



## **Dossier grand-âge et établissements – juin 2020**

## Introduction :

Ce dossier a été en grande partie finalisé avant le début de la crise pandémique.

Il a fait l'objet de publications par parties qui ont rythmé l'année 2019 et 2020.

Au moment où la réforme du grand-âge est enfin à l'agenda politique, il nous a semblé pertinent de compiler nos contributions de fond pour en faire un dossier cohérent. Nos propositions restent d'autant plus d'actualité que la crise a révélé des forces mais aussi des faiblesses de notre secteur.

C'est à ces failles, ces faiblesses qu'il nous appartient, aujourd'hui, collectivement de répondre.

La volonté politique semble être au rendez-vous, gageons et espérons que cela permettra d'aboutir à une véritable réforme profonde et ambitieuse.

Le prisme, constituant un parti-pris, est celui particulier des Ehpad.

Nous savons à l'évidence que l'Ehpad doit évoluer. L'opposition classique entre le lieu de vie et le lieu de soin est désuète.

Il faut faire évoluer les Ehpad dans les deux directions concomitamment. Cela ne s'oppose pas.

Les soins, l'accompagnement médical et paramédical doivent continuer à être renforcés. Les résidents que nous accueillons sont de plus en plus fragiles et exigent une professionnalisation accrue de nos compétences, en interne de nos établissements ou par partenariat avec des centres de ressources externe.

Il nous faudra veiller, plus encore qu'avant, à rendre ces soins discrets, et que la culture, la philosophie soit plus tournée demain vers une approche domiciliaire.

C'est un mouvement possible. Mais qui ne l'est qu'à des conditions architecturales que nous détaillerons. Et à des conditions de formations du personnel et de renforcement des effectifs, également détaillés dans ce dossier.

Nous savons enfin que l'Ehpad ne doit pas être l'alpha et l'oméga de l'accompagnement des personnes âgées de demain. Le taux d'institutionnalisation est plus élevé en France que dans la majeure partie des pays européens.

Le choix de français se porte de plus en plus vers le domicile.

Il nous faut accompagner ce souhait et le rendre le plus possible.

Et le respect du choix des français doit passer aussi par une diversification accrue des alternatives à l'Ehpad. Les résidences autonomes constituent une piste évidente, qu'il faut développer.

L'ouverture des Ehpad au domicile doit se poursuivre, sans perdre de vue l'évidente et absolue nécessité de partenariat avec les centres hospitaliers, notamment de proximité,

Pour autant, le modèle de l'Ehpad, devant certes parallèlement évoluer, conservera une place importante dans le panel des dispositifs d'aide aux personnes âgées.

Sa structuration, sa place, son positionnement dans le territoire, sa gouvernance doivent être requestionnés.

Telle est l'ambition de ce présent dossier.

# 1. Le Zoom ressources humaines

✚ **La priorité aux effectifs** : les questions de QVT, d'organisations de travail, de formations, de parcours professionnels ne sauraient, sous peine d'inefficacité, se dispenser d'un préalable essentiel : celui de l'augmentation significative des effectifs en Ehpad.

Les ratios actuels, entamés par un absentéisme globalement en hausse, ont emmené un recentrage insatisfaisant du métier d'Aide-Soignant (AS) vers les soins de nursing.

Les AS déplorent une perte de sens, une course perpétuelle contre la montre, les privant de temps relationnel suffisant. Le métier d'AS est vécu comme potentielle source de frustration.

Toutes les études, dont celle notamment de la DRESS<sup>i</sup>, les enquêtes faites par les organisations syndicales, convergent et concluent à l'extrême précarité d'un modèle.

Ce modèle parvient à subsister notamment par l'engagement dévoué de personnels investis, dont une majorité est constitué de personnel ayant une ancienneté importante, mais qui s'essouffle à former en permanence du personnel plus récemment arrivé dans les Ehpad, dont le turn over est important.

La pénibilité tant sur le plan psychologique que physique du métier, l'impact fort sur la vie privée de plannings modulables constituent des conditions de travail de moins en moins acceptées.

Il y a sans aucun doute un effet générationnel, qui sans le juger, nous oblige à l'intégrer dans les questions organisationnelles.

Il ne faut par ailleurs pas négliger la lourdeur d'un travail, sur le plan physique, qui a, souvent abimé les soignants, pesant aussi, notamment sous la forme de congés de longue maladie (CLM) et congés de longue durée (CLD) dans les effectifs.

Par ailleurs, l'évolution forte du métier liée à l'évolution des populations accueillies constitue aussi une donnée majeure. L'accueil de personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées renforce l'exigence professionnelle : les AS d'aujourd'hui doivent développer une capacité d'analyse, une communication non verbale, une finesse psychologique accrues.

Pour finir, nous constatons également que les AS sont souvent, par effet de ricochets, trop livrés à eux-mêmes : les infirmiers ne parviennent pas suffisamment, par manque de temps, à développer leur rôle d'encadrement intermédiaire, les cadres de santé ou infirmiers coordinateurs s'épuisent à la gestion de l'absentéisme, perdent le sens de leur travail et n'ont plus suffisamment le temps de développer leur mission d'encadrement de terrain.

**Préconisation de la Cndepah** : l'augmentation indispensable des effectifs doit s'accompagner d'une réforme architecturale des unités des Ehpad : ces unités ne doivent pas dépasser 20 lits, être sous la responsabilité d'un cadre intermédiaire de terrain.

Les petites unités, au personnel soignant stable et dédié, sous l'animation d'un cadre de terrain (de type Infirmier coordonnateur), constituent à la fois une réponse à la demande d'individualisation des usagers et de leurs familles, mais aussi concourent au sentiment d'appartenance du personnel, au renforcement de la solidarité professionnelle et donc à la limitation de l'absentéisme.

**L'augmentation attendue des effectifs est détaillée en page 8.**

#### **Formation des Aides-soignants :**

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

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

#### **Préconisations de la Cndepah :**

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

La prime ASG doit être généralisée, ET intégrée au traitement indiciaire, et sortir donc de la logique indemnitaire. Elle peut se faire sous la forme d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI), ce qui aurait pour avantage de ne pas créer un corps AS différent et de ne pas générer de phénomène statutairement enfermant.

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

## **Parcours :**

Une hypocrisie est soulignée : selon les statistiques de la DREES<sup>ii</sup>, il y a au sein des Ehpad presque autant de personnel AS que de personnel « agent des services hospitaliers (ASH), lesquels, par glissement indispensable de tâches, ont des missions souvent très proches de celles des AS.

Il faut par ailleurs rappeler que les ASHQ sont historiquement majoritairement pris en charge par le tarif hébergement et donc par les usagers et leurs familles.

D'une certaine manière, et sans que cette question ait jamais fait l'objet d'un véritable débat, les usagers se substituent à une sécurité sociale insuffisamment calibrée.

### **Préconisation de la Cndepah :**

#### **1. Une GPMC à organiser, un vivier à valoriser**

L'augmentation significative des ratios AS en établissement, oblige à se poser la question de ces recrutements à venir.

Nous pensons qu'une partie importante de ces recrutements peut se faire par le biais d'une incitation organisée à la VAE des ASHQ qui ont cette capacité à monter en niveau. Qui auront, plus encore qu'avant, intérêt à le faire. Et qui connaissent, mieux que quiconque, l'environnement des Ehpad et l'exigence accru de l'accompagnement.

Les Ehpad, plus encore qu'auparavant doivent organiser leur politique de ressources humaines, et accompagner de manière volontariste les cohortes d'ASHQ qui en ont les capacités.

C'est aussi une démarche citoyenne hautement estimable.

#### **2. Des parcours à organiser**

Si le module ASG devient obligatoire, il nous semble nécessaire d'enrichir le parcours professionnel des AS par la possibilité de valider des modules complémentaires facultatifs, permettant l'approfondissement des connaissances gériatriques. Nous pensons à la nutrition, la prévention des chutes, la contention, les soins bucco-dentaires, la fin de vie, la douleur, par exemple.

Ces modules complémentaires, outre le fait de dynamiser la profession par des perspectives enrichies, pourraient emmener une valorisation indemnitaire, fût-elle limitée.

En l'espèce, les formations complémentaires envisagées, obéiraient à la même logique que la formation ASG : une formation définie, standardisée, et suffisamment longue pour permettre un réel acquis de compétences complémentaires.

## Prévention

Sans qu'aucune étude, en tous les cas connue par la Cndepah, ne démontre une prévalence particulière des CLM/CLD chez les aides-soignants, il est en revanche clairement établi que le métier soignant est fortement touché par les accidents du travail.

Les catégories AT et CLM/CLD renvoie à la pénibilité du travail, et, au-delà de notre strict intérêt de gestionnaires d'établissement, les directeurs ont aussi l'obligation éthique de mettre en place tous les moyens nécessaires à la prévention, afin de permettre que la retraite des soignants soit le moins possible impactée par le travail qui a été le leur.

### **Préconisation de la Cndepah :**

En matière de prévention, et compte tenu des enjeux majeurs, il faut éviter le saupoudrage. Il faut éviter les actions isolées qui n'auront pour seule qualité que de permettre de se donner, pour tous, bonne conscience.

Il en va ainsi, d'une manière générale, de la Qualité de vie au travail (QVT).

Il faut en conséquence, réserver au sein des CPOM, une attention particulière, un développement particulier.

- A la fois en généralisant les audits qui doivent permettre d'identifier pour chaque établissement les criticités des risques, et donc de professionnaliser les documents uniques des établissements.
- En contractualisant ensuite l'organisation de la prévention, notamment en mettant en place une organisation mutualisée entre établissements (pas trop nombreux pour éviter le saupoudrage) visant à développer des actions de prévention. En mutualisant, soit en recrutement direct, soit en recours de prestations, un formateur/préventeur/ergonome du travail. Le temps dédié par établissement doit être suffisamment important pour être efficient. Une journée par semaine, par établissement, pourrait répondre à cet impératif d'efficacité.
- En contractualisant la généralisation des aides techniques, incluant leur maintenance et la formation à leur utilisation (lève-malades, verticalisateurs...)

Il serait en parallèle intéressant que l'Anap ou la HAS modélise l'utilisation et donc la quantification de ces aides.

- Enfin, en prenant en considération le fait que nombreux sont les AS en fin de carrière qui présentent des troubles musculo-squelettiques, ou des aptitudes physiques diminuées : la valorisation des compétences, savoirs, expériences doit pouvoir être organisée dans les établissements, ce qui n'est actuellement que marginalement possible compte tenu des ratios actuels

L'ensemble de ces points feront l'objet d'une contractualisation, d'un dialogue de gestion **ET de financements complémentaires** dans le cadre du forfait soins. Il faut ainsi rappeler que les modalités d'allocation financière, par le biais de l'équation tarifaire soins, ne reconnaît ni ne valorise les actions de prévention.

**Conclusion** : les soignants, les résidents et leurs familles, ainsi que les personnels de direction que nous sommes et que nous représentons attendent un engagement politique historique, à la hauteur des enjeux et des attentes.



## 2. Le zoom « effectifs soignants en Ehpad »

Ce n'est que relativement récemment que la question des effectifs en Ehpad est devenue à la fois un sujet majeur mais aussi, par voie de conséquence d'ailleurs, un objet d'attention et d'études.

La Drees s'est penchée sur ce sujet et a publié quelques études permettant d'objectiver la question des effectifs.<sup>1</sup>

Les mouvements sociaux de 2017 et 2018 ont clairement mis sur le devant de la scène cette question au travers d'un prisme évident : celui d'un décalage devenu trop important entre les attentes des résidents et de leurs familles et des effectifs que peuvent effectivement proposer les Ehpad.

Si tous les récents rapports, ainsi que l'étude publiée par la Drees en septembre 2016, font état d'un personnel soignant très engagé et dévoué à cette noble fonction qu'est l'accompagnement de nos aînés, il est tout aussi évident aujourd'hui que leur épuisement professionnel appelle une réponse claire et volontariste.

Et cette réponse, la Cndepah a déjà eu l'occasion de l'écrire, passe avant tout par un recalibrage des effectifs et par la définition de ratios soignants cibles.<sup>2</sup>

Bien évidemment, la qualité d'un établissement passe aussi par d'autres critères que les seuls effectifs.

Bien évidemment il faut développer et renforcer les formations des personnels, renforcer l'individualisation des accompagnements. Travailler encore et toujours, dans le cadre d'un projet d'établissement structuré, à développer des projets innovants, à adapter encore et toujours notre accueil des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou apparentée, constituant le profil majeur de notre public aujourd'hui.

Pour autant, croire que les ratios actuels permettent et permettront de répondre à minima aux enjeux et aux attentes, tant des usagers que du personnel, reviendrait à engager les Ehpad dans une impasse.

**Il faut significativement revoir à la hausse les effectifs soignants : tout le monde s'accorde aujourd'hui à le reconnaître.**

---

<sup>1</sup> Drees, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, N° 877 • février 2014  
Drees, L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, septembre 2017

Drees, Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, septembre 2016

<sup>2</sup> Cndepah, contribution à la mission El-Khomri, août 2019

**Il est désormais nécessaire de s'accorder à en définir le niveau.**

### **Quelques éléments de contexte**

Le Plan solidarité grand-âge présenté en 2006, a été souvent considéré, du point de vue des ratios en effectifs, comme le tournant historique au cours duquel la question a véritablement été traitée.

Comme chacun le sait, il n'a été que partiellement mis en œuvre. Ainsi, l'objectif affiché d'un ratio d'encadrement d'un agent par résident à l'horizon 2012 pour les personnes âgées les plus dépendantes (gir 1), n'a plus jamais été véritablement repris par les pouvoirs publics, sauf pour en souligner l'inaccessibilité financière.

Nombreux sont par ailleurs les rapports qui ont récemment fixés des cibles de ratios, sans pour autant complètement justifier ou étayer les chiffres présentés, qui par ailleurs, ne convergent que partiellement.<sup>3</sup>

### **Un Etat des lieux des Ehpad publics**

**Dans sa grande enquête de 2015, la Drees a objectivé la cartographie des effectifs en Ehpad :**

---

<sup>3</sup> +25% d'augmentation des effectifs (sur la totalité des effectifs) par rapport à 2015 (**Rapport Libault**)  
Norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel, **Rapport Fiat-Iborra**  
+ 20% d'augmentation du taux d'encadrement des effectifs soignants (**Rapport El-Khomri**)

**BHPAD publics**

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement* pour 100 places
<b>PERSONNEL DE DIRECTION</b>	<b>13 157</b>	<b>9 984,0</b>	<b>3,37</b>
Directeur	2 201	1 729,7	0,58
Médecin-Directeur	21	12,8	0,00
Directeur adjoint, attaché de direction, économiste	1 026	742,2	0,25
Agent administratif et personnel de bureau (secrétaire standardiste, hôtesse d'accueil,...)	8 036	6 210,3	2,10
Autre personnel de direction	1 872	1 289,0	0,44
<b>PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX</b>	<b>28 487</b>	<b>24 015,7</b>	<b>8,11</b>
Ouvrier Professionnel	10 858	9 363,4	3,16
Agent de service général (agent de buanderie, agent de cuisine...)	12 359	10 328,0	3,49
Autre personnel des services généraux	5 270	4 324,3	1,46
<b>PERSONNEL D'ENCADREMENT</b>	<b>3 569</b>	<b>2 980,2</b>	<b>1,01</b>
Cadre infirmier	3 285	2 754,0	0,93
Cadre infirmier psychiatrique	37	29,5	0,01
Cadre paramédical non infirmier	159	128,7	0,04
Cadre socio-éducatif ou autre cadre social	87	68,0	0,02
<b>PERSONNEL EDUCATIF, PEDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION</b>	<b>13 929</b>	<b>12 330,7</b>	<b>4,16</b>
Éducateur spécialisé	67	51,6	0,02
Moniteur-éducateur	83	67,1	0,02
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gérontologie	4 926	4 615,8	1,56
Aide médico-psychologique assistant de soins en gérontologie	1 345	1 273,1	0,43
Assistant de service social	344	153,7	0,05
Conseiller en économie sociale familiale	64	49,1	0,02
Technicien de l'intervention sociale et familiale	6	5,4	0,00
Animateur social	3 377	2 860,6	0,97
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gérontologie	2 379	2 170,1	0,73
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gérontologie	479	444,2	0,15
Autre personnel éducatif, pédagogique et social	860	640,0	0,22
<b>PERSONNEL MEDICAL</b>	<b>3 653</b>	<b>1 564,3</b>	<b>0,53</b>
Médecin coordonateur	2 048	816,3	0,28
Médecin spécialiste en gériatrie	626	329,7	0,11
Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle	4	2,3	0,00
Médecin spécialiste en psychiatrie	22	5,1	0,00
Autre spécialiste	359	141,1	0,05
Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIJ...)	136	65,0	0,02
Médecin généraliste	458	204,8	0,07
<b>PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMEDICAL OU SOIGNANT</b>	<b>108 777</b>	<b>96 477</b>	<b>32,57</b>
Psychologue	2 879	1 381,4	0,47
Infirmier diplômé d'État	21 788	19 244,0	6,50
Infirmier psychiatrique	33	20,9	0,01
Masseur-kinésithérapeute	611	333,8	0,11
Orthophoniste	36	6,4	0,00
Orthoptiste	4	3,1	0,00
Ergothérapeute	988	540,9	0,18
Pédicure-podologue	126	33,2	0,01
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	458	265,3	0,09
Dététicien	699	214,0	0,07
Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie	68 343	62 888,0	21,23
Aide-soignant assistant de soins en gérontologie	10 310	9 691,2	3,27
Autre personnel paramédical ou soignant	2 504	1 854,3	0,63
<b>AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)</b>	<b>60 076</b>	<b>53 891,0</b>	<b>18,19</b>
<b>Total répondants</b>	<b>231 648</b>	<b>201 242,5</b>	<b>67,94</b>
Non renseigné	467	404,5	
<b>ENSEMBLE</b>	<b>232 115</b>	<b>201 647,0</b>	<b>68,08</b>

Si l'on veut réaliser un zoom sur les effectifs soignants, hors IDE, exerçant donc au chevet des résidents, il faut :

- extraire les catégories suivantes :

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement* pour 100 places
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gériologie	4 926	4 615,8	1,56
Aide médico-psychologique assistant de soins en gériologie	1 345	1 273,1	0,43
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériologie	2 379	2 170,1	0,73
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériologie	479	444,2	0,15
Aide-soignant non assistant de soins en gériologie	68 343	62 888,0	21,23
Aide-soignant assistant de soins en gériologie	10 310	9 691,2	3,27
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	60 076	53 891,0	18,19
Total	147 858	134 973,4	45,57

- Et procéder à des regroupements de catégories homogènes de fonction : en clair, en Ehpad, dans l'immense majorité des cas :

**Les aides-soignants (AS), aides-médico-psychologiques (AMP) ont des fonctions proches voire semblables.**

Les auxiliaires de vie et les agents de service hospitaliers ont souvent des fonctions proches ; il reste, pour les ASH, que par glissement de tâches, une partie importante d'entre eux assure des fonctions d'AS/AMP, et pour les autres, sont sur des missions d'hôtellerie. Il n'est pas possible, dans ce tableau, de distinguer ces différentes fonctions.

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement* pour 100 places
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gériologie	4 926	4 615,8	1,56
Aide médico-psychologique assistant de soins en gériologie	1 345	1 273,1	0,43
Aide-soignant non assistant de soins en gériologie	68 343	62 888,0	21,23
Aide-soignant assistant de soins en gériologie	10 310	9 691,2	3,27
<b>sous-total</b>	<b>84 924</b>	<b>78 468,1</b>	<b>26,49</b>
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériologie	2 379	2 170,1	0,73
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériologie	479	444,2	0,15
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	60 076	53 891,0	18,19
<b>sous-total</b>	<b>62 934</b>	<b>56 505,3</b>	<b>19,08</b>
<b>TOTAL</b>	<b>147 858</b>	<b>134 973,4</b>	<b>45,57</b>

**En Octobre 2019, la Cndepah a lancé une enquête auprès de tous ses membres, représentant un panel très diversifié d'Ehpad, sur tout le territoire de France.**

**Les caractéristiques et enseignements principaux :**

### Données populationnelles

#### Données population

nombre de lits				GMP				PMP			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
117	80	116	155	743	720	749	773	228	221	223	242

### Données Ressources Humaines

#### Ratios AS/AMP et ASH/Aux

Ratios AS/AMP				Ratios ASH/Aux				Ratio total			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
0,29	0,23	0,26	0,31	0,20	0,16	0,19	0,23	0,48	0,41	0,47	0,52

Lecture du tableau : le ratio est le résultat de la division du nombre d'ETP par le nombre de lits. Aux= auxiliaires de vie

Pour mémoire, les ratios moyens établis par la Drees ci-dessous, sont en grande adéquation et viennent valider la méthode de l'enquête Cndepah :

DREES				DREES				DREES			
0,27				0,19				0,46			

proportion d'AS/AMP sur la totalité AS/AMP/AS/Aux			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
0,59	0,53	0,60	0,64

Lecture du tableau : En moyenne, 59% du total des effectifs AS/AMP/ASH/Aux sont des AS ou des AMP.

**Éléments complémentaire d'information : seuls 1% des AS sont formés ASG.**

### Données Architecturales : la répartition par unités (en nombre de lits)

unités non fermées			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
<b>32</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>38</b>

La dispersion de la taille des unités est assez forte, traduisant d'une part des tailles d'établissements elles-mêmes assez dispersées mais aussi des organisations architecturales et organisationnelles variées.

En moyenne, les unités **non fermées** des Ehpad sont de 32 lits. La médiane est à 26 lits.

Les unités de type UVA, UVP, UHR n'obéissent pas à cette dispersion : elles sont configurées entre 12 et 14 lits, conformément aux cahiers des charges. Elles n'ont donc pas été incluses dans ce tableau.

**Au-delà d'une vision trop statistique de nos Ehpad, il s'agit désormais de comprendre les organisations quotidiennes des établissements.**

La Cndepah a donc cherché à objectiver les temps de présence soignants en journée (de 07 heures à 21 heures) et la nuit (de 21 heures à 07 heures), constituant le plus souvent peu ou prou les bornages horaires des soignants.

Les effectifs soignants effectivement constatés, **pour chaque jour**, dans les Ehpad sont les suivants :

*Attention, seuls les AS/AMP/ASH/Aux accompagnant directement les résidents sont comptabilisés. Sont donc exclus ici les ASH/Aux qui assurent exclusivement des fonctions hôtelières dans le cadre d'équipes hôtelières dédiées. Sont également exclus les agents travaillant la nuit.*

**passage des effectifs présents chaque jour aux effectifs 365 jours**

	présence chaque jour, en ETP		effectifs 365 jours, en ETP
nombre de lits	26	100	100
ratio AS/AMP	0,12		
nombre d'AS/AMP	3,13	12,03	20,72
ratio ASH/aux	0,06		
nombre d'ASH/Aux	1,55	5,95	10,25
<b>total soignants</b>	<b>4,67</b>	<b>17,98</b>	<b>30,97</b>

Lecture du tableau : **pour une unité de 26 lits** (correspondant à la médiane des unités des établissements), tous les jours, 4.67 soignants sont présents.

Cela correspond à une journée de travail de 7.25 heures par jour, ce qui est la situation la plus constatée dans nos établissements.

**En clair, toujours pour une unité de 26 lits, taille médiane des unités des Ehpad, 4.67 agents se répartissent les 14 heures de travail entre 7h00 et 21h00.**

**Ce qui confirme ce que les établissements constatent tous les jours : 3 soignants le matin, 2 soignants l'après-midi pour une unité d'environ 30 lits. Un peu moins pour une unité inférieure....**

Pour que cette présence soit systématiquement assurée, tous les jours de l'année, le tableau permet de traduire cette présence quotidienne en ETP annuels. En effet, il faut bien évidemment comptabiliser les repos hebdomadaires, les jours fériés et les congés annuels. **Ne sont donc pas compris les journées d'absentéisme.** Pour assurer la présence d'un aide-soignant tous les jours, il faut ainsi un peu plus d'1,7 ETP annuel.

Pour rappel, en moyenne, et selon les données de la Drees, (cf tableau page 4), les AS/AMP/ASH/Aux représentent 45.57 ETP pour un Ehpad de 100 lits.

Sur ces 45.57, au total, nous venons de voir que **30.97** sont directement dévolus aux fonctions soignantes, au chevet des résidents, la journée.

Il faut évidemment ajouter 5 ETP dédiés à l'équipe de nuit, permettant la présence de 2 agents chaque nuit<sup>4</sup>, chiffres habituellement constatés dans les Ehpad de cette taille.

La différence entre les 45.57 ETP et les 35.97 (30.97+5), soient **9.6 ETP**, correspond aux ASH/Aux occupant d'autres fonctions que l'accompagnement direct des résidents, telle que notamment l'hôtellerie. L'enquête de la Cndepah a en effet montré que la quasi-totalité des Ehpad avaient opté pour la création d'une équipe d'entretien dédiée.

### **Que permettent les effectifs actuels soignants en Ehpad ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>4</sup> Le rapport entre le nombre de présent chaque nuit et le nombre d'ETP sur l'année est supérieur à 1.7 (rapport pour les agents de jour) en raison du temps de travail annuel minoré pour les agents de nuits, lié à la pénibilité.



**comptabilisés et constituent une forme de glissement de tâches, au détriment du temps direct auprès des résidents.**

*D'une manière générale, les soignants concentrent leur temps auprès des résidents les plus dépendants et/ou en fin de vie, mais ne parviennent pas à proposer une individualisation suffisante de la prise en charge, à respecter le rythme de vie des résidents, ni à mettre des actions de prévention à destination des résidents les plus autonomes. La course quotidienne contre le temps ne permet pas de dédier du temps relationnel de qualité et génère de la frustration mais aussi de l'épuisement par un travail encore trop taylorien. **Pour accomplir toutes ces missions, les ratios en personnel ne permettent de consacrer, en moyenne, que 43 minutes<sup>5</sup> par résidents le matin. L'après-midi, incluant le début de soirée et donc le repas du soir et le coucher, ce sont 28 minutes dont bénéficie en moyenne chaque résident.***

### **Définition de la cible : un ratio revu à la hausse**

Le constat désormais objectivé de la situation des effectifs des Ehpad aujourd'hui permet de mieux comprendre les raisons d'une saturation des personnels et des insatisfactions des usagers.

Il est indispensable de revoir significativement les effectifs à la hausse.

La Cndepah est consciente des enjeux financiers majeurs que cela emmène et a fait le choix, en conséquence, de proposer des cibles atteignables, reposant sur une analyse étayée.

Dans la suite de la note transmise par la Cndepah à la mission El-Khomri, la Cndepah identifie la cible suivante :

---

<sup>5</sup> Les 3 soignants en moyenne par unité de 30 lits représentent 1305 minutes de travail. Divisé par le nombre de résidents, soit 30, cela représente 43.5 minutes par résident.

**Les préconisations de la Cndepah : des unités de 20 lits, une présence de 3 soignants le matin et 2 soignants l'après-midi.**

**Que permettront les effectifs soignants de demain en Ehpad ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous pensons que la redéfinition de la taille des unités permettra de proposer un accompagnement plus individualisé, plus confortable, plus humain, plus respectueux. Bien évidemment, nous ne méconnaissions pas la réalité architecturale d'aujourd'hui. **Les ratios en personnel soignant sont bien sûr à calculer au prorata des unités existantes.**

Mais la Cndepah appelle, outre la redéfinition des ratios, à ce que les rénovations, reconstructions ou constructions des Ehpad de demain intègrent cette approche architecturale, qui sera de plus permise par la définition de ces nouveaux ratios.

Au fond, l'architecture et la définition de la taille des unités constatées aujourd'hui sont à la mesure de ce que les directions sont en capacités de les configurer en termes d'effectifs.

Les deux aspects, architecture et ratios, sont de fait intimement liés.

### **Conséquences : le ratio cible et ses impacts financiers**

Pour permettre la présence, au quotidien, de 5 agents en journée (3 le matin, 2 l'après-midi), il est nécessaire de disposer de 8.61 ETP annuels.

Pour un établissement de 100 lits, constitués de 5 unités de 20 lits, 25 agents soignants sont attendus tous les jours, représentant 43.06 ETP annuels.

Si nous ajoutons les 5 ETP de nuit ainsi que les 9.6 ETP d'ASH/Aux non soignants, la somme globale des effectifs AS/AMP/ASH/Aux est ainsi de 57.6 ETP.

**C'est donc, pour un Ehpad de 100 lits, une augmentation de 12.1 ETP qui est nécessaire pour atteindre la cible.**<sup>6</sup>

**La Cndepah défend bien naturellement la nécessité de poursuivre la qualification des personnels des Ehpad et demande à ce que la totalité de ces créations de postes soit constituée d'aides-soignants.**<sup>7</sup>

Il faut par ailleurs bien comprendre qu'en l'espèce, seule la catégorie aide-soignante/AMP fait l'objet ici d'un rebasage, les ratios des autres catégories n'étant pas modifiés.

<sup>6</sup> Ce qui représente une augmentation de 26% des personnels totaux AS/AMP/ASH/Aux

<sup>7</sup> Voir la note transmise à la mission El-Khomri donnant des pistes pour augmenter le vivier AS

Les établissements publics représentant environ 300 000 places (soient, de manière virtuelle, 3000 Ehpad de 100 lits), le besoin de création de postes est de 36 165 ETP.

Valorisé à 40 000€, coût moyen constaté dans les établissements pour les agents dans la première moitié de carrière, cela représente un coût total de 1.446 Milliards d’euro annuels pour atteindre la cible.

Les ratios de personnel, selon la Drees et pour les Ehpad publics étaient les suivants :

<b>Ehpad publics actuels</b>		
	100	ratio
direction, administration	3,37	0,03
services généraux	8,11	0,08
encadrement	1,01	0,01
éducatif, animation	1,29	0,01
médical	0,53	0,01
psychologue	0,47	0,00
Autres soignants	1,09	0,01
ide	6,51	0,07
as/ash	45,56	0,46
<b>total</b>	<b>67,94</b>	<b>0,68</b>

A l’atteinte de la cible, ils seront :

<b>Ehpad publics projection</b>		
	100	ratio
direction, administration	3,37	0,03
services généraux	8,11	0,08
encadrement	1,01	0,01
éducatif, animation	1,29	0,01
médical	0,53	0,01
psychologue	0,47	0,00
Autres soignants	1,09	0,01
ide	6,51	0,07
as/ash	57,6	0,58
<b>total</b>	<b>80,00</b>	<b>0,80</b>

## Renforcer l'encadrement intermédiaire

La Cndepah souligne pour, finir, la grande nécessité de renforcer l'encadrement intermédiaire. Les AS/AMP ainsi que les ASH faisant fonction sont insuffisamment accompagnées et encadrées. **Afin d'améliorer la dynamique, la qualité des projets, et la qualité managériale, il est indispensable de créer un poste d'encadrement intermédiaire par unité.**

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

Les ratios en personnel seraient in fine les suivants :

avec 5 cadres intermédiaires sup		
	100	ratio
direction, administration	3,37	0,03
services généraux	8,11	0,08
encadrement	6,01	0,06
éducatif, animation	1,29	0,01
médical	0,53	0,01
psychologue	0,47	0,00
Autres soignants	1,09	0,01
ide	6,51	0,07
as/ash	57,6	0,58
<b>total</b>	<b>85,00</b>	<b>0,85</b>

**C'est donc, pour un Ehpah de 100 lits, une augmentation totale de 17.1 ETP (12.1 AS et 5 postes d'encadrement intermédiaire) qui est nécessaire pour atteindre la cible**

La Cndepah a souhaité apporter une contribution significative dans le grand débat des effectifs. Et a souhaité établir un lien argumenté entre la vision « micro » de chaque établissement, celle qui reflète la réalité de nos accompagnements et leurs limites, et la vision macro, conséquence de la première.

Les ratios d'effectifs soignants ne constituent pas un dogme ni une fin en soi : ils traduisent très concrètement ce que tous les Ehpah vivent au quotidien.

C'est en partant de cette réalité qu'il nous fallait incarner la notion de ratio. Et lui donner donc un véritable contenu.

Compte-tenu des enjeux financiers majeurs que cette augmentation des effectifs emmène, la Cndepah appelle à ce que les arbitrages soient rapidement faits, dans le cadre de la future loi autonomie.

Le levier financier doit être suffisamment puissant pour le garantir : la Cndepah demande à ce que la manne libérée par l'extinction de la CRDS soit clairement mobilisée.

**La Cndepah demande que l'atteinte de la cible soit effective, au plus tard, pour 2024.**

**La Cndepah précise que ces ratios cibles ne sont valables qu'à population accueillie constante.** Il va bien évidemment de soi qu'une augmentation de la dépendance ou des besoins en soins mesurés par l'outil pathos emmèneraient la nécessité de revoir d'autant plus à la hausse les ratios en personnel soignant.

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

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

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

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

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

Le ratio cible de 0,85 promu par la Cndepah n'inclut pas ces renforcements que la crise a rendu indispensables.

### 3. Zoom sur la structuration du paysage des établissements publics

#### Etat des lieux

Le prisme d'entrée est le suivant :

- Les établissements sont-ils intégrés dans une filière gériatrique et concourent-ils activement à la réponse coordonnée de l'offre sur leur territoire ?
- Les établissements ont-ils atteints une taille critique pour permettre des économies d'échelle, garantir une professionnalisation suffisante des fonctions supports, incluant la qualité et la sécurité, pour renforcer l'attractivité des métiers, y compris celle des directeurs ?

Il est impossible, à ce stade et compte tenu de l'absence de critères objectifs, de répondre à ces questions.

Il est en revanche possible de présupposer que les Ehpad hospitaliers ou en direction commune avec un centre hospitalier, ou encore, établissement partie à un GHT, sont susceptibles de répondre favorablement à ces deux attendus premiers.... **Sans que pour autant cela en apporte une garantie.**

A tout le moins, nous pouvons postuler que les éléments structurels apportés par les coopérations dans ces cas précis peuvent permettre d'y répondre favorablement.

**Cela concerne 943 Ehpads, représentant 127 598 lits.**

Statut juridique	Nombre d'EHPAD	Nombre de places (Héberg. Permanent)
Privé commercial	1786	129 956
Privé non lucratif	2 244	168 735
<b>Public</b>	<b>2 962</b>	<b>288 500</b>
1) Dont public autonome	1 276	111 592
2) Dont public rattaché à un EPS	943	127 598
3) Dont public CCAS	743	49 310
Total	<b>6 992</b>	<b>587 191</b>

*Source : La situation des EHPAD en 2017 - CNSA (HAPI 2017)*

**Les 1 276 Ehpad autonomes**, représentant 111 592 lits, ne sont pour autant pas restés sans aucune organisation de mutualisation ou de coordination.

217 sont en direction commune avec un centre hospitalier.

16 ont fusionné avec un centre hospitalier.

**384 Ehpad font partie d'une direction commune exclusivement constituée d'Ehpad** (en moyenne 2 Ehpad par direction commune) et 14 font partie d'une direction commune avec d'autres catégories d'ESMS.

Pour finir, environ 50 Ehpad sont entrés dans le dispositif GHT, sans que pour autant il nous soit possible de dire si cela concerne des Ehpad préalablement ou pas en direction commune.

**Concernant les GCSMS**, peu de littérature existe sur le sujet permettant d'en mesurer les effets sur le paysage des Ehpad en France. Seule donnée produite par l'ATIH, 11.5% des Ehpad déclarent faire partie d'un groupement.

#### **Analyse :**

**De fait, « seuls » 660 Ehpad environs ne font pas partie d'une direction commune ou d'une fusion, représentant environ 50% des Ehpad autonomes.**

Ces données nationales cachent pourtant des réalités régionales significativement disparates. (La Cndepah a réalisé la cartographie des coopérations/regroupements de chaque région).

Le dispositif de direction commune s'est largement installé en France, mais se limite dans l'immense majorité des cas à 2 établissements. Il est très vraisemblable que la valorisation financière pour le directeur, comme pour désormais l'équipe de direction, soit une des explications majeures du succès des directions communes, à contrario de la fusion, très peu activée, qui ne fait l'objet d'aucune valorisation. Pire, le passage de la direction commune, qui peut avoir des intérêts évidents, génère une perte salariale pour l'équipe de direction, ce qui n'est, reconnaissons-le, pas très incitatif.

Les directions communes ont connu sans doute ce succès en raison également du maintien de l'autonomie des établissements, ce qui a été apprécié des présidents de conseil d'administration.

Il est à souligner que les directions communes ou les fusions, ou les participations à un GCSMS, n'ont **pas fait l'objet d'une doctrine claire**, encadrée et valorisée par les pouvoirs publics.

A l'exception de l'indemnité de direction commune, aucun mécanisme d'incitation n'a été mis en place. L'évaluation des directeurs ne comprend pas d'items identifiés concernant le dynamisme territorial et le rôle dans la structuration de l'offre.

Les groupements de coopération, à l'exception de mesures d'aide au démarrage, ne font pas l'objet d'aides financières pour prendre en charge tout ou partie de l'ingénierie et du pilotage, ce qui constitue une limite évidente.

Les Agences régionales de santé ne semblent pas avoir, globalement, élaboré une politique de structuration des établissements. C'est manifestement plus la démographie des directeurs, défavorable dans certaines régions, qui semble avoir guidé les regroupements, notamment sous la forme de directions communes entre Ehpad ou avec un centre hospitalier.



La limitation des directions communes à deux établissements, bien que constituant un progrès dans l'efficacité de l'action des Ehpad concernés, reste sans aucun doute un frein à des mutualisations plus poussées, plus intégratives, et permettant de dégager des marges de manœuvre suffisantes.

## **Les préconisations de la Cndepah :**

### **1. Ce qu'il faut éviter :**

#### **- Le statu quo :**

L'atomisation des établissements n'est plus tenable. La complexité réglementaire, la nécessité de recourir à des compétences et des professionnels spécialisés qui ne peuvent être recrutés sur un seul et petit établissement, la nécessité de dégager des marges de manœuvre financières au profit de la CAF, et donc de l'investissement de demain, la nécessité de renforcer la réactivité lorsque paraissent les appels à candidature, à projets, à manifestation d'intérêt, la nécessité d'organiser intelligemment l'offre d'un territoire n'est pas compatible avec le maintien de la situation existante.

L'immuable séparation du sanitaire et du médico-social ne peut par ailleurs pas se satisfaire d'une nouvelle ligne de démarcation générée insidieusement par la création des GHT. Celle qui sépare de fait les Ehpad participant à un GHT, et les autres.

#### **- L'extension systématique des GHT aux Ehpad autonomes :**

Si l'on a posé comme postulat initial que les Ehpad rattachés à un centre hospitalier, ou en direction commune avec un centre hospitalier présentaient des conditions favorables à une meilleure inscription territoriale et à une organisation des fonctions support plus efficaces, il faut bien se garder de la tentation très théorique d'une entrée systématique de tous les Ehpad dans les GHT existant, ou d'une généralisation des directions communes entre Ehpad et centres hospitaliers.

La situation des Ehpad hospitaliers est très hétérogène, sans qu'à ce stade il soit possible d'en réaliser une cartographie qualitative exhaustive. La Cndepah constate, sur le réseau d'adhérent qui est le sien, que ces Ehpad ont fait globalement l'objet d'un investissement de plus en plus important, et d'une professionnalisation beaucoup plus marquée. Le recrutement désormais presque généralisé de directeurs D3S n'est sans doute pas étranger à ce constat. Il reste pour autant que certains grands centres hospitaliers ne parviennent pas à donner l'importance attendue à ce secteur, considéré comme secondaire. La situation, n'est pas à généraliser, mais elle appelle à une grande prudence et donc éviter d'accentuer le rattachement des Ehpad aux très grands centres hospitaliers, dont ça ce n'est pas le cœur de métier.

- **La confusion entre la dimension « organisation de l'offre d'un territoire » et la dimension « efficience », notamment des fonctions supports**

**La structuration de l'offre sur un territoire** suppose d'identifier un territoire cohérent et donc suffisamment important. Cela peut-être celui d'une Maia, d'un GHT, d'une DAC, d'une communauté de commune, d'un territoire de démocratie sanitaire voire d'un département. Cela va dépendre de la densité de population, de la géographie, des habitudes de coopérations, de la répartition territoriale des services préexistante, des flux de patients hospitalisés.....

Mais il faut également éviter le gigantisme qui peut être contraire au principe de soutenabilité du pilotage et à la proximité nécessaire des services à la population.

La définition des territoires est un enjeu important dans un contexte où les cartes se sont ajoutées années après années sans briller par leur cohérence d'ensemble.

N'exigeons donc pas non plus des Ehpad qu'ils réussissent là où les autres ont globalement échoué !

La structuration de l'offre médico-sociale vise l'organisation des services dans leur pluralité : l'hébergement, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, les alternatives à l'hébergement comme l'Ehpad hors les murs, le Ssiad, le spassad.... Elle concerne également tout le travail partenarial avec l'hôpital mais également et sans doute tout autant, avec les acteurs du domicile.

La structuration de l'offre passe par un pilotage des autorisations, une gestion coordonnée des réponses aux appels à projets, et une organisation du maillage territorial....

**La recherche de l'amélioration de l'efficience** quant à elle obéit à une logique différente et recherche des objectifs différents.

Le regroupement d'établissements, par direction commune, ou de manière privilégiée par fusion, permet d'atteindre une taille critique, de mettre ainsi en place des mutualisations importantes des fonctions supports (informatique, RH, facturation, finances, services techniques), des mutualisations des fonctions d'encadrement, de recourir à des fonctions plus spécifiques (qualité, hygiène, sécurité). Elles permettent également de professionnaliser et de rendre plus efficient la fonction achat.

**Les deux dimensions peuvent le cas échéant se superposer. Mais il est nécessaire, pour proposer une organisation des Ehpad publics de demain de bien les distinguer.**

- **La définition d'un modèle unique, qui ne tienne ni compte des coopérations existantes, des réalités de territoires, de géographies...**

Il pourrait être tentant de définir d'emblée **la taille critique du territoire de regroupement des Ehpad publics autonomes au sein de GCSMS**. C'est un travers dans lequel la Cndepah invite à ne pas tomber, pour les raisons évoquées plus haut. La réalité des territoires, dans toutes ses composantes doit être prise en considération et ce travail doit sans aucun doute associer les acteurs de terrain ainsi que l'ARS. L'avis du Conseil départemental doit être également recherché.

Il pourrait être tentant de définir également **une taille critique de regroupements des Ehpad, aux fins de répondre à l'objectif de l'amélioration de l'efficience**. L'analyse des directions communes et des fusions entre Ehpad a montré le périmètre sans doute encore trop restreint de chaque direction commune, limité à deux Ehpad. S'il faut sans doute poursuivre le mouvement d'élargissement de ces périmètres à plus de deux entités, il ne paraît pour autant pas raisonnable, compte tenu de la très grande hétérogénéité des Ehpad sur le territoire français, de modéliser de manière rigide ces regroupements opérationnels. Les distances, notamment en secteur rural, constituent des limites à ces regroupements opérationnels, principalement pour ce qui concerne la mutualisation des personnels de direction, d'encadrement ou de compétences plus spécifiques. A contrario, en secteur très urbanisé, caractérisé par une densité d'établissements importante, il paraît raisonnable d'élargir le périmètre à 3, 4, voire 5 établissements.

- **La négligence de l'hôpital de proximité, ou de l'hôpital à vocation gériatrique**

Le regroupement des Ehpad en GCSMS a pour objet principal d'organiser et de structurer l'offre médico-sociale sur un territoire.

Il ne serait pas opportun de ne pas donner, dans ce mode de coopération, une place particulière à l'hôpital de proximité (au sens légal ou non), disposant de lits de courts séjours gériatriques, de lits d'USLD, de SSR gériatriques, d'UCC, d'UHR, d'équipes mobiles (gériatriques, de soins palliatifs, de psychogériatrie), de consultations gériatriques, de consultations mémoire.....

Force est de constater l'évolution des profils des personnes âgées que les Ehpad accueillent. Le besoin en soin accru nous impose de renforcer le lien à l'hôpital, en mettant en place des partenariats visant à faciliter les parcours.

Il ne s'agit pas en l'espèce de donner la prééminence de l'hôpital de proximité dans la gouvernance des groupements médico-sociaux, mais de favoriser, d'encourager et d'inciter à ce que le travail partenarial soit efficace, ce qui n'est pas suffisamment le cas à ce jour. La question de la gouvernance reste néanmoins à explorer.

## **2. Ce que la Cndepah préconise**

**La Cndepah rappelle quelques principes fondamentaux qui doivent guider la réflexion :**

- **La proximité de l'offre**

Les établissements et services doivent être à proximité des usagers, dans leurs bassins de vie.

- **La soutenabilité du pilotage**

Les établissements, regroupés en direction commune ou par fusion, doivent rester pilotable.

Les groupements de coopération doivent également être pilotables

- **L'organisation de l'offre de territoire : cœur de métier de directeur**

Le métier de directeur d'établissement(s) inclut à l'évidence une dimension forte de gestionnaire. A la fois des ressources humaines, des finances, de l'organisation de la sécurité... mais sa fonction première, souvent insuffisamment déployée en raison de la dominante, de fait, de la dimension « gestion », reste la réponse à l'utilisateur et à ses besoins. Et aujourd'hui, plus qu'hier, la notion de parcours de prise en charge, de soins ou d'accompagnement, nous oblige à penser la réponse à l'utilisateur au-delà des seuls murs d'un Ehpad. Le cœur de notre métier se recentre désormais sur l'organisation de l'offre, et la recherche de sa mise en cohérence et de son efficacité.

- **La diversification de l'offre, au service des usagers**

Les attentes et les besoins des usagers se complexifient. La diversification de l'offre de ces dernières années, avec l'apparition de structures plus spécialisées à destination des résidents atteints de pathologies de type Alzheimer (PASA, UCC, UHR...), des personnes handicapées vieillissantes, avec l'apparition et de développement de « nouvelles » formes de structures (résidences seniors, résidences autonomie, Ehpad hors les murs) est un mouvement qui va se poursuivre et que nous devons organiser.

**La Cndepah appelle à ce que soient développés, dans les mois et les années à venir, des regroupements d'établissements sur les modèles suivants :**

- **L'inscription, de manière systématique et obligatoire, de tout Ehpad, dans une forme de coordination de l'offre**

Pour les Ehpad autonomes, il paraît indispensable d'accélérer de manière forte le mouvement de coopération de territoire.

Ainsi, sur une période de temps à définir, les Ehpad autonomes sont appelés à intégrer un GCSMS, **dont la fonction première serait celle d'organiser l'offre sur son territoire.**

**Bien évidemment, les établissements accueillant les personnes handicapées pourront, sur leur initiative, intégrer ces groupements de coopération.**

Le GCSMS, en coopération avec le ou les centres hospitaliers de proximité, a pour fonction première en conséquence d'élaborer, sur la base d'un diagnostic de territoire, **un projet de territoire** visant à mettre en cohérence l'offre, organiser des complémentarités de prise en charge, d'organiser le partenariat avec les acteurs du domicile.

Deux questions, constituant d'ores et déjà un frein aux GCMS existant, doivent être soulevées :

- Celle de la gouvernance
- Celle des moyens alloués au pilotage du groupement

#### **La gouvernance :**

La recherche du consensus, au sein d'un GCMS, peut être source de difficultés ou d'inefficacité.

La Cndepah ne souhaite pas préconiser un modèle unique, où, à un groupement de coopération correspondrait une seule direction commune ou un seul très gros établissement fusionné. C'est un modèle qui a ses vertus mais aussi ses limites, et qui ne serait pas adapté à tous les territoires.

En revanche, la recherche à venir d'une augmentation des directions communes et leur élargissement concourra à limiter le nombre d'interlocuteurs et à en faciliter la gouvernance.

Il pourrait être tentant de dupliquer le modèle GHT, mais la Cndepah ne le souhaite pas. Les GHT, à ce stade, ne brillent pas toujours par leur efficacité et l'on mesure bien le mouvement en cours de regroupements des centres hospitaliers comme condition, non véritablement avouée d'ailleurs, d'amélioration des GHT.

L'avantage du GCMS est d'avoir la possibilité, de par sa personnalité morale, d'obtenir des autorisations, ce qui concourt à l'organisation de la réponse territoriale.

#### **Les moyens alloués :**

Un GCMS ne peut être efficace, ne peut réaliser des diagnostics de territoire, rédiger un projet de territoire, répondre aux appels à projet, que s'il dispose de moyens humains. L'administrateur d'un GCMS ne peut à lui seul absorber la charge de travail importante liée à au groupement.

Si le modèle financier reste à trouver, il est évident qu'un financement complémentaire pérenne soit accordé aux GCMS pour leur permettre un fonctionnement acceptable.

#### **La nécessaire connexion au GHT :**

La structuration et l'organisation de l'offre attendu de l'offre au sein des GCSMS ne peut se faire sans un travail partenarial structuré avec le secteur hospitalier. Il est donc indispensable d'organiser la représentation des GCSMS au sein des GHT, sous la forme de partenaire associé.

Il est tout autant indispensable que les GHT, dans la construction et l'animation de leur projet médical de territoire, associent les GCSMS permettant par conséquent la participation des EHPAD autonomes à la construction de l'offre de territoire.

- **Le développement et l'élargissement des directions communes, préalable à un mouvement de fusion**

Les directions communes ont pour objet principal de renforcer l'efficacité des établissements, par la mise en place d'une démarche de mutualisation notamment des fonctions supports.

A la faveur des vacances de postes, il est nécessaire d'interroger systématiquement la pertinence d'une création d'une direction commune ou son élargissement.

La Cndepah privilégie le regroupement entre Ehpad ou avec un centre hospitalier de proximité, plutôt qu'une direction commune avec un grand centre hospitalier, dont le cœur de métier n'est pas le médico-social. La Cndepah appelle également à ce que ces directions communes soient bien naturellement ouvertes également aux établissements accueillant des personnes handicapées.

La Cndepah demande à ce que cette question soit traitée dans le cadre de la réforme du grand-âge.

Il est nécessaire, pour favoriser la transformation des directions communes en fusion, d'inciter les directeurs et les élus locaux à le faire.

La Cndepah propose que les fusions fassent l'objet d'une incitation financière pour les établissements, avec, à tout le moins, dans le cas d'une situation déficitaire d'un des établissements, la reprise de la dette.

La Cndepah demande également à ce que les directeurs bénéficient d'un régime indemnitaire équivalent à celui la direction commune, dénommé ainsi « indemnité multi sites ».

Par souci de clarté de présentation, nous avons volontairement distingué les dimensions « efficacité » et « organisation de l'offre », portées, plus par les directions communes et les fusions pour la première dimension, et plus par les GCSMS pour la seconde.

Cette simplification de présentation ne doit pour autant ne pas méconnaître les interactions plus fines et diversifiées que l'analyse des expérimentations nous démontre.

Il n'est en effet pas rare que des GCSMS mettent en place des actions de mutualisations, telles que les achats, des actions de formations, de recrutements de personnels mutualisés.

Il n'est pas non plus rare, bien évidemment, que des établissements mutualisés en direction commune ou en fusion, contribuent à structurer l'offre.

Il ne s'agit ainsi pas de mettre en place un modèle unique et figé, mais d'engager les Ehpad dans une démarche très volontariste de restructuration.

Les CPOM, et leur préparation, sont des temps privilégiés pour engager les établissements dans cette dynamique.

Un horizon de 5 ans paraît en ce sens raisonnable pour aboutir à une organisation des territoires optimisée.

## 4. Zoom sur la gouvernance

Le statu quo actuel n'est pas souhaitable. La crise du Covid19 n'a fait que mettre en lumière à nouveau les insuffisances du modèle de gouvernance actuel.

### 1. son inefficacité :

Le Co pilotage, la dualité de tarification renforcée il y a désormais presque 20 ans à la faveur de ce que l'on appelait déjà à l'époque la réforme de la tarification, ont montré les limites d'un modèle dont le Rapport Libault nous appelle à sortir.

Il s'agissait d'une part, en 2001, de parvenir à une répartition plus équitable entre les contributions des usagers et les dépenses de soins: n'oublions pas effectivement que les usagers, par la conséquence d'une insuffisante médicalisation des effectifs, payaient au travers de leur prix de journée, une partie des dépenses de soins moins socialisée qu'aujourd'hui. La réforme de la tarification a eu ce mérite d'augmenter significativement les crédits de médicalisation et donc de permettre de revoir fortement à la hausse les effectifs soignants. De permettre donc de passer d'un modèle très hospiciel à l'Ehpad. De passer du 19<sup>ème</sup> siècle directement au 21<sup>ème</sup>...

Il s'agissait d'autre part de socialiser davantage les dépenses des Ehpad par la création de l'APA, dans cette même logique de renforcement des effectifs soignants.

Mais au fond, au-delà de l'ambition louable, en confiant la tarification des Ehpad à deux entités, aux logiques et aux modes de fonctionnement très différents, s'est mis en place un modèle tarifaire complexe et inefficace :

Les clefs de répartition, dont notamment celle concernant les aides-soignants, ont été arbitrairement définies, emmenant des conflits d'autorisations de créations de postes : là où l'ars pouvait autoriser, dans le cadre d'un ONDAM volontariste au cours des premières conventions tripartites, les conseils départementaux n'ont pas toujours suivi. Et parfois, l'inverse a été tout autant constaté quand les conventions tripartites étaient à l'arrêt.

Les taux d'évolution, années après années, n'ont pas obéi aux mêmes logiques, générant des évolutions de recettes non identiques par section tarifaire, alors même que certaines dépenses étaient partagées...

Comment élaborer une politique et une stratégie d'investissement quand les affectations de résultats sont autorisées pour partie par l'Ars et pour l'autre, le conseil départemental ?

Comment construire un plan de financement, dans le cadre d'une opération de reconstruction/rénovation d'un établissement, avec deux financeurs aux logiques et aux temporalités différentes ?

Comment signer un CPOM qui puisse réellement intégrer une dimension stratégique et structurante dans ce tripartisme insuffisamment convergent ?

La Cndepah appelle à des mesures de simplification, devant concourir à un management plus efficace et plus structurant des établissements. Et cela passe nécessairement par la fusion des sections soins et dépendance qui n'est que la conséquence technique de l'attribution des missions de programmation, de structuration de l'offre et de tarification entre les mains d'une seule entité.

Et l'on peut donc comprendre que l'ADF souhaite revendiquer le renforcement de son bloc de responsabilité.....

Mais la double lecture, dont l'évidence peut difficilement être réfutée, des réformes de ces 20 dernières années d'une part et du mouvement qui est en cours d'autre part, nous oblige à une toute autre conclusion.

## **2. les iniquités de territoire**

En 1997 naissait la prestation spécifique dépendance, dispositif précédant l'APA.

Les seuils, le recours sur succession, l'exclusion du GIR 4 ont constitué des limites majeures au développement de cette prestation. Mais, c'est aussi une dispersion importante des montants, laissés à la détermination des départements, qui a enterré ce dispositif. La Drees avait dressé le bilan <sup>iii</sup>de ces disparités, tant pour le domicile qu'en établissement.

D'une certaine manière, et plus récemment, la réforme de la tarification mise en œuvre par les décrets de décembre 2016 a permis de mettre en lumière à nouveau des disparités importantes entre départements dans le financement de la dépendance : la valeur moyenne du point Gir départemental n'est rien d'autre que le reflet de son volontarisme politique. Le seul mérite de la réforme du financement de la dépendance a été de permettre de photographier cet effort et d'en mesurer les écarts : de 5,68 à 9,47 pour les extrêmes, une moyenne de 6,1 pour les 10 départements les moins élevés, et de 8,1 pour les 10 départements les plus élevés, soit tout de même une différence de 33% !

Confier la tarification à l'unique conseil départemental, c'est accepter à nouveau ce risque, ce que la Cndepah n'accepte pas.

## **3. Une Organisation cohérente du territoire :**

Au moment où l'on parle parcours, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées, où l'on tente de réduire en permanence la fracture sanitaire/médico-social, où la loi d'organisation et de transformation du système de santé ambitionne de structurer le paysage, notamment de celui de la proximité, appelant le rapprochement des hôpitaux de proximité, des



établissements médico-sociaux et des acteurs de la ville, comment imaginer que ces établissements demain continuent à relever de gouvernances différentes ?

Comment imaginer une matrice institutionnelle qui, au lieu de renforcer sa dynamique horizontale, de parcours, renforcerait sa dimension verticale, confortant l'organisation en silos, décriées depuis plus de 40 ans ?

Comment imaginer que des Ehpad autonomes soient rattachés aux conseils départementaux et que les Ehpad hospitaliers ne le soient pas ?

Comment imaginer refonder le modèle de l'Ehpad et appeler à plus d'intégration dans l'offre de territoire et scléroser tout à la fois son organisation par un Co pilotage dont on connaît aujourd'hui les grandes limites ?

Comment imaginer que les équipes de direction, voire les équipes globalement, relèvent de la FPT au sein des établissements médico-sociaux autonomes (ou plus autonomes d'ailleurs !) et de la FPH pour les établissements sanitaires, y compris de proximité, qui hébergent par ailleurs des activités identiques ? Les statuts des personnels, plutôt que de concourir à une fluidité appelée de nos vœux, constitueraient en l'espèce de nouvelles rigidités. C'est totalement à contre-courant du mouvement de ces dernières années.

La Cndepah ne souhaite aucunement opposer les institutions, ni condamner l'action des conseils départementaux, qui peut s'illustrer par des initiatives locales riches, ni d'ailleurs parer de toutes les vertus les ARS.

La Cndepah n'invite pas à supprimer toutes les compétences des conseils départementaux en matière médico-sociale : ils doivent conserver l'évaluation et l'octroi des aides individuelles, notamment.

Mais la Cndepah affirme que le Statu quo n'est pas envisageable.

La notion de chef de file, définie par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, reste très fragile juridiquement. Et amène, de part une définition insuffisamment claire, des ambiguïtés dans le pilotage du secteur médico-social.

La Cndepah appelle à ce que le projet de loi grand-âge simplifie la gouvernance du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées, et confie cette gouvernance aux ARS.

La Cndepah appelle de la même manière, et pour les mêmes raisons de cohérence globale, à ce que les SSIAD, et SPASSAD suivent ce même mouvement.

La Cndepah appelle aussi à ce que les ARS prennent la juste et stratégique mesure de l'organisation du secteur médico-social.

## Conclusion : synthèse de propositions de la Cndepah :

augmenter significativement les effectifs aides-soignants, pour atteindre à minima un ratio de 0,58 (AS et ASH confondus), correspondant à une augmentation moyenne de 12,1 ETP pour un Ehpad de 100 lits
augmenter les effectifs d'animation et de psychologue
renforcer l'encadrement intermédiaire par la création de postes pour chaque unité de 20 lits
créer des unités plus petites, d'environ 20 lits, à la faveur des rénovations ou constructions des Ehpad
revaloriser les métiers de soignants, notamment sur le plan salarial
rendre obligatoire la formation ASG pour les aides-soignants travaillant en gériatrie
enrichir le parcours d'aide-soignant en gériatrie par des modules de formations complémentaires
promouvoir et faciliter la validation des acquis afin que les ASHQ accèdent au diplôme d'aide-soignant
faire des CPOM un outil de structuration et de financement de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques liés au travail
inscrire de manière obligatoire tous les Ehpad autonomes dans un dispositif de coordination (GCSMS ou GHT)
structurer le partenariat entre les GCSMS et les GHT
promouvoir et faciliter la création et/ou le développement des directions communes
promouvoir et faciliter la création et/ou le développement des fusions d'établissements
inscrire les hôpitaux de proximité dans la construction des GCSMS et/ou des directions communes
simplifier la gouvernance du secteur médico-social en la confiant aux ARS, sans perdre l'expertise de territoire des départements

[contact.cndepah@gmail.com](mailto:contact.cndepah@gmail.com)

---

<sup>i</sup> Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, Drees, septembre 2016

<sup>ii</sup> L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Drees, septembre 2017

<sup>iii</sup> DREES, Etudes et Résultatsmédic, n°13, avril 1999