins 4 irrégularités... »</p>	<p>En contrepartie des services et prestations qui seront rendus par l'Etablissement, le Laboratoire s'engage à verser à l'Etablissement une redevance dont le montant et les modalités de paiement seront fixés dans la Convention d'application.</p> <p>Il est précisé que le montant de cette redevance devra toujours correspondre aux services rendus par l'Etablissement au Laboratoire. Il pourra être fixé de manière forfaitaire, à la condition d'être révisé annuellement pour tenir compte de l'éventuelle extension ou réduction du périmètre des services rendus et de l'adéquation entre le montant versé et lesdits services.</p> <p>Pour [...], la facture correspond à la régularisation annuelle des prestations réalisées durant l'année conformément aux stipulations de l'article 5 de l'accord cadre [...] fourni à la mission le 21 février 2022 (cf. extrait ci-dessous). En effet, durant l'année, Orpea, mensuellement et pour le compte de chacun de ses établissements, facture [...] sur la base d'une estimation forfaitaire, qui donne lieu à cette régularisation annuelle. Il n'est donc pas exact d'affirmer que la commission ne correspond à aucun contrat. Il est par ailleurs à noter que le montant de 748k€ concerne l'ensemble des activités du Groupe en France (et pas uniquement les EHPAD).</p> <p>En contrepartie des services et prestations qui seront rendus par l'Etablissement, le Laboratoire s'engage à verser à l'Etablissement une redevance dont le montant et les modalités de paiement seront fixés dans la Convention d'application.</p> <p>Il est précisé que le montant de cette redevance devra toujours correspondre aux services rendus par l'Etablissement au Laboratoire. Il pourra être fixé de manière forfaitaire, à la condition d'être révisé annuellement pour tenir compte de l'éventuelle extension ou réduction du périmètre des services rendus et de l'adéquation entre le montant versé et lesdits services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les contrats analysés pour [...] et [...] sont bien ceux en vigueur en 2020, année d'étude choisie par la mission pour les RFA ; - l'article cité de l'accord-cadre d[...] concerne les conventions d'application signées avec les établissements et ne constitue pas une base contractuelle satisfaisante à la commission perçue par le siège ; - aucun élément écrit n'a pu être transmis pour justifier de la négociation annuelle du taux de commission pour [...].
<p>Annexe IV, 2.2.2., page 11, « au moins l'une des prestations de services que justifie la commission est imprécise et/ou inhérente à la relation contractuelle »</p>	<p>En ce qui concerne [...], il n'est pas prévu de taux de commission sur ce contrat. En revanche, il est précisé que les parties s'accordent annuellement sur le pourcentage à appliquer sur le chiffre d'affaires réalisé pour les achats non médicaux, matériovigilance, hygiène... afin de subvenir aux coûts de la logistique achats et opérationnelle sur la période. Les factures qui ont été fournies démontrent que ce pourcentage a été de 10% toutes ces dernières années.</p> <p>De par l'étendue de notre réseau d'établissements et le savoir-faire développé par nos équipes depuis plus de 30 ans maintenant, nous apportons à nos fournisseurs une véritable valeur ajoutée dans plusieurs domaines. Ainsi, par exemple, nous les accompagnons dans l'évolution de leur offre et le développement de nouveaux produits en définissant conjointement des cahiers des charges avec nos équipes d'experts et fournissant un retour complet sur les produits et services.</p> <p>Par son organisation qui mobilise des outils administratifs centralisés et des process harmonisés et simplifiés, le groupe permet d'ailleurs à ses fournisseurs de réaliser d'importants volumes d'achats sans pour autant avoir à déployer une importante force de vente / SAV.</p> <p>Les fournisseurs bénéficient donc des ressources du groupe pour améliorer et développer leur activité sans ressources internes leur appartenant. Il convient également de mentionner le fait qu'Orpea accompagne ses partenaires dans leur développement, en Autriche comme à l'international.</p> <p>Exemple de nouvelles prestations / services développés avec [...] :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ développement d'un outil de GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur) que [...] déploie maintenant chez d'autres clients ; ◆ rachat d'un partenaire en Autriche de ORPEA : Up-To-Date (société de 2M€ de Chiffre d'Affaire) ; ◆ bavoirs réalisés par [...] et son fabricant avec et pour ORPEA et maintenant vendus également dans toutes les boutiques [...] ; ◆ développement en cours par [...] et son fabricant, d'un matelas sur la base d'un cahier des charges ORPEA. La vente de ce matelas doit être élargie à d'autres clients ; ◆ [...] a pu développer sa gamme de matériel de location (référéncement de la gamme [...]) (sangles, verticalisateurs, lèves-personnes...) et adapter sa politique de location de dispositifs médicaux avec l'accompagnement de la Direction Médicale ORPEA. Ces produits sont actuellement mis en ligne pour d'autres clients sur le catalogue EHPAD [...]. 	<p>La mission maintient les constats provisoires. Les observations faites par Orpea étaient connues de la mission et ne sont pas de nature à remettre en cause l'analyse juridique qui a été faite de ces contrats et de ces factures. Une analyse détaillée est présentée dans le tableau 6.</p>

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea	Réponses de la mission						
	<p>ORPEA a permis à la société [...] de s'implanter et de saisir des opportunités de développement sur des marchés à l'international allant au-delà de la relation commerciale avec Orpea tel que l'assistance respiratoire, le marché du domicile, etc :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Autriche et Autriche : Rachat de [...] et [...] deux partenaires de ORPEA en Autriche ; ◆ Suisse : Rachat de la société [...], partenaire de ORPEA en Suisse ; ◆ Autriche : recherches de cibles avec les recommandations de ORPEA et création d'une structure visant à desservir le marché EHPAD Italiens ; ◆ Autriche et Autriche : lancement des activités espagnoles de [...] via la création d'une structure accompagnant ORPEA en Autriche. [...] a par la suite pu réaliser des acquisitions (en assistance respiratoire) en Autriche grâce à ce premier pas dans le pays ; ◆ Pologne : recherches de cibles en cours ; ◆ Autriche et Autriche : recherches de cibles en cours dont une rencontre d'un des fournisseurs actuels de ORPEA (société [...]) ; ◆ Brésil : introduction auprès des établissements brésiliens pour étudier les possibilités de développement d'activités de [...] en Amérique du Sud 							
Annexe IV, 2.2.3., page 12, « les factures émises par le service recouvrement »	<p>Il ne s'agit pas du service recouvrement mais du service d'administration des ventes (ADV) dont la fonction première est la facturation. Le service ADV dispose également d'un pôle recouvrement, d'où sans doute la confusion.</p>	<p>La formulation du rapport a été amendée.</p>						
Annexe IV, 2.2.4., page 14, tableau 4	<p>La colonne « remise siège » est à renommer, dans la mesure où il s'agit ici bien de commissions / redevances. Nous tenons également à préciser que les redevances [...] mentionnées dans ce tableau se réfèrent à la totalité du chiffre d'affaires (toutes activités confondues). Ainsi, pour les déchets médicaux, le montant de redevance pour le seul périmètre EHPAD s'élève à 20k€ et non pas 44k€ (pour un chiffre d'affaires de 501k€). En ce qui concerne la location de linge, il s'agit d'une prestation financée à hauteur de 30% uniquement sur le forfait dépen dance. Ainsi, le montant de redevance à mettre en regard du montant financé par les dotations s'élève à 128k€ (pour 1 113k€ de chiffre d'affaires) et non pas 860k€.</p>	<p>La formulation du tableau a été amendée. La mission fait toutefois observer que ces commissions sont bien perçues par le siège, quelle que soit leur nature juridique. Concernant la catégorie d'activité [...], il s'agit des informations contenues dans le tableau de suivi des redevances transmis par le groupe.</p>						
Annexe IV, 2.2.4., pages 15 et 16, tableaux 4 et 5	<p>[...] n'est pas un fournisseur de produits éligibles aux soins et la dépendance.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. L'échantillon choisi par la mission ne se limite pas aux produits soins et dépendances.</p>						
Annexe IV, 2.2.4., pages 14 à 17	<p>Concernant les prestations fournies par le groupe aux fournisseurs [...] et [...], nous souhaitons apporter les précisions suivantes. Pour le fournisseur [...] :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ mise en avant des produits et/ou services auprès des établissements : un module spécifique pour [...] est en cours de développement sur le logiciel eProc ; ◆ fourniture d'indicateurs qualité : la fourniture de ces indicateurs permet à [...] d'optimiser et améliorer notamment sa logistique (amélioration des emballages, délais de livraison) et de faire évoluer ses produits ; ◆ accompagnement dans le développement : [...] a la faculté de présenter ses idées et ses produits aux équipes soignantes et à la direction médicale du groupe qui font alors un retour critique et orientent [...] sur les développements nécessaires pour répondre aux besoins du marché (exemple des couches connectées) ; le tableau ci-dessous liste quelques exemples de tests et de développements de nouveaux produits réalisés ces dernières années dans le cadre de notre partenariat avec [...]. Ces produits et prestations ont vocation d'être proposés à d'autres clients ; ◆ droit d'utiliser la marque Orpea sur le site Internet : [...] utilise la marque Orpea de manière ponctuelle et ciblée en fonction de la promotion de ses produits. <p>Exemples de tests et de développements de nouveaux produits réalisés ces dernières années dans le cadre de notre partenariat avec [...] :</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Cette réponse n'apporte pas d'élément nouveau à l'analyse des prestations de services alléguées.</p>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">PRODUITS</td> <td style="width: 20%;">DETAIL TESTS</td> <td style="width: 20%;">PERIODE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">CONCLUSION</td> <td></td> </tr> </table>	PRODUITS	DETAIL TESTS	PERIODE	CONCLUSION			
PRODUITS	DETAIL TESTS	PERIODE						
CONCLUSION								

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea			Réponses de la mission
IA Plâtres	Système digital pour l'aide à la décision dans les plâtres, par les médecins et les infirmiers. Critiques portées par la direction médicale	2018-2021	Présentation du nouveau produit à venir (2022). Application à tester sur un dispositif mobile type tablette.	
Formation spécifique avec guide soins des plâtres	Développement d'une formation spécifique pour la prise en charge des plâtres avec le comité d'experts ORPEA. Support adapté à la mobilité des équipes (format, présentation, contenu, ...)	2021-2022	Guide validé et formation en cours. Présentation intégrale du contenu de la journée d'étude sur les soins de plâtres : la cellule valide la présentation et la mise en place de journées d'étude sur les soins de plâtres, à programmer dans un premier temps au 2 ^e trimestre 2022	
[...]	Présentation et mise en place de nouveaux produits (CR cellule pansements)	2019-2021	Mise en place des nouvelles références dans les catalogues groupes	
Protection connectée	Présentation d'un nouveau produit connecté pour la prise en charge de l'incontinence	2nd trim 2021	Demande de données complémentaires par nos experts métiers pour mise en place d'un test	
Changes bariatriques	Tests pour des produits spécifiques des patients en forte obésité	4ème trim 2021	Tests concluants. Produits référencés pour tous les établissements.	
[...] Thérapie par pression négative	Test d'une nouvelle thérapie dans les plâtres	1er trim 2015	Test concluant. Produit validé sur demande de l'établissement.	
	Pour le fournisseur [...] :			
◆	prestations et développements informatiques en vue d'informer la prise et le suivi des commandes passées par les établissements : Orpea a financé un module spécifique dans le logiciel eProc pour [...] pour la gestion de la location de matériel médical ;			
◆	prestations de logistique au sein des établissements : les établissements stockent du matériel médical appartenant au fournisseur (concentrateurs, matelas à air, barrières) 365 j/365 (environ un volume de 4 m ³ par établissement). Cela permet un gain de coût lors des interventions de remplacement de matériel ;			
◆	analyse de l'adéquation des dispositifs médicaux par rapport au besoin des résidents : des tests sur le matériel médical de [...] (matelas, lèves, malades, chaussures anti chute...), sont effectués au sein des établissements en lien avec la direction médicale d'Orpea. Grâce à ces tests et aux observations des équipes médicales d'Orpea, [...] fait évoluer les produits auprès des fabricants pour répondre, de manière optimale, aux besoins du marché (cf. tableau ci-dessous) ;			
◆	fourniture d'informations statistiques concernant le taux d'utilisation des dispositifs médicaux : la fourniture de ces informations statistiques permet au fournisseur d'organiser ses commandes en fonction de tendances médicales des groupes similaires à Orpea (anticipation de l'arrêt de production de produits ou arrivée de nouveaux produits) ;			
◆	sélection de produits et/ou services spécifiques au sein de la gamme et mise en avant auprès des établissements : des présentations des produits de [...] sont réalisées lors des séminaires médicaux ;			
◆	fourniture d'indicateurs qualité et/ou de niveau de plaintes : la fourniture de ces indicateurs permet à [...] de pouvoir se retourner contre le fabricant en ayant des éléments de preuve de dysfonctionnements. Cela lui permet également d'améliorer les délais de livraison.			
Exemples de tests et nouveaux produits développés avec le concours d'Orpea et proposés ensuite à d'autres clients :				
PRODUITS			PERIODE	CONCLUSION

Annexe IV

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe IV

Identification du passage concerné	Réponses d'Orpea			Réponses de la mission
Matelas	Recherche et développement d'un matelas permettant la prévention d'escarre au tarif d'un matelas hôtelier.	2021	Validation d'un matelas spécifique. Produit désormais référencé pour ORPEA et en cours de mise à la vente pour d'autres clients	
Logistique	Test sur la mise en place d'une nouvelle plateforme pour assurer des livraisons en 48H	2017	Tests concluants. Mise en place des livraisons en 48/72H pour tous du petit matériel médical non urgent.	
Service	Travail avec les équipes ORPEA sur la mise en place d'un service optimum pour les EHPAD	2019	Création des 10 engagements et application sur tous les sites du groupe	
Fauteuils Roulants	Evolution du parc de fauteuils avec accessoires adaptés aux nouvelles pathologies. Tests des nouvelles configurations.	2018-2002	Référencement des modèles validés par la direction médicale au fur et à mesure des évolutions pour le remplacement du parc existant	
Douche au lit	Test pour référencement d'une solution de douche au lit pour les résidents non mobiles	2021	Test validé et produit référencé	
Chaussures	Sélection de chaussures médicales (CHUT)	2022	Essai en cours pour trouver une gamme pérenne pour des chaussures médicales	
Coussins de positionnement	Recherche de coussins avec les ergothérapeutes groupe pour référencer des coussins en fonction des pathologies	2021	Produits validés et référencés pour l'ensemble des établissements.	

ANNEXE V

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

SYNTHÈSE

Dans cette annexe sur **l'organisation et la gestion des ressources humaines du groupe Orpea**, la mission pointe en s'appuyant sur l'analyse des documents internes d'Orpea et les conclusions de ses inspections sur site (1):

- un modèle centralisé qui laisserait peu de marges de manœuvre aux Directeurs d'établissement ; ces Directeurs auraient une autonomie restreinte du fait du rôle déterminant du siège et des Directeurs régionaux dans la gestion des moyens et des établissements dont découlent le niveau et la qualité de prise en charge des résidents ;
- un système de pilotage (indicateurs de performance fondés sur la masse salariale et le taux d'occupation) et d'incitations susceptibles de générer des dérives (dépassement des capacités autorisées et dégradation de la qualité) ;
- un dialogue social atone, résultant d'une stratégie dans les relations sociales visant à réduire les capacités d'action des organisations syndicales, au profit d'un syndicat interne jugé trop proche de la direction.

Par ailleurs, en se fondant sur une analyse statistique issue du pôle d'analyse de données de l'IGF à partir des déclarations sociales nominatives du groupe, la mission constate une situation en matière de gestion des ressources humaines plus dégradée que la moyenne, qui se traduirait notamment par (2):

- une instabilité plus forte de son personnel que le reste du secteur due au sur-recours aux contrats de courte durée ;
- un taux d'accidents du travail élevé ;
- une part importante de licenciements non économiques parmi les fins de contrat.

Enfin, dans un secteur caractérisé par des tensions importantes de recrutement, la mission critique les efforts insuffisants du groupe pour développer l'attractivité de ses métiers, et dénonce, à travers le recours au personnel « faisant-fonction », un système de substitution des auxiliaires de vie aux aides-soignants qui vise à faire glisser les tâches des premières sur celles des secondes tout en faisant financer une grande partie de leur rémunération sur les dotations soin. Contraire à la réglementation, cette stratégie aurait pour conséquence de dégrader le taux d'encadrement du personnel soignant et donc la qualité de prise en charge des résidents (3).

Le dernier point relève d'une accusation particulièrement grave, à laquelle nous tenons à apporter une réponse en trois temps :

- Comme rappelé dans nos réponses dans l'annexe III, **le recours aux auxiliaires de vie « faisant fonction » d'aides-soignants est aujourd'hui nécessaire pour faire face aux contraintes inhérentes à l'activité** et relève d'une **pratique généralisée du secteur**, compte tenu de l'absentéisme et des tensions sur le recrutement. En ce qui concerne les **règles d'imputation**, nous avons indiqué précédemment que **le bilan du contrôle des ARS tout comme la jurisprudence ouvrent la voie à une interprétation plus nuancée** que celle retenue par la mission.
- **Nous contestons les chiffres sur lesquels s'appuie la mission pour comparer les taux d'encadrement** (absence d'explication sur la construction du tableau de comparaison dans lequel nous ne reconnaissons pas nos chiffres, interrogation sur la robustesse des régressions linéaires sur lesquelles se fonde l'analyse).

Annexe V

- Nous rappelons enfin que **le taux d'encadrement ne saurait définir à lui seul la qualité de prise en charge**, et qu'il conviendrait a minima de **corriger celui-ci de plusieurs facteurs susceptibles d'en expliquer la variation selon les établissements** (caractéristiques des résidents mesurées par le PMP et surtout le GMP, nombre de lits par établissements pour tenir compte des économies d'échelle, prise en compte de l'ancienneté de l'immobilier et du caractère fonctionnel des résidences...)

Nous informons par ailleurs la mission des taux d'encadrement que nous avons communiqués à l'Assemblée Nationale lors de notre audition :

	Ratio encadrement	
	Total	AS+IDE+AV / AS+IDE+AV+Psycho+ParaMed
2017	0,621	0,499
2018	0,651	0,515
2019	0,646	0,516
2020	0,680	0,544
2021	0,704	0,560

Concernant le premier point, nous tenons à nuancer l'interprétation que fait la mission de l'organisation du groupe et réfuter l'accusation quant aux dérives qui en résulteraient :

- Si **nous concédons** que notre organisation présente sur certains points **une centralisation importante** notamment en lien avec certaines procédures et exigences harmonisées au niveau du groupe -, nous tenons néanmoins à préciser que les Directeurs d'établissement ont, dans les faits, **davantage de marge de manœuvre que ne le laisse entendre la mission** (cf. ¼ des demandes d'embauche en CDD qui font l'objet d'une autovalidation).
- Nous soulignons par ailleurs que **notre système de primes, qui intègre déjà une importante composante qualité, est en cours de révision**.
- En outre, nous tenons à informer la mission que de nouveaux **accords d'entreprise sur le dialogue social** sont en cours de négociation.
- Enfin et surtout, **nous réfutons fermement toute dérive se manifestant notamment par la recherche de surcapacité, en rappelant que les dépassements de capacité restent exceptionnels dans nos établissements et répondez essentiellement à des situations d'urgence¹. Sur l'année de référence 2019, ils représentent ainsi marginalement 0,016% des journées facturées et ne font que décroître depuis cette date**.

Concernant le second point, et la question d'un recours excessif aux contrats courts, nous nous interrogeons sur les **limites d'une analyse statistique fondée sur les déclarations sociales nominative (DSN)**, dans la mesure où le conseil national de l'information statistique a lui-même mis en garde contre les **risques d'erreur de comparaison dus à la pratique de certains groupes visant à déclarer sous un même contrat plusieurs contrats effectués par un salarié au cours d'un même mois**. Or non seulement Orpea ne recourt pas à cette pratique, et respecte les règles en vigueur selon lesquelles à chaque CDD doit correspondre un seul motif d'absence, mais **certain établissements se trouvent même en situation de « sur-déclarer »**, en raison de contraintes informatiques du logiciel paie, le **nombre de CDD réellement effectués**, par exemple en cas de chevauchements de deux absences.

¹ Exemples : Personne âgée sans solution après hospitalisation, aidant hospitalisé, conjoint souhaitant rejoindre son épouse sans délai ...

Annexe V

Par ailleurs, il convient de souligner que, pour l'ensemble du secteur des EHPAD, **une partie significative du personnel soignant disponible privilégie les CDD en raison de la flexibilité et des avantages financiers (prime de précarité) qui y sont associés.** Dans un contexte de forte tensions sur le marché du travail sur ce type de personnel, **nos Directeurs d'établissement se trouvent souvent contraints de se plier à ces préférences pour assurer la continuité des soins** et la prise en charge des résidents, lorsque l'arrivée d'un titulaire en CDI se fait attendre.

Enfin, nous précisons qu'**une part significative (un tiers) des licenciements de Directeurs d'établissements pour faute grave** ne relève pas du choix de l'entreprise. Ces licenciements procèdent **en réalité d'abandons de poste.**

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 1., page 1 « L'organisation de la gestion des ressources humaines se caractérise par le rôle prépondérant des directeurs régionaux et une pression forte tendant à l'optimisation de la masse salariale »</p>	<p>Il nous semble important de rappeler en préambule que les Directeurs d'établissement sont avant tout des opérationnels. Leur premier objectif au quotidien est de s'assurer de la bonne organisation de leur résidence, afin de garantir le bien être des résidents qu'ils accueillent, le bon accueil des familles et intervenants ainsi qu'un environnement de travail serein aux personnels. Lorsqu'ils ont besoin de support et d'aide, les Directeurs d'établissement interagissent en priorité avec les services du siège, auprès desquels ils ont un référent habituel et identifié. Le Directeur régional n'intervient que ponctuellement et ne leur rend visite qu'à un rythme espacé de plusieurs semaines ou à leur demande.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire.</p>
<p>Annexe V, 1.1., page 1, « La chaîne hiérarchique est conçue de telle manière que les directions régionales font écran entre le siège et les directeurs d'établissement, dont l'autonomie est contrainte »</p>	<p>Les Directeurs disposent d'une grande autonomie dans l'exploitation quotidienne de leur établissement et pour la définition des grandes orientations de leur structure. Pour mener à bien sa mission, chaque Directeur d'établissement est soutenu par les services supports du siège qui lui apportent l'assistance nécessaire, comme le souligne d'ailleurs le graphique 1 de la page 2 de l'annexe V intitulé « Structuration des liens hiérarchiques et fonctionnels au sein d'Orpea ». Le Directeur d'établissement dispose ainsi d'interlocuteurs uniques au sein de chaque service du siège, avec lesquels il interagit au quotidien. Comme le note la mission, la direction des ressources humaines (DRH) a un rôle de supervision, de support et d'appui. Cette direction a des échanges directs et réguliers avec les Directeurs d'établissement, ce qui permet notamment de garantir le respect des règles applicables et d'accompagner la montée en compétence des Directeurs d'établissement et d'améliorer leur maîtrise, en particulier sur les sujets relatifs à la formation professionnelle ou au recrutement.</p> <p>Il ne nous semble donc pas exact d'écrire que « les directions régionales font écran entre le siège et les directeurs d'établissement ».</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. La chaîne hiérarchique est conçue de telle manière que les directions régionales jouent un rôle pivot entre le siège et les directeurs d'établissement, dont l'autonomie est contrainte. S'il est vrai que la direction des ressources humaines (DRH) est en appui des établissements sur des sujets comme les licenciements ou la formation professionnelle, les échanges que la mission a eus avec la directrice des ressources humaines ont laissé transparaître un décalage notable entre sa vision du groupe et les contrôles faits sur le terrain par la mission. Les décisions relatives aux ressources humaines sont par ailleurs largement déterminées par les consignes ou les décisions des directions régionales.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 1.1.2., page 3, « La structure repose sur quinze directeurs régionaux, responsables de la supervision des établissements, de la définition des budgets et de la validation des recrutements »</p>	<p>Comme le note la mission, la première étape du processus budgétaire « consiste à une remontée des besoins des directeurs d'exploitation à partir d'une matrice budgétaire ». Celle-ci est élaborée par les Directeurs d'établissement qui interagissent à cette occasion régulièrement et directement avec le contrôle de gestion. Cette matrice est ensuite remontée au Directeur Régional pour discussion. Le Directeur régional soumet le budget ainsi élaboré pour validation à la Direction des Opérations puis à la Direction Générale. La délégation de pouvoirs confiée aux Directeur d'établissement, transmise à la mission, précise bien à cet égard que ces derniers sont directement responsables et décisionnaires sur de nombreux points : gestion du personnel, projet d'établissement, élaboration des budgets, etc., comme détaillé dans les réponses à l'annexe I (1.2.1, page 2) :</p> <p>Les Directeurs d'établissement jouissent d'une grande autonomie dans l'exploitation quotidienne de leur établissement. Au-delà de cette autonomie, ils ont la responsabilité de définir les grandes orientations de leur structure. La délégation de pouvoirs qu'il leur est consentie le confirme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ils rédigent, mettent en œuvre et animent leur projet d'établissement (cf. point 1.4 de la délégation de pouvoirs du Directeur) ; • ils sont en charge de l'élaboration du budget de l'établissement (cf. point 1.4 de la délégation de pouvoirs du Directeur) ; • ils pilotent leur établissement de manière autonome informant de façon périodique le Directeur Régional, notamment des difficultés rencontrées ou des moyens qui leurs feraient défaut dans la direction de leur établissement. (cf. point 2 de la délégation de pouvoirs du Directeur) ; <p>Les Directeurs d'établissement décident en toute autonomie de l'affectation de leur budget de fonctionnement et procèdent aux arbitrages des priorités de leur établissement (cf. point 2.2 de la délégation de pouvoirs du Directeur).</p> <p>A ce titre, et compte-tenu du rôle important que joue le Directeur d'établissement, il ne nous semble pas exact d'attribuer au seul Directeur Régional la responsabilité de la définition des budgets, comme le suggère le titre de la section 1.1.2.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire. Les délégations de compétence et de mission mentionnent qu' « <i>ORPEA ne reconnaissant aux Directeurs d'exploitation ni autonomie, ni délégation, en matière financière, ces derniers, sous la responsabilité de la DH et en lien avec la DR, doivent : mettre en application les budgets définis</i> », et les délégations de pouvoir aux directeurs régionaux précisent en leur point 1.4 « <i>vous serez en charge d'établir le budget à allouer à chaque établissement afin de définir et arrêter le budget régional</i> ». Le point 1.4 de la délégation de pouvoir des directeurs régionaux aux directeurs d'établissement, qui indique « <i>vous serez en charge d'établir le budget de votre établissement en lien avec moi-même [le directeur régional]</i> » établit de façon assez claire les responsabilités fortes qui incombent aux directeurs régionaux.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 1.1.3., page 3, « Les prérogatives, compétences et responsabilités dont jouissent les directeurs d'exploitation sont issues d'une double délégation – dont l'articulation n'est pas évidente et n'a pu être expliquée par la directrice des ressources humaines »</p>	<p>Il nous semble important d'apporter les précisions suivantes.</p> <p>La délégation de compétences et de missions signée par le Directeur général d'Orpea et le Directeur d'établissement/d'exploitation est un document requis par les ARS et les conseils départementaux.</p> <p>Cette délégation est définie à l'article D. 312-176-5 du code de l'action sociale et des familles, aux termes duquel « dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit privé, mentionnés au I de l'article L. 312-1, lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel. Elle rend destinataires d'une copie de ce document la ou les autorités publiques qui ont délivré l'autorisation du ou des établissements ou services concernés, ainsi que le conseil de la vie sociale visé à l'article L. 311-6.</p> <p>Ce document précise la nature et l'étendue de la délégation, notamment en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; - gestion et animation des ressources humaines ; - gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; - coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. » <p>La délégation de pouvoirs signée par le Directeur régional et le Directeur d'établissement a pour objet de déléguer la responsabilité pénale du représentant légal d'Orpea au directeur d'établissement en lui déléguant un certains nombres de missions (gestion du personnel, hygiène et sécurité du personnel, fonctionnement des établissements, hygiène, sécurité et bienveillance des personnes accueillies, entretien des établissements et suivi des travaux), ainsi que les moyens matériels et humains associés (compétences, moyens matériels, financiers, humains et pédagogiques).</p> <p>La délégation de pouvoirs couvre un périmètre plus large que la délégation de compétence. Ces deux documents, qui ne doivent pas être confondus, sont cohérents et ne se contredisent pas entre eux.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire. Les précisions du groupe Orpea ne permettent pas d'expliquer les formulations différentes concernant les éléments relatifs à la gestion budgétaire et financière présents dans la délégation de compétence et la délégation de pouvoirs par exemple, d'autant que la délégation de compétences et de missions indique qu'Orpea ne reconnaît « aux directeurs d'exploitation ni autonomie, ni délégation, en matière financière », tandis que la délégation de pouvoirs laisse entendre que les directeurs d'exploitation « assurent la gestion budgétaire, en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 du CASF », et qu'ils « gèrent la caisse de l'établissement et effectuent les remises en banque », et « valident les factures fournisseurs ».</p>

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission																																										
<p>Annexe V, 1.1.4, page 8, « Sur une période de dix ans, 314 directeurs d'exploitation ont quitté le groupe [...] dont 57% de licenciements pour faute grave, 32% de licenciements pour inaptitude et 11% de licenciements pour cause réelle et sérieuse »</p>	<p>Pour les Directeurs d'établissement, nous dénombrons 292 départs entre 2012 et 2021 en excluant les décès et départs à la retraite, et non 314 :</p> <table border="1" data-bbox="311 683 782 1780"> <thead> <tr> <th>Motifs départs Directeurs (2012 à 2021)</th> <th>Nb</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>décès</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Démission</td> <td>121</td> <td>41%</td> </tr> <tr> <td>départ retraite volontaire</td> <td>18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>fin de période d'essai initiative employeur</td> <td>23</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>fin de période d'essai initiative salarié</td> <td>14</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>licenciement cause réelle et sérieuse</td> <td>10</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>licenciement faute grave</td> <td>49</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>licenciement inaptitude</td> <td>29</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Mise en Retraite</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>prise acte rupture salarié</td> <td>2</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>rupture conventionnelle</td> <td>44</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Sous-total</td> <td>292</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Total général</td> <td>314</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sur la période 2012 à 2021, dans 17% des cas, le départ des Directeurs résulte d'un licenciement pour faute grave et dans 10% des cas d'un licenciement pour inaptitude.</p> <p>Les licenciements ne sont pas intervenus en raison des seuls manquements (par ailleurs nombreux) aux procédures internes en vigueur, mais également en raison d'un défaut de gestion ou d'organisation qui ne permettait pas d'assurer une bonne prise en charge.</p> <p>En outre, comme le souligne la mission (page 9), 35% des licenciements pour faute grave des Directeurs résultent d'abandons de poste, lesquels « présentent l'avantage d'ouvrir droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage, contrairement aux démissions »</p>	Motifs départs Directeurs (2012 à 2021)	Nb	%	décès	2		Démission	121	41%	départ retraite volontaire	18		fin de période d'essai initiative employeur	23	8%	fin de période d'essai initiative salarié	14	5%	licenciement cause réelle et sérieuse	10	3%	licenciement faute grave	49	17%	licenciement inaptitude	29	10%	Mise en Retraite	2		prise acte rupture salarié	2	1%	rupture conventionnelle	44	15%	Sous-total	292	100%	Total général	314		<p>La mission maintient les constats du rapport provisoire. Les décès et départs en retraite constituent également des « départs » et sont donc pris en compte par la mission. Par ailleurs, la citation du rapport est tronquée (« Sur une période de dix ans, 314 directeurs d'établissement ont quitté le groupe, c'est-à-dire une moyenne de 31 directeurs par an, soit 10 à 15% du total des directeurs. Parmi ces départs, 90 sont des licenciements, dont 57% de licenciements pour faute grave... »). Les pourcentages mentionnés par la mission ont pour dénominateur le nombre de licenciements : sur le total des licenciements (88), 33 % (29/88) concernent ainsi des licenciements pour inaptitude.</p>
Motifs départs Directeurs (2012 à 2021)	Nb	%																																										
décès	2																																											
Démission	121	41%																																										
départ retraite volontaire	18																																											
fin de période d'essai initiative employeur	23	8%																																										
fin de période d'essai initiative salarié	14	5%																																										
licenciement cause réelle et sérieuse	10	3%																																										
licenciement faute grave	49	17%																																										
licenciement inaptitude	29	10%																																										
Mise en Retraite	2																																											
prise acte rupture salarié	2	1%																																										
rupture conventionnelle	44	15%																																										
Sous-total	292	100%																																										
Total général	314																																											

Annexe V

<p>Annexe V, 1.1.5, page 12, « la systématisation de ce type de parcours peut contribuer à sélectionner dans les viviers initiaux des salariés sur des critères d'alignement avec les pratiques de la société que sur la base de pratiques managériales vertueuses »</p>	<p>Il nous semble important de préciser que les promotions internes, sur les postes de DE/DR notamment, reposent sur deux éléments incontournables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les « soft-skills » du candidat. A titre d'exemple, pour toute promotion interne d'un collaborateur sur un poste de DE, le candidat est invité à répondre à un questionnaire « ASSESS-FIRST » (analyse du comportement / de sa motivation / de sa capacité de raisonnement), en sus des entretiens de promotion avec le Directeur régional et la direction des opérations. ▪ La bonne connaissance et compréhension des processus de l'entreprise (qualité, gestion, outils, culture ...) <p>Ces candidats sont identifiés par 3 voies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretiens annuels / entretiens professionnels → le candidat se positionne pour une évolution de carrière ▪ Entretiens informels → le candidat se positionne pour une évolution de carrière ▪ Revue des talents → l'entreprise propose une évolution de carrière <p>Les grands thèmes évalués, dans le cadre des entretiens annuels sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compétences métiers ▪ Compétences comportementales (être pragmatique, viser l'excellence, avoir l'esprit d'équipe et de collaboration, être soucieux du bien-être des autres, connaître ses forces et ses faiblesses et chercher à progresser, faire preuve de curiosité et être force de proposition, savoir se maîtriser et communiquer efficacement). <p>Ainsi, les capacités managériales sont régulièrement évaluées auprès de nos collaborateurs.</p> <p>Nous travaillons naturellement à leur accompagnement, adapté en fonction de leur profil (expérience terrain et formations managériales).</p> <p>La mission relève d'ailleurs des avancées « bienvenues » en matière de gestion des talents depuis 2020.</p> <p>Il est également important de faire l'inventaire des actions mises en place antérieurement à 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depuis 2008, nous avons mise en place le programme « Cadréan » lequel comporte: <ul style="list-style-type: none"> ○ des formations courtes destinées au développement des compétences des cadres, sur des thématiques managériales (« Gestion des conflits », « Animer une réunion », « Savoir déléguer », « Manager un projet », « Conduire un entretien d'évaluation », « Recruter efficacement »...); près de 900 personnes ont été formées depuis 2018; ○ Des formations certifiantes ou diplômantes Master, en partenariat avec l'ESSEC et l'ESCP Europe 	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Elle ne méconnaît pas les formations existantes ; son appréciation porte sur les profils ayant effectivement fait l'objet de promotions internes dans le passé. Comme le précise la réponse du groupe Orpea, si les conditions d'une véritable gestion des talents sont effectivement en cours de mise en place, ce qu'a bien noté la mission, cela illustre le fait que tel n'était pas le cas auparavant.</p>
--	--	--

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<ul style="list-style-type: none">▪ Depuis 2019, le groupe a créé un « Development Center » qui a pour objectif d'identifier les points forts et les axes d'amélioration pour accompagner les Directeurs Régionaux dans leur projet professionnel, à travers un plan de développement individualisé : l'ensemble des Directeurs Régionaux y a participé (sessions 2019 et 2021)▪ Une formation sur « Les fondamentaux du Management » (Krauthamer) a été donnée aux Directeurs Régionaux en 2019.	

Annexe V

<p>Annexe V, 1.1.6, page 14, « le diplôme de la personne en cours de recrutement n'est requis à aucune étape du processus [...] »</p>	<p>La vérification des diplômes est requise avant tout recrutement. Cette exigence est notamment rappelée dans plusieurs procédures internes, mises à disposition des Directeurs sur le « Portail Qualité » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans la procédure Qualité « RECRUTEMENT D'UN NOUVEAU COLLABORATEUR » (Document obligatoire – Référence PRTQUAL001), étape 7 : « Vérifier le diplôme. Demander le diplôme original au candidat si nécessaire (professions réglementées ou exigence pour le poste) [...] » • dans la procédure Qualité « EMBAUCHE D'UN NOUVEAU SALARIE ET INTEGRATION » (Document obligatoire - Référence EMB.A 001.) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Etape 0 : « Une offre d'emploi a été passée, conformément au référentiel en vigueur des métiers du Groupe, le poste vacant a été affiché dans l'établissement : - Demander au postulant la présentation de l'original du diplôme ou l'original de l'attestation délivrée en cas de perte du diplôme, ou l'original de l'autorisation d'exercice délivrée aux ressortissants européens, celle-ci étant équivalente au diplôme d'Etat français. Si l'original ne peut être fourni, et cas de doute, demander systématiquement la vérification au certificateur, à savoir la DR]SCS de la région où le diplôme a été délivré (annexe spécifique pour l'Ile de France). - Garder une copie du diplôme ou l'autorisation dans le dossier administratif du salarié. Sur le verso de la copie du diplôme, noter la mention « Certifie conforme à l'original le XXX et signature » ○ Etape 4 : « Le salarié doit vous remettre l'ensemble des documents demandés à l'étape 1, avant la date effective de sa prise de poste ou au plus tard, le jour de début de son contrat, lui fournir la liste des pièces manquantes au dossier Certains professionnels doivent : - s'enregistrer auprès de l'ARS du département. Cet enregistrement obligatoire pour exercer dans le département, est inscrit sous la forme d'un numéro (ADELI). Il s'agit des fonctions suivantes : chirurgien, infirmier, pédicurepodologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, diététicien, psychologue ». • dans la liste des documents à fournir, qui est remise au salarié (Document obligatoire - Référence EMB A 002) : « Pour votre entretien et afin de constituer votre dossier administratif, nous vous remercions par avance de vous munir des pièces administratives suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Tout justificatif d'identité (carte d'identité nationale, passeport...) en cours de validité <p>Pour les personnes étrangères : Tous documents autorisant le séjour en France : Carte de résident, titre de séjour ou passeport en cours de validité...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diplômes, titres référencés, certificat de qualification professionnelle (CQP), N° d'enregistrement ADELI délivré par l'ARS (A adapter en fonction du poste : Cf procédure embauche) N.B. : une copie de votre diplôme original sera faite sur l'établissement » • dans la « CHECK LIST DU DOSSIER ADMINISTRATIF DU SALARIE » (Document obligatoire – Ref ADM SAL) : <ul style="list-style-type: none"> ○ « DIPLOMES / CV : <ul style="list-style-type: none"> ○ Lettre de motivation / CV. 	<p>La mission maintient les constats du rapport provisoire. La partie 1.1.6 concerne bien l'architecture des systèmes d'information et non les procédures internes. Ainsi que l'indique le rapport, la mission a pu établir par elle-même que les systèmes d'information autorisaient des pratiques irrégulières. Cela n'emporte aucun jugement sur le contenu des procédures internes mais doit cependant appeler l'attention du groupe Orpea sur leur mise en œuvre effective. Cet exemple illustre par ailleurs le décalage qu'il peut parfois y avoir entre les règles internes et l'application réelle qui en est faite au sein du groupe.</p>
---	---	--

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diplômes, CQP, titre référencé / Autorisation d'exercice/ Déclaration ARS ○ Dernier certificat de travail ○ Le numéro d'enregistrement (N° Adeli) délivré par l'ARS du département pour le personnel concerné... ○ Le numéro d'enregistrement RPPS pour les médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes » ● En parallèle, lors de leur évaluation semestrielle, les Directeurs Régionaux doivent contrôler de manière aléatoire 3 dossiers salariés, dont 2 soignants et un personnel de nuit (cf. point 26 de la grille d'évaluation semestrielle du DR), afin de vérifier tant la pertinence que l'exhaustivité des pièces des dossiers. 	
Annexe V, 1.1.6, page 13, « les systèmes d'information ne sont pas paramétrés de telle sorte à empêcher certaines pratiques irrégulières en matière de recrutement »	<p>Afin d'éviter les erreurs de saisie sur l'outil, un nouveau paramétrage est prévu par les services SIRH.</p> <p>Il est également prévu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la mise en place d'audits RH sur les CDD ; ▪ la formation des Directeurs (au cours du parcours d'intégration des nouveaux Directeurs ainsi que lors de sessions annuelles) ; ▪ des interventions de la DRH en staff de DR une fois par mois pour une analyse des indicateurs et une formation continue ; ▪ un bilan et une analyse trimestriels, avec les Directions des Opérations. 	La mission prend note des actions envisagées.

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 1.2.1., page 15, « Le système de primes des directeurs accorde un poids important aux indicateurs de performance financière, modulés de façon significative par l'atteinte d'objectifs de qualité. »</p>	<p>Il nous semble inexact d'affirmer que le système de prime « survalorise » les objectifs financiers par rapport aux objectifs de qualité. En réalité, l'atteinte par les Directeurs des objectifs qualité conditionne 50% des primes semestrielles et 100% des primes annuelles.</p> <p>Cependant, dans le contexte de la crise sanitaire, il a été difficile de se fonder uniquement sur les critères habituels d'évaluation. C'est la raison pour laquelle plusieurs primes ont été attribuées à titre d'encouragement, sans lien avec ces indicateurs.</p> <p>Dans une démarche d'amélioration continue, ce système de primes est en cours de révision depuis l'automne dernier (ce que démontrent des échanges de courriels), afin d'ajouter des notions de conduite managériale, de satisfaction des résidents, de projets régionaux, de politique RSE...</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire. Si la qualité conditionne 50 % des primes semestrielles, les primes sont quasi-exclusivement fonction du respect du CA, de la masse salariale et du NOP, seuls 600 € de primes étant obtenus en cas d'atteinte du seul objectif de qualité.</p> <p>La réponse d'Orpea apporte une vision déformée des constats établis par la mission, qui se borne à estimer que « <i>la politique de rémunération des cadres, ainsi que la gestion de leur carrière, incite à survaloriser les objectifs financiers</i> ». De fait, outre l'importance forte des critères financiers – et la mission ne méconnaît pas dans ses constats la part jouée par les critères de qualité – dans la rémunération des directeurs d'exploitation, l'exclusivité de ceux-ci dans le calcul de la prime des directeurs régionaux contribue fortement à donner à la performance financière un rôle central dans les priorités des directeurs d'exploitation.</p>
<p>Annexe V, 1.2.2., page 18, « L'animation du réseau des directeurs régionaux incite à une optimisation des indicateurs de performance, en particulier le taux d'occupation, le chiffre d'affaires et la masse salariale. »</p>	<p>S'agissant de la conduite des comex (Comités Exploitation), comme en attestent les ordres du jour, l'analyse des indicateurs financiers des 230 établissements n'est abordée durant ces réunions que pendant 1h à 1h30. Le reste de la journée est consacré à des présentations et discussions avec les services transverses du siège.</p> <p>La qualité de la prise en charge et la satisfaction des résidents sont naturellement évoquées au cours de ces présentations et, de manière détaillée, notamment lors de la présentation des différentes enquêtes annuelles (enquête de satisfaction des résidents, enquête d'engagement des salariés, enquête managériale...).</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p>

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission														
<p>Annexe V, 1.2.3., page 19, « Les directeurs d'exploitation subissent une pression par différents biais pour les contraindre à une maîtrise stricte de la masse salariale, qui peut être mise en oeuvre sans aucune considération pour les conditions de prise en charge des résidents. »</p>	<p>Les indicateurs de suivi de la masse salariale, tels que l'outil de planification des effectifs pour le mois suivant, permettent de contrôler que le fonctionnement des organisations sera assuré et garanti en dépit des absences connues (congs, arrêts maladie, formations...). Cet outil de planification vise à affecter les ressources en fonction des besoins de la résidence. Nous regrettons les mails maladroits qui ont pu être exceptionnellement adressés par certains. Nous ne cautionnons absolument pas de telles démarches.</p> <p>Cependant, l'affirmation selon laquelle les Directeurs subissent une pression quant à la maîtrise stricte de leur masse salariale est inexact à nos yeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mission elle-même rappelle que seulement une quarantaine de CDI est refusée par an, d'ailleurs souvent pour une erreur dans la demande (nom de la personne ou fonction illisible, salaire erroné, etc...) et non pour contraindre les embauchés ; - les Directeurs d'établissement ont la possibilité, concernant les CDD, de valider eux-mêmes leurs demandes lorsque le délai ou l'urgence l'exigent. Ainsi 23% des demandes d'embauche en CDD sont validées en moyenne chaque année par les Directeurs d'établissement. <table border="1" data-bbox="758 1344 1058 1780"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux d'auto validation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Total général</td> <td>23%</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Taux d'auto validation	2017	27%	2018	21%	2019	20%	2020	23%	2021	25%	Total général	23%	<p>La mission maintient le constat provisoire. Les écrits consultés par la mission, qu'il s'agisse de courriels aussi bien que de plans d'actions, attestent du fait que la pression exercée sur les directeurs d'exploitation ne constitue pas un phénomène marginal ni isolé. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle seulement une quarantaine de CDI a été refusée ne permet pas de justifier l'absence de contraintes à l'embauche. Ce chiffre ne constitue en effet qu'un minorant dans la mesure où les extractions transmises ne permettent pas d'identifier ni les refus oraux ni les phénomènes d'auto-censure de la part des directeurs d'établissement.</p> <p>Le taux d'auto-validation n'avait pas été mentionné par le groupe Orpea dans le cadre des travaux de la mission, ni au siège, ni lors de la vérification dans les EHPAD. La mission s'étonne de cette communication tardive qu'elle n'est pas en situation de vérifier.</p>
Année	Taux d'auto validation															
2017	27%															
2018	21%															
2019	20%															
2020	23%															
2021	25%															
Total général	23%															

Annexe V

<p>Annexe V, 1.2.4., page 23, Le dépassement du nombre de résidents autorisés a été identifié comme une pratique récurrente, qui a concerné 11 % des EHPAD Orpea en 2019</p>	<p>Nous souhaitons à ce sujet apporter les précisions suivantes :</p> <p>Les dépassements de capacité restent exceptionnels et répondent essentiellement à des situations d'urgence. Sur l'année de référence 2019, ils représentent marginalement 0,016% des journées facturées. Sur les années suivantes, ces dépassements ne font que décroître. Par ailleurs, les 1120 journées comptabilisées au total peuvent parfois résulter d'un retard dans l'enregistrement des sorties, lequel vient augmenter artificiellement le nombre de résidents. En outre, la mission indique que la pratique de Qliksense permettrait de mettre en évidence ces pratiques de surcapacité. Or :</p> <ul style="list-style-type: none">• Qliksense n'est en place que depuis 1 an et non 4 comme mentionné dans le rapport• Ces pourcentages n'ont pas été mis en évidence par la mission par une simple commande dans Qliksense, mais en demandant une base de données afférente extraite de l'entrepôt de données.	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p>
--	---	--

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 1.3.1, page 29, « En outre, la mission a pu constater à l'occasion d'un de ses déplacements que les élus Arc-en-Ciel bénéficiaient d'une prise en charge directe de leurs frais de déplacements auprès de leur directeur d'établissement alors qu'en principe, c'est le système de l'avance de frais qui s'applique, y compris aux élus du CSE d'autres organisations syndicales »</p>	<p>Tous les élus bénéficient de la prise en charge de leurs frais de déplacements conformément aux dispositions légales. En pratique, cette prise en charge prend la forme, selon les circonstances et indépendamment de l'appartenance syndicale, soit d'un remboursement des frais avancés, soit d'une prise en charge directe par l'entreprise. Les pièces justificatives sont mises à la disposition de la mission.</p>	<p>minimisation opérée dans ce contradictoire apparaît préoccupante.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée en ce sens. Il conviendra en outre que les pièces justificatives en question alimentent un exercice de transparence qui pourrait réduire le sentiment d'inégalité de traitement exprimé par certains élus.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 1.3.2, pages 29-30 « Les IRP, centralisées et de fait maîtrisées par le syndicat majoritaire, réduisent très fortement les capacités d'action des autres organisations syndicales »</p>	<p>Concernant le CSE unique : Nous tenons à préciser que l'existence d'un CSE unique, conforme aux dispositions légales, a été entériné par accord collectif, lequel pourrait faire l'objet d'une révision lors de la prochaine échéance électorale.</p> <p>L'existence d'une instance unique ne réduit pas les capacités d'action des autres organisations syndicales qui font valoir leurs positions respectives au sein de l'entreprise par l'intermédiaire des représentants syndicaux qu'elles désignent (Délégué syndical ou Représentant de la Section Syndicale et Représentant Syndical au CSE) ; étant rappelé que l'action syndicale est une action revendicatrice (Art. L. 2131-1 C. trav.) qui ne se confond pas avec celle des représentants du personnel (Art. L. 2312-8_ C. trav.).</p> <p>Concernant le dialogue social : Il est envisagé la négociation d'un accord d'entreprise portant sur le dialogue social et les modalités d'exercice des mandats, en invitant l'ensemble des organisations syndicales présentes dans l'entreprise (y compris non représentatives).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Objet : <ul style="list-style-type: none"> ○ Promouvoir le dialogue social ○ Permettre un bon fonctionnement du/des CSE ○ Permettre une bonne représentation des salariés et équilibrée entre les organisations syndicales ○ Mettre une priorité stratégique sur la protection de la santé et de la sécurité des salariés et l'amélioration de leurs conditions de travail ○ Donner les moyens aux représentants du personnel de remplir leurs missions pour favoriser le dialogue social (ex : mise à disposition des Fédérations de permanents syndicaux avec maintien de leur rémunération, création de mandats de représentants syndicaux de proximité à raison de 2 ou 3 par organisation syndicale et par région, sans lien de proportionnalité avec les résultats des élections professionnelles ...) <p>Calendrier : démarrage 1ère quinzaine d'avril</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire, et prend note des actions envisagées. Elle n'ignore pas la nuance entre délégué syndical et élu d'une instance représentative du personnel. En outre, le fait que le CSE unique ait été entériné par un accord, d'ailleurs signé par une seule organisation, majoritaire, et dont la posture faiblement revendicative est assumée, ne garantit aucunement des moyens d'action particuliers aux autres organisations syndicales. Elle prend bonne note du projet de négociation d'un accord sur le dialogue social, dont le démarrage est prévu en avril, et qui pourrait constituer une piste pertinente d'évolution pour remédier à certaines des limites constatées par la mission.</p>

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
Annexe V, 1.3.2, page 30, « 45 représentants de proximité, ce qui ne permet pas, loin de là, à chaque EHPAD d'avoir au moins un élu sur place »	<p>Il nous semble important de préciser qu'aux 45 représentants de proximité s'ajoutent 83 autres représentants du personnel. Le nombre moyen de représentants du personnel pour les EHPAD est d'1 pour 2 résidences. Le groupe compte ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 élus titulaires au CSE ; • 35 élus suppléants au CSE ; • 3 représentants syndicaux au CSE ; • 10 délégués syndicaux ; • 45 représentants de proximité ; • Total= 128 	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les élus nationaux n'ont pas pour vocation première de suivre les personnels des établissements sur le terrain, mais bien d'échanger avec la direction du siège sur ses projets et de négocier l'amélioration des droits et conditions de travail de l'ensemble des salariés. Or, il est fait le constat par ailleurs que les conditions du dialogue social sur ces fonctions ne sont pas satisfaisantes. Le fait que les élus nationaux aient à compléter le manque de proximité par des déplacements fréquents concourt d'ailleurs à l'atonie du dialogue social national constatée par la mission.</p>
Annexe V, 2.1.1, page 35, « Dans le secteur des EHPAD privé à but lucratif, la hausse [Séguir 1] a été mise en place au début 2021, soit quelques mois après celle du secteur public »	<p>Nous tenons à préciser qu'Orpea a choisi de verser la revalorisation Séguir 1 dès le mois de décembre 2020 avec une rétroactivité à compter de septembre 2020.</p> <p>Montants versés en décembre : 206€ bruts pour le mois de décembre 2020 + 103€ bruts /mois rétroactivement au titre des mois de septembre à novembre 2020.</p>	<p>La mission prend note des actions mises en œuvre. Les pièces justificatives concernant cette rétroactivité n'ont pas été transmises à la mission dans les temps, le rapport n'a donc pas pu être modifié.</p>

Annexe V

<p>Annexe V, 2.1.1.2, page 35, « En moyenne, le taux de rotation de des personnels d'Orpea entre janvier 2019 et juillet 2021 est de 34,6% contre 19,5% pour le reste du secteur. »</p>	<p>Le taux de rotation du personnel (ou taux de turnover) est un indicateur RH qui définit de manière chiffrée le renouvellement de l'effectif d'une entreprise sur une année.</p> <p>Nous considérons que le taux affiché porte à confusion pour les raisons ci-dessous.</p> <p>Le nombre de 34,6% cité par la mission suggère qu'entre janvier 2019 et juillet 2021, l'effectif s'est renouvelé presque 3 fois et demi, ce qui ne correspond pas à la réalité.</p> <p>Nous utilisons, comme bon nombre de sociétés (Korian, Danone, Total, par exemple), une formule qui exclut les CDD ce qui est parfaitement normal dans la mesure où ces salariés ont vocation à quitter l'entreprise. D'ailleurs nous constatons, au regard de l'échelle utilisée page 34 que l'ANAP ne semble pas prendre en compte non plus les entrées/sorties des CDD.</p> <p>Ainsi, le taux de turnover déclaré dans le cadre de la DPEF pour l'exercice 2020 était de 18,92% pour la France et de 18,82% pour les EPHAD du périmètre France. L'autre grand acteur du secteur privé Korian déclarait pour sa part un turnover de 20,2%. A titre de comparaison toujours, l'étude DREES mentionnée à plusieurs reprises a précisé que le taux de turnover des infirmiers et des aides soignants atteint respectivement 52,5% et 48,3% dans le secteur des EHPAD.</p> <p>Par ailleurs, le taux de rotation calculé par la mission nous semble inexact, pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ce taux peut être artificiellement gonflé par un très faible nombre d'établissements générant un nombre très élevé de contrats très courts (comme nous l'avons vu plus haut, près d'un quart des demandes d'embauche en CDD, notamment en cas d'urgence, relèvent en effet d'une auto-validation par les Directeurs d'établissement). ■ Plus fondamentalement, les comparaisons effectuées sur le secteur à partir du taux de rotation sont rendues fragiles du fait des sources utilisées. La mission utilise en effet les données issues des déclarations sociales nominatives (DSN) d'Orpea et de ses concurrents, quelle que soit leur taille. <p>Or le conseil national de la statistique, organe qui fait autorité en matière de réflexion sur la statistique publique, a souligné lui-même dans un rapport de 2016 les limites de cette source pour évaluer le recours aux contrats de courte durée, compte tenu de la pratique de certains employeurs visant regrouper plusieurs contrats effectués au sein d'un même contrat fictif :</p> <p>« Pour les statistiques sur les mouvements de main d'œuvre, la DSN devrait permettre, mieux que les EMMO-DMMO, de suivre l'ensemble des CDD non renouvelables de moins d'un mois, de</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p> <p>L'exclusion des CDD donne une vision faussée de la réalité de la gestion RH du groupe.</p> <p>L'objectif de cette présentation est de réaliser une comparaison avec le reste du secteur, en tenant compte des CDD dès lors que le reste du secteur y a accès dans les mêmes conditions qu'Orpea. Dès lors que la comparaison a été réalisée sur la même base méthodologique, l'observation faite par Orpea n'enlève rien à la validité du constat initial.</p> <p>En toute rigueur, aucune comparaison n'est faite dans le rapport entre ces données et celles de l'ANAP présentes dans les graphiques des pages précédentes dans la mesure où la méthodologie de traitement des données n'est pas la même.</p> <p>Les critiques adressées par la DARES en 2015, reprises par le conseil national de la statistique, ont été levées par la façon dont s'est opérée la montée en charge de la DSN : la transition EMMO-DMMO / DSN s'est opérée progressivement et s'est achevée fin 2017. Ces sources étant utilisées à partir de 2019 dans le rapport, leur fiabilité globale est donc garantie.</p>
---	---	---


Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>couvrir les établissements nouvellement créés avec une qualification du contrat de travail et du motif de fin de contrat plus précise et d'améliorer la granularité territoriale par une couverture exhaustive des établissements employeurs. En mars 2015, au vu des premiers mois de montée en charge, la Dares avait alerté le groupe de travail [du Conseil National de l'Information Statistique] sur le risque d'une mauvaise connaissance des contrats courts due à la déclaration de contrats fictifs regroupant tous les contrats effectués dans une même entreprise par un même salarié au cours du mois. Les DSN analysées suggèrent cependant que les déclarations regroupées seraient minoritaires. La vigilance doit cependant être maintenue sur ce sujet car le fait que tous les contrats courts figurent de manière détaillée dans la DSN n'est pas encore complètement assuré même si cela est techniquement possible. Certains éditeurs/employeurs n'adhèrent pas à la solution proposée car ils la trouvent trop complexe à mettre en œuvre » (Rapport sur la diversité des formes d'emploi, juillet 2016, Conseil National de l'Information Statistique, page 26.)</p> <p>Or non seulement Orpea ne recourt pas à cette pratique, et respecte les règles applicables en matière de CDD, notamment l'article L.1242-2 code du travail, mais certains établissements se trouvent même en situation de « surdéclarer » le nombre de CDD réellement effectués, par exemple en cas de chevauchements de deux absences (ex : pour remplacer Mme X, absente lundi, mardi, vendredi, et Mme Y, absente jeudi sur la même semaine, il est normalement nécessaire de signer 2 CDD différents. Pour des raisons techniques liées au logiciel de paye, 3 CDD – un premier pour lundi mardi, un second pour jeudi, un troisième pour vendredi – seront signés en définitive avec potentiellement une seule personne.</p>	

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 2.1.2, page 37, « Pour rappel, le recours à un CDD n'est possible que pour l'exécution de tâches précises, effectuées de manière temporaire, dans les cas précisés par la loi »</p>	<p>En France, 82% des effectifs du groupe sont employés en CDI.</p> <p>L'objectif est naturellement de pourvoir l'ensemble des postes vacants par des CDI en prenant en compte les impératifs du secteur et les profils des professionnels qualifiés disponibles.</p> <p>Le secteur de la santé (public, associatif, privé ...) est confronté à une pénurie de personnel soignant, tout particulièrement sur les postes d'aide-soignant(e) et d'infirmier(e) diplômé(e) d'état. On estime à 100.000 le nombre de postes vacants pour les personnels de santé soignants en France tous secteurs confondus. Dans ce contexte, une partie significative du personnel soignant disponible privilégie la flexibilité offerte par les CDD qui peuvent en outre s'avérer financièrement avantageux pour ces personnes (indemnité de précarité).</p> <p>Ainsi, sur les 6 derniers mois, dans les candidatures spontanées reçues sur notre site « Carrières » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 138 aides-soignant(e)s recherchaient un poste en CDD ou sous forme de Gardes/Astreintes vs. 163 en CDI (soit 46% des candidatures pour un CDD) • 50 Infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat recherchaient un poste en CDD ou sous forme de Gardes/Astreintes vs. 93 en CDI (soit 35% des candidatures pour un CDD) <p>Ces chiffres démontrent bien que le phénomène de recherche de poste en CDD ou en vacation est loin d'être marginal.</p> <p>Contraints d'assurer la continuité des soins et la prise en charge auprès des résidents, les Directeurs d'établissement n'ont donc parfois d'autre choix que de recruter en CDD lors de l'arrivée d'un titulaire en CDI se fait attendre.</p>	<p>La mission maintient les constats du rapport provisoire. Les difficultés de recrutement rencontrées au sein du secteur sont bien mentionnées dans la partie 2.1.1 du rapport. Si certaines personnes privilégient la « flexibilité offerte par les CDD qui peuvent en outre s'avérer financièrement avantageux pour ces personnes (indemnité de précarité) », il convient de rappeler que l'indemnité ne doit en principe pas être versée si le salarié refuse un CDI pour occuper le même emploi ou un emploi similaire (article L. 1243-10 du code du travail). Cette disposition n'était pas appliquée dans les EHPAD vérifiés, le groupe Orpea ne respectant pas les dispositions du code du travail en la matière.</p>
<p>Annexe V, 2.1.3.2, page 43, « Les orientations de cette direction [Prévention Risques Pro] n'étaient pendant un temps que peu formalisées, et n'ont été traduites que récemment dans le corpus social d'ORPEA (Accord QVT signé le 29 juin 2021) »</p>	<p>Il nous semble important de préciser que des accords ont précédé celui du juin 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accord relatif à la pénibilité au travail signé le 28/11/2011 ; ▪ Accord relatif à la pénibilité au travail (renouvellement) signé le 03/03/2015 ; ▪ Accord QVT signé le 27/02/2018 ; ▪ Avenant à l'accord QVT signé le 28/01/2019. 	<p>La mission maintient la rédaction du rapport provisoire. La mission, qui a analysé l'ensemble des accords depuis 2017, avait bien connaissance de ceux de ces accords signés sur cette période.</p>

Annexe V

<p>Annexe V, 2.1.3.2., pages 43-44 « S'agissant des accidents du travail, ORPEA se caractérise par une sinistralité élevée »</p>	<p>Il nous semble que la mention d'une sinistralité élevée n'est pas exacte.</p> <p>Nous calculons et suivons de notre côté le taux de fréquence des accidents du travail, sur base de la définition communément admise (voir définition INRS reprise en dessous). Ce taux permet de faire le lien entre le nombre d'accidents et les heures travaillées.</p> <p>Sur base de ce calcul, notre taux de fréquence en EPHAD en France a baissé entre 2018 et 2020 :</p> <p>Tx fréquence AT</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2018 : 68,1 ■ 2019 : 64,6 ■ 2020 : 47,1 <p>Sur la base de la définition de l'INRS, il est bien mentionné que l'objectif de l'indice de fréquence est quant à lui le suivi du nombre d'accidents pour 1 000 salariés. Selon la réponse apportée par l'IGAS, nous comprenons que le nombre d'accidents est dans le cadre de la mission examiné par rapport à une notion d'équivalent temps plein (ETP). Cette notion d'ETP n'apparaît pas cohérente avec l'objectif de l'indice qui est de suivre le nombre d'accidents pour 1 000 salariés et non pour 1 000 ETP. La notion d'ETP correspond davantage à celle du nombre d'heures travaillées suivie par le taux de fréquence.</p> <p>Cependant, en complément des documents envoyés par notre Responsable de la prévention des risques professionnels, nous avons calculé un indice de fréquence, sur la base d'un effectif moyen (voir tableau ci-dessous).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2 016</th> <th>2 017</th> <th>2 018</th> <th>2 019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Effectif moyen</td> <td>11 738,85</td> <td>12 015,95</td> <td>12 101,04</td> <td>11 748,17</td> </tr> <tr> <td>Indice de fréquence sur base effectif moyen</td> <td>87,1</td> <td>86,1</td> <td>87,5</td> <td>93,1</td> </tr> <tr> <td>Indice de fréquence IGAS</td> <td>108,7</td> <td>126,5</td> <td>128,0</td> <td>131,3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nous tenons à souligner que dans cette situation l'indice de sinistralité est bien en dessous de 99 des « Autres EHPAD » tel que noté dans le tableau 14, page 43 (Source CNAM 2022).</p>		2 016	2 017	2 018	2 019	Effectif moyen	11 738,85	12 015,95	12 101,04	11 748,17	Indice de fréquence sur base effectif moyen	87,1	86,1	87,5	93,1	Indice de fréquence IGAS	108,7	126,5	128,0	131,3
	2 016	2 017	2 018	2 019																	
Effectif moyen	11 738,85	12 015,95	12 101,04	11 748,17																	
Indice de fréquence sur base effectif moyen	87,1	86,1	87,5	93,1																	
Indice de fréquence IGAS	108,7	126,5	128,0	131,3																	
<p>La mission maintient ses constats provisoires. La sinistralité a été calculée sur la base des chiffres CNAM, pour le secteur tout EHPAD confondus.</p> <p>Par ailleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer qu'un taux de fréquence dépassant 60 % ne correspond pas à une sinistralité élevée, si la mission suit le raisonnement d'Orpea dans sa réponse, dénote une conception peu exigeante de la protection des salariés vis-à-vis du risque d'accidents du travail ; - la notion d'ETP est celle utilisée par la direction des risques professionnels de la CNAM, dont l'expertise en matière de mesure de la sinistralité n'est pas contestable. Au demeurant, le bon sens n'interdit pas de penser que des risques d'accidents ne sauraient être mesurés avec exactement le même indicateur pour 1000 personnes travaillant à temps plein et pour 1000 personnes travaillant à mi-temps, la durée d'exposition étant le double pour ces derniers, donc l'intensité du risque probablement moitié moindre, pour un même indicateur. <p>Les calculs effectués par Orpéa, tels que la mission les comprend, consistent à prendre l'indicateur calculé par la DRP de la CNAM sur la base des ETP, pour le convertir en indicateur relatif aux effectifs, et le comparer à l'indicateur relatif aux ETP de l'ensemble du secteur, pour en déduire que le premier est inférieur au second, ce qui revient à comparer non seulement deux indicateurs différents entre eux, mais au surplus dont la différence sera par construction favorable à Orpea.</p>	<p>La mission maintient ses constats provisoires. La sinistralité a été calculée sur la base des chiffres CNAM, pour le secteur tout EHPAD confondus.</p> <p>Par ailleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer qu'un taux de fréquence dépassant 60 % ne correspond pas à une sinistralité élevée, si la mission suit le raisonnement d'Orpea dans sa réponse, dénote une conception peu exigeante de la protection des salariés vis-à-vis du risque d'accidents du travail ; - la notion d'ETP est celle utilisée par la direction des risques professionnels de la CNAM, dont l'expertise en matière de mesure de la sinistralité n'est pas contestable. Au demeurant, le bon sens n'interdit pas de penser que des risques d'accidents ne sauraient être mesurés avec exactement le même indicateur pour 1000 personnes travaillant à temps plein et pour 1000 personnes travaillant à mi-temps, la durée d'exposition étant le double pour ces derniers, donc l'intensité du risque probablement moitié moindre, pour un même indicateur. <p>Les calculs effectués par Orpéa, tels que la mission les comprend, consistent à prendre l'indicateur calculé par la DRP de la CNAM sur la base des ETP, pour le convertir en indicateur relatif aux effectifs, et le comparer à l'indicateur relatif aux ETP de l'ensemble du secteur, pour en déduire que le premier est inférieur au second, ce qui revient à comparer non seulement deux indicateurs différents entre eux, mais au surplus dont la différence sera par construction favorable à Orpea.</p>																				



Santé et sécurité au travail

Actualités | Démarches de prévention | Risques | Métiers et secteurs d'activité | Services aux entreprises | Publications et outils

Rechercher sur le site... OK

DOSSIER

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)

SOMMAIRE DU DOSSIER

- ▶ Ce qu'il faut retenir
- ▶ Régimes d'assurance des risques professionnels
- ▶ Principales définitions

- ▶ Procédure de reconnaissance
- ▶ Réparation et indemnisation des AT et des MP professionnels
- ▶ Obligations et rôles en matière de prévention
- ▶ **Statistiques nationales**

Publications, outils, liens...
Dossier complet (PDF 598,51 Ko)

Accueil > Démarches de prévention > Accidents du travail et maladies professionnelles > Statistiques nationales

Statistiques nationales

Chaque année, le ministère chargé du Travail établit un **bilan annuel des conditions de travail**, qui fait la synthèse des principales évolutions en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour le régime général, le régime agricole et le secteur public.

Les **statistiques de la CnamTS** des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) sont élaborées à partir des réparations d'accidents du travail et des reconnaissances des maladies professionnelles. Les données sont regroupées dans chaque région par les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSA), la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île de France (CRAMIF) ou les Caisses générales de sécurité sociale (CGSS), puis au niveau national par la CnamTS. Elles ne concernent que les travailleurs du régime général.


Ces statistiques sont établies pour la France entière, par comité technique national (CTN) et par code NAF. A chacun de ces niveaux, elles permettent de connaître :

- le nombre de travailleurs,
- le nombre de sinistres (accidents du travail ou de trajet ou maladies professionnelles) en premier règlement (c'est-à-dire ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière ou d'un premier versement du capital ou d'une rente)
- le nombre de sinistres (accidents du travail ou de trajet ou maladies professionnelles) avec incapacité permanente,
- le nombre de journées perdues par incapacité temporaire (l'incapacité temporaire est l'état dans lequel se trouve une victime d'accident ou de maladie qui, du fait du dommage corporel subi, ne peut plus exercer son activité professionnelle pendant une période donnée),
- le nombre de décès.


Pour les accidents du travail, en plus des données générales, des indicateurs sont calculés, permettant de suivre l'évolution du niveau du risque pour l'activité ou le secteur. L'entreprise peut ainsi, par comparaison, se situer dans sa branche d'activité ou son secteur.

- **Indice de fréquence (IF)** = (nb des accidents en premier règlement/Effectif salarié) x 1 000
- **Taux de fréquence (TF)** = (nb des accidents en premier règlement/Heures travaillées) x 1 000 000
- **Taux de gravité (TG)** = (nb des journées perdues par incapacité temporaire/Heures travaillées) x 1 000
- **Indice de gravité (IG)** = (somme des taux d'incapacité permanente/Heures travaillées) x 1 000 000

BASES DE DONNÉES




Epicea




Tableaux des maladies professionnelles

VOIR AUSSI



Acteurs de la prévention



Fondamentaux de la prévention

Annexe V

<p>Annexe V, 2.1.3.3, pages 44-45, « Par ailleurs, la priorité ayant été donnée dans un premier temps, à juste titre, à la réduction de la sinistralité, la QVT, notamment la prévention des RPS n'est encore qu'une politique en devenir » »</p>	<p>Au sujet de la prévention des RPS, la mission omet de mentionner la Cellule d'Intervention Institutionnelle (CII).</p> <p>Créée en 2009, la CII s'est déployée pour répondre aux besoins des institutions et des équipes. Elle est dédiée à la prise en charge immédiate des traumatismes des équipes et développe également des démarches préventives et de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien des équipes confrontées à un événement traumatisant et désorganisant dans une démarche à visée curative et préventive ; ▪ Soutien et accompagnement des équipes lors d'un changement conséquent dans une institution ; ▪ Vision globale des passages à l'acte suicidaire (facteurs et corrélations) ; ▪ Diagnostic et prévention des Risques Psycho Sociaux. <p>Outre les interventions ponctuelles (depuis 2009, 530 missions CII ont été réalisées au profit de plus de 4000 bénéficiaires), des audits ont été réalisés. Depuis 2018, une équipe pluridisciplinaire dédiée à « l'analyse fonctionnelle de la dynamique institutionnelle » (AFDI) peut intervenir au sein des établissements qui se trouveraient confrontés à des dysfonctionnements institutionnels. Bilan : 6 audits en 5 ans (ou 5 en 3 ans, témoignant de l'accélération du dispositif), dont 5 en EHPAD, 1 en clinique SSR, soit 179 salariés rencontrés, correspondant en moyenne à 52% des effectifs des établissements ; RPS avérés dans deux tiers des établissements audités avec mises en place de plans d'actions.</p> <p>Par ailleurs, le groupe a mis en place des formations spécifiques. Entre 2019 et 2021, près de 700 personnes ont été formées (cliniques et EHPAD).</p>	<p>La mission maintient la rédaction du rapport provisoire. Contrairement à ce qui est affirmé, la mission mentionne l'existence de cette cellule, pour également préciser qu'elle n'est qu'une réponse très partielle à la question de la qualité de vie au travail, même s'agissant des RPS, et ne se situe pas dans une logique de prévention : « (...) la mise en place d'une cellule d'écoute psychologique, qui relève du secrétariat général. Mais d'une part celle-ci ne traite que d'une réponse individuelle à des formes déjà potentiellement pathologiques des risques psychosociaux, ce qui ne constitue en rien une réponse d'ensemble, et d'autre part elle fonctionne de manière cloisonnée par rapport à la direction QVT » (dernier paragraphe du 2.1.3).</p> <p>La mission mentionne, également dans le 2.1.3, le récent effort de formation sur les RPS effectué à destination des directeurs.</p>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Formation</th> <th>Nombre formés 2019</th> <th>Nombre formés 2020</th> <th>Nombre formés 2021</th> <th>Nombre formés TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREVENTION RISQUES PSYCHO SOCIAUX</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>693</td> </tr> <tr> <td>Prévention des risques psycho sociaux (présentiel, format sur 2</td> <td>145</td> <td>23</td> <td>0</td> <td>168</td> </tr> </tbody> </table>	Formation	Nombre formés 2019	Nombre formés 2020	Nombre formés 2021	Nombre formés TOTAL	PREVENTION RISQUES PSYCHO SOCIAUX				693	Prévention des risques psycho sociaux (présentiel, format sur 2	145	23	0	168	
Formation	Nombre formés 2019	Nombre formés 2020	Nombre formés 2021	Nombre formés TOTAL													
PREVENTION RISQUES PSYCHO SOCIAUX				693													
Prévention des risques psycho sociaux (présentiel, format sur 2	145	23	0	168													

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme						Réponses de la mission
	ou 3 jours selon la fonction des participants						
	Sensibilisation à la prévention des RPS notamment en période de crise (distanciel 1 journée)	NC	68	83	151		
	Initiation au repérage des RPS et repérage des indicateurs de QVT au travail (1 journée)	NC	16	11	27		
	Comprendre les effets potentiellement désorganisant de la crise du COVID et prévenir les risques psycho sociaux (3 heures)	NC	289	58	347		

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
Annexe V, 2.2, page 46 « la fonction recrutement est longtemps restée en deçà des enjeux d'attractivité »	<p>Historiquement, la politique de recrutement a été décentralisée auprès des sites, les Directeurs d'établissement restant autonomes dans la gestion de leurs recrutements. C'est la raison pour laquelle des formations « recrutement » ont été organisées à échéance régulière à destination des Directeurs, adjoints et cadres de santé. Plus d'une centaine de collaborateurs ont été formés sur le sujet depuis 2013.</p> <p>Les équipes recrutement situées au siège agissaient alors en soutien de l'exploitation, notamment sur les recherches de fonctions clés (ex : médecins, Directeurs ...), recherches de cabinets de chasse ou encore pour la mise en place d'actions de sourcing. L'équipe recrutement assurait alors un accompagnement spécifique des sites et/ou territoires confrontés à des difficultés accrues de recrutement.</p> <p>Le groupe a fait le choix de recruter en 2019 une responsable chargée de dynamiser la politique de recrutement. Elle a notamment eu pour mission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place le SIRH ; - Diversifier les sources (diversification des canaux de recrutement) ; - Gérer les viviers de candidatures (grâce au SIRH) ; - Déployer des outils permettant de répondre rapidement aux besoins de recrutement (ex : HUBLO → 10 000 candidats inscrits sur cette plateforme en 2020) ; - Renforcer l'équipe de recrutement. <p>Cette dynamique se poursuit par ailleurs avec un renforcement des équipes en 2022.</p> <p>Cette équipe s'inscrit toujours en soutien de l'exploitation, le Directeur d'établissement restant autonome dans la gestion de ses recrutements.</p> <p>Dans une logique de diversification des candidatures, le Groupe a fait l'acquisition fin 2019 un deuxième IFAS et a créé un poste de responsable des Jeunes Talents, en vue de dynamiser l'attractivité de nos métiers.</p>	<p>La mission prend note des actions mises en œuvre et envisagées.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 2.2.2.1, page 46, « Les leviers d'attractivité sur lesquels mise l'entreprise nécessitent pour chacun une véritable transformation de son approche [...] Il en va de même des dispositifs d'accompagnement des transitions professionnelles »</p> <p>Annexe V, 2.2.1.1, page 48, « La politique de formation fournit une offre riche [...] contribuant peu au développement des compétences clés en termes de prise en charge des résidents »</p>	<p>Outre la structuration en cours de notre processus de recrutement, nous souhaitons souligner notre engagement, depuis le mois de décembre 2021, dans le projet POE expérimental mené par Pôle Emploi et les 2 Rives. Ce projet s'adresse en priorité aux demandeurs d'emploi de longue durée. Nous avons proposé près de 200 places de stages (pour une durée de 3 mois) dans toute la France sur des fonctions touchées par des pénuries (possibilité d'embauche en CDI sur un poste ASH et processus de VAE sur les postes AMP ou AS, ou encore cuisiniers). Les démarches de recherches de candidats sont d'ores et déjà engagées par Pôle Emploi ; les stages débiteront en avril 2022.</p> <p>Le catalogue de formation est d'ailleurs essentiellement orienté vers des actions en lien avec la prise en charge et la sécurité du résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les troubles des conduites alimentaires ; ▪ La nutrition chez la personne âgée ; ▪ Comment maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées hébergées ; ▪ La communication avec la personne âgée ; ▪ Maîtriser les fondamentaux de la maladie d'Alzheimer ; ▪ La maladie de Parkinson ; ▪ Prévention et prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ; ▪ Travailler en gériatrie – clinique de la personne âgée ; ▪ Prévention des chutes et travail de l'équilibre en ergothérapie ; ▪ Être soignant la nuit en EHPAD ; ▪ La toilette relationnelle et les soins corporels avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées ; ▪ Prévention des chutes en établissement de santé ; ▪ Prise en charge de la douleur ; ▪ Être référent sur site du risque suicidaire ; ▪ Être référent en hygiène ; ▪ Missions des aides-soignants dans la prévention du risque infectieux ; ▪ Mobilisation et déplacement de la personne âgée ; ▪ Gestes et soins d'urgence niveau 2 (AFGSU 2) + recyclage. <p>La mission précise par ailleurs (page 48) que : « le catalogue de formation 2022 aborde l'ensemble des domaines attendus ».</p>	<p>La mission prend note des actions mises en œuvre et envisagées.</p>
		<p>La mission maintient la rédaction du rapport provisoire. Le rapport souligne en effet la richesse et la pertinence du catalogue de formation. Il regrette en revanche l'insuffisante mobilisation et les modalités de mise en œuvre de ce catalogue dans les établissements. En particulier, les mini-formations prennent dans les faits une importance très forte au détriment de formations plus profondes, qui seules permettent d'acquérir des compétences techniques ou de savoir-être, essentielles dans la qualité de la prise en charge.</p>

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
Annexe V, 2.2.1.1, page 49, « des formations courtes sur les socles de compétences (2500 stagiaires prévus sur 2022-2024) ».	Il nous semble important de préciser que ce chiffre correspond aux formations que nous avons programmées sur la seule année 2022. Le volume pour 2023 sera finalisé en octobre 2022.	Le constat provisoire a été amendé.
Annexe V, 2.2.1.1, page 49, « L'horizon de l'objectif [10% des collaborateurs diplômés] n'est pas précisé, pas plus que la distribution entre les divers diplômés »	L'objectif de diplômer 10% de collaborateurs est à horizon 2023 (Orientations RSE qui sont d'ailleurs reprises par la mission conjointe d'inspection à l'annexe VI, page 3).	Le constat provisoire a été amendé.
Annexe V, 2.2.1.1, page 49, « Une place prépondérante à la formation interne »	<p>Cette phrase nous semble inexacte.</p> <p>En réalité, au cours des dernières années, les formations externes ont représenté une part importante des formations suivies :</p> <p>Sur 5 345 personnes formées en 2021, 5 108 soit 96% l'étaient via un organisme de formation externe.</p> <p>Sur 3 103 personnes formées en 2020, 2 991 soit 96% l'étaient en formation externe.</p>	Le constat provisoire a été amendé afin de clarifier le propos. Ce passage a été tronqué par la réponse d'Orpea, et mentionne en réalité « <i>une place prépondérante à la formation interne</i> formations, abordées au paragraphe suivant, et dont il est dit que de fait, même si elles ne sont pas comptabilisées comme formations <i>stricto sensu</i> , représentent la plus grande partie de l'effort de formation pour les personnels dans les EHPAD, au risque d'ailleurs de capter du temps disponible pour les formations qualifiantes et les formations de fond, qui en effet sont souvent réalisées en externe. La phrase en question a été précisée en ce sens.
Annexe V, 2.2.1.1, page 50, « formations facialement externes » (Renvoi en bas de page à DOMEA)	DOMEA ne dispense pas de formations proposées dans notre catalogue de formation continue. DOMEA est une école de formation d'Aides-soignants (IFAS) dont l'activité est encadrée et qui dispose d'une autorisation d'exercice (ARS) et d'un agrément au titre de la formation en apprentissage (CFA). Cette école accueille des apprenants de tout horizon (formation initiale, formation continue venant d'Orpea ou non).	Le constat provisoire a été amendé.

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
Annexe V, 2.2.1.1, page 51, « Orpea n'a pas prévu de financement des accompagnements [pour la VAE]	<p>Orpea a mis en place un accompagnement interne pour les VAE : 1,5 ETP sont entièrement dédiés à l'accompagnement de la VAE dans le groupe et sont entièrement mobilisés pour accompagner tous les salariés admis dans la démarche (= recevables livret 2) et qui souhaitent se faire accompagner. En outre, nous avons organisé dès 2018 l'accompagnement en interne de nos collaborateurs grâce à la formation d'IDEC régionales et IDEC de sites (12 personnes) par notre IFAS DOMEA, en vue d'accompagner les collaborateurs en VAE.</p> <p>En plus des programmes d'accompagnement sont déployés notamment un module de 35H + des aides à la rédaction et à la relecture des modules + préparation au jury lorsqu'ils reçoivent la convocation.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p>
Annexe V, 2.2.2, page 52, « Orpea se cale sur la convention collective nationale de la branche par principe, sans rien ajouter »	<p>Orpea a développé une politique de rémunération et d'avantages sociaux complémentaires (notamment intéressement, prime anniversaire, PEPA) représentant en moyenne : 1 061€ nets/an/salarié (moyenne des 4 dernières années).</p>	<p>La mission maintient la rédaction du rapport provisoire. Ce paragraphe porte sur le salaire fixe. Les éléments cités dans la réponse d'Orpea appartiennent à la rémunération variable, traitée plus loin dans le rapport (dans le tableau 17, il est tenu compte de la prime d'intéressement).</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 2. 2.2, page 52, « Ainsi, pour les CDI, les carrières démarrent à un niveau relativement bas (1600€ bruts mensuels pour une AS, 1900€ pour une IDE) »</p>	<p>Les salaires indiqués dans le document :</p> <p>1/ excluent le Ségur, qui fait partie intégrante de la rémunération (intégré aux salaires conventionnels) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ségur 1 : + 206€ bruts (AS & IDE), soit 160€ nets (contre 183€ nets dans le public) ▪ Ségur 2 : + 54€ bruts pour une IDE / + 19€ bruts pour une AS (revalorisations progressives de carrière dans le public – voir plus bas) <p>Soit, sur les seuls salaires d'entrée cités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AS = 1 825€ bruts mensuels ▪ IDE = 2 160€ bruts mensuels <p>2/ se fondent sur un salaire minimum d'entrée et non sur une moyenne générale des salaires à l'embauche, qui est la suivante* :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AS = 1 966€ bruts mensuels ▪ IDE = 2 693€ bruts mensuels <p>* Salaire moyen base temps plein au 31/12/2021 par tranche d'ancienneté (hors Ségur 2)</p> <p>Il convient par ailleurs de rappeler qu'il existe des écarts Public/Privé pour les revalorisations du Ségur :</p> <p>Ségur 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Privé : 160€ nets ▪ Public : 183€ nets <p>Ségur 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Privé : 54€ bruts (environ 42€ nets) pour une IDE / + 19€ bruts (environ 15€ nets) pour une AS dans le privé > une simple mesure de revalorisation salariale ponctuelle ▪ Public : Revalorisation progressive des salaires, tout au long de la carrière <p>A ces différences importantes de revalorisation s'ajoute un décalage de la date d'application du Ségur 2 : Au 1er octobre 2021 pour la Fonction Publique Hospitalière / en début d'année 2022 pour le Secteur Privé.</p> <p>Dans le Privé, le Ségur 2 va simplement permettre de « rattraper », et pour une partie seulement des personnels la différence Public/Privé du Ségur 1. Mais, plus on avance dans les carrières, plus les écarts se creusent.</p>	<p>La rédaction du rapport provisoire a été amendée pour prendre en compte les récents effets du Ségur et préciser que l'exemple cité concerne en effet le cas de personnes en bas de grille, qui est un point de repère pertinent. Cette situation n'est pas spécifique au groupe Orpea, tous les EHPAD, publics et privés, ayant versé les revalorisations Ségur à partir de décembre 2020 avec effet rétroactif à partir de septembre 2020.</p> <p>Par ailleurs, aucune des revalorisations mentionnées ne relèvent du libre choix d'Orpea, il s'agit d'éléments qui ont été négociés au niveau du secteur. Cela confirme l'absence de déploiement de mesures d'attractivité de la part du groupe. De surcroît, le groupe n'a pas transmis à la mission les documents lui permettant d'arriver à ces moyennes de salaire sur AS et IDE.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 2.2.4, page 56, « Malgré une tolérance de cet usage [AV faisant fonction d'AS] dans le secteur, le glissement de tâches est problématique tant sur le plan de la prise en charge que d'un point de vue juridique et budgétaire »</p>	<p>Nous nous permettons de souligner que la question des auxiliaires de vie faisant fonction est sectorielle et ne relève pas d'une problématique propre aux établissements Orpea. Ce point est largement détaillé dans nos réponses relatives à l'Annexe 3. Par ailleurs, tel qu'indiqué en Annexe 3, bien que ne relevant pas de la section soin, le juge de la tarification peut considérer que des charges qui ne relèvent pas par nature de la section tarifaire soin (c'est le cas des auxiliaires de vie faisant fonction) peuvent être considérées comme éligibles lorsqu'elles concourent au bon fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Le TITSS de Paris a ainsi jugé que :</p> <p>« Considérant qu'il résulte de l'instruction et n'est pas contesté que l'EHPAD Maisons de famille Les Etangs a enregistré une augmentation de son activité au cours de l'exercice 2009 à la suite du changement de son implantation et de l'extension de sa capacité, qui est passée de 35 à 91 places, conformément à l'avenant n° 1, entré en vigueur le 1er août 2008, à la convention tripartite du 20 décembre 2005 ; que le gestionnaire soutient sans être démenti qu'il a employé de nombreux personnels intérimaires à défaut d'avoir pu recruter au rythme qui aurait été nécessaire des agents permanents, titulaires des diplômes requis, compte tenu de la pénurie de ces qualifications dans le département de l'Essonne ; qu'ainsi les dépenses de remplacement écartées n'étaient pas étrangères soit par leur nature, soit par leur importance à celles qui avaient été envisagées lors de la fixation du tarif 2009 ; que d'ailleurs et en toute hypothèse la requérante justifie qu'en aurait-il été autrement elles auraient été impliquées par les nécessités du fonctionnement normal de l'établissement » (TITSS Paris, 5 octobre 2021, n° 11.057)</p> <p>Le juge de la tarification admet que la prise en charge d'un personnel soignant, même sans qualification, puisse être justifié par la situation de l'établissement et du bassin d'emploi.</p> <p>Ainsi, s'il n'est normalement pas possible de remplacer une aide-soignante par une auxiliaire de vie, le juge peut admettre cette substitution dès lors que l'établissement peut justifier cette substitution par la pénurie de personnel soignant.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire. Le fait que ces pratiques soient connues par les autorités ne signifie pas que celles-ci soient légales. Par ailleurs, la décision citée, (TITSS Paris, 5 octobre 2012, n° 11.057, la date indiquée par Orpea n'étant pas correcte), n'indique pas que ces glissements de tâche sont tolérés, mais concerne i) un sujet d'affectation de dépenses et ii) un sujet de recours à l'intérim, qui n'implique en aucun cas que les personnes peuvent ne pas être titulaires des diplômes requis (la formule faisant ici référence au fait que cela concernait tant des IDE que des AS et AMP). L'interprétation d'Orpea n'est pas fondée en droit et ne peut être retenue.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 2.2.5, page 58, « La suspension d'une augmentation artificielle du nombre d'Av en formation AS-AMP pour les faire prendre en charge par le budget soins »</p>	<p>S'il est vrai qu'un certain nombre de dossiers n'avait pas été mis à jour et intégré de fait dans les Etats Réalisés des Recettes et des Dépenses (ERRD), nous soulignons qu'un nombre significatif d'auxiliaires de vie en formation n'est pas inclu dans les ERRD.</p> <p>Outre le fait qu'il concerne uniquement la VAE (excluant les formations dans le cadre de la formation continue ou en alternance), le fichier initialement transmis par le Service Formation à la mission n'était donc pas exhaustif et, en tout état de cause, ne pouvait pas permettre de répondre à l'objectif de recoupement avec la dotation de soin.</p> <p>En outre, la VAE étant une démarche personnelle, le Service Formation n'est pas toujours informé lorsque des salariés s'engagent dans ce parcours.</p> <p>Les outils dont disposent le Service Formation imposent des actions manuelles qui peuvent parfois être source d'erreur. C'est dans ce sens que nous avons initié des améliorations fin 2021 pour améliorer le processus en place et éviter les recensements sous format excel.</p> <p>En tout état de cause, il n'y a pas d'augmentation artificielle ou de non-conformité portant sur l'imputation des AV faisant fonction d'AS sur la dotation de soin. Cette position est confortée par le très faible nombre de rejets (3 rejets au total sur 4 de nos 226 établissements) dont nous avons fait l'objet, comme cela est par ailleurs précisé dans le point 2 de la note de synthèse relative à l'Annexe III.</p>	<p>La mission maintient son constat provisoire, le groupe Orpea n'ayant pas apporté de pièces justificatives complémentaires. Il est de la responsabilité du groupe de transmettre des fichiers exhaustifs dans le cadre d'un contrôle.</p> <p>Dans l'hypothèse où les ERRD seraient incomplets comme le suggère Orpea, cela poserait un problème de sincérité dans les informations transmises par le groupe aux ARS.</p>
<p>Annexe V, 3.1, page 61, tableau 20</p>	<p>Il convient de préciser que les clés de répartition indiquées dans le tableau concernant les charges couvertes par deux sections tarifaires (hébergement/dépendance et dépendance/soin) sont les clés de répartition historiques. Depuis les décrets d'application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, promulguée le 28 décembre 2015 (dite « loi ASV »), ces charges sont couvertes concurremment par les deux sections tarifaires hébergement/dépendance et dépendance/soin.</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée. Ces clés de répartition étant celles utilisées par le groupe Orpea, la mission s'est fondée sur ces éléments.</p>

Annexe V

Nous émettons des réserves sur la méthodologie utilisée pour calculer ces indicateurs. En effet, si l'approche par comparaison d'indicateurs sectoriels est pertinente, elle pâtit toutefois de l'absence d'un référentiel national commun, reposant sur des définitions claires et harmonisées. Ainsi, nous déplorons dans le cas présent les biais potentiels pouvant être induits par les facteurs suivants :

- Comparaison de données DADS-DSN pour 2019, sur la base d'un périmètre EHPAD arrêté à janvier 2022 (à noter que l'année de référence pour les capacités transmises par la CNSA n'est pas mentionnée)
- Erreurs possibles de catégorisation dans la base Finess
- Calcul de taux d'encadrement sur la base de capacités et non de résidents réellement présents (à préciser que ce biais est relevé par la mission)

En outre, à partir du travail de référence produit par la DREES « Le taux d'encadrement dans les EHPAD – ses déterminants et ses alternatives », François Reynaud, Les dossiers de la DREES n°68, décembre 2020, il convient aussi de souligner les autres facteurs explicatifs d'une variation du taux d'encadrement :

- le premier est lié aux caractéristiques des résidents, mesurées par le PMP et surtout le GMP, qui conduisent l'auteur à recommander l'utilisation d'un « taux d'encadrement corrigé du GMP [qui] permet[trait] de se rendre compte de l'adéquation des moyens mis en œuvre afin de répondre aux besoins de soins d'accompagnement de la perte d'autonomie ».
- Le deuxième facteur tient à la taille des établissements : selon l'article pré-cité, « le taux d'encadrement est négativement corrélé avec le nombre de places installé », ce qui est « cohérent avec des effets d'échelle car le poids des coûts fixes dans le taux d'encadrement décroît quand le nombre de places installées augmente ». Cette corrélation ne vaut pas seulement pour le personnel administratif, puisque « le taux d'encadrement en personnel soignant et des agents de service varie également en sens inverse du nombre de places installées, mettant là encore en relief des économies d'échelle », cette dernière observation étant vraie en particulier pour ce qui concerne les employés de nuit. Or à partir des données figurant dans le tableau ci-dessous, on observe que le nombre de lits moyen par établissement d'Orpea est supérieur de 10,6% à celui des 14 autres premiers groupes privés commerciaux.

La mission maintient le constat provisoire. La comparabilité des données 2019 et 2022 a été assurée en retenant uniquement les établissements Orpea classés en EHPAD en 2022 et présents sur toute la période. Cela permet notamment d'exclure les collaborateurs du siège qui exercent leur activité dans un établissement qui n'est pas classé en EHPAD. De plus, les établissements fermés ou ouverts sur la période 2019-2022 sont exclus du champ de l'analyse, à la fois pour les données sur la capacité des établissements et sur les effectifs. Cela permet de ne pas introduire de biais dans le calcul du taux d'encadrement.

S'agissant des retraitements, une réconciliation avec les ratios Orpea est particulièrement complexe pour deux principales raisons :

- le champ retenu par la mission est plus restreint : restriction au champ des EHPAD présents en 2022 et dont la capacité est renseignée dans les données CNSA 2019 (environ 145 établissements pour 13 000 lits et 8000 ETP) ;
- des retraitements statistiques ont été réalisés par nos statisticiens sur les données brutes transmises par le groupe pour être comparables avec le reste du secteur selon les méthodes standards appliquées par l'Insee.

Ces éléments ont été transmis au groupe Orpea dans un courriel du 21 mars 2022, à 15h22.

Annexe V

Place	Groupe d'Ehpad	Nombre de résidences en France	Nombre de lits en France	Nombre moyen de lits par établissement en France
1	Korian	298	24 960	84
2	Orpéa	226	19 922	88
3	DomusVi	225	18 205	81
4	Colisée	97	7 634	79
5	Maisons de Famille	16	1 370	86
6	Domidep	101	6 741	67
7	Emera	45	4 057	90
8	Vivalto Vie	19	1 250	66
9	LNA Santé	45	4 631	103
10	SEDNA	17	1 348	79
11	SGMR Les Opalines	46	3 359	73
12	Medeos	34	2 693	79
13	SGMR Ouest	24	1 717	72
14	Medicharme	33	1 769	54
15	Omeris	17	1 304	77
	Moyenne			78
	Moyenne pondérée	1 243	100 960	81
	Moyenne pondérée hors Orpea	1 017	81 038	80

Source : Mensuel des Maisons de Retraite (MMR), sur la base des chiffres constatés au 31 décembre 2020 des lits « ouverts au public ».

- le dernier facteur concerne l'immobilier : selon l'article pré-cité, « le taux d'encadrement est positivement corrélé avec l'ancienneté du bâti », une des hypothèses permettant de justifier ces observations étant que « l'aménagement de l'espace dans les

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission																																	
	<p>bâtiments les moins récents [étant] moins bien optimisés, on a donc besoin de plus de personnel ». Or la plupart de nos établissements sont de construction ou ont fait l'objet d'une rénovation récente, et se caractérisent par leur conception fonctionnelle.</p> <p>Nous tenons enfin à souligner que malgré nos demandes, la mission n'a pas souhaité nous fournir les éléments ayant permis la construction de son tableau comparatif. Si l'on tient compte par ailleurs des délais impartis pour transmettre nos commentaires à la mission, il ne nous a donc pas été possible de réconcilier les données afin de pouvoir procéder à une analyse contradictoire. Nous tenons toutefois à rappeler ici les taux d'encadrement que nous avons également fournis à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, ceux-ci étant calculés sur la base des résidents présents :</p> <table border="1" data-bbox="598 683 845 1780"> <thead> <tr> <th colspan="4">Ratio encadrement</th> </tr> <tr> <th>Total</th> <th>AS + IDE</th> <th>AS+IDE+AV</th> <th>AS+IDE+AV+Psycho+ParaMed</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017</td> <td>0,621</td> <td>0,295</td> <td>0,499</td> <td>0,517</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>0,651</td> <td>0,306</td> <td>0,515</td> <td>0,535</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>0,646</td> <td>0,303</td> <td>0,516</td> <td>0,536</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>0,680</td> <td>0,315</td> <td>0,544</td> <td>0,566</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0,704</td> <td>0,314</td> <td>0,560</td> <td>0,582</td> </tr> </tbody> </table>	Ratio encadrement				Total	AS + IDE	AS+IDE+AV	AS+IDE+AV+Psycho+ParaMed	2017	0,621	0,295	0,499	0,517	2018	0,651	0,306	0,515	0,535	2019	0,646	0,303	0,516	0,536	2020	0,680	0,315	0,544	0,566	2021	0,704	0,314	0,560	0,582	
Ratio encadrement																																			
Total	AS + IDE	AS+IDE+AV	AS+IDE+AV+Psycho+ParaMed																																
2017	0,621	0,295	0,499	0,517																															
2018	0,651	0,306	0,515	0,535																															
2019	0,646	0,303	0,516	0,536																															
2020	0,680	0,315	0,544	0,566																															
2021	0,704	0,314	0,560	0,582																															

<p>Annexe V, 3.2.1, page 68, tableau 24 « Régressions linéaires sur le taux d'encadrement »</p>	<p>La mission ne précise pas les détails de la méthodologie sous-jacente à cette analyse. La pertinence et la robustesse de cette méthodologie suscitent des interrogations de notre part, pour les raisons évoquées plus haut sur le taux d'encadrement.</p> <ul style="list-style-type: none"> La mission observe qu'« en ce qui concerne les agents de service hospitaliers, les établissements du groupe Orpea, contrairement au reste du secteur des EHPAD privés, ne font pas varier le nombre d'ASH de manière significative en fonction du GMP ». Or cette observation ne suffit pas en elle-même à caractériser une anomalie. Dans l'article de référence sur le taux d'encadrement dans les EHPAD précédemment cité publié par la DREES en décembre 2020, l'auteur observe ainsi que si « le taux d'encadrement du personnel soignant dans les EHPAD augmente avec le GMP », « le taux d'encadrement des agents de service ne varie en revanche que parmi les établissements qui ont un GMP qui se situe aux extrêmes. Il est le même pour les EHPAD est entre 600 et 749 ». L'une des hypothèses avancées par l'auteur est que dans la mesure où « il est courant dans les établissements que les agents de service servent à faire face aux besoins de soins à la marge, [...] dans les EHPAD avec un GMP plus élevé, les agents de service seraient recrutés en plus grand nombre pour aider les aides-soignants et les infirmiers et parce qu'ils seraient moins coûteux que les premiers ». La mission reprochant par ailleurs à Orpea d'avoir recours à cette pratique, soit ce reproche est infondé, soit ses régressions linéaires sont à revoir. La mission constate ensuite que si « le nombre d'aides-soignants évolue de manière significative en fonction du GMP et du PMP », « les établissements du groupe adaptent davantage leur nombre d'aides-soignants dans les équipes en fonction du niveau de PMP que du GMP, notamment en comparaison des pratiques du secteur des EHPAD privés », tandis que « le groupe n'adapte pas de manière significative le taux d'encadrement en IDE, que ce soit en fonction de l'évolution du GMP ou du PMP ». Là-aussi, bien que contre-intuitives, ces observations ne suffisent pas en elles-mêmes à caractériser une anomalie. Selon l'article cité précédemment, « si la variation de l'encadrement des aides-soignants selon le PMP devrait être plus faible que celle de l'encadrement des infirmiers car ce sont ces derniers qui assurent ce type de soin, on observe le contraire puisque le taux d'encadrement des infirmiers ne varie pas avec le PMP, contrairement au taux d'encadrement des aides soignants. Cela révélerait que les aides-soignants prennent en charge une partie des soin qui incomberaient aux infirmiers ». La mission ne présente pas de régressions portant sur une catégorie plus large, regroupant l'ensemble des personnels au service de la prise en charge des résidents dans les établissements. Or en privilégiant des catégories trop fines de personnel, l'analyse présentée peine à appréhender la réalité du glissement des tâches. Dans l'article précité, l'auteur invite à « prendre des précautions sur les catégories de personnel impliquées dans l'encadrement », « la séparation formelle des tâches entre les différentes catégories de personnel soignant ne 	<p>Le constat provisoire a été amendé. La mention « <i>d'anomalies</i> » n'apparaît pas dans le rapport provisoire transmis à Orpea, les différents éléments étant indiqué comme des « <i>constats</i> » de la mission.</p> <p>Les données statistiques produites par la mission peuvent donner lieu à différentes explications. Il reste que les chiffres montrent un taux d'encadrement inférieur à la moyenne du secteur sur la plupart des catégories de personnel. Il convient de signaler que l'écart à la moyenne du taux d'encadrement global d'Orpea est en partie résorbé par la ligne « autres personnels cadres » (écart supérieur d'1,7 point à la moyenne), qui ne devraient en toute hypothèse pas contribuer aux « <i>glissements de tâches</i> » évoqués par le groupe dans sa réponse.</p> <p>L'argumentation du groupe concernant l'analyse « <i>priviliégiant des catégories trop fines de personnel</i> » peut aussi relativisée par le fait que le tableau 23 présente un sous-total des professionnels soins et dépendance qui intègre les ASH.</p> <p>En réaction aux observations d'Orpea, la mission a amendé le constat concernant le taux d'encadrement, en regroupant AS et AMP, cette concaténation faisant apparaître un taux d'encadrement à nouveau plus faible au sein du groupe Orpea que dans l'ensemble des EHPAD à but lucratifs.</p>
---	---	--

Annexe V

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>correspond[ant] pas à ce qu'il se passe dans la réalité », à savoir le glissement des tâches imposé par deux facteurs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'aggravation, au cours du temps, de la situation de dépendance de nos résidents et des soins nécessités par ces derniers, qui conduit ainsi nos auxiliaires de vie à consacrer plus de 60% de leur temps à la prise en charge de la dépendance (cf. étude interne citée dans nos réponses à l'annexe III), quand les clés de répartition historiques prévoyaient que cette proportion ne soit que de 30%. - les tensions croissantes sur le personnel de soin qualifié ; comme le rappelle le rapport El Khomri, la France forme chaque année trois fois moins d'aides-soignantes qu'il n'en faudrait pour répondre aux besoins du marché, ce qui conduit à concentrer des aides-soignantes en nombre insuffisant sur le soin et à faire « glisser » des auxiliaires de vie sur la part de dépendance jusqu'ici assurée par les premières. <p>Or, toujours selon le même article cité, « ces glissements de tâches conduisent à ce que des taux d'encadrements calculés sur des catégories de personnels trop fines puissent être trompeurs, au sens où ces taux ne traduisent pas exactement l'adéquation entre les besoins des résidents et les moyens consacrés par l'établissement au type de tâches réalisées par chaque catégorie. Dans la construction de l'indicateur, il existe donc un antagonisme entre la prise en compte de la grande diversité des tâches – qui pousse à ne pas considérer un taux d'encadrement global mais à distinguer à l'inverse selon les catégories de personnel – et les glissements de tâches entre catégories (qui poussent au contraire à ne pas distinguer trop finement les catégories. Une solution pour contourner cette difficulté est de calculer le taux d'encadrement selon un niveau d'aggrégation intermédiaire, en regroupant parmi celles lesquelles les glissements de tâches sont les plus fréquents. »</p>	

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe V, 3.3., page 71, « dans plusieurs établissements inspectés, la mission a pu observer que les effectifs d'aides-soignants et faisant-fonction chargés des soins basiques étaient insuffisants pour réaliser les tâches requises, notamment les toilettes, dans un délai permettant d'assurer le bien-être des résidents.</p>	<p>La mission ne précise pas le nombre ni la proportion d'établissements où ce phénomène a pu se produire, par rapport au total des établissements inspectés, ce qui ne permet pas d'apprécier son caractère représentatif.</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire. Ces éléments ont pu être identifiés au sein des neuf établissements vérifiés par l'IGF que sont ceux de [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...].</p>
<p>Annexe V, 3.3., page 72, « Cela conduit donc à faire varier les ratios d'encadrement en fonction des unités »</p>	<p>Comme le souligne la mission, le niveau de dépendance varie selon les unités. Il ne semble donc pas anormal d'avoir des taux différents, contrairement à ce que laisse entendre cette phrase.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire.</p>
<p>Annexe V, 3.3., pages 73-75</p>	<p>Par rapport au temps de toilette calculé par la mission, nous souhaitons apporter les précisions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> la mission émet l'hypothèse que les toilettes occupent les soignants 3 heures par jour. Or, elle note également que les toilettes se font parfois jusqu'à midi, voire l'après-midi. Ainsi, le temps de toilette calculé doit être considéré comme étant un minimum. le ratio de « 15 minutes pour [l'établissement] qui présente le ratio le plus dégradé » correspond également à l'estimation moyenne de la conférence nationale des Directeurs d'EHPAD (CNDEPAH) (cf. page 71) <p>Le groupe Orpéa ne dispose pas de marges de manœuvre plus importantes que les autres opérateurs pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'une part, les AS/AMP sont financées selon une équation tarifaire pour le forfait soins identique à tous les autres EHPAD d'autre part, ces professionnels sont en pénuries sur l'ensemble du territoire (cf études citées en Annexe III). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous sommes amenés à recourir aux auxiliaires de vie « faisant fonction ». 	<p>La mission maintient le constat provisoire :</p> <p>i) au vu des autres tâches que doivent accomplir les aides-soignants, trois heures ne peut être considéré comme « un minimum » ; ii) le ratio de 15 minutes est certes celui donné par la CNDEPAH, mais celle-ci indique que ce constat est regrettable, en expliquant que le temps est insuffisant, et la conférence demande à ce que les temps disponibles soient augmentés ; cela montre en effet que le problème n'est pas propre à Orpéa sans annuler le constat pour autant, iii) rien n'interdit au groupe Orpéa de financer des AS/AMP s'il souhaite améliorer la prise en charge de ses résidents.</p> <p>Dans la mesure où les forfaits soins du groupe Orpéa ne sont pas intégralement consommés et que le groupe dégage des excédents sur une majorité d'EHPAD (cf. annexe III), Orpéa dispose de marges de manœuvre financières.</p>

ANNEXE VI

Échange contradictoire avec le groupe Orpea

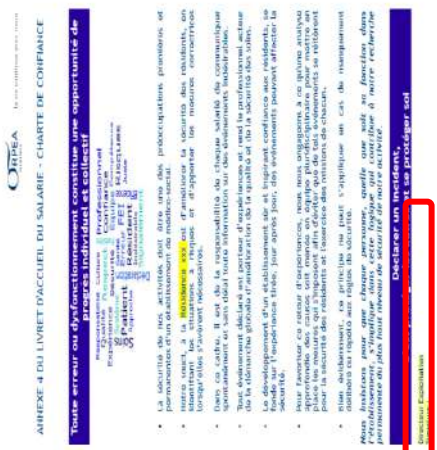
Observation d'Orpea à l'annexe 6 : Contrôles externes et internes	Réponses de la mission
<p style="text-align: center;">Note de synthèse Annexe VI</p> <p>L'annexe VI porte sur les contrôles externes et internes.</p> <p>Le groupe Orpea a mis en œuvre depuis plus de 20 ans de nombreuses démarches de contrôle interne visant à assurer la confiance des salariés qui y travaillent, des résidents accueillis et celle des familles qui lui confient leurs proches.</p> <p>Contrairement à ce qui est indiqué dans l'annexe, les chartes de fonctionnement mises en place ne s'ajoutent pas aux normes de droit ou de bonnes pratiques mais sont des documents qui relèvent d'une obligation ou de recommandations opposables.</p> <p>C'est notamment le cas du règlement intérieur, de la charte de confiance du salarié, de la charte d'identitovigilance, de la charte d'utilisation informatique et du code de conduite.</p> <p>L'ensemble des EHPAD du groupe a par ailleurs répondu à son obligation de réaliser une évaluation interne selon le calendrier prévu.</p> <p>Nous contestons donc fermement l'observation de la mission selon laquelle 6 d'entre eux s'y seraient soustraits, alors que nous apportons les éléments de preuve que ces 6 établissements ont bien répondu, dans les délais, à l'obligation d'évaluation interne.</p> <p>Pour ce qui relève de la qualité inégale de certaines évaluations internes de seconde génération, il est important de souligner qu'au vu de la crise sanitaire dont les impacts ont été particulièrement forts sur les EHPAD, le Ministère a instauré un moratoire concernant les évaluations internes et externes qui devaient être produites en 2020 et 2021.</p>	<p style="text-align: center;">Cf. infra</p> <p>La mission maintient le constat du rapport provisoire. Elle renvoie à la formulation du rapport, qui n'est pas celle indiquée ici.</p> <p>S'agissant des évaluations internes, Orpea a transmis en trois fois les pièces justificatives. Les derniers éléments transmis dans la cadre de la procédure contradictoire complètent les éléments adressés préalablement, et conduisent la mission à reformuler les remarques infra.</p> <p>Vu, la mission renvoie à la lecture du rapport qui l'indique clairement.</p>

	Réponses de la mission
<p>Observation d'Orpea à l'annexe 6 : Contrôles externes et internes</p> <p>Ce moratoire a permis de repousser la transmission des évaluations internes au 31 décembre 2021.</p> <p>Par ailleurs, et dans l'attente du décret fixant le nouveau calendrier des évaluations et du nouveau référentiel HAS qui devaient paraître initialement en mars 2021 nous avons, dès l'été 2021 sollicité les autorités pour confirmer avec elles, la nécessité de produire les évaluations internes attendues après l'échéance de ce moratoire.</p> <p>En l'absence de visibilité également des autorités, au vu du délai contraint et de la crise sanitaire toujours présente, toutes les évaluations internes attendues ont été réalisées et produites, sur la base de rapports simplifiés et ce, tant dans le respect du cahier des charges que du calendrier réglementaire en vigueur avant le décret du 12 Novembre 2021.</p> <p>Rien en tout cas ne justifie que la mission caractérise d'inégaux, dans ce contexte, nos démarches et dispositifs d'évaluation interne.</p> <p>Nous contestons également les affirmations de la mission suivant lesquelles la démarche RSE, en dépit des ambitions affichées, en resterait au stade des moyens.</p> <p>Cette affirmation nous semble inexacte et ne recoupe pas les informations que nous avons transmises à la mission concernant la feuille de route RSE 2023. Cette feuille de route définit bien pour chacun des objectifs un indicateur quantifiable et mesurable, à échéance 2023 avec une mesure intermédiaire réalisée chaque année et communiquée dans le Document d'Enregistrement Universel d'Orpea.</p> <p>Par ailleurs, la mission, dans cette annexe, laisse entendre que les outils de contrôle et d'évaluation de la qualité Orpea seraient valorisés par la communication du Groupe.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Les éléments indiqués par la direction d'Orpea n'apportent pas d'éléments nouveaux au regard de la rédaction initiale.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La mission renvoie à la lecture du rapport, qui n'indique rien de tel.</p>

Observation d'Orpea à l'annexe 6 : Contrôles externes et internes	Réponses de la mission
<p>Ceci n'est pas en soi critiquable, mais cela pourrait laisser entendre que le groupe ne communiquerait que sur les aspects les plus positifs et occulterait les éléments justifiant les critiques et les améliorations nécessaires en interne.</p> <p>Cela ne reflète pas la réalité. En effet, à titre d'exemple, les bilans qualité présentés au Conseil d'Administration du Groupe sur les sujets évoqués par la mission mentionnent les aspects positifs comme les aspects négatifs (notes de satisfaction inférieures à 7/10, axes d'amélioration, évolution des réclamations et/ou des événements indésirables versus l'année précédente, nombre d'établissements ayant un taux de conformité à l'évaluation qualité inférieur à 90%, ...).</p> <p>Enfin, nous réitons fermement le point qui consisterait à laisser penser qu'Orpea aurait une posture ne favorisant pas l'accès à une information fiable, voire manquerait de transparence et notamment le fait qu'un certain nombre d'actions correctives temporaires ou superficielles seraient mises en œuvre, en dernière minute, par les équipes Orpea pour préparer la visite des autorités de contrôle.</p> <p>Tous les dysfonctionnements font l'objet de plans d'actions suivis auxquels nous attachons une importance et une attention particulières sur le long terme tant nous savons combien la pérennité des actions correctives engagées est nécessaire dans notre métier.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire, et n'indique rien de tel.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire et prend note de cette affirmation.</p>

Tableau 1 : Commentaires d'Orpea et réponses de la mission sur le contenu de l'annexe VI

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe VI, 1.1.1., page 1, « Les référentiels applicables sont nombreux et s'ajoutent aux normes de droit pratique »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A notre sens, la phrase « Orpea s'est dotée d'un nombre considérable de normes d'application volontaire ... et que ces référentiels applicables sont nombreux et s'ajoutent aux normes de droit ou de bonnes pratiques » devrait être revue, dans la mesure où les documents visés par la mission relèvent d'une obligation ou recommandation opposable. <p>En effet,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le règlement intérieur : la mise en place de ce document est obligatoire dans les entreprises ou établissements employant 50 salariés et plus ; ○ La charte de confiance du salarié : comme expliqué à l'annexe I, cette charte se substitue à la charte de « non punition » (ancienne appellation) et sa mise en œuvre est fortement recommandée par les autorités afin d'inciter les salariés à déclarer les événements indésirables ; ○ La charte d'identitovigilance : nous appliquons <i>stricto sensu</i> le référentiel national d'identitovigilance édicté par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Ce référentiel précise que « <i>Les structures de santé d'exercice collectif doivent formaliser la politique institutionnelle d'identification de l'utilisateur au sein d'une charte d'identitovigilance. [Exi PP 15] » (RNIV 1 Principes communs 1.pdf (esante.gouv.fr)) ;</i> ○ La charte d'utilisation informatique : la Commission Nationale des Libertés et Informatiques (CNIL) exige des sociétés qui traitent et collectent des données personnelles d'avoir une charte informatique pour respecter le Règlement Général de la Protection des Données ; 	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée afin de bien préciser que l'ensemble des normes listées ne sont pas de statut équivalent, et indiquer quels textes sont d'application volontaire.</p> <p>La mission a demandé de produire l'ensemble des chartes et normes que le groupe entendait respecter dans le cadre de la gestion des EHPAD.</p> <p>Parmi ceux-ci, Orpea a produit des documents relevant de statuts divers, que la mission présente dans le rapport de manière thématique (documents se rapportant aux actions des collaborateurs du groupe / documents centrés sur la prise en charge de la personne âgée) et non selon leur statut (normes obligatoires, bonnes pratiques ou normes d'application volontaire).</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>o Le Code de conduite s'inscrit dans le cadre de la Loi Sapin II sur la transparence, la lutte contre la corruption et la modernisation de la vie économique.</p> <p>• Nous appelons votre attention sur le fait que la charte de confiance est bien datée (novembre 2019), comme le confirme le document ci-dessous.</p>  <p>• La mission estime que l'objectif de la nouvelle version du Code de Conduite Ethique et Responsabilité Sociétale d'Entreprise est de « renforcer encore les principes et illustrations se rapportant aux obligations de confidentialité s'imposant aux collaborateurs du groupe, y compris dans le cadre de leur vie privée ». Or, cette appréciation doit être revue car elle se fonde uniquement sur les principes 15 et 16 dudit Code, 2 principes parmi les 16 compris dans le Code de Conduite. Cette interprétation est totalement à l'opposé des objectifs poursuivis par cette actualisation pour différentes raisons.</p> <p>o Le Code de Conduite Ethique et Responsabilité Sociétale d'Entreprise (Code de conduite RSE) a été réécrit en profondeur avec la volonté de le recentrer sur le cœur de métier du Groupe, c'est à dire l'accueil et la</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour intégrer cette date.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>prise en charge des patients et des résidents ; il s'articule désormais autour de 4 grandes parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'éthique, en tant qu'entreprise centrée sur l'Humain ; ▪ La responsabilité, en tant qu'employeur ; ▪ La citoyenneté, en tant qu'acteur engagé au sein des territoires et de la société ; ▪ L'intégrité, dans la conduite des affaires. <p>○ Contrairement au code de 2018, ce sont bien les personnes (salariés, patients et résidents) et le respect de leurs droits qui sont mis en avant, le sujet sur l'intégrité dans la conduite des affaires ayant été déplacé à la fin du Code. Le facteur humain est donc particulièrement mis en avant dans cette nouvelle version, affichant ainsi la volonté du Groupe de rappeler des principes essentiels en matière de respect des patients / résidents et de leur famille ainsi qu'en matière de respect du Groupe vis-à-vis de ses collaborateurs.</p> <p>○ Dans sa nouvelle version, le Code de Conduite RSE a pour vocation d'être un véritable outil de travail à l'attention de tous les collaborateurs du Groupe mais aussi de ses partenaires. Grâce aux 16 objectifs RSE quantifiables et vérifiables qu'il reprend, il constitue un outil de transparence et de suivi du respect des engagements pris par le Groupe en interne, mais aussi pour toutes les parties prenantes.</p> <p>○ Les principes 15 « Protéger l'image et la réputation du groupe » et 16 « Assurer / Garantir la confidentialité des informations » étaient déjà présents dans la version 2018 dans les principes 7 « Protéger les informations sensibles du Groupe et prévenir les délits d'initié » et 8 « Protéger l'image et la réputation du Groupe ».</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La mission invite le lecteur à prendre connaissance de la formulation réellement retenue dans le rapport provisoire, qui n'est pas celle que reprend ici la direction d'Orpea.</p> <p>Le principe 15 (sur 16) du futur code « Protéger l'image et la réputation du groupe » figurait en effet dans la version précédente du document (principe n°8, également sur 16 principes au total). Son contenu se trouve bel et bien renforcé par les nouvelles formulations et illustrations, dont des exemples sont donnés en note de bas de page du rapport.</p>

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p>Annexe VI, 1.2.1.1., page 4, « les évaluations internes réglementaires sont de qualité inégale et ne couvrent pas l'ensemble des ehpad d'Orpea.»</p>	<p>Réponses de l'organisme</p> <p>La mission affirme que « les évaluations internes réglementaires ne couvrent pas l'ensemble des EHPAD d'Orpea ». Nous avons demandé des éléments d'explication sur le sujet, afin de comprendre les évaluations internes qui seraient manquantes. En réponse, la mission a indiqué que « <i>Les éléments transmis le 2 mars dernier, en réponse à la demande de compléments à la liste des évaluations internes adressée en début de mission, ne permettent pas de documenter les dernières évaluations internes en date pour les EHPAD suivants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Résidence Ondine à Mareuil-les-Meaux ;</i> - <i>Les Jardins d'Escudé à Albi ;</i> - <i>Résidence La Chanterelle au Pré-Saint-Gervais ;</i> - <i>Résidence Les Jardins de Camille à Saint-Benoît ;</i> - <i>Résidence Les Bords de l'Oise à Creil ;</i> - <i>Résidence Saint-Jean à Saint-Omer. »</i> <p>Le grief formulé par la mission concerne donc 6 EHPAD. <u>Nous tenons à apporter les informations complémentaires suivantes.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformément à l'article L. 312-8 du CASF et à la circulaire DGCS du 21.10.2011, un régime dérogatoire a été instauré : « <i>Il résulte par ailleurs de l'article L.312-8 du CASF dans sa rédaction issue de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et de l'article D.312-204 du même code que les ESSMS autorisés et ouverts avant la date de promulgation de cette loi, à savoir avant le 21 juillet 2009, doivent transmettre les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard trois ans avant la date de renouvellement de leur autorisation, et d'au moins une évaluation externe deux ans avant cette même date de renouvellement d'autorisation. »</i> • L'instruction DGCS du 31.12.2013 précise que : « <i>À la fin des évaluations uniques prévues dans le cadre du calendrier dérogatoire prévu par les articles</i>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>L.312-8 et D.312-204 du CASF, le calendrier des évaluations de droit commun démarre à compter de la date de renouvellement de l'autorisation.»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutefois, dans le cadre de la réforme des évaluations, le décret du 12 novembre 2021 a modifié l'article D312-203 du CASF relatif aux évaluations internes : « Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L. 312-8 sont mentionnés dans le rapport annuel d'activité des établissements et services concernés.» <p>Cette information, confirmée par la publication du référentiel le 10 mars 2022, précise qu'un plan d'actions sera à transmettre dans le cadre des ERDD, et non plus le rapport tel que prévu jusqu'alors.</p> <p>Pour répondre précisément aux 6 cas transmis par la mission, en lien avec le cadre réglementaire appelé ci-avant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant l'EHPAD de Mareuil les Meaux : <p>L'établissement a été autorisé le 15 juillet 2003 et a ouvert avant le 21 juillet 2009 (loi HPST). L'autorisation a été tacitement renouvelée jusqu'au 15 juillet 2018. Ainsi, la prochaine évaluation interne, si elle devait être réalisée, devrait être transmise avant le 15 juillet 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant l'EHPAD Les Jardins d'Escudé à Albi : <p>L'établissement a été autorisé le 14 octobre 2002 et a ouvert avant le 21 juillet 2009 (loi HPST). L'autorisation a été renouvelée par arrêté du 1^{er} septembre 2017 jusqu'au 14 octobre 2017. Ainsi, la prochaine évaluation interne, si elle devait être réalisée, devrait être transmise avant le 14 octobre 2022.</p>	

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p>	<p>Réponses de l'organisme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant l'EHPAD La Chanterelle au Pré-Saint-Gervais : L'établissement a été autorisé le 30 octobre 2002 et a ouvert avant le 21 juillet 2009 (loi HPST). L'autorisation a été tacitement renouvelée jusqu'au 3 février 2019. Ainsi, la prochaine évaluation interne, si elle devait être réalisée, devrait être transmise avant le 3 février 2024. - Concernant l'EHPAD Les Jardins de Camille à Saint-Benoît : L'établissement a été autorisé le 3 février 2004 et a ouvert avant le 21 juillet 2009 (loi HPST). L'autorisation a été tacitement renouvelée jusqu'au 30 octobre 2017. Ainsi, la prochaine évaluation interne, si elle devait être réalisée, devrait être transmise avant le 30 octobre 2022. - Concernant l'EHPAD Les Bords de l'Oise à Creil : L'établissement a été autorisé le 22 août 2002 et a ouvert avant le 21 juillet 2009 (loi HPST). L'autorisation a été tacitement renouvelée jusqu'au 22 août 2017. Ainsi, la prochaine évaluation interne, si elle devait être réalisée, devrait être transmise avant le 15 juillet 2022. - Concernant l'EHPAD Saint-Jean à Saint-Omer : Cet établissement, autorisé le 31 juillet 2003, n'est pas concerné par le régime dérogatoire. Toutefois, l'établissement ayant effectivement ouvert en juillet 2014, il n'a pas pu procéder aux deux premières évaluations attendues en 2008 et 2013. Il a été convenu avec les ATC, compte-tenu de sa date d'ouverture de réaliser, une évaluation interne au 31 décembre 2015, et une évaluation externe avant le 31 mai 2017 (cf. document 1). L'autorisation de l'établissement a été tacitement renouvelée jusqu'au 31 juillet 2018. Ainsi, la prochaine évaluation interne, si elle devait être réalisée, devrait être transmise avant 31 juillet 2023.

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p>Au vu des éléments, il nous semble que l'ensemble des EHPAD Orpea ont bien répondu à leur obligation de réaliser une évaluation interne selon le calendrier défini et que le titre « les évaluations internes réglementaires sont de qualité inégale et ne couvrent pas l'ensemble des ehpad d'Orpea » doit être revu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'affirmation</u> selon laquelle « les évaluations internes réglementaires sont de qualité inégale » appelle les observations suivantes. <p>Pour tenir compte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, les courriers interministériels des 16 décembre 2020 et 25 mai 2021 ont instauré un moratoire concernant les évaluations internes et externes qui devaient être produites en 2020 et 2021. Ce moratoire a permis de repousser la transmission des évaluations internes au 31 décembre 2021.</p> <p>Dans l'attente du décret fixant le nouveau calendrier des évaluations et du nouveau référentiel qui devaient paraître initialement en mars 2021, nous avons, dès l'été 2021, sollicité les autorités pour confirmer avec elles la nécessité de produire les évaluations internes attendues après l'échéance de ce moratoire.</p> <p>> Certaines autorités nous ont invité à ne pas produire d'évaluation interne et à attendre les nouvelles consignes au niveau national.</p> <p>> Pour les autorités qui n'ont pas pu nous répondre, nous avons pris la décision de produire toutes les évaluations internes attendues, y compris sur les derniers établissements ouverts, tels que Asnières sur Seine et Suresnes. Toutefois, compte-tenu d'une part du délai contraint pour produire ces évaluations et d'autre part de la crise sanitaire toujours en vigueur ne permettant pas de mettre en œuvre autant de réunions que nécessaire, des rapports simplifiés ont été adressés aux autorités avant le 31 décembre 2021, dans le respect du calendrier réglementaire en vigueur avant le décret du 12 novembre 2021 et des échanges que nous avons eus avec les autorités.</p> <p>Le décret du 12 novembre 2021 est venu apporter une partie des précisions sur la production de ces rapports. Ce décret indique que les évaluations internes ne sont plus à produire sur la base d'un rapport transmis aux autorités tous les cinq ans. En</p>	<p>Vu. Les nouveaux éléments adressés par le groupe lors du contradictoire visent à fournir cette documentation, qui n'appelle pas d'observations complémentaires.</p> <p>La formulation du rapport provisoire a été amendée pour tenir compte de ces documents : le titre mentionne dans le rapport définitif que les évaluations internes réglementaires couvrent bien l'ensemble des EHPAD d'Orpea.</p> <p>Vu.</p>

Annexe VI

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>revanche, dans le cadre de la transmission des ERRD, la démarche continue de la qualité devra désormais être retranscrite sous forme d'un plan d'action qualité.</p>	
<p>Annexe 6, 1.2.1.2., page 5, « Les mécanismes de contrôle et d'audit internes relèvent de la direction de</p>	<p>La mission aborde la cotation des risques internes au groupe Orpea et leur appréciation. Nous tenons à préciser les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les risques en cause sont ceux présentés dans le Document d'Enregistrement Universel. Conformément aux dispositions de l'article 16 du règlement (UE) 2017/1129 du Parlement européen et du Conseil du 14 juin 2017, ces risques sont présentés « nets ». Ces risques nets prennent en compte la probabilité d'occurrence et l'impact potentiel du risque mais aussi les dispositifs de maîtrise déployés. 	<p>Vu.</p>


Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p><i>l'audit, des risques et de la conformité, qui a diligenté deux contrôles à partir de signalements »</i></p>	<p>Si l'on se réfère à la cartographie des risques Groupe qui a été communiquée à la mission, le risque brut (criticité) est estimé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour le risque lié au non-respect des droits et de la dignité des personnes fragilisées : très fort ; - pour le risque lié à la prise en charge médicale et à la qualité des soins : très fort ; - pour le risque d'atteinte à l'image (nommé « Exposition médiatique et digitale non maîtrisée (vis-à-vis des tiers) » dans la cartographie Groupe) : entre moyen et fort. <ul style="list-style-type: none"> • La mission indique que la cotation des risques se base sur les procédures qualité et affirme que « <i>ces procédures présentent des lacunes et des limites intrinsèques qui en diminuent l'efficacité</i> ». A ce stade et <u>compte-tenu de l'absence de référence, de référentiel ou d'information permettant d'expliquer le fondement de cette affirmation, nous réfutons fermement le point.</u>
<p>Annexe 6, 1.2.1., page 5, avant dernier paragraphe : « <i>Des missions d'audit interne sont réalisées (...) 2 missions sur 26 ont concernés directement les EHPAD : (...)</i> »</p>	<p>[...]</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire.</p> <p>Elle invite le lecteur à se référer à la rédaction du rapport provisoire, qui indique clairement que c'est la gestion de ces risques, et non leur cotation, qui « reprend pour l'essentiel les procédures qualité de la société. Or, ces procédures présentent des lacunes et des limites intrinsèques qui en diminuent l'efficacité », comme cela est détaillé plus loin dans le rapport.</p> <p>[...]</p>

Annexe VI

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p>	
<p>Annexe 6, 1.2.1., page 5, « <i>Les rapports d'audit n'ont pas été transmis à la mission, et seules des restitutions sous la forme de diaporama ont été adressées</i> »</p>	<p>Vu. Vu.</p> <p>Nous tenons à préciser qu'aucun rapport à proprement parler n'a été rédigé du fait du caractère non-programmé de cet audit. Toutefois, tous les éléments essentiels à l'évaluation des sujets figurent dans les synthèses et ont été fournis à la mission conjointe d'inspection.</p>
<p>Annexe VI, 1.2.1.3., page 6, « Des audits du département de psychologie peuvent par ailleurs être commandités »</p>	<p>Vu.</p> <p>Il convient de préciser que le pic d'interventions « en soutien des équipes de soins potentiellement affectées par un évènement traumatique » mentionné en 2020 est à mettre en corrélation avec la crise sanitaire. En effet, la très grande majorité des interventions a été déclenchée afin de soutenir les équipes mises à mal par les impacts de la crise sanitaire.</p>

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p>Annexe VI, 1.2.2., page 7, « ils s'ajoutent aux dispositifs d'appui relevant de la direction des opérations. »</p>	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée par la mission.</p>
<p>Réponses de l'organisme</p> <p><u>Nous tenons à préciser que les dispositifs d'appui relèvent des directions des fonctions support du Siège et non de la Direction des opérations.</u> En effet, comme le mentionne d'ailleurs la mission conjointe d'inspection à l'annexe I, paragraphe 1.2.2 du rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les référents qualité régionaux relèvent de la Direction Qualité, elle-même rattachée à la Direction générale ; - les médecins coordonnateurs régionaux relèvent de la Direction Médicale, elle-même rattachée à la Direction générale. 	<p>La formulation du rapport provisoire a été amendée par la mission, pour indiquer que le critère de qualité peut modifier de manière significative les montants effectivement perçus par les directeurs d'exploitation, contrairement aux directeurs régionaux pour lesquels une telle modulation en fonction de la qualité n'existe pas. Les éléments relatifs à la détermination des primes des directeurs d'exploitation sont décrits de manière détaillée en annexe V.</p>
<p>Annexe VI, 1.2.2., page 7, « le critère de qualité perçue n'est intégré au calcul indemnités » « Le Directeur d'établissement bénéficie d'une prime semestrielle. Cette prime est d'office divisée par deux si l'évaluation qualité n'est pas supérieure à 90% de conformité ; » « Le Directeur d'établissement bénéficie d'une prime annuelle, qui n'est pas du tout versée si les évaluations qualité des deux semestres ne sont pas supérieures à 90% de conformité. »</p> <p>En conclusion, la qualité est le premier critère qui ouvre, ou non, accès à la prime ; et les évaluations de qualité peuvent impacter plus de la moitié la prime des Directeurs d'établissements.</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La mission prend note de ces éléments qui ne remettent pas en cause ses constats et le contenu du titre.</p>
<p>Annexe VI, 1.3.1., page 8, « des outils valorisés par la communication du groupe »</p>	<p>Le titre « des outils valorisés par la communication du groupe » ne reflète pas la réalité ni ne résume le contenu de la section. Dans la communication interne, les bilans qualité présentés au Conseil d'Administration du groupe sur les sujets mentionnés par la mission mentionnent tant les aspects positifs que les aspects négatifs (notes de satisfaction inférieures à 7/10, axes d'amélioration, l'évolution des réclamations et/ou des événements indésirables versus l'année précédente, les établissements ayant un taux de conformité qualité à l'évaluation interne < 90%, ...).</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe VI, 1.3.2., page 8, « Des outils <i>partiellement contrôlés et parfois présentés sous un angle très favorable</i> »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mission indique que « la certification de la déclaration de performance extra-financière (DPEF) par les commissaires aux comptes (...) n'implique que la vérification sur les informations qualitatives (actions et résultats) (...) les plus importantes : <u>parmi ces dernières, presque aucune ne concerne la pris en charge des résidents et patients ...»</u> <p><u>Nous tenons à préciser les points suivants :</u></p> <p>1) Les articles L. 225-102-1 et R. 225-105 du Code de commerce n'énoncent pas d'indicateurs de performance extra-financière précis devant obligatoirement figurer dans la déclaration de performance extra-financière (DPEF) ; ils énoncent des catégories d'informations qui, si elles sont nécessaires à la compréhension de la situation de la société et de son environnement, doivent être couvertes dans la DPEF. A cet égard, ces dispositions ne mentionnent pas la satisfaction clients en général ou la prise en charge des résidents dans le secteur médico-social en particulier comme des informations devant être fournies si elles sont nécessaires à la compréhension de la situation de la société et de son environnement.</p> <p>2) En l'absence de dispositions à cet égard, Orpea a toutefois identifié ces sujets comme des enjeux permettant de mieux comprendre sa situation dans sa DPEF de 2020 (partie 4 du Document d'enregistrement universel – DEU - 2020). Orpea y présente les politiques et indicateurs suivis en la matière :</p>	Vu.

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme				Réponses de la mission	
	<p>Partie prenante</p> <p>Toutes parties prenantes</p> <p>Résidents/ Bénéficiaires de services à domicile et leurs familles</p> 	<p>Enjeux</p> <p>Ethique dans les affaires</p>	<p>Principaux risques et opportunités extra-financiers</p> <p>Risque de non-respect des principes Groupe en matière d'éthique, de lutte contre la corruption et de trafic d'influence</p>	<p>Politiques mises en œuvre (1)</p> <p>4.3 Agir dans un cadre éthique</p>	<p>Indicateurs de performance 2020 (qualitatifs ou quantitatifs)</p> <p>Poursuite du déploiement du Code de conduite</p>	<p>Objectifs RSE à 2023</p> <p>Refonte en 2021 et déploiement d'ici 2023 d'une charte éthique et RSE auprès de l'ensemble des collaborateurs</p>
	<p>Résidents/ Bénéficiaires de services à domicile et leurs familles</p>	<p>Ethique clinique Santé et Sécurité Dialogue avec les familles</p>	<p>Risque lié au non-respect des droits et de la dignité des personnes fragilisées</p> <p>Risque lié à la prise en charge médicale et à la qualité des soins (2)</p> <p>Risque lié aux conditions de sécurité des locaux</p>	<p>4.4.1 Respecter les droits et la dignité des résidents et patients</p> <p>4.4.2 Assurer la santé et la sécurité des résidents et patients</p>	<p>100 % des établissements certifiés par un organisme externe référent éthique/bientraitance</p> <p>100 % des établissements certifiés par un organisme externe selon les standards nationaux (type ISO...)</p>	
		<p>Risque d'absence de dialogue avec les patients/résidents et familles</p>	<p>4.4.1 Entretien un dialogue transparent avec les résidents, les patients et les familles, satisfaire leurs attentes</p>	<p>% d'établissements certifiés par un organisme externe</p> <p>Nombre de procédures qualité</p> <p>Taux de satisfaction des résidents & familles vis-à-vis du personnel et de la restauration</p> <p>Nombre de critères contrôlés sur la restauration</p> <p>Nombre moyen de contrôles internes et/ou externes effectués/an</p> <p>Réalisation d'audits internes et nombre de critères contrôlés</p> <p>Nombre d'événements indésirables</p>	<p>Mise en place d'un dispositif de dialogue renforcé avec les familles dans chaque zone géographique</p>	
	<p>Bien-Etre</p>	<p>Opportunité d'impact positif sur les résidents/patients</p>	<p>4.4.3 Promouvoir le bien-être des personnes accueillies</p>	<p>Taux de satisfaction</p> <p>Taux de recommandation</p> <p>Taux de réclamation</p>	<p>Déploiement à l'échelle du Groupe de 3 programmes innovants au service du bien-être des résidents et patients</p>	

(1) Renvoi vers les chapitres correspondants.

(2) Dont le risque Covid-19.

Annexe VI

<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p>	<p>Réponses de l'organisme</p>	<p>Réponses de la mission</p>
	<p>3) La vérification de la DPEF par un organisme tiers indépendant (OTI), prévue à l'article A. 225 du Code de commerce, couvre la conformité de la DPEF aux dispositions légales et la sincérité des informations fournies (indicateurs clés de performance et informations qualitatives) présentées par l'entreprise. L'OTI sélectionne en général en priorité les informations prévues à l'article R. 225-105 du Code de commerce ; il est libre de sélectionner pour ses tests les informations qu'il juge les plus importantes ou porteuses de risques potentiels de non fiabilité.</p> <p>Les textes ne prévoient pas que l'OTI se prononce sur la pertinence des risques identifiés par l'entreprise, sur la qualité des politiques mises en place ou la pertinence des indicateurs de performance retenus par l'entreprise (en dehors de ceux explicitement prévus par les textes), ni sur le Plan de Vigilance (paragraphe 4.2.3 du DEU 2020) dans lequel se trouvent notamment les informations sur la « mise en œuvre de mécanismes d'alerte » (paragraphe 4.2.3.3 du DEU 2020).</p> <p>4) Le rapport de l'OTI d'Orpea sur la DPEF 2020 précise les informations ayant fait l'objet d'une vérification. Les « informations qualitatives » figurant dans le chapitre 4.4.4 du DEU 2020 (« Entretenir un dialogue transparent avec les résidents, les patients et les familles, satisfaire leurs attentes) font ainsi partie des informations qui ont été vérifiées</p>	<p>Vu.</p> <p>Vu. Ces éléments sont expressément mentionnés par le rapport.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)

Réponses de l'organisme

Réponses de la mission

4.4.4 ENTREtenir UN DIAlOGUE TRANSPARENT AVEC LES RÉSIDENTS, LES PATIENTS ET LES FAMILLES, SATISFAIRE LEURS ATTENTES

La préoccupation majeure des directeurs d'établissement est d'entretenir en permanence le dialogue et les échanges avec les familles, les résidents et les visiteurs afin de répondre à leurs attentes et préoccupations et réussir le projet de prise en charge.

Ce dialogue et cette transparence sont utilisés pour associer les familles et les résidents à la prise de décision et pour que les premiers acteurs de leur santé et favoriser leur autonomie et bien-être. C'est une dimension essentielle qui permet d'inscrire les démarches de prévention dans la durée, mais également de garantir le respect des choix des résidents/patients. Pour ce faire, les équipes de soins ont mis en place des outils de concertation avec les patients et leur accompagnants (séances de concertation, afin qu'ils puissent exercer leur libre choix, en effet, leur consentement est systématiquement recherché dans le parcours de soin.

Parallèlement, diverses actions sont développées au sein du Groupe pour favoriser cette écoute, attentive et bienveillante et mettre l'humain au centre des préoccupations.



4.4.4.1 UNE ATTENTION PARTICULIÈRE PORTÉE AUX RÉCLAMATIONS

Une attention particulière est portée aux réclamations exprimées par les patients, résidents et leur famille, à leur traitement et à leur suivi dans le temps, dans chacun des lieux, une procédure a été établie concernant le traitement et suivi des réclamations. Les réclamations sont traitées dans un délai de 15 jours. L'importance (noté tableau) d'une discussion préliminaire avec le résident/patient ou sa famille et d'une réponse écrite. Les réclamations majeures font l'objet d'une information auprès de la Direction du Groupe. La démarche d'amélioration continue de la qualité est mise en œuvre à l'échelle du Groupe. Le nombre de réclamations en 2020 (0,34 %), nombre de réclamations apportées au nombre de résidents et patients accueillis en 2020). La communication régulière et transparente des établissements auprès

des résidents/patients et de leurs proches durant les périodes de confinement, veues en 2020 compte tenu des mesures sanitaires strictes mises en place a permis de limiter considérablement le nombre de réclamations reçues. Dans le cadre des enquêtes de satisfaction, les équipes de soins ont fait attention d'alimenter régulièrement la qualité des informations transmises.

	Taux de réclamation
2019	0,8 %
2020	0,5 %

4.4.4.2 UNE ÉCOUTE ACTIVE À TRAVERS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION RÉGULIÈRES

Des enquêtes de satisfaction sont organisées site par site, dans tous les pays, tant en clinique qu'en maisons de retraite, sur des thématiques précises (accueil, soins, accompagnement) et SPITEX. En clinique, ces enquêtes sont réalisées à l'échelle de chaque patient et sur l'année 2020, près de 60 000 patients ont répondu aux enquêtes de satisfaction avec un taux de satisfaction moyen de 85 %, en maisons de retraite, ces enquêtes sont réalisées à l'échelle de chaque établissement, font l'objet d'une présentation aux résidents et familles.

En 2020, le baromètre de satisfaction a été réalisé auprès de plus de 52 000 résidents et familles des maisons de retraite du Groupe Orpea. Les enquêtes de satisfaction ont été réalisées dans les maisons de retraite et dans le traitement des enquêtes : plus de 50 % des résidents et familles ont répondu. Plus de 92 % se sont dit satisfaits ou très satisfaits et plus de 95 % recommanderaient un établissement ORPEA à un proche.

	Nombre de répondants	Taux de retour	Taux de satisfaction générale	Taux de recommandation
2019	30 000	97 %	92 %	94 %
2020	29 000	95 %	92 %	95 %

5) L'OTI d'Orpea a ainsi mené des travaux permettant de revoir les affirmations publiées dans cette partie. Ces travaux ont notamment consisté, comme cela est indiqué dans le rapport de l'OTI, à mener au niveau du siège des entretiens avec les responsables d'Orpea et à obtenir les justificatifs relatifs à ces informations (ex. existence des procédures décrites, réalisation d'une enquête de satisfaction, concordance des éléments chiffrés publiés avec les sources obtenues, etc...).

Vu.

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<p>6) Le rapport de l'OTI ne mentionne pas dans sa conclusion de commentaires ou réserves sur ces éléments particuliers.</p> <ul style="list-style-type: none"> Par ailleurs, la mission indique au sujet de la démarche RSE que : « <i>en matière de prise en charge, les ambitions énoncées restent au stade des moyens (déploiement de référents éthique / bientraitance, certification, dialogue renforcé avec les familles, programmes innovants)</i> ». Cette affirmation nous semble inexacte et ne recoupe pas les informations que nous avons transmises à la mission concernant la feuille de route RSE 2023. Cette feuille de route définit bien pour chacun des objectifs un indicateur quantifiable et mesurable : <ul style="list-style-type: none"> 100% des établissements disposent d'un référent éthique et bientraitance formé ; 100% des établissements font l'objet d'une certification externe ; 100% des pays ont déployé et mis en œuvre un dispositif visant à renforcer le dialogue avec les familles ; 3 programmes innovants et favorisant le bien-être des résidents sont déployés. 	<p>Vu.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La feuille de route détaillée par la direction d'Orpea détaille des leviers, mais ne dit rien des indicateurs de résultats attendus en matière de prise en charge. Par ailleurs, s'agissant des indicateurs de moyens identifiés par la feuille de route, rien n'est indiqué en ce qui concerne le niveau de réalisation actuel. Comme l'indique le rapport, la démarche de RSE n'intègre pas les mécanismes d'alerte des résidents et de leurs familles, ni les résultats du baromètre de satisfaction des clients. Enfin, l'indicateur de certification externe ne fait que reprendre, s'agissant de la France, l'obligation réglementaire d'évaluation externe des EHPAD.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
Annexe VI, 1.3.2., page 9, « les résultats de l'enquête de satisfaction sont largement mis en avant ... et cette enquête bénéficie d'une présentation très favorable »	<p>Concernant l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents et de leurs proches, nous tenons à apporter les précisions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La société [...], prestataire externe qui assure la gestion de l'enquête de satisfaction, est titulaire d'un contrat qui précise ses responsabilités. Ce contrat, que nous pouvons mettre à la disposition de la mission sur sa demande, s'étend bien entendu au-delà du contrôle des questionnaires papiers. L'attestation signée par le Directeur Général de [...] a été transmise aux fins de confirmer que la société [...] réalisait bien un contrôle spécifique sur les questionnaires papiers. • Concernant le taux de recommandation pour lequel la mission indique que « les modalités de calcul du taux de recommandation s'avèrent avantageuses pour le groupe... », nous tenons à préciser que cette affirmation repose sur la seule analyse de trois établissements et de quelques commentaires pour l'un d'entre eux, ce qui n'est absolument pas représentatif des 9 500 à 10 000 questionnaires que nous recevons complétés chaque année. • Depuis la mise en place de cette enquête de satisfaction, Orpea n'a jamais modifié son barème, afin de ne pas induire en erreur le lecteur. La présentation des résultats se fait toujours en référence à l'année précédente pour que le lecteur ait un point de repère. 	<p>La mission maintient la rédaction du rapport provisoire. La mission a demandé à la direction d'Orpea de produire le contrat liant le groupe à la société [...], reprenant ainsi la proposition formulée lors de la procédure contradictoire. En retour, la direction d'Orpea a adressé à la mission une proposition financière de [...], datée de 2020. Ce document ne précise pas le périmètre des vérifications devant être effectuées par le prestataire, et ne précise d'ailleurs pas qu'il doit effectuer les contrôles des questionnaires papier. Aucun élément probant n'ayant été apporté à l'appui des assertions d'Orpea en la matière.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. L'analyse de la mission s'appuie sur les modalités de décompte des taux de recommandation expliquées dans les documents de restitution des enquêtes et sur le contenu des entretiens menés avec la direction de la qualité. En conséquence, ces modalités de restitutions apparaissent, dans leur principe même, extrêmement favorables. Le taux de recommandation de 95 % est l'addition des réponses « oui, certainement » (70,8 %) et « oui, peut-être » (24,5 %) à la question « concrètement, cette note signifie-t-elle que vous recommanderiez l'établissement à votre entourage ? » (environ 10.000 réponses enregistrées pour les EHPAD français en 2020). Seuls les exemples utilisés pour le rapport proviennent des</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
	<ul style="list-style-type: none"> Concernant le nombre de répondants cité par la mission (« 29 000 en 2020 »), il s'agit de l'ensemble des répondants à l'échelle des maisons de retraite du Groupe dans le monde, et pas seulement des EHPAD France. Concernant le comité expérience clients, il a été créé dans le seul but de pouvoir échanger, dans une instance plus large, sur tous les sujets permettant d'aborder la satisfaction des résidents et familles, non pas dans une simple optique de réputation, comme semble l'indiquer la mission. La création de ce comité procède de la volonté de mener une véritable réflexion sur les différents canaux existants ou ceux à établir afin de pouvoir écouter le plus convenablement possible la parole des résidents et des familles, de pouvoir recenser les points à conforter et ceux à améliorer en identifiant les éléments récurrents, et de pouvoir travailler sur des plans d'actions d'amélioration plus globaux. Cette instance peut également être amenée à tester et évaluer les procédures et outils existants. Les Directeurs d'établissements et Directeurs régionaux membres de cette instance soumettent des sujets de travail ou de discussion pour l'ordre du jour de ces réunions. 	<p>trois EHPAD pour lesquels les bulletins individuels ont été examinés par la mission.</p> <p>Vu.</p> <p>Vu, c'est ce que le rapport provisoire précise.</p> <p>Vu.</p>
Annexe VI, 1.3.2., page 9, « Des outils partiellement contrôlés et parfois présentés	<p><u>Concernant la note de bas de page 18, nous tenons à apporter les précisions suivantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> les faits de maltraitance sont intégrés au « non-respect des lois, des règlements ou de l'intérêt général », la catégorie « très imprécise » citée par la mission découle de l'article 6 de la loi dite « Sapin 2 » du 9 décembre 2016. 	Vu.

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p><i>sous un angle très favorable</i> »</p>	<p>Bien entendu, nous notons cette remarque pertinente et ferons évoluer l'outil en ce sens.</p>
<p>Annexe VI, 2.1.1.1., page 11, « Les relations de routine entre Orpea et les ARS sont nourries, mais non sans asymétrie d'information »</p>	<p>L'affirmation figurant à la page 12 et selon laquelle « la non transmission de certains documents dont la transmission est pourtant obligatoire. Ainsi à titre particulièrement illustratif, l'évaluation interne de l'EHPAD des Bords de Seine à Neuilly n'avait pas été transmise à l'ARS, ce que déplorait un rapport d'inspection de 2018 » nous semble inexacte.</p> <p>En effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation interne de la Résidence de Neuilly a été envoyée dans les délais, par mail et par courrier, aux autorités compétentes (ARS / CD) le 03 mai 2017. Le mail correspondant est tenu à la disposition de la mission ; - Cet écart a été levé, comme le relève le rapport définitif de l'ARS en date du 12 juin 2019 (cf. document 2, point 9, écart n°1).
<p>Annexe VI, 2.1.1.2., page 15, « Les autres contôles apportent des éclairages complémentaires sur les questions de prise en charge des résidents »</p>	<p>Concernant le signalement au parquet d'un dossier de discrimination envers une femme enceinte, <u>il nous semble important de préciser que ce dossier a été classé sans suite par le parquet</u>, ayant conclu que la suite administrative donnée paraissait suffisante (saisine du conseil de prud'hommes).</p> <p>L'observation provisoire a été amendée, en la complétant de cette information.</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Annexe VI, 2.1.2.2., page 17, « Des moyens d'investigation qui se heurtent parfois à un manque de transparence d'Orpea »</p>	<p><u>Nous réévaluons fermement le point qui consisterait à laisser penser qu'Orpea corrige les dysfonctionnements avant le passage des autorités de contrôle.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure interne rédigée, diffusée, connue par tous, accessible aux autorités de tutelle elles-mêmes et qui consiste à préciser la conduite à tenir en cas de contrôle d'un organisme, est une procédure qui existe, d'après nos informations, dans tout groupe organisé et structuré et pas seulement dans la santé ; • Cette affirmation résulte de témoignages recueillis auprès du personnel dont nous ignorons le nombre, la fonction, et s'ils ont été directement reportés à la mission et/ou sont issus d'autres sources. <p>Ceci est d'autant plus improbable qu'il ne serait absolument pas possible de corriger en quelques jours des dysfonctionnements majeurs et que les professionnels des autorités compétentes auraient largement la possibilité de s'en apercevoir, ne serait-ce qu'en consultant les résultats des audits internes des équipes et/ou ceux des Directeurs régionaux et également des services support.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nous tenons également à préciser que nous avons toujours mis en place des actions à portée immédiate opérationnelle pour tenir compte des contrôles des ARS.</u> Nous ne comprenons donc pas la remarque sur le fait que les ARS aient été régulièrement amenées à déplorer l'insuffisance de la documentation. <p><u>S'agissant des interventions inopinées réalisées par les ARS au sein de nos EHPAD, après vérification des lettres de mission et rapports d'inspections, nous souhaiterions que les chiffres suivants soient corrigés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2019, nous avons eu 5 visites inopinées et non 2 ; - En 2020, nous avons eu 2 visites inopinées et non 0 ; - En 2021, nous avons eu 4 visites inopinées et non 0 ; - Ce qui porte le total de visites inopinées à 16 et non 7, soit 25% de visites inopinées contre 11% indiqué par la mission. 	<p>La mission maintient le constat provisoire, établi sur la base de la lecture de rapports d'inspection et de documents leur faisant suite, et de témoignages d'acteurs ayant assisté à des investigations. Par ailleurs, comme cela est souligné dans le rapport, la procédure interne consistant à préparer les équipes à des visites d'inspections et contrôles externes, telle qu'elle est diffusée au sein d'Orpea, présente la particularité de proscrire la transmission de documents budgétaires aux inspecteurs, en dépit des pouvoirs de contrôle qui sont les leurs, ce qui suggère à tout le moins un certain déficit de transparence entretenu par le siège de l'entreprise.</p> <p>Les observations provisoires ont été amendées.</p>

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p>Annexe VI, 2.1.2.2., page 17, « Le dispositif d'évaluations externes, en cours de mutation, donne d'Orpea une vision cohérente avec les retours des inspections menées par les ARS »</p>	<p>La mission maintient le constat provisoire.</p> <p>Elle a bien exploité 45 rapports d'évaluation externe et non 25, la priorisation des années 2018-2021 n'étant pas exclusive de l'examen de rapports émis les années précédentes. La liste des rapports d'évaluation examinés, précisant les années de leur réalisation, est donnée dans la note méthodologique jointe au rapport. L'effectif de cet échantillon est loin d'être faible au regard du nombre total d'EHPAD Orpea sur le territoire national. Elle s'est attachée à examiner plus particulièrement les domaines correspondant à ceux investigués sur l'ensemble du champ de la mission, donc au-delà de la prise en charge des résidents : gouvernance, organisation et fonctionnement, gestion des ressources humaines, usage des processus de contrôle et d'évaluation. Conformément à la lettre de mission, l'objet de ces analyses était d'objectiver la situation sur un certain nombre de points sensibles, et la lecture de ces 45 rapports a permis de montrer qu'une partie non négligeable faisait encore l'objet de constats critiques, indépendamment de la tonalité globale de ces évaluations.</p>
<p>Réponses de l'organisme</p> <p>La mission indique qu'elle « a pu exploiter un échantillon de 45 rapports d'évaluation d'EHPAD Orpea, couvrant l'ensemble des régions, une grande diversité de territoires, et portant sur la période 2014 – 2021, en se concentrant particulièrement sur les rapports datés des années 2018 – 2020, à la fois récents mais non marqués par le contexte du COVID. Certains zones d'alerte récurrentes peuvent être identifiées ». Nous tenons à préciser les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'échantillon de 45 rapports analysés par la mission ne représente que 20% des établissements d'Orpea, et cet échantillon se réduit à 11% du fait que la mission se soit concentrée sur les 25 rapports d'évaluation externes émis entre 2018 et 2020 ; • sur les 13 thématiques ciblées par la mission, seules 6 concernent directement la prise en charge du résident. Les autres sont orientées sur la maîtrise des outils de gestion, de dialogue et de management des Directeurs ; • la mission occulte l'appréciation globale positive émise par les évaluateurs externes des 45 rapports ciblés ; ces évaluateurs saluent la qualité, la proximité et la constance de l'accompagnement fourni, la satisfaction générale des usagers rencontrés par l'évaluation, la réelle volonté de faire évoluer les choses lorsque des points d'amélioration sont identifiés, les conditions favorables d'évaluation offertes et la transparence. <p><u>Nous contestons donc la mise en avant, par la mission, de « zones d'alertes récurrentes » au vu de la faiblesse de l'échantillon pris en compte.</u></p> <p>La mission indique que « l'outil est incrémenté par les directeurs des EHPAD ou leurs adjoints selon une périodicité non déterminée d'après les réponses apportées à la mission par la direction de l'entreprise ». Sur ce point, il convient de préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qu'il n'y a effectivement aucune périodicité de saisie des plans d'action dans la mesure où ces plans doivent être saisis au plus près du constat du dysfonctionnement correspondant ; • que le point avancé par la mission sur une mise à jour des plans d'action non régulière repose sur le constat d'un seul directeur d'établissement, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble de nos établissements. 	<p>La mission modifie la formulation du rapport provisoire pour insérer le point de vue de la direction d'Orpea, qui estime que l'avis du directeur d'exploitation n'est pas représentatif.</p>
<p>Annexe VI, 3.1., page 24, « L'outil PAQ a vocation à centraliser l'ensemble des actions correctives, mais n'est pas complété de manière fiable »</p>	<p>Vu.</p> <p>La mission modifie la formulation du rapport provisoire pour insérer le point de vue de la direction d'Orpea, qui estime que l'avis du directeur d'exploitation n'est pas représentatif.</p>

Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p>Annexe VI, 3.2., page 25, « L'outil PAQ n'autorise qu'un suivi quantitatif et peu différencié en fonction de l'importance ou de l'urgence des actions à entreprendre »</p>	<p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. Le pilotage par les seuls délais n'est pas susceptible d'offrir une hiérarchisation suffisante au regard des enjeux, l'outil PAQ plaçant sur le même plan des mesures de détail et des modifications profondes des pratiques, des rectificatifs sans urgence et des redressements à effectuer sans délai du point de vue de la sécurité des résidents.</p>
<p>Identification du passage concerné (partie et page)</p> <p>Annexe VI, 3.3., page 26 à 31, « Les constats réalisés par les ARS mettent en évidence, au-delà de corrections de</p>	<p>L'observation provisoire a été amendée. Les échanges avec la direction médicale ont en effet permis de souligner ces points, mais ces analyses transverses se sont avérées extrêmement rares à l'occasion des entretiens pratiqués par la mission.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. La mission prend note de l'observation de la direction d'Orpea, qui ne modifie pas le sens du constat réalisé, l'ARS relevant pour l'essentiel l'inobservation par Orpea de ses deux autres protocoles (« maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives ») et</p>
<p>Réponses de l'organisme</p>	<p>Réponses de la mission</p>

Identification du passage concerné (partie et page)	Réponses de l'organisme	Réponses de la mission
<p><i>court terme, une récurrence et une persistance des manquements identifiés lors des inspections antérieures à 2022</i> »</p>	<p>d'information des autorités judiciaires ou administratives, mais n'impose aucunement de « <i>transmission au procureur de la République</i> ». Par ailleurs, à la lecture des circulaires du 20 février 2014¹ et du 12 juillet 2011², les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent signaler aux autorités compétentes tout évènement indésirable ou dramatique survenant dans leurs structures. Il incombe ensuite aux dites autorités compétentes, notamment l'ARS, d'analyser les signalements et réclamations et d'évaluer si des suites doivent être apportées, notamment des suites judiciaires, et de saisir en conséquence le Procureur de la République si ce dernier n'a pas été informé par le responsable de la structure concernée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EHPAD 6 : s'il s'agit de l'EHPAD de Fontaine au Pire, il est indiqué une absence de modalités d'organisation en cas de crise sanitaire alors que le rapport évoque une intégration partielle des modalités en cas de crise sanitaire. Ce point doit être rectifié. • EHPAD 7 : s'il s'agit de l'EHPAD de Loos, nous tenons à préciser que la lettre de mission de cette inspection faisait état d'une réclamation liée à des dysfonctionnements et non à une suspicion de maltraitance. Ce point doit être rectifié. 	<p>« maltraitance des personnes accueillies : procédure disciplinaire ».</p> <p>L'observation provisoire a été amendée pour préciser que le rapport provisoire de décembre 2016 constate des modalités d'organisation incomplètes en cas de crise sanitaire.</p> <p>La mission maintient la formulation du rapport provisoire. L'inspection menée en octobre 2016 fait certes référence à la réception d'une réclamation rapportant des dysfonctionnements survenus au sein de l'EHPAD. Cependant, l'analyse de la réclamation montre que les dysfonctionnements dénoncés concernaient la prise en charge des résidents en unité protégée, et portaient notamment sur des soupçons de maltraitance.</p>

¹ **Circulaire** N° DGCS/SD2A/2014/58 du **20 février 2014** relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS

² **Circulaire DGCS/SD2A no 2011-282 du 12 juillet 2011** relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'État dans le département au titre de la protection des personnes

PIÈCE JOINTE 2

Lettre de mission

PIÈCE JOINTE 2



Les ministres

Paris, le 1^{er} février 2022

**Note à l'attention de
Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales
Madame Marie-Christine LEPETIT
Cheffe de l'Inspection générale des finances**

Objet : Mission conjointe IGAS/IGF relative à la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe ORPEA.

Le livre-enquête « Les Fossoyeurs » du journaliste Victor Castanet le 26 janvier 2022 accuse le groupe privé ORPEA de faits de maltraitance dans plusieurs établissements ayant donné lieu à plusieurs signalements et plaintes. Ce livre accuse également le Groupe ORPEA d'avoir mis en place un système où les soins, les produits d'hygiène, la prise en charge médicale voire les repas des résidents seraient rationnés dans certains EHPAD du groupe pour améliorer leur rentabilité. Le livre dénonce enfin de possibles manipulations comptables réalisées par le Groupe visant à optimiser les fonds publics perçus, dont notamment des pratiques permettant de ne pas rétrocéder les excédents des dotations versées par les agences régionales de santé (dotation soins) ou par les départements (dotation dépendance).

Face à ces allégations d'agissements très graves et après avoir entendu les premières explications du groupe ORPEA, je vous remercie de bien vouloir désigner une mission conjointe relative à ces faits présumés.

En particulier, la mission examinera les points suivants concernant le groupe ORPEA :

1. les suites apportées aux différents contrôles ou inspections effectués sur les établissements ainsi que la complétude des informations transmises ;
2. les pratiques du groupe ou application des recommandations sur l'attribution aux établissements de consommables tels que les protections hygiéniques ou sur les enjeux liés à la nutrition des résidents ;
3. les pratiques du groupe sur l'encadrement des patients les plus dépendants ;
4. les pratiques managériales, le taux d'encadrement au sein des établissements et le temps de présence effectif des personnels (notamment soignants) auprès des résidents ;
5. les modalités de signalement et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches des résidents et les professionnels et les actions développées pour les prévenir, en dialogue avec les résidents et leurs familles ainsi qu'avec le personnel ;

PIÈCE JOINTE 2

6. les pratiques financières du groupe en matière de gestion des dotations « soins » et « dépendance » EHPAD par EHPAD, par département et globalement, et la sincérité des informations délivrées sur l'utilisation des financements publics aux autorités de tutelle ;
7. la transparence des informations sur les établissements auprès des familles et des résidents ;
8. les modalités de contrôle et d'évaluation interne permettant le respect des obligations légales communes à tous les établissements médicosociaux accueillant des publics vulnérables.

Vous pourrez proposer, compte tenu des constats que vous ferez, des indications à destination des services déconcentrés ou établissements de l'Etat et notamment des agences régionales de santé (ARS) afin d'accompagner les contrôles inopinés qui seront déclenchés dans les établissements du groupe et de les appuyer dans la construction des plans de contrôle.

Pour la réalisation de cette mission, vous pourrez vous appuyer en particulier sur les remontées réalisées par les services déconcentrés de l'Etat et sur les services de la direction générale de la cohésion sociale du ministère chargé des solidarités et de la santé, de la direction générale des finances publiques du ministère des finances, de la direction générale du travail, de la caisse nationale d'assurance maladie, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Vous pourrez également prendre attache des ARS et des conseils départementaux.

Nous souhaitons que les conclusions et recommandations de cette mission fassent l'objet d'un rapport définitif le 14 mars 2022.



Olivier DUSSOPT



Olivier VERAN



Elisabeth BORNE

Brigitte BOURGUIGNON

