

**RÉPONSE DE MONSIEUR JEAN-CLAUDE PICAL
ANCIEN DIRECTEUR
DE L'EHPAD LE PETIT BOSQUET**

**CONCERNANT LE RAPPORT D'OBSERVATIONS
DÉFINITIVES RELATIVES AU CONTRÔLE
DES COMPTES ET DE LA GESTION
DE L'EHPAD LE PETIT BOSQUET**

Monsieur Jean-Claude PICAL
2830 Route d'Eoures
13400 AUBAGNE



Monsieur Nacer MEDDAH
Président de la Chambre Régionale des Comptes
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

AUBAGNE , le 19 Juillet 2021

Objet : Eléments de réponses contrôle [REDACTED] EHPAD Le Petit Bosquet

Monsieur le Président,

Je vous prie de trouver en pièces jointes les éléments de réponse aux observations définitives de la Chambre relatives à la gestion [REDACTED] de l'EHPAD Le Petit Bosquet.

J'ai bien noté que ces documents feraient l'objet d'une publication simultanée à celle du rapport.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma respectueuse considération.

Jean-Claude PICAL

ELEMENTS DE REPONSE

EHPAD

- SYNTHESE

. Observation (3)

Les remarques formulées ne correspondent à aucune réalité .

. L'EHPAD du CGD est par définition intégré dans la stratégie globale du CGD , ce qui ne signifie pas que l'accompagnement des résidents est gommé au profit du volet sanitaire.

. Les outils d'évaluation de la performance existent bel et bien : la démarche qualité s'appuie sur les évaluations externe et interne règlementaires et les questionnaires de satisfaction qui donnent lieu à une exploitation systématique et régulière par le service qualité. Elle a la même intensité que dans les unités de soins.

. Un chapitre spécifique au secteur médico-social a été créé à la demande de l'ARS dans le projet d'établissement du CGD en 2016 . Il y a donc bien un document prospectif spécifique indépendamment des orientations globales du document dont certaines concernent le secteur EHPAD .

. Le rattachement au CGD et la présence exclusive de médecins salariés ont conduit de tout temps à l'absence d'un rapport médical annuel et d'une commission de coordination gériatrique dont l'intérêt dans le contexte de l'établissement et en l'absence de médecins libéraux apparaît limité.

. **Dire que l'accompagnement des résidents est gommé est une contre-vérité** : de nombreuses initiatives ont été mises en place pour le développement de la vie sociale comme par exemple : effectif conséquent d'animateurs (1 à 2 par unité de 60 lits), intervention massive d'associations d'accompagnement des résidents (Petits Frères des Pauvres et VMEH notamment), programme très actif d'activités culturelles avec des intervenants extérieurs, organisation de visites dans la ville , possibilité offerte chaque semaine de courses en magasins , création d'une bibliothèque dédiée, soin particulier apporté à la qualité des repas, attention particulière apportée à la célébration des anniversaires ,rénovation des chambres à chaque admission, engagement sur la systématisation des projets personnalisés, organisation de rencontres périodiques avec les familles, présence d'un salon de coiffure sur place, mise à disposition des résidents d'équipements informatiques et programme actif de formation des personnels sur le thème de la bienveillance...

. Il est abusif d'indiquer que la liberté de choix du médecin traitant est reléguée au second plan. Le terme de relégation est totalement inapproprié. La particularité très ancienne au CGD est la présence en EHPAD de médecins salariés qui assurent un accompagnement médical H24 . Cette présence est incompatible avec l'admission des médecins traitants libéraux : une information très claire est donnée en ce sens au moment de l'admission qui se fait en toute connaissance de cause . La qualité de l'accompagnement médical (présence permanente d'un gériatre sur place à comparer avec les visites ponctuelles de médecins libéraux extérieurs) est un élément essentiel à prendre en compte par rapport au principe du libre choix du médecin traitant : il est permis de s'interroger sur le fait de savoir quelle est des deux solutions celle qui est la plus bienveillante envers la personne âgée.

Pour ce qui concerne la liberté de déplacement, elle est entière à l'exception des unités fermées pour résidents déambulants ou agressifs pour lesquels les contraintes de sécurité l'emportent sur les considérations de liberté . Les équipes soignantes s'efforcent de

s'intégrer dans des formations et des réflexions éthiques sur le sens de la citoyenneté en situation de dégradation des capacités cognitives. La simple affirmation d'une relégation des droits et libertés individuelles des résidents fait peu de cas des efforts déployés au quotidien par les personnels dans un contexte extrêmement difficile pour accompagner au mieux ces personnes âgées et préserver une exigence d'humanité et de bienveillance.

. Observation (4)

. Le terme de contribution induite au budget principal est impropre : la remise en cause de l'hôpital sur le site fragiliserait considérablement l'EHPAD et affecterait gravement le niveau des prestations assurées.

. Le niveau record de l'absentéisme n'est pas une conséquence d'une prétendue stratégie d'abandon de l'EHPAD mais la cause principale des difficultés rencontrées. Avec un taux d'absentéisme raisonnable, les effectifs théoriques du secteur peuvent être considérés comme à peu près satisfaisants et permettraient par exemple d'éviter que des aides-soignants se trouvent dans l'obligation de réaliser plus de 12 toilettes par matinée. Il est faux de dire que cet absentéisme n'a pas été pris en compte : de nombreuses solutions sont au quotidien mises en place par les cadres avec le recours aux HS, le recrutement de contractuels de remplacement et la modification des plannings.

. Sur le plan immobilier, il n'y a jamais eu de priorisation du secteur sanitaire sur l'EHPAD : une enveloppe d'investissement (équipement et travaux) représentant 3 % du budget global du CGD est prévue chaque année et concerne aussi bien les unités de soins que l'EHPAD. Les investissements sont limités aux capacités de financement de la structure .

. L'affirmation que l'EHPAD n'est pas considéré comme prioritaire est dénuée de tout fondement : les dossiers le concernant ont toujours été étudiés avec le même intérêt que les autres secteurs que ce soit par le directoire, le conseil de surveillance, la CME et l'ensemble des autres instances .

- RAPPORT

. Observations (15 et 49 à 51)

L'admission sur critères médicaux

Il apparaît excessif de considérer que l'importance des critères médicaux d'admission traduit le fait que l'EHPAD est un simple service du CGD. Les deux éléments n'ont aucun lien.

L'homogénéité de l'état de santé des résidents dans chaque unité est un élément essentiel pour leur conditions de séjour. Par ailleurs, la détermination de leur profil sanitaire à l'admission est une garantie de la personnalisation de l'accompagnement. Les médecins gériatres en charge des admissions ont l'habitude de la personne âgée et savent faire la part entre les volets sanitaires et sociaux des dossiers qui leur sont transmis.

Il est par ailleurs inexact de considérer que le pourcentage de 72 % des résidents relevant de l'aide sociale témoigne d'une prise en charge insuffisante des besoins sociaux. Un établissement ayant 100 % de résidents à l'aide sociale n'existe pas ou est une exception. Les statistiques nationales indiquent que sur 300 000 lits d'EHPAD publics, 102 000 résidents

sont à l'aide sociale soit environ 30 %. Il est même permis de considérer qu'un taux de 100 % de résidents à l'aide sociale traduirait une vision d'un secteur à deux vitesses avec des établissements publics n'ayant comme seul objectif que de recevoir de manière exclusive des personnes âgées ayant de faibles revenus pour laisser le monopole des résidents payants au seul secteur privé. Un taux à 100 % serait en fait l'expression d'un manque d'ambition pour le service public.

La vision qui a été retenue dans le rapport sur ces points ne correspond en rien à la réalité. Et **le choix de mêler pour les admissions les critères médicaux et les besoins sociaux sur la base d'une expertise conduite par des gériatres aguerris est un choix assumé qui n'a rien à voir avec une volonté d'oublier la mission sociale d'une structure comme le CGD.**

. Observation (55)

Les projets personnalisés

Un engagement fort a été pris en 2018 pour parvenir au plus tôt à une couverture de 100 % des résidents à partir d'une validation méthodologique conduite par le service de la qualité du CGD.

- Le cadre financier

. Observation (62)

L'investissement

La Direction antérieure confirme l'insuffisance des capacités d'investissement de la structure. La priorité donnée à la rénovation de l'hôpital ne traduit en rien une marginalisation des unités d'EHPAD. Elle est essentielle pour pérenniser la spécificité du CGD qui est la coexistence sur un même site d'un hôpital gériatrique et d'un EHPAD. La renonciation à la rénovation de l'hôpital qui comporte 120 lits d'USLD avec des chambres à 2 lits serait très lourde de conséquences pour l'établissement et indirectement pour l'EHPAD qui pourrait notamment perdre le bénéfice de la présence d'un médecin H24 si la partie sanitaire était remise en question pour des raisons de vétusté du bâtiment.

- Les personnels

. Observations (89 à 97)

La stratégie du CGD a toujours été de maîtriser la masse salariale dans toutes ses unités. Par ailleurs, le recours aux HS est rendu indispensable par les fortes variations des absentéismes inopinés.

La baisse des effectifs globaux de 2016 à 2019 s'explique de manière exclusive par la suppression des emplois aidés sur les postes d'ASH.

Comme pour l'hôpital, le prolongement de la durée des contrats n'a pas pour but de réduire la part des effectifs titulaires mais de sécuriser les recrutements définitifs et de lutter contre l'absentéisme. Il n'a jamais été question de privilégier le recrutement d'agents contractuels

sur des emplois pérennes : les stagiarisations sont intervenues chaque fois que la valeur professionnelle des agents a pu être vérifiée. **L'instabilité des personnels n'est pas le corollaire du recours aux contractuels mais en est au contraire la justification** : l'expérience des responsables de la gestion des personnels est unanime : la mise en stage prématurée risque de conduire à une aggravation de l'absentéisme.

. Observations (105 à 110)

Les fonctions cardinales

La présence de médecins salariés dans les unités d'EHPAD ne permet pas la distinction habituelle entre médecin coordonnateur et médecins traitants. Il en va de même avec la présence de cadres de santé par rapport à la fonction d'infirmière de coordination. Il est à noter que l'accompagnement médical et soignant des résidents est un des points forts de l'EHPAD.

On ne voit pas clairement ce que l'EHPAD du CGD aurait à gagner en renonçant aux médecins salariés en un temps où de nombreux EHPAD se plaignent d'une sous-médicalisation chronique et d'une insuffisance qualitative dans l'accompagnement soignant qui induit des recours non justifiés et délétères au Centre 15 et aux services des urgences.

. Observations (111 à 118)

L'absentéisme et les remplacements

La direction partage le constat d'une insuffisance des effectifs causée en partie par le poids de l'absentéisme et reconnaît l'intérêt d'une analyse plus approfondie de ses causes. Mais même si elle n'a pas été suffisamment formalisée, ce problème a donné lieu à une réflexion institutionnelle régulière avec la coordination générale des soins, les équipes médicales, les cadres de santé et les instances de l'établissement. Cette réflexion a permis la mise en œuvre de nombreux dispositifs comme par exemple la rencontre avec la DRH à chaque retour d'un congé considéré comme atypique, la prise en compte dans les évaluations des problèmes récurrents d'absentéisme abusif ou la mobilisation des cadres dans des formations sur le thème de la motivation. La difficulté de parvenir à une évolution sensible des taux d'absentéisme qui se retrouvent dans de nombreux établissements publics ne signifie pas pour autant que l'établissement n'est pas mobilisé sur le sujet : le jugement porté sur la méthode à partir du résultat dans un domaine aussi complexe mérite d'être relativisé.

La transformation évoquée dans le rapport des HS en postes permanents ne semble pas une solution satisfaisante : pour près de 3000 HS dans une année, il paraît possible de recruter 2 agents mais la difficulté tient à ce que les besoins de remplacement ne sont jamais linéaires et qu'il peut y avoir des périodes où le nombre d'absences simultanées pour raisons de santé peut être supérieur à 2 en alternance avec des périodes de plein effectif .

- Le résident

. Observation (121)

Les plans d'amélioration continue

L'analyse des questionnaires de satisfaction est assurée régulièrement par le service qualité : une information périodique en est donnée lors des réunions du Comité de Pilotage de la Qualité indépendamment des instances. Par ailleurs les professionnels concernés sont systématiquement sensibilisés sur les résultats avec une insistance particulière apportée sur les axes d'amélioration . Mais là encore, les efforts réels qui sont engagés ne parviennent pas à toujours à résoudre les problèmes évoqués . L'exemple type est celui de la gestion du linge notamment dans les unités pour patients Alzheimer déambulants : le marquage du linge et le recours à des lingères et à des maîtresse de maison ont pu apporter des solutions sans pour autant résoudre le problème.

. Observations (122 à 125)

Le service des majeurs protégés

Les recommandations de la Chambre lors de la venue précédente, ont été à l'époque scrupuleusement respectées et ont donné lieu à l'établissement d'une procédure destinée à éviter tous les dérapages potentiels du service des majeurs protégés.

La difficulté est que la personne en charge du secteur qui s'y est pleinement investie a connu des problèmes de santé et que son remplacement s'est avéré très chaotique.

La nécessité d'une sécurisation du secteur avec des recrutements adaptés ne fait pas débat.

La direction regrette que la situation difficile dans laquelle a pu se trouver le secteur ait pu donner l'impression que ce dernier soit considéré comme secondaire, ce qui n'a jamais été le cas.