

# A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

## Compte rendu

### Commission des affaires sociales

Mercredi  
23 février 2022  
Séance de 11 heures 15

Compte rendu n° 49

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

**Présidence de  
Mme Fadila Khattabi,  
Présidente**

- Auditions sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea : Dr Pascal Meyvaert, vice-président de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO), et Dr Odile Reynaud-Levy, vice-présidente de l'Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (MCoor), praticien hospitalier, médecin coordonnateur ..... 2
- Présences en réunion ..... 13



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 23 février 2022**

*La séance est ouverte à onze heures quarante.*

---

*Dans le cadre des auditions sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea, la commission organise une table ronde réunissant le Dr Pascal Meyvaert, vice-président de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO), et le Dr Odile Reynaud-Levy, vice-présidente de l'Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (MCoor), praticien hospitalier, médecin coordonnateur.*

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Nous poursuivons nos auditions sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea en entendant des représentants des médecins coordonnateurs, après ceux des directeurs et des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Dr Odile Reynaud-Levy, vice-présidente de l'Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (MCOOR).** L'association que je représente réunit des médecins coordonnateurs de chacun des secteurs, public, privé associatif et privé commercial. Il n'y a de procès à faire ni aux uns ni aux autres ; la situation est nationale et connue de la majorité des gens qui travaillent dans le secteur médico-social depuis une quinzaine d'années. Différents rapports l'ont relevé, le taux d'encadrement par des soignants dans les EHPAD est très insuffisant : 0,53 équivalent temps plein (ETP) par résident, alors que la Défenseure des droits préconise un ratio de 0,8 et que le rapport des professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin recommande un ratio de 0,61. Le taux d'encadrement global est très disparate entre les établissements publics et les établissements privés, associatifs et commerciaux – les derniers chiffres disponibles de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, datant de 2015, montrent qu'il est supérieur dans le public.

L'encadrement insuffisant dans le secteur médico-social pour les personnes âgées dépendantes est donc le premier constat. Son augmentation figurait d'ailleurs parmi les principales revendications des premières grèves des soignants d'EHPAD, en 2018.

Le second point à relever concerne le financement des EHPAD et de la dépendance. Les patients entrent en maison de retraite avec des pathologies de plus en plus lourdes et nombreuses ; les durées de séjour sont de plus en plus courtes, ce qui signifie qu'ils y entrent en étant de plus en plus malades. Or seule la dépendance est cotée, alors que la question du soin se pose aussi. La dépendance n'est pas une fatalité du grand âge : elle est liée à des accumulations de pathologies et de comorbidités qui rendent les individus dépendants. Si l'on ne prend pas en compte le soin, on continuera à constater des défauts dans la qualité de la prise en charge de nos aînés.

**M. Pascal Meyvaert, vice-président de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO).** Je suis médecin coordonnateur en

EHPAD depuis 2003 : j'entends le même refrain de l'EHPAD-*bashing* depuis presque vingt ans. Je tiens à rendre hommage au personnel de ces établissements. Le déficit en ressources humaines, particulièrement en soignants, est chronique, et il est devenu suraigu depuis près de deux ans que dure la crise sanitaire, engendrant une grande souffrance.

Au début de la crise, un grand élan de solidarité s'est manifesté au sein des EHPAD pour faire front devant la vague épidémique. Aujourd'hui, le personnel, autant médical, et paramédical qu'aide-soignant et infirmier, est épuisé. Dans mon établissement, en raison de cas de covid, nous nous sommes retrouvés avec une seule infirmière sur trois : elle a travaillé, de jour et de nuit, plus de 120 heures sur la semaine, et cela dure depuis quinze jours. Nous n'avons plus d'aides-soignantes, il n'y a plus de ressources d'intérim et la fameuse réserve des agences régionales de santé (ARS) est une coquille vide – nous le disons depuis deux ans, nous n'avons jamais obtenu de ressources par ce biais. Ce personnel, qui, il y a deux ans, se serrait les coudes pour apporter le plus d'humanité possible aux résidents, est aujourd'hui dans un état de sauve-qui-peut : il pense avant tout à lui-même et de moins en moins à nos aînés. C'est catastrophique.

Le livre en cause concerne le privé commercial, mais si l'on faisait la même enquête dans n'importe quel EHPAD public de France, le constat serait le même : le manque d'effectifs est généralisé. Ils travaillent selon un mode minimaliste, se demandant quelles personnes ils vont pouvoir lever puisqu'ils ne sont pas assez nombreux pour lever tout le monde, supprimant des toilettes pour avoir le temps de nourrir tout le monde. Voilà où nous en sommes aujourd'hui !

Le vrai souci, selon moi, c'est la maltraitance institutionnelle. Dans le public comme dans le privé associatif, il n'est pas question d'actionnariat ni de revenus du capital. Le problème est celui du financement accordé aux établissements, qui n'est pas digne des aînés dont nous avons la charge.

**Mme Véronique Hammerer (LaREM).** Nous avons auditionné des proches des résidents qui ne s'étaient jamais rencontrés mais dont les témoignages comportaient les mêmes indications de maltraitance, de dysfonctionnements, voire d'intimidation. Plusieurs ont rapporté une même scène, dans laquelle les familles souhaitant soulever des problèmes se retrouvaient face à une sorte de jury – c'est le nom que m'a inspiré la configuration décrite –, composé de dirigeants et d'administrateurs d'Orpea, mais pas de médecins coordonnateurs. Avez-vous eu connaissance de ces « jurys » ? Savez-vous pourquoi les médecins coordonnateurs d'Orpea en ont été écartés ? Pourriez-vous nous préciser le rôle des médecins coordonnateurs dans le système Orpea ?

Certains résidents ont subi des rationnements, ont été abusés ou ont connu une fin de vie dramatique : avez-vous déjà reçu des plaintes à ce sujet ? Plus généralement, observez-vous une différence entre les établissements publics et les établissements privés lucratifs ? Avez-vous eu des remontées et si oui, quelle a été votre façon d'opérer ? Tous ces témoignages nous portent à croire que de réels dysfonctionnements existent dans ces EHPAD.

Avez-vous des pistes de réflexion sur l'amélioration de la profession de médecin coordonnateur ?

**M. Bernard Perrut (LR).** Au-delà du cas du groupe Orpea, on constate un manque, sinon l'absence, de médecins coordonnateurs, que les établissements soient publics ou privés. Quel est le rôle réel de ces médecins ? Quelle est leur liberté ? Dans la mesure où ils ne

peuvent ignorer ce qu'il se passe dans les établissements, comment font-ils remonter l'information ?

Quelle est la place des familles dans les établissements ? Quelle est la nature des liens qui sont entretenus avec elles ? Quelles informations sur l'état de santé des résidents leur sont-elles délivrées ? Comment les faire participer au choix des protocoles de soins ? Est-il vraiment utile d'inscrire dans la loi, comme le demande la Défenseure des droits, un droit de visite ? La présence d'un médiateur extérieur, que les résidents et les familles pourraient contacter en cas de problème, permettrait-elle une meilleure communication, une transparence avec les établissements ? Les résidents et les familles doivent-ils être davantage associés au fonctionnement des EHPAD ?

Les instances de contrôle doivent jouer pleinement leur rôle. Avez-vous assisté à des contrôles des ARS ou des départements dans les établissements ? Comment mettre en œuvre une véritable politique de prévention de la maltraitance de nos aînés dans les établissements publics comme privés ? Faut-il rendre obligatoire la présence d'un médecin coordonnateur dans chaque EHPAD ?

Enfin, je souhaiterais connaître votre avis sur le manque de personnel, notamment la nuit.

**Mme Michèle de Vaucouleurs (Dem).** Pouvez-vous nous préciser le taux d'encadrement propre aux médecins coordonnateurs au sein des établissements ? Je souhaiterais savoir également ce qu'a changé pour vous la possibilité d'étendre vos capacités de prescription.

La dépendance n'est pas une fatalité, avez-vous dit. Quels leviers d'action pouvez-vous utiliser auprès de l'équipe présente au sein de l'établissement pour maintenir l'autonomie des personnes ? Quel est votre pouvoir en la matière et quelle est votre possibilité de suivi des préconisations que vous pouvez faire ?

**Mme Christine Pires Beaune (SOC).** Le ratio de temps de médecin coordonnateur est-il suffisant ? Le partage de temps d'un médecin coordonnateur entre plusieurs établissements vous semble-t-il être une bonne pratique ? J'ai souvent reçu des plaintes de familles liées à l'absence du médecin coordonnateur, celui-ci se trouvant à 150 kilomètres de l'établissement – je peux vous donner un exemple précis, qui concerne un groupe privé lucratif autre qu'Orpea.

Quel est le protocole à suivre lorsque vous constatez des maltraitances ?

À combien estimez-vous le manque de médecins coordonnateurs, ne serait-ce que pour satisfaire les besoins identifiés ?

**Mme Annie Chapelier (Agir ens).** Le problème de l'insuffisance d'encadrement me semble parallèle à celui de la désertification médicale. Cette hémorragie de personnel, qui concerne non seulement les EHPAD mais aussi tout le système de santé hospitalier, privé et public, connaît une accélération très inquiétante. En 2019, un décret a autorisé les médecins coordonnateurs à prendre le relais en cas d'absence ou de carence du médecin traitant. Quel bilan en tirer après deux ans et demi d'application ? Cela a-t-il créé des conflits entre professionnels de santé ? Ce décret a-t-il répondu aux besoins sur le terrain ?

Le métier de médecin traitant connaît une crise durable d'attractivité. Diriez-vous que votre profession est encore plus touchée par cette crise ?

Depuis le début de mon mandat, je travaille à une redéfinition de la pratique avancée infirmière. Il me semble qu'une infirmière en pratique avancée (IPA) en gériatrie et soins palliatifs permettrait de faire le lien entre soignants de proximité, corps médical et personnes âgées, d'assurer une application des soins palliatifs de meilleure qualité, et d'améliorer l'encadrement et l'organisation du travail. Verriez-vous d'un bon œil la création d'une IPA en gériatrie ? Pensez-vous que cela offrirait un meilleur suivi aux patients et aux résidents ?

**Mme Valérie Six (UDI-I).** Le rôle du médecin coordonnateur est important et reconnu. En charge de l'élaboration et du suivi du projet de soins dans l'établissement, il n'assure pas le suivi médical individuel mais s'inscrit dans une prise en charge globale définie en concertation avec l'équipe des professionnels de santé de l'EHPAD. Quelle part prend-il dans les relations avec les familles dans le trinôme qu'il forme avec le directeur et l'infirmière coordonnatrice ?

Le médecin coordonnateur donne son avis sur l'adéquation de l'état de santé du résident avec son admission dans un EHPAD au vu des examens diligentés par le médecin. Pouvez-vous nous affirmer que cet examen a bien lieu systématiquement ?

Le rapport Libault propose de réorganiser les évaluations lors d'une admission en EHPAD, notamment en permettant à l'infirmière et au médecin coordonnateur de réaliser l'évaluation globale de la personne avec un gériatre pour apprécier la nécessité de recourir à un spécialiste. Quel est votre avis sur cette préconisation ?

Que pensez-vous de l'idée de mettre en place des référents familles dans l'ensemble des établissements afin de garantir la bonne information de celles-ci ?

On recenserait en France 3 000 médecins coordonnateurs pour environ 7 200 EHPAD et un poste non pourvu depuis plus de six mois dans 10 % des EHPAD. Comment remédier à cette pénurie ? Le Premier ministre a annoncé qu'il envisageait de combler quelques failles du Ségur de la santé en revalorisant la rémunération des médecins coordonnateurs. Que proposez-vous pour améliorer l'attractivité du poste ? Faudrait-il créer une formation diplômante au métier de médecin coordonnateur en EHPAD ?

**Mme Monique Iborra.** Ce qui sautait aux yeux dans le rapport que j'ai coécrit avec Caroline Fiat en 2018, c'est la sous-médicalisation des EHPAD, avec ses conséquences sur la qualité des soins. À l'époque, 30 % des établissements n'avaient pas médecin coordonnateur. Quel est donc le statut de ces médecins ? La plupart d'entre eux assurent des vacations dans plusieurs EHPAD ; leur présence n'est donc pas permanente. Certes, c'est la médecine libérale qui intervient dans les EHPAD, mais ne pensez-vous qu'il faudrait avoir un médecin coordonnateur salarié dans chaque établissement ?

Dans les groupes privés commerciaux, les médecins coordonnateurs sont deux ou trois par région et ils ne sont pas sur le terrain. Cette situation est-elle acceptable ? Les associations sont-elles prêtes à modifier leur type d'interventions ? Celles-ci me paraissent insuffisantes au regard du nombre de personnes malades dans les EHPAD, qui ont besoin d'une présence médicale beaucoup plus constante.

**M. Didier Martin.** Que vous manque-t-il pour avoir une meilleure pratique ? Votre travail peut-il être facilité par le développement de [www.monespacesanté.fr](http://www.monespacesanté.fr) dans les EHPAD, avec, par exemple, la dématérialisation des prescriptions des médecins traitants et la possibilité d'en avoir une trace ?

Pourquoi enregistre-t-on encore un déficit de médecins coordonnateurs, alors que ceux-ci participent au bon fonctionnement des établissements et en sont même le moteur ?

Avez-vous connaissance de ristournes de laboratoires d'analyses médicales, de factures adressées par les groupes à ces mêmes laboratoires pour des services rendus, ou encore de ristournes accordées par des fournisseurs de dispositifs médicaux ?

Enfin, avez-vous une évaluation du nombre de prescriptions de régimes hyperprotéinés ?

**M. Marc Delatte.** Nous sommes tous conscients de la souffrance éthique dans les EHPAD et même au sein de nos hôpitaux publics. La réalité est bien celle-ci qu'il y a plus d'arrêts maladie chez les aides-soignantes que parmi les employés du bâtiment. Cela ne veut pas dire que l'on n'a rien fait depuis cinq ans – nous avons augmenté le nombre d'aides-soignantes, d'infirmières dans les instituts de formation en soins infirmiers, consacré 2,9 milliards d'euros à l'investissement du quotidien et accordé des revalorisations salariales. Reste que la souffrance des soignants est visible de n'avoir plus le temps d'assurer leurs missions premières, comme écouter les résidents ou les accompagner pour marcher.

Même si les EHPAD doivent désormais disposer d'une infirmière de nuit, le manque de personnel reste problématique. Les patients arrivent de plus en plus souvent en EHPAD avec des troubles neurocognitifs et des comorbidités. Le ratio doit donc être ajusté au nombre de lits pour éviter que, dans le modèle très lucratif, la personne soit niée pour ne devenir qu'une source de profits.

Lorsque j'étais médecin généraliste, je n'avais que trois patients en EHPAD, car la majorité des personnes âgées vivaient chez elles. On multipliait les services à domicile, les infirmières et les kinésithérapeutes faisaient un travail formidable. Bouger, c'est vivre ; or nous manquons de kinés.

Que pensez-vous de la valorisation de l'acte d'écoute dans notre système de soins et dans la prévention ? Faut-il créer des cellules d'éthique dans les établissements médico-sociaux ?

**Mme Michèle Peyron.** Avez-vous déjà reçu de la part de médecins coordonnateurs des alertes de maltraitance ou de défaillance caractérisée concernant des établissements du groupe Orpea ?

Victor Castanet dénonce des ratios par résident insuffisants, voire inférieurs aux réglementations sanitaires en vigueur. De son côté, le président-directeur général du groupe Orpea, Philippe Charrier, nous a affirmé que ses établissements dépasseraient les recommandations des ARS à ce sujet. Que pouvez-vous nous dire de cette situation ?

Dans son rapport « Après la crise covid, quelles solutions pour l'EHPAD de demain ? », publié le 18 janvier dernier, l'Académie nationale de médecine a fait plusieurs propositions concernant l'évolution du rôle du médecin coordonnateur, qu'elle souhaite intensifier. Que pensez-vous de ces propositions ?

Lors de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social, le Premier ministre a annoncé la revalorisation des salaires de votre profession à hauteur de 40 millions d'euros, mais la situation reste difficile : manque de temps pour les soins, ratio soignants/résidents insuffisant, rémunérations peu attractives, absence de plan de carrière, rappels fréquents du personnel en vacances pour combler les absences ou encore formation insuffisante pour gérer des situations complexes. Quelles seraient vos principales propositions concernant la revalorisation de vos métiers ?

**Dr Odile Reynaud-Levy.** Je veux préciser que l'association MCOOR n'est pas un syndicat ; elle fait partie de la Société française de gériatrie et de gérontologie. MCOOR n'a jamais reçu de plaintes directes de médecins coordonnateurs du groupe Orpea nous faisant remonter des actes de maltraitance institutionnelle dans leurs établissements.

**Dr Pascal Meyvaert.** De notre côté, nous avons eu quelques retours de médecins, d'Orpea ou d'autres groupes privés, qui estiment manquer d'autonomie dans leur pouvoir de décision – on le ressent beaucoup moins dans le public. Ils se voient imposer par leur direction des orientations de groupe, donc nationales, ce qui en a parfois conduit certains à démissionner. L'année dernière, l'un d'entre eux a démissionné parce qu'il était en désaccord avec la place donnée à l'alimentation dans les priorités budgétaires.

L'alimentation, d'ailleurs, est un réel problème. Avec seulement quelques euros alloués par jour, et pas seulement dans le secteur privé lucratif, il est difficile d'apporter une alimentation variée et équilibrée aux résidents. Le recours aux compléments hyperprotéinés n'est pas surprenant puisque le budget repas n'est pas suffisant pour nos résidents – c'est donc la sécurité sociale qui paie.

**Dr Odile Reynaud-Levy.** Même s'ils sont soumis à une prescription médicale, sans laquelle ils ne peuvent pas être administrés, l'assurance maladie ne paie plus les compléments nutritionnels par voie orale. C'est l'EHPAD, directement sur son budget, comme il finance les pansements ou certaines aides techniques. Les enveloppes sont fongibles ; il peut donc s'agir en partie d'argent public, mais pas de celui de l'assurance maladie.

**Mme Christine Pires Beaune.** Avez-vous déjà été témoin d'injonctions aux médecins de prescrire des compléments alimentaires ? Cela fait-il partie des dérapages que vous avez pu constater ?

**Dr Odile Reynaud-Levy.** Je n'ai pas eu le temps de lire le livre de M. Castanet – ma priorité, c'est d'abord de soigner les patients. À ma connaissance, notre association n'a pas eu ce type de retour des collègues. Cela ne veut pas dire que cela n'existe pas ou que c'est valable pour tout le monde. Des confrères ont-ils été forcés de faire de telles prescriptions ? Je l'ignore.

**Dr Pascal Meyvaert.** J'ai eu connaissance de pressions concernant les achats de protections pour les résidents incontinents. Ces achats peuvent être financés par de l'argent public mais pas directement par l'assurance maladie.

**Mme Monique Iborra.** Les pansements et tous les soins sont pris en charge par l'assurance maladie ; la dépendance l'est par le conseil départemental. Dans tous les cas, il s'agit d'argent public.

**Dr Odile Reynaud-Levy.** Qu'a apporté le décret du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD ? Il a clarifié ses compétences de prescription par rapport à celles de ses confrères, en particulier pour les psychotropes ou l'antibiothérapie, afin de prendre en compte les spécificités des personnes âgées ainsi que la particularité des problèmes infectieux en EHPAD, qui ne sont pas du même ordre qu'au domicile puisqu'il s'agit d'un lieu de vie communautaire, avec des émergences bactériennes propres. Ces compétences restent néanmoins relativement restreintes et nous ne sommes pas totalement satisfaits.

Le décret a tout de même ceci de positif qu'il précise que le médecin coordonnateur coordonne l'évaluation gériatrique avec les différents acteurs du soin dans l'EHPAD. Or il laisse place à l'interprétation avec la phrase suivante, selon laquelle l'évaluation a lieu « à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ». Que signifie « en tant que de besoin » ? Reste qu'on reconnaît la place du médecin coordonnateur en tant que gériatre ainsi que sa spécificité, qui consiste à évaluer un futur résident sur différents plans – locomotion, psychiatrie, insuffisance rénale... – afin de construire son projet de soins et de vie au sein de l'établissement.

Les visites de pré-admission sont bien inscrites comme faisant partie des missions dévolues aux médecins coordonnateurs, mais il y a des établissements où ces derniers n'ont pas leur mot à dire. Cela fait d'ailleurs partie des problèmes récurrents avec certaines directions d'établissement, qui décident seules de l'admission des résidents et mettent le médecin coordonnateur devant le fait accompli. C'est encore plus pratique quand la décision est prise le vendredi soir à 16 heures et qu'il n'y a pas de médecin coordonnateur à cette heure ! Ce n'est pas normal. Se pose alors la question de la gouvernance et de la façon d'organiser l'accueil et les soins des personnes qui viennent vivre dans ces établissements ? A-t-on déjà vu un directeur d'hôpital décider quels patients doivent être accueillis en cardiologie, en gastro-entérologie ou en médecine interne ?

Nous posons donc la question du rôle du médecin dans ces établissements, alors même que c'est lui qui détient les connaissances médicales permettant d'évaluer l'adaptabilité du résident à l'établissement, en fonction des pathologies dont il a la connaissance.

**Dr Pascal Meyvaert.** La présence médicale s'exerce, selon une tendance forte, sous le régime du salariat, la question étant de définir pour quelle fonction : coordination ou soin aux résidents ? La position de la FFAMCO est extrêmement claire : il faut distinguer les deux.

Lors des discussions sur le décret de 2019, nous nous étions inquiétés de ce que le soin prenne une part de plus en plus importante au détriment de la coordination. Cela dit, le manque de ressources médicales est une autre source d'inquiétude : augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur en EHPAD est une bonne chose, encore faut-il avoir des médecins coordonnateurs. Les démissions constatées font courir un risque d'éparpillement, donc des difficultés à atteindre le temps imposé par le décret. L'un d'entre vous a évoqué 10 % des établissements sans médecin coordonnateur ; on en est plutôt à plus de 30 %, et je crains que ce taux n'augmente encore. De ce fait, à la question de savoir s'il vaut mieux privilégier le temps de présence du médecin coordonnateur ou sa présence, je privilégierais sa présence.

Nous craignons également une sanitarisation des EHPAD, vers laquelle tendent certains responsables qui prennent prétexte du manque de médecins coordonnateurs pour faire davantage intervenir des médecins gériatres hospitaliers dans les établissements. Ce n'est pas

une bonne piste : les postes n'étant déjà pas pourvus dans les services hospitaliers, je vois mal comment les EHPAD pourraient trouver des praticiens. Ceux-là auraient-ils seulement envie d'y aller ? Quand un médecin choisit la spécialité de gériatre dans un hôpital, c'est qu'il veut évoluer dans sa carrière. Dans un EHPAD, il s'enfermerait : les perspectives sont quasiment nulles et il n'y a presque aucune revalorisation en cours de carrière, ce qui explique d'ailleurs le manque d'attractivité.

Du reste, les EHPAD ont vraiment besoin de médecins généralistes, tant pour le soin que pour la coordination. Même si certains territoires connaissent un déficit important de médecins généralistes, la ressource reste là et ils peuvent répondre aux besoins. Certes, il faut qu'ils aient une appétence pour la personne âgée et sa prise en charge, et qu'ils soient formés. C'est d'ailleurs aussi notre rôle en tant que médecins coordonnateurs, d'essayer de transmettre notre appétence, nos connaissances de médecin coordonnateur ou de médecin gériatre, aux médecins généralistes qui interviennent en EHPAD. C'est d'autant plus important que cela a aussi des répercussions sur la meilleure prise en charge des personnes âgées à leur domicile, grâce aux connaissances acquises par le médecin en EHPAD.

**Mme Monique Iborra.** Les médecins généralistes ne sont pas très nombreux – c'est un euphémisme. Dans certains territoires, ils ne sont même pas présents et, quand ils le sont, c'est surtout pour leur clientèle, ce qui est bien normal. Pour certains d'entre eux, venir dans les EHPAD pose vraiment problème et, quand ils arrivent, c'est souvent en urgence et non dans le cadre d'un suivi régulier.

Je partage votre analyse, les médecins hospitaliers ne peuvent venir occuper les postes en EHPAD, mais l'épidémie a bien montré que des équipes extérieures, hospitalières ou autres, sont nécessaires en situation d'urgence ou la nuit, faute de quoi les personnes âgées sont systématiquement envoyées aux urgences hospitalières.

Je comprends votre position, mais la situation actuelle est particulièrement insatisfaisante. Il faut donc essayer d'y remédier.

**Mme Annie Chapelier.** Je reviens sur la création d'une pratique avancée : pourrait-elle être une réponse qualitativement et quantitativement plus facilement déployable que d'amener des médecins dans le monde de la gériatrie dans les établissements pour personnes âgées ?

**Dr Odile Reynaud-Levy.** Notre association soutient vigoureusement la formation d'IPA de gériatrie, avec une spécialisation dans le domaine du médico-social. L'exercice de la gériatrie, qu'elle soit gériatrique médicale ou gérontologique paramédicale, n'est pas le même en secteur hospitalier et médico-social. Ce serait un atout supplémentaire pour les EHPAD plateformes que nous proposons dans chaque territoire de santé, qui doivent correspondre, non pas à des périmètres administratifs, mais aux territoires tels qu'ils sont vécus par la population. Il ne doit pas y avoir un modèle d'EHPAD, mais des organisations territoriales souples et adaptables, sinon cela ne fonctionnera pas. Au passage, il en va de même s'agissant de la question d'avoir des praticiens salariés d'EHPAD comme des praticiens hospitaliers : je suis d'accord, il faut délimiter clairement un temps de médecine de coordination et un temps de soins, sinon le soin prend toujours le pas sur la coordination.

Au sein de l'EHPAD, les IPA de gériatrie spécialisés dans le médico-social faciliteraient le lien entre les différents soignants et les médecins traitants. En remplissant un rôle d'évaluation locomotrice ou cognitive, ils seraient une aide pour le médecin

coordonnateur, qui n'a pas forcément le temps de réaliser l'évaluation gériatrique prévue par le décret de 2019. Ils pourraient aussi faire le lien avec les personnes âgées encore à domicile et créer une interface entre le territoire et l'EHPAD, lieu de connaissance gériatrique, où tous les personnels, médecins coordonnateurs comme aides-soignants, doivent être formés à la gériatrie.

Les IPA auraient également tout leur rôle en matière de prévention, qui n'est absolument pas valorisée dans le codage PATHOS. Alors que la demande en avait été faite, l'assurance maladie refuse de la financer, au motif qu'elle ne le fait que pour la prévention de pathologies particulières, comme le cancer du sein. Dans le domaine du grand âge, à domicile comme en EHPAD, c'est une erreur, car cela reporte le financement sur des dépenses curatives très importantes : vu la physiologie du sujet âgé, les décompensations multi-organiques s'enchaînent en cascade, aboutissant à un surcroît exponentiel de consommation médicale. Une des conclusions du rapport Iborra était d'ailleurs de financer des consultations gratuites pour les 65-70 ans à des fins de prévention, pour favoriser le bien-vieillir et faire cesser la diminution du nombre d'années de vie en bonne santé actuellement constatée. De surcroît, cela pourrait être un argument supplémentaire d'attractivité pour un vrai travail reconnu dans les EHPAD.

Il en va de même du métier de médecin coordonnateur, qui doit être reconnu par un nouveau diplôme interuniversitaire (DIU). Le remplacement des capacités en gériatrie par le diplôme d'études spécialisées de gériatrie aurait fait disparaître la possibilité de former des médecins généralistes, cardiologues ou issus d'autres spécialités désireux de changer d'environnement et de travailler en EHPAD. Nous attendons encore le décret portant création de ce DIU « médecine de la personne âgée » en première année et « coordination en gériatrie » en deuxième année, mais la première année de formation est déjà proposée dans certaines facultés de médecine depuis cette année. Nous espérons que la reconnaissance de cette spécialité médicale au travers d'une vraie formation sera une motivation pour de jeunes internes ou des confrères moins jeunes souhaitant exercer la médecine différemment. Je partage mon temps entre la médecine de coordination et la médecine gériatrique en centre hospitalier universitaire, où le nombre de jeunes internes en gériatrie est en baisse. Si la tendance se poursuit, on n'y arrivera pas – on n'arrive déjà pas à pourvoir les postes hospitaliers.

Le Conseil national professionnel de gériatrie l'a signalé et nous le répétons depuis des années. Nous pensions que la covid aurait constitué un détonateur suffisant pour mettre en lumière l'urgence de la situation. Il aura fallu ce livre pour que les choses bougent un peu plus. C'est désappointant...

**M. Didier Martin.** Qu'en est-il des ristournes demandées aux laboratoires d'analyses médicales et aux fournisseurs de dispositifs médicaux, et de ce qui pourrait favoriser votre pratique personnelle – la dématérialisation par exemple ?

**Dr Pascal Meyvaert.** Je n'ai pas connaissance de pratiques de ristournes ou de bénéfiques personnels, si c'est bien ce que vous évoquez.

**Dr Odile Reynaud-Levy.** C'est la même chose de mon côté.

**Dr Pascal Meyvaert.** Les outils de santé numériques sont bienvenus. Ils permettent de pallier le manque en temps ou en présence du médecin. Reste que la présence est nécessaire et que le médecin coordonnateur ne peut être à 125 kilomètres.

Je ne suis pas certain qu'on ait davantage de ressources en IPA qu'en médecins coordonnateurs... En outre, le travail de l'IPA doit être complémentaire de celui du médecin coordonnateur, et non le remplacer.

S'agissant de la déclaration des effets indésirables et de la maltraitance, dans les établissements où j'interviens en tant que médecin coordonnateur, la procédure est bien rodée. En tant que médecins coordonnateurs, nous y sommes particulièrement attentifs et sommes très regardants sur la formation des équipes, l'accent étant mis sur la nécessité de déclarer tous les types de maltraitance. La déclaration peut être le fait des équipes, mais aussi des familles ou des proches, qui peuvent alerter la direction. Nous recherchons ensuite des solutions de manière pluridisciplinaire – direction, équipes soignantes et médecin coordonnateur.

**Dr Odile Reynaud-Levy.** Parmi les pistes d'amélioration, le temps d'écoute figurerait en bonne place. Selon la grille publiée en 2011 par le docteur Jean-Marie Vétel, établissant le temps de soignant dévolu au résident en fonction de son groupe iso-ressources (GIR), c'est-à-dire de son autonomie, un résident GIR 1 – très dépendant sur les plans cognitif et locomoteur, et ayant donc besoin d'une assistance permanente – nécessite trois heures trente de présence quotidienne d'un aide-soignant pour subvenir à tous ses besoins. Or le rapport des professeurs Jeandel et Guérin relève que, depuis lors, la dépendance et la charge en soins ont constamment augmenté en EHPAD. Le calcul a été fait au sein d'un groupe de travail de la Fédération hospitalière française qu'en créant 20 000 postes d'aides-soignants par an d'ici à 2026, on augmenterait leur temps de présence auprès des 600 000 résidents de quarante minutes par jour et par résident en moyenne. Il y a donc un choix à faire.

Dans certains territoires, il manque des kinésithérapeutes. Dans certains des EHPAD que je visite, il n'y en a qu'un seul pour toute la population, y compris pour l'EHPAD. De ce fait, lors des inspections PATHOS, certaines cotations de rééducations nécessaires sont refusées au motif qu'il s'agit de « trottoinothérapie » qu'une aide-soignante peut assurer. Mais sur quel temps ? Elle serait en effet ravie de disposer de quarante minutes de plus pour s'occuper correctement des résidents. La crise des vocations s'explique aussi par l'insatisfaction des soignants qui, pour beaucoup, sont bienveillants envers les personnes âgées et ont choisi ce métier pour lequel ils sont formés. Comment assurer le maintien de l'autonomie à la marche puisque la cotation est refusée en rééducation, et donc en soin ? C'est incohérent et cela conduit à ne pas soigner correctement, et humainement, les personnes âgées qui vivent en EHPAD. C'est dénoncé depuis des années, et certainement dans le livre.

**Mme Monique Iborra.** Dans les EHPAD, les problèmes sont encore plus aigus aujourd'hui, dans la mesure où plus de 80 % des résidents ont des problèmes de comportement ou liés à Alzheimer. Or les GIR ne correspondent pas à la situation réelle de ces personnes, qui n'ont pas besoin d'assistance sur le plan locomoteur, mais de présence et d'une prise en charge psychologique. Elles devraient donc faire l'objet d'un accompagnement individuel. Comme on ne peut pas le faire, on les installe dans des unités dites protégées, où elles sont ensemble, enfermées. En France, contrairement aux pays nordiques, on a encore du mal à parler des patients atteints d'Alzheimer. On peut bien entendu plaider pour davantage de personnels, et je le défends, mais il faut aussi savoir ce que l'on fait de ces personnes, de plus en plus nombreuses, et qui ne correspondent pas aux pathologies habituelles.

**Dr Pascal Meyvaert.** Effectivement, ces patients atteints de troubles cognitifs et comportementaux ont besoin, encore plus que les autres, de présence et de relations humaines.

Cela souligne le caractère intolérable de la situation actuelle : on travaille dans l'urgence et on fait ce qu'on peut avec le personnel dont on dispose. Il faut donner à manger, faire la toilette, et le temps d'échanges avec les résidents est pratiquement inexistant.

Votre remarque va dans le sens du message que nous voulions faire passer : toutes catégories confondues, il faut davantage de ressources humaines – on en manque cruellement. L'écart entre la courbe de la dépendance et des pathologies et celle des ressources humaines augmente de plus en plus : on accueille des personnes de plus en plus dépendantes, avec davantage de pathologies, avec de moins en moins de personnel.

Les contrôles dans les EHPAD, qu'il a été question de renforcer à la suite de la publication du livre, n'ont rien d'utile puisque le constat est clair. Vous pourrez faire autant de contrôles que vous voulez, il sera toujours le même... La situation n'est pas uniquement celle d'Orpea ; on la retrouve partout. Ce qu'il faut maintenant, ce sont des ressources humaines à tous les échelons, du personnel formé et attiré par ces professions.

**Dr Odile Reynaud-Levy.** On rentre en EHPAD pour deux raisons : soit pour des troubles cognitifs qui deviennent invivables à domicile, soit en raison de chutes à répétition, liées à des troubles locomoteurs. La France a une pratique particulièrement âgiste en ce qu'elle distingue les secteurs du handicap et du grand âge : dans le premier, le ratio est d'un ETP pour un résident, alors qu'il est de moitié dans le second. Nous signalons depuis très longtemps maintenant que de plus en plus personnes handicapées vieillissantes et de personnes atteintes de maladies psychiatriques arrivent en EHPAD, ce qui ajoute à la pression et met cruellement en lumière le manque de personnels, et surtout de personnels formés. Pourquoi cette différence entre la dépendance liée au handicap et celle liée au grand âge, que ne pratiquent pas d'autres pays d'Europe ? Pourquoi les sujets âgés sont-ils les parents pauvres de nos politiques ? La nation ne leur doit-elle pas de considérer leurs besoins au même titre que ceux d'une personne plus jeune handicapée ?

*La séance est levée à douze heures cinquante.*

## **Présences en réunion**

### **Réunion du mercredi 23 février 2022 à 11 heures 15**

*Présents.* – Mme Annie Chapelier, M. Marc Delatte, Mme Perrine Goulet, Mme Véronique Hammerer, Mme Monique Iborra, M. Didier Martin, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, Mme Valérie Six, M. Jean-Louis Touraine, Mme Michèle de Vaucouleurs

*Excusés.* – Mme Justine Benin, Mme Claire Guion-Firmin, M. Thomas Mesnier, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nadia Ramassamy, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Marie-Pierre Rixain, Mme Nicole Sanquer, M. Nicolas Turquois, Mme Hélène Vainqueur-Christophe

*Assistait également à la réunion.* – Mme Christine Pires Beaune