



EHESP

**Directeurs d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **novembre 2021**

**Forces et faiblesses de l'organisation
de la médicalisation d'un Groupement
de Coopération Social et Médico-social**

Rosalia DUPRESSOIR

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier mes deux maîtres de stage, directeurs adjoints au sein du GCSMS pour m'avoir accompagné pendant ces 8 mois de stage, pour leurs apports et leurs précieux conseils.

J'y associe l'ensemble de l'équipe de direction du GCSMS, pour leur accueil, nos nombreux échanges et la confiance qui m'a été accordée.

Merci également à Monsieur Gaël CORON, pour son accompagnement et ses conseils dans l'orientation donnée à mon sujet de mémoire.

Sur le plan opérationnel, je remercie l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs du groupement avec qui j'ai pu échanger. Ils ont chacun apporté, directement ou indirectement, une pierre à l'édifice de ce travail.

Merci également au président du CVS, pour nos riches échanges, débats, qui ont non seulement permis de confirmer mon projet professionnel mais ont également contribué à la réalisation de ce mémoire.

Un merci particulier à mon co-stagiaire, également élève D3S en stage au sein du GCSMS, pour notre constante entraide durant le stage et nos échanges constructifs.

Enfin, je remercie mon conjoint, pour son soutien indéfectible pendant ces deux années à Rennes et pendant toute la durée de réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Le GCSMS, un groupement en apparence fortement médicalisé, qui s’inscrit dans une tendance nationale	5
1.1 Un choix historique de médicalisation permettant d’améliorer la prise en charge des résidents	5
1.1.1 Le GCSMS, une médicalisation en apparence supérieure à la moyenne nationale mais à interpréter avec précautions	5
1.1.2 La mutualisation des moyens a permis le renforcement des effectifs et une diversification des prestations médico-soignantes.....	9
1.1.3 Une médicalisation qui répond aux évolutions des besoins des résidents et aux attentes des familles	10
1.2 Une médicalisation qui s’inscrit dans les évolutions législatives et confortée par l’expérience de la crise sanitaire	13
1.2.1 Les évolutions législatives tendent à renforcer la médicalisation des EHPAD : le GCSMS ne fait pas exception.....	13
1.2.2 L’expérience de la crise sanitaire COVID a conforté les EHPAD dans l’importance d’être médicalisé	14
2 L’organisation actuelle de la médicalisation du GCSMS présente des limites, révélant des perspectives de structuration du modèle.....	15
2.1 Les limites de la médicalisation telle qu’elle est organisée aujourd’hui au sein du GCSMS	15
2.1.1 Concernant la prise en charge des résidents	15
2.1.2 Concernant le volet financier et le lien avec les tutelles.....	19
2.1.3 Concernant le volet managérial.....	21
2.2 Perspectives : vers une médicalisation plus structurée et contractualisée ?	25
2.2.1 Vers une pérennisation du modèle et une structuration du pilotage médical au niveau du GCSMS.....	25

2.2.2	Vers un renforcement des coopérations territoriales pour répondre aux besoins des nouveaux profils.....	29
2.2.3	La nécessité de renforcer parallèlement la dimension lieu de vie des EHPAD	30
	Conclusion.....	33
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	V

Liste des sigles utilisés

AS : Aide-soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CA : Conseil d'Administration

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CODIR : Comité de Direction

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRC : Cour Régional des Comptes

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DG : Directeur Général

D3S : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ED3S : Elève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social

GMP : GIR Moyen Pondéré

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TO : Taux d'Occupation

Introduction

« C'est parce que l'EHPAD est un lieu de soins, qu'il reste un lieu de vie »

Pr.Claude JEANDEL et Pr Olivier GUERIN

Intérêt du mémoire :

Le présent mémoire s'attache à étudier le niveau et l'organisation de la médicalisation d'un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) d'Ile-de-France, constitué de 5 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics autonomes, répartis sur 13 sites.

Si l'on définit le terme médicalisation selon son étymologie latine « *medicalis* » qui signifie « guérissable », il est possible de considérer que la médicalisation des EHPAD correspond à l'ensemble des dispositifs mis en place pour « guérir » les résidents. C'est le fait qu'à tous les instants de vie, il y ait la présence d'un médecin. Cependant, dans le cadre de ce travail, j'ai choisi de considérer le terme médicalisation de l'EHPAD comme la capacité à prendre en charge médicalement les résidents sur place.

La présence de personnels qualifiés comme les infirmières, les auxiliaires médicaux font donc également partie de la médicalisation.

Si à l'origine ma volonté était d'étudier un projet de création de lits sanitaires au sein du GCSMS initié par le directeur général par intérim, l'arrivée en cours de stage d'un nouveau Directeur Général a mis rapidement un terme à ce projet. Dans le cadre de sa prise de poste et de son appropriation de la structure, une mission d'analyse des ratios soignants au sens large m'a été confiée, en binôme avec un autre élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (ED3S).

Cette mission m'a conduit à m'intéresser de manière plus fine au niveau de médicalisation du GCSMS. Dans ce cadre, de premier abord, le niveau de médicalisation semblait important et plus élevé que la majorité des établissements au sein du GCSMS : présence d'un dentiste, deux pharmacies à usage intérieur, auxiliaires médicaux, IDE de nuit sur tous les sites... Il s'est avéré intéressant d'objectiver cette apparence, d'analyser les organisations mises en place au sein du GCSMS, leurs forces et faiblesses, particulièrement après l'expérience des premières vagues de l'épidémie de COVID-19.

Ainsi, dans le cadre de cette analyse, il m'a semblé intéressant, à travers ce mémoire, d'analyser l'organisation de la médicalisation du groupement, de la comparer avec les tendances nationales et d'en rechercher ses forces et faiblesses, notamment à l'aune de l'expérience de la crise sanitaire COVID vécue depuis maintenant un an et demi.

Méthodologie

Pour réaliser le présent mémoire, plusieurs méthodes ont été mobilisées. Je souhaitais collecter la matière à partir d'un panel d'outils et d'entretiens permettant de croiser les regards, les informations.

Cependant, le contexte sanitaire lié à la gestion de l'épidémie de COVID-19 a cette année encore particulièrement impacté les conditions de stage et l'accessibilité aux acteurs.

En effet, les acteurs étaient très mobilisés et je n'ai pas pu organiser d'entretien avec tous les types d'acteurs souhaités initialement. Ainsi, je n'ai pu m'entretenir de manière formelle avec la présidente du Conseil d'Administration, ou encore avec des soignants pour aborder précisément mon sujet de mémoire et leurs points de vue sur la médicalisation de l'établissement.

J'ai donc fait le choix de réutiliser un entretien réalisé avec une infirmière dans le cadre d'une commande de l'Ecole sur la gestion de crise. L'ensemble de la grille d'entretien est disponible en annexe 4. Si, l'entretien ne concerne pas précisément et directement mon sujet, les échanges abordent le vécu de la crise sanitaire, et certains propos ont été éclairants pour ce travail.

Néanmoins, la réalisation de ce mémoire repose principalement sur l'analyse de documents institutionnels, sur la revue de la littérature, sur des entretiens formels et informels avec des acteurs de mon terrain de stage. J'entends par entretiens formels, le fait qu'ils aient été menés sur la base d'une grille d'entretien, lors d'un temps dédié et programmé à l'avance. J'entends par entretiens informels, le fait qu'ils n'aient pas été programmés et n'ont pas fait l'objet de grille d'entretien préparées en avance. Ces entretiens informels ont pu avoir lieu à l'occasion de réunions, à l'occasion d'un repas, ou encore dans un couloir entre deux rendez-vous.

La liste des entretiens formels et informels réalisés, ainsi que le détail de la méthodologie utilisée est détaillée en annexe 1.

Parallèlement, ce travail a été réalisé grâce à une observation du terrain, à l'occasion des nombreux échanges auxquels j'ai pu assister et/ou participer durant les 8 mois de stage, en réunion de direction, en réunion d'équipes au sein de l'un des EHPAD, ou encore au sein des cellules de crise ou de groupes de travail sur le projet du CPOM. J'ai pu retracer ces échanges au sein d'un journal de bord tenu durant les 8 mois de stage.

Mes missions de stage m'ont également permis de mettre en place deux questionnaires de satisfaction au sein de l'un des EHPAD du GCSMS, un à destination des familles et l'autre à destination des résidents. La conception de ces questionnaires, le choix des questions,

les résultats ont été l'occasion de nombreux échanges avec différents acteurs (familles, agents, cadre de santé, médecins, auxiliaires médicaux, directeurs, agents d'accueil, résidents...) riches d'informations pour traiter le présent sujet de mémoire.

Enfin, l'analyse des forces et faiblesses de la médicalisation sur mon lieu de stage a également reposé sur une analyse de données chiffrées, qu'il s'agisse de données internes au GCSMS (GMP, PMP, évolution des taux d'hospitalisation, pyramide des âges, taux d'encadrement, cartographie des métiers, ...) ou de données officielles nationales telles que celles de la DREES sur le taux d'encadrement en EHPAD.

Présentation des institutions

Le GCSMS étudié dans ce mémoire est constitué de 5 EHPAD publics autonomes, répartis sur 13 sites au sein de 10 communes d'un même département. Il compte 1143 lits d'EHPAD, 288 places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et d'Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), ainsi que 55 places d'Accueil de Jour (ADJ), soit un total de 1 486 lits et places.

Le détail du capacitaire en lits et places est précisé ci-dessous :

	Capacitaire
EHPAD M	486 lits
Résidence 1	228
Résidence 2	100
Résidence 3	90
Résidence 4	68
EHPAD F	370 lits
Résidence 1	234
Résidence 2	36
Résidence 3	16
Résidence 4	84
EHPAD G	132 lits
Résidence 1	36
Résidence 2	60
Résidence 3	36
EHPAD B	83 lits
EHPAD L	72 lits
SSIAD	288 places
Accueil de Jour	55 places
TOTAL GENERAL	1486 lit et places

Le budget annuel du GCSMS et ses établissements membres s'élève à 93,4 millions d'euros.

La particularité du groupe étudié est qu'il est doté d'une direction commune et de services supports et logistiques partagés : direction générale, direction des ressources humaines (DRH), direction des affaires financières (DAF), direction des travaux, de la maintenance et de la logistique, direction des achats et des marchés publics, direction juridique, ainsi que deux pharmacies à usage intérieur (PUI), une unité de cuisine et préparation alimentaires (UCPA) et une blanchisserie. A l'exception de la DRH et de la direction des travaux, l'ensemble des directeurs en charge de ces directions transversales est également directeur délégué d'un ou plusieurs des 13 sites du groupement.

Problématique et annonce de plan :

Le groupement étudié a fait le choix de la médicalisation. En effet, il est doté d'une équipe médicale de 13 médecins praticiens hospitaliers (PH), 3 pharmaciens PH et un dentiste à temps partiel. Une astreinte médicale est opérationnelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. De plus des infirmières (IDE) en journée et la nuit sont présentes sur tous les établissements. Enfin, le GCSMS compte 7 équivalents temps pleins (ETP) de psychomotriciens et 6 ETP d'ergothérapeutes. Une fois cette liste dressée, l'équipe soignante semble en apparence assez conséquente en termes de volumétrie. Aussi, cela conduit à s'interroger sur le mode de fonctionnement de ces équipes.

Dans quelle mesure le niveau et l'organisation de la médicalisation du GCSMS répondent-ils aux besoins des résidents et aux enjeux actuels et futurs des EHPAD ?

Après un an et demi de gestion de crise sanitaire, cette importante médicalisation a-t-elle été une force ? Faut-il aller plus loin dans la médicalisation du groupement ?

Pour cela, le présent mémoire s'attachera tout d'abord à présenter de manière plus précise le choix historique de la médicalisation fait par le groupement qui s'inscrit dans une tendance législative et nationale pour répondre à l'évolution des besoins des résidents et améliorer leur prise en charge (1). Il s'agira ensuite d'analyser les limites à l'organisation actuelle de la médicalisation permettant de révéler des perspectives de structuration du modèle (2).

1 Le GCSMS, un groupement en apparence fortement médicalisé, qui s'inscrit dans une tendance nationale

La constitution du GCSMS s'est accompagnée de la mutualisation de moyens. Rapidement, le choix de médicaliser les établissements pour améliorer la prise en charge des résidents a été fait (1.1). Ce choix historique, s'est révélé être cohérent au regard de l'évolution législative et a été conforté par l'expérience de la crise sanitaire COVID (1.2).

1.1 Un choix historique de médicalisation permettant d'améliorer la prise en charge des résidents

1.1.1 Le GCSMS, une médicalisation en apparence supérieure à la moyenne nationale mais à interpréter avec précautions

Le GCSMS a fait le choix d'une médicalisation en apparence importante au regard des équipes médico-soignantes présentes au sein des établissements. En effet, le groupement est doté d'une équipe de 13 médecins praticiens hospitaliers (PH) – qui regroupe médecins coordonnateurs et médecins traitants –, 3 pharmaciens praticiens hospitaliers, un dentiste à temps partiel. Les effectifs présents et l'organisation mise en place permet aujourd'hui d'assurer une astreinte médicale opérationnelle 24h sur 24 et 7 jours sur 7. De plus, des infirmières (IDE) en journée et la nuit sont présentes tous les jours sur l'ensemble des 13 sites des 5 établissements. Enfin, le GCSMS compte 7 ETP de psychomotriciens et 6 ETP d'ergothérapeutes.

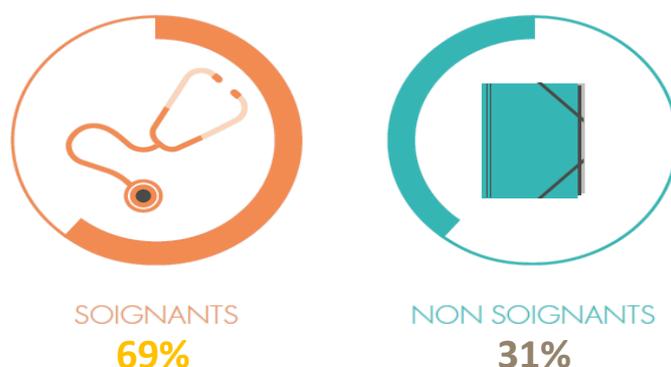


Figure 1 : répartition des professionnels soignants et non soignants au sein du GCSMS au 31/12/2020

Une fois cette liste dressée, il m'a semblé intéressant d'analyser de manière plus précise les organisations et d'objectiver les taux d'encadrement au regard du nombre de lits présents au sein des établissements. De surcroît, l'idée d'une analyse du niveau de médicalisation et de la réalisation d'une enquête sur les ratios et taux d'encadrement des effectifs présents au sein du GCSMS s'inscrit dans un contexte d'arrivée d'un nouveau directeur général au sein du groupement, après plus d'une année de direction par intérim, principalement concentrée sur la gestion de la crise sanitaire. En effet, à son arrivée et dans le cadre de son appropriation des organisations en place, la réalisation d'un état des lieux des effectifs et organisations architecturales a été demandé aux élèves directeurs.

Plus précisément, il s'agissait d'objectiver d'une part le ressenti d'une forte médicalisation suite aux visites des différents sites, et de cartographier les organisations des 13 résidences du groupement.

Cette analyse avait alors pour objectif d'être une base de travail et de discussion au sein de l'équipe de direction sur la politique des ressources humaines à adopter, dans un contexte de préparation à la négociation du CPOM. L'idée était donc, à partir de ces données, de collégialement décider de valoriser le modèle et/ou d'échanger sur les évolutions possibles à engager (optimisation des ressources, gouvernance médico-soignante...).

Cette analyse des organisations et taux d'encadrement a été réalisée à partir de l'enquête EHPA 2015 de la DREES. Cette dernière analyse principalement des données quantitatives concernant le taux d'encadrement dans les EHPADs, c'est-à-dire le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement. Les données du rapport de la DREES sont issues des éditions 2011 et 2015 de l'enquête EHPA. L'enquête réalisée intègre l'ensemble des professionnels présents au sein des différents sites, à l'exception des vacataires et des CDD de remplacement qui sont exclus de l'étude. Cependant, l'enquête contient également des données plus qualitatives telles que l'organisation architecturale ou la répartition des tâches hôtelières entre les différents métiers, et plus particulièrement entre les aides-soignants (AS) et les agents de service hospitalier (ASH) .

Pour réaliser l'étude au sein du GCSMS, le recueil et l'analyse des données a été réalisée de manière différenciée selon qu'il s'agissait de données quantitatives ou qualitatives.

Les données qualitatives, telles que l'organisation du temps de travail, la répartition des tâches hôtelières entre AS et ASH, l'organisation architecturale des équipes par site et par services/unités, ont été recueillies grâce à des entretiens réalisés avec chaque directeur de site et/ou cadre de santé selon leurs disponibilités.

Les données quantitatives telles que le nombre d'ETP par catégorie professionnelle ont dans un premier temps été recueillies via des extractions du logiciel administratif et de gestion des établissements. Il est important de tenir compte de la présence de potentiels biais et limites aux données recueillies, même si les erreurs potentiellement présentes ne modifieraient qu'à la marge les résultats. En effet, l'analyse des effectifs a nécessité la réalisation d'extractions de 6 bases différentes au sein du logiciel métier de gestion des ressources humaines, et d'importants retraitements ont ensuite été nécessaires, notamment pour identifier les agents détachés d'un établissement à l'autre. De plus, le retraitement par site géographique n'a pas toujours été possible car les unités fonctionnelles (UF) présentes au sein des fichiers structures des établissements du GCSMS ne correspondent pas toujours à des sites et des services, mais ont été définis pour faciliter la gestion budgétaire par sections tarifaires.

Enfin, il est important de prendre toutes les précautions utiles dans l'interprétation des données/ratios obtenus dans le cadre de l'enquête réalisée puisque certains établissements ont des recours importants aux vacataires, CDD de remplacement et intérimaires. Or, ces personnels n'entrent pas dans le cadre de l'étude réalisée qui ne tient compte que des effectifs permanents, pouvant ainsi biaiser les résultats ou du moins l'analyse que l'on serait tenté d'en faire.

Une fois les données retraitées et les précautions d'interprétation identifiées, une synthèse des résultats a été réalisée :

	Etab F	Etab B	Etab G	Etab M	Etabl L	MOYENNE GCSMS	DRESS 2015
<i>Cadre infirmier</i>	1,35	1,19	1,21	1,23	1,39	1,28	0,93
<i>IDE coordonnateur</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
<i>AS-AMP</i>	35,59	29,76	37,12	40,37	25,69	33,71	21,23
<i>AVS-ASH</i>	5,95	13,10	6,82	8,05	11,11	9,00	18,19
<i>IDE</i>	5,57	4,76	3,79	6,69	9,38	6,04	6,5
<i>Ergothérapeute</i>	0,68	0,00	0,00	0,62	0,00	0,26	0,18
<i>Psychomotricien</i>	1,08	1,19	0,45	0,62	0,69	0,81	0,09
<i>Animation</i>	1,62	2,38	2,27	1,23	1,11	1,72	0,97
<i>Psychologue</i>	0,00	1,19	0,45	0,93	0,69	0,65	0,47
<i>Médecin Co</i>	0,92	0,36	1,39	0,21	0,69	0,71	0,28
<i>Médecin traitant</i>				0,82	0,69	0,30	0,11

Tableau 1 : Comparaison des taux d'encadrement pour 100 places des établissements du GCSMS en 2021 avec la moyenne nationale des EHPAD recueillies dans une enquête de la DREES de 2015

Les données recueillies permettent d'objectiver le ressenti. En moyenne, le taux d'encadrement soignant et médical est plus important au sein du GCSMS que la moyenne nationale des EHPADs.

De plus, à ces équipes, il faut ajouter la présence d'un dentiste à temps partiel (0,75 ETP) qui effectue des consultations de suivi buccodentaires auprès des résidents de l'ensemble des établissements. Le recrutement de ce dentiste s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation financée par l'ARS depuis 2015.

Si la méthodologie utilisée est identique à celle de la DREES, les données peuvent donc être comparées. Cependant, ces ratios et taux d'encadrement sont à interpréter avec vigilance. En effet, ces taux d'encadrement font un calcul mathématique entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées. Dans son rapport, la DREES évoquait les limites de cet indicateur pour analyser la réponse aux besoins des résidents :

- Les taux d'occupation des places varient d'un EHPAD à l'autre, ce qui biaise légèrement la valeur réelle du taux d'encadrement lorsqu'il est calculé relativement au nombre de places installées et non au nombre de places occupées,
- Les ratios ne prennent pas en compte la charge en soins et l'aide à la dépendance qui varient entre les résidents,
- Les ratios ne prennent pas en compte la précarité sociale des résidents. En effet, le GIR varie d'un résident à l'autre et évolue dans le temps. La DREES évoquait l'idée de prendre en compte de manière différenciée dans le calcul du taux d'encadrement les GIR des résidents, en les pondérant en fonction de la charge en soins et aides à la dépendance qu'ils génèrent.
- Cet indicateur tel qu'il est calculé ne prend pas en compte toutes les dimensions de l'encadrement. Ses objectifs sont larges : prodiguer des soins corporels, de confort, médicaux ou technique, de surveiller les résidents, les protéger contre certains risques, de proposer de la sollicitude et de l'accompagnement aux résidents et à leurs familles et enfin de leur offrir des animations et des loisirs (DREES, 2015).

D'autres indicateurs doivent donc venir accompagner ce taux d'encadrement, plus qualitatif et ce afin de prendre davantage en compte les différentes facettes de la prise en charge des résidents.

1.1.2 La mutualisation des moyens a permis le renforcement des effectifs et une diversification des prestations médico-soignantes

Le groupement, tel qu'il est constitué aujourd'hui s'inscrit dans une histoire de coopération qui a débuté en 1987. En effet, à cette date, une première direction commune se met en place entre deux établissements, chacun comptant 3 sites. En 2002, la direction commune s'agrandit et intègre un troisième établissement composé de 4 sites. En 2008, l'entité GCSMS est créée. Il s'agit alors du premier groupement de coopération social et médico-social de France. Quelques années plus tard, en 2012 et 2015, les 2 derniers établissements rejoignent à leur tour le GCSMS. Au fur et à mesure, le groupement s'est donc agrandi avec un double objectif : créer une offre territoriale cohérente et mutualiser les moyens.

Cette mutualisation des moyens a certes concerné les aspects techniques et logistiques (blanchisserie, travaux/maintenance...) mais elle a aussi permis de renforcer les équipes médico-soignantes, notamment grâce à la création de postes partagés.

Ainsi, deux PUI existent aujourd'hui au sein du GCSMS et fusionneront prochainement. Elles comptent 3 pharmaciens à temps plein. Le recrutement de ces pharmaciens a pu être réalisé grâce aux contributions des établissements au GCSMS et a permis de réduire les dépenses de médicaments grâce aux groupements de commandes.

De plus, des astreintes médicales partagées sont aujourd'hui opérationnelles pour l'ensemble des sites du groupement.

Le GCSMS a également souhaité aller plus loin dans le renforcement des équipes en :

- Privilégiant le recrutement d'aides-soignantes à ceux d'agent des services hospitaliers (ASH),
- Augmentant le recrutement d'auxiliaires médicaux (psychomotriciens, psychologues, ergothérapeutes...),
- Recrutant des IDE de jour et de nuit, opérationnelles 7 jours sur 7, 24h/24 sur l'ensemble des sites du groupement.

1.1.3 Une médicalisation qui répond aux évolutions des besoins des résidents et aux attentes des familles

Le niveau de médicalisation s'est accru avec les années. Ce choix répond à une évolution des profils des résidents accueillis, qui tendent à être de plus en plus dépendants. Cette affirmation est régulièrement formulée par les directeurs de sites, mais aussi par les personnels soignants et médecins coordonnateurs à l'occasion d'échanges informels ou lors de réunions de travail. Lors d'un entretien avec une représentante d'une organisation syndicale du GCSMS, cette dernière m'indiquait que « nos profils de résidents ressemblent de plus en plus aux patients d'USLD, mais nous n'avons pas le même taux d'encadrement, on a moins de personnels. Il faut qu'on puisse augmenter notre ratio de personnels, comme en USLD ». Dans le même sens, le président du CVS indiquait lors de notre entretien que: « l'EHPAD se médicalise de plus en plus. Cela fait 5 ans que je suis là et 5 ans que je le vois. Un EHPAD c'est un endroit où les gens viennent de plus en plus tard, qui arrivent à l'extrême limite. J'étais même surpris de voir qu'il y avait 3 ou 4 nouveaux résidents qui avaient la capacité de réfléchir, de discuter et qui pouvaient se déplacer seuls. C'est de plus en plus rare car les gens veulent rester le plus longtemps possible chez eux. »

Selon le Directeur de l'un des établissements : « l'évolution du public est notable. D'un point de vue architectural on peut le remarquer tout de suite. Les chambres étaient vues comme des studios avec un coin cuisine, frigo, plaques pour faire chauffer ses repas dans les chambres. Donc l'idée était celle d'un prolongement d'un foyer autonomie, la personne pouvait encore faire beaucoup de choses seules. L'établissement était ce qu'on appelle une MAPAD. Maintenant on a retiré toutes les plaques électriques car cela s'est avéré dangereux. On a eu un départ de feu au sein d'une chambre qui s'est traduit par un incendie au sein de l'EHPAD. Statistiquement, on occupe aujourd'hui principalement les chambres avec les GIR 1 et 2 (plus de la moitié de nos résidents). Un autre élément notable, c'est le nombre de rails. On a installé des rails dans toutes les chambre et des moteurs dans 50 chambres sur 72 ».

Pour tenter d'objectiver ce ressenti, j'ai recueilli l'évolution des GIR Moyens Pondérés des différents établissements du groupement. Malheureusement je n'ai pu remonter plus loin que 2015. De plus, l'ensemble des données n'étaient pas toujours disponibles sur tous les établissements, en témoigne le tableau de synthèse ci-dessous.

GMP	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Etablissement L</i>	770,86	772,22	798	799	805	ND
<i>Etablissement M</i>	764,79	ND	765	766	766	ND
<i>Etablissement G</i>	757,24	778	ND	ND	772	741
<i>Etablissement F</i>	769	769	769	769	769	769
<i>Etablissement B</i>	ND	794,38	758	ND	759	ND

Tableau 2 : Evolution des GMP par établissement

*ND : Non Disponible

Cependant, malgré les données manquantes, cela permet néanmoins de faire ressortir une tendance commune à tous les établissements : une augmentation du GMP depuis 2015. Cette évolution ne fait pas exception et s'inscrit dans les tendances nationales depuis plusieurs années. En effet, selon les données recueillies par la CNSA, le niveau de GMP ne cesse d'augmenter : il s'élevait à 726 en 2017, contre 722 en 2016 et 680 en 2010. Ces données permettent d'affirmer que le niveau de perte d'autonomie et le besoin en soins des résidents continuent d'augmenter. Cette tendance peut en partie s'expliquer par une autre tendance : l'arrivée de plus en plus tardive en EHPAD. Selon les enquêtes EHPA de la DREES, l'âge d'entrée en EHPAD est de plus en plus élevé : 85 ans et 2 mois en 2015, contre 83 ans et 2 mois au en 2003 et 81 ans et 10 mois en 1994.

Au-delà des chiffres, j'ai pu constater à plusieurs reprises à la fois à travers des échanges informels, des échanges en instances et les réponses aux questionnaires de satisfaction (Annexe 6) qu'une grande partie des familles demande la présence de médecins et personnels pour la prise en charge des soins.

En effet, il ressort par exemple des questionnaires de satisfaction adressés aux familles qu'une grande majorité sont satisfaites de la médicalisation en place.

Au-delà de la prise en charge médicale pure, c'est la relation avec des personnels et le rôle qu'ils jouent dans l'accompagnement de leurs proches qui est apprécié, en témoignent les résultats du questionnaire de satisfaction d'un EHPAD du GCSMS présentés ci-dessous :

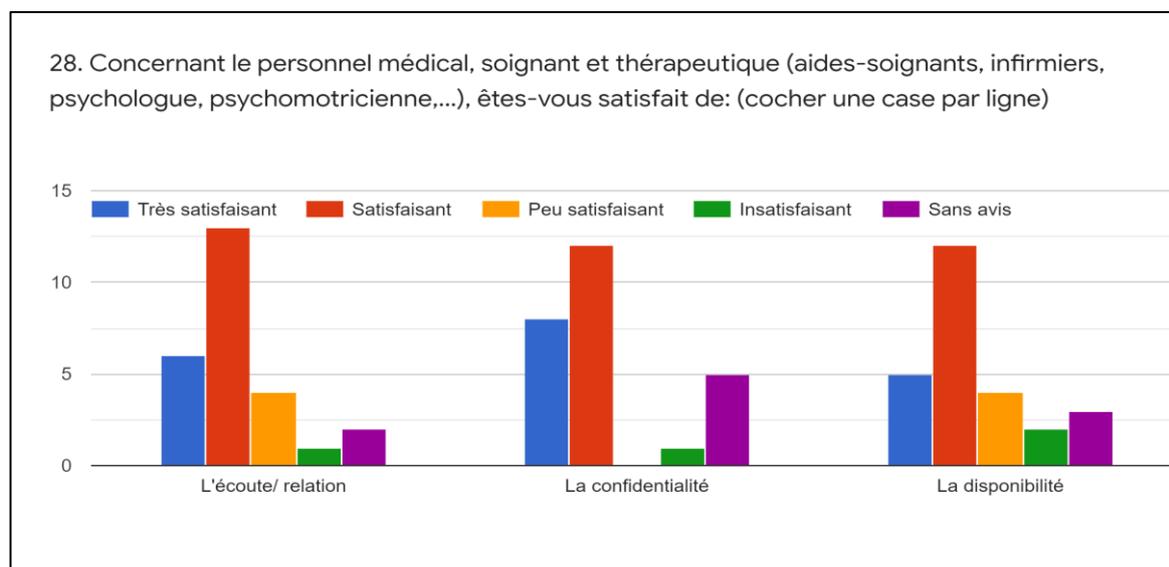


Figure 2 : Extrait des résultats du questionnaire de satisfaction adressé aux familles de résidents d'un EHPAD du GCSMS

Lors de mon entretien avec le président du CVS de l'un des établissements, ce dernier m'affirmait que « c'est parce qu'il y a la présence de médecins, infirmiers et aides-soignants que nous avons fait le choix d'installer ma belle-mère en EHPAD » (Annexe 3). Une représentante du Conseil Départemental, également membre du Conseil d'Administration d'un Foyer Autonomie, indiquait que les familles de résidents de foyers autonomie regrettent l'absence de médecin au sein du foyer autonomie, car « ils trouvent cela plus rassurant d'avoir un médecin sur place ».

Les personnes interrogées (directeur, président de CVS, représentante syndicale) s'accordent à dire que la présence de médecins et auxiliaires médicaux au sein de l'établissement permet un meilleur suivi de la prise en charge des résidents. Contrairement au recours à des médecins ou auxiliaires libéraux extérieurs, la présence quotidienne de ces personnels permet une meilleure réactivité, disponibilité, un suivi et une traçabilité dans le logiciel métier des soins des données médicales et de l'accompagnement mis en place. Ces équipes pluriprofessionnelles facilitent également la possibilité de mettre en place des projets à dimensions multiples, tels que le projet de création d'une supérette, qui a conduit la psychologue, la psychomotricienne et l'animatrice à travailler ensemble, pour réfléchir à des activités à la fois agréables, favorisant la mobilité et les déplacements des résidents, tout en portant une attention particulière à l'aspect psychologique des résidents, dans un contexte de confinement en raison de la crise COVID.

1.2 Une médicalisation qui s'inscrit dans les évolutions législatives et confortée par l'expérience de la crise sanitaire

1.2.1 Les évolutions législatives tendent à renforcer la médicalisation des EHPAD : le GCSMS ne fait pas exception

La médicalisation du GCSMS s'inscrit dans un cadre réglementaire qui est le fruit d'une construction progressive.

C'est au cours des années 1990 que le besoin de médicalisation des maisons de retraite s'est accrue au point d'en devenir une priorité, face notamment à l'augmentation de la population âgée et l'essor de la maladie d'Alzheimer. Les problèmes soulevés par cette maladie font alors de l'EHPAD l'établissement de premier recours. La médicalisation de ces derniers devient alors obligatoire.

Plusieurs lois se succèdent alors, faisant également évoluer la terminologie utilisée pour qualifier les structures d'hébergement des personnes âgées.

Le décret du 11 décembre 1958 utilisait la dénomination « hospice » pour désigner les établissements, les associant ainsi au monde hospitalier. Entre 1958 et 1975, l'humanisation des maisons de retraite devient prioritaire et des projets d'amélioration de l'architecture sont lancés. Cependant, le terme n'a cessé d'avoir une connotation péjorative, souvent associée à l'expression de « mouir ». Progressivement, avec la loi du 30 juin 1975, les pouvoirs publics se sont attachés à la médicalisation des structures, en créant notamment les Sections de Cure Médicale (SCM) pour limiter le nombre important de personnes âgées au sein des hôpitaux et apporter une prise en charge médicale et soignante au sein des institutions d'hébergement. Parallèlement, l'appellation d'hospice a progressivement été remplacée par le concept de « maison de retraite ». Puis s'est développée l'utilisation de la notion de « résidence » qui trouve sa source dans la volonté des pouvoirs publics d'humaniser les établissements d'hébergement et est le résultat de l'essor de structures privées à but lucratif proposant des activités et services à dominante hôtelière.

La loi du 24 janvier 1997 généralise alors le concept de médicalisation des établissements et modifie la terminologie des structures qui deviennent alors des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ce choix sémantique témoigne de la volonté du législateur de prendre en compte la perte d'autonomie des personnes âgées accueillies. Yves BRAMI indiquait alors dans son ouvrage que

« l'appellation donnée aux nouvelles structures est celle d' «EHPAD », ce qui a pour signification profonde que ces institutions seront portées naturellement à recevoir des publics particulièrement dépendants »(BRAMI, 2006).

1.2.2 L'expérience de la crise sanitaire COVID a conforté les EHPAD dans l'importance d'être médicalisé

La crise sanitaire COVID que les établissements ont traversée a mis en exergue l'importance et la plus-value de disposer de présences médicales et paramédicales conséquentes au sein des établissements du GCSMS.

En effet, les médecins et soignants (AS, IDE) ont joué un rôle central pendant la gestion de la crise : ils ont été les premiers interlocuteurs, les experts, les donneurs d'alerte en cas de détection de cas COVID au sein des résidents. Cela a permis une meilleure réactivité pour contenir autant que possible les cas détectés, d'effectuer des formations et partager des procédures/protocoles d'hygiène au sein des établissements.

La PUI a joué un rôle central depuis mars 2020. Lors d'un entretien réalisé avec la représentante d'une organisation syndicale, cette dernière m'indiquait que la PUI avait réalisé de nombreuses procédures, protocoles. Elle était réactive aux demandes de formations, questions/interrogations et a permis une gestion des vaccinations ensuite de manière mutualisée et simplifiée. Selon elle, « la PUI est allée au-delà de ses missions premières et a presque endossé le rôle d'une Direction des Soins ».

De plus, durant les premières vagues COVID-19, les résidents d'EHPAD n'ont pas toujours eu accès aux hôpitaux, les hospitalisations étant alors limitées et parfois même prioritaires. Dans ce cadre, l'oxygénothérapie mise en place au sein des EHPAD, grâce à la PUI et à la présence de soignants et médecins sur place, s'est révélé être salvateur.

2 L'organisation actuelle de la médicalisation du GCSMS présente des limites, révélant des perspectives de structuration du modèle

Si le GCSMS a fait le choix de la médicalisation, son organisation actuelle n'est pas sans limite (2.1). De par la taille du GCSMS et le dimensionnement des équipes médicales et paramédicales, il est possible aujourd'hui de dégager des perspectives et axes de structuration et valorisation du modèle (2.2).

2.1 Les limites de la médicalisation telle qu'elle est organisée aujourd'hui au sein du GCSMS

2.1.1 Concernant la prise en charge des résidents

- A) Le renforcement de la médicalisation ne répond que partiellement à l'évolution des profils accueillis au sein des établissements

Le renforcement de la médicalisation a été réalisé pour répondre à une évolution des besoins des résidents de plus en plus dépendants.

Cependant, le type de médicalisation ne répond aujourd'hui que partiellement à l'arrivée de plus en plus importante de résidents venant de MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou du secteur de la psychiatrie. De plus en plus de résidents accueillis sont jeunes et venant de milieux défavorisés voire sans domicile fixe.

En effet, ces « nouveaux » profils de résidents sont de plus en plus nombreux. Ce phénomène a été renforcé par le contexte de crise sanitaire : les taux d'occupation étant en forte baisse suite aux premières vagues et au nombre important de décès, les établissements admettent davantage de nouveaux profils pour remplir les lits, sans que les moyens pour les accueillir soient réellement adaptés.

A titre d'exemple, l'un des EHPAD du GCSMS a accueilli un résident d'une soixantaine d'années polyhandicapé jusque-là hébergé en MAS. Ce dernier bénéficiait de séances de kinésithérapie quotidiennes et des éducateurs spécialisés étaient présents chaque jour uniquement pour lui. Son arrivée en EHPAD a suscité des difficultés majeures : non

seulement le taux d'encadrement soignant est inférieur en EHPAD aux établissements du handicap, mais le personnel présent quotidiennement au sein de l'établissement n'est pas parfaitement adapté à la prise en charge spécifique du handicap. A titre d'exemple, l'établissement ne disposant pas de kinésithérapeute, il s'est avéré très complexe de trouver un professionnel libéral acceptant de se déplacer aussi souvent au sein de l'établissement. De plus, le personnel soignant n'est pas formé au handicap vieillissant. Lors de mon entretien avec une représentante d'une organisation syndicale du GCSMS, cette dernière déclarait que « le renforcement de la médicalisation doit aujourd'hui passer par le renforcement des effectifs, par de la formation relative à la prise en charge des nouveaux profils et par des équipements adaptés ».

- B) Une demande de médicalisation de plus en plus forte de la part des familles, témoignant d'une volonté d'un EHPAD guérisseur et non d'un lieu de fin de vie

A l'occasion de la mise en place de deux questionnaires de satisfaction, l'un à destination des familles et l'autre des résidents, j'ai pu constater que la médicalisation est très demandée par les familles. Si la majorité sont satisfaits de la prise en charge médicale, des échanges informels avec le président du CVS et les médecins m'ont permis de constater que la majorité des familles n'acceptent pas que leur proche puisse décéder en EHPAD. L'EHPAD est souvent vu comme un établissement qui doit être guérisseur, et non comme un lieu de fin de vie, son domicile. L'entrée en EHPAD se fait souvent car les familles ne peuvent plus s'occuper de leur proche. Le président du CVS, lors de notre entretien, m'indiquait que sa belle-mère avait intégré l'EHPAD après un passage à l'hôpital et face à l'impossibilité pour eux de s'occuper de ses problèmes de santé à la maison. Selon lui, un EHPAD est médicalisé et répond aux besoins car dispose « d'un lit qui se lève et se descend [...], une infirmière à disposition, un médecin présent très souvent et un personnel qui assume un certain nombre de fonctions que nous ne pourrions pas assumer : la toilette, son change, [...] lui donner des médicaments quand il faut lui donner, savoir quoi lui donner ».

Selon lui « l'hôpital est là pour soigner, pour guérir. Il est curatif. Alors que l'EHPAD, d'une certaine manière, est plutôt dans le préventif. » Est-ce qu'inéluctablement l'EHPAD doit tendre à être de plus en plus dans le curatif ? Cela dépend des cas. Si on prend l'exemple de Mme B. qui a un problème de hanches et a subi une intervention pour installation d'une prothèse, il n'y a que l'hôpital qui peut le faire. En revanche, tout le reste, la rééducation notamment, peut se faire dans le cadre de l'EHPAD. Si c'est pour traiter à long termes un

ulcère à l'estomac, l'infirmière de l'EHPAD peut le faire, sans que cela pose problème au résident. Lorsqu'un résident est diabétique, c'est une maladie qui peut se traiter chez soi, donc qui peut se traiter dans l'EHPAD aussi. L'hôpital doit être là pour soigner ce qui ne peut plus du tout être pris en charge dans l'EHPAD, les cas les plus graves disons. L'hôpital est là pour traiter les grosses pathologies, les opérations, pour faire des examens poussés qu'on ne peut pas faire à la maison ».

- C) Une médicalisation croissante qui a parfois pu se faire au détriment de l'EHPAD comme lieu de vie

La médicalisation des EHPAD du GCSMS représente un coût majeur pour les établissements dans la mesure où aucun crédit ARS n'a été fléché en ce sens, à l'exception de l'expérimentation sur les soins bucco-dentaires. De plus, le GCSMS ne disposant pas de CPOM, la question du financement de ces effectifs médicaux et soignants n'a pas encore pu être abordée avec les tutelles.

Par conséquent, ce coût pesant sur le budget global, cela a parfois pu avoir un impact sur les marges de manœuvre laissées aux Directeurs en termes de dépenses hôtelières, de dépense d'animation ou d'aménagement des locaux.

De plus, j'ai pu constater en observant l'organisation des services et les échanges en réunion d'équipes que les journées sont davantage rythmées par les soins que par les animations. Le binôme du directeur en termes de prise de décision et de projets stratégique est avant tout le médecin coordonnateur et le médecin traitant, plus que l'animation.

Si cette tendance répond à l'évolution des profils, elle interroge sur la nature même de l'EHPAD qui est une structure médico-sociale. Lors de notre entretien informel, la représentante de l'organisation syndicale me rappelait « on est un établissement médico-médical mais aussi social. Il ne faut pas oublier ce terme. Redonnons du sens à notre secteur. On a l'impression que tout le monde a oublié. Si j'avais voulu travailler en USLD, j'aurais été en USLD. Or j'ai choisi un établissement médico-social. Elle est là la vraie différence entre l'EHPAD et l'USLD ».

Cette observation interpelle aujourd'hui d'autant plus que l'expérience de la crise sanitaire a été l'occasion d'une double injonction majeure. Si le volet protection des résidents et prise en charge médicale en EHPAD a été au cœur des préoccupations, l'importance du maintien du lien social, la prévention des syndromes de glissement l'ont été tout autant. Selon la représentante syndicale, : « Il faut continuer à médicaliser encore plus l'EHPAD, mais sans

perdre le sens de notre secteur, du côté social du médico-social. Sinon on devient comme l'USLD, on devient donc du sanitaire et ça change aussi le financement. Il est hors de question que le résident continue à payer 3 000€ pour être en institution sanitaire. Ce n'est plus son lieu de vie ».

- D) Une médicalisation importante au détriment parfois du nombre de personnes physiques présentes au chevet du résident

L'enquête sur les effectifs réalisée au sein du GCSMS et l'analyse qui en a été faite avec le Directeur générale ont permis de mettre en lumière une politique RH historique. Au fur et à mesure des années, le choix a été fait de privilégier le recrutement d'AS plutôt que d'ASH au sein de certains établissements. L'analyse de la répartition des tâches hôtelières entre AS et ASH a révélé une conséquence majeure de cette orientation : les AS réalisent beaucoup de tâches hôtelières relevant normalement des ASH. Par conséquent, lorsqu'on additionne les ratios AS et ASH, le ratio GCSMS est finalement inférieur à la moyenne nationale. Autrement dit, le choix de privilégier le recrutement d'AS a eu pour conséquence de réduire globalement le nombre de personnels au chevet du résident.

Or, paradoxalement, si les familles ont tendance à attendre plus de médicalisation pour être rassurées, le président du CVS m'indiquait : « je pense qu'il vaut mieux plus de personnels disponibles, qui lorsqu'ils entrent dans la chambre se disent « tiens, ça c'est tombé par terre, je le ramasse », que quelqu'un qui va dire « ah non Mme G, ou Mme B, qu'est ce qui ne va pas ? et pourquoi ça va pas ? » ».

De plus, à titre d'exemple, au sein de l'une des résidences du GCSMS, les aides-soignantes passent plus d'un tiers de leur temps de travail à réaliser des tâches hôtelières. Cela a ou aura sans nul doute un impact sur l'attractivité de leur métier au sein de ces établissements, sans oublier l'aspect financier de ces choix historiques.

2.1.2 Concernant le volet financier et le lien avec les tutelles

- A) Le coût élevé des personnels médicaux n'est actuellement pas pris en charge via des crédits ARS

La rémunération des personnels médicaux est prise en charge via le budget global alors même que le GCSMS a fait le choix de recruter des médecins traitants salariés des établissements. Aucun crédit ARS n'a jusqu'à alors été demandé pour financer ces personnels en valorisant le modèle.

En effet, à titre d'exemple, au sein d'un établissement du GCSMS, la rémunération de 2 médecins à mi-temps (1 ETP au total donc) représente un coût annuel de 151 977,45 € soit 6% des charges totales du groupe 2 pour le seul compte 'Rémunération du personnel médical'. Or, les charges de groupe 2 étant une enveloppe fermée, l'impact en termes de politique RH est important.

La conséquence première est un impact fort sur le groupe 2 du budget des établissements. On peut donc s'interroger sur le fait que ce choix ait pu se faire au détriment du nombre de personnels paramédicaux tels que les AS et ASH.

- B) Des incertitudes sur la pérennisation des expérimentations en cours

Force de propositions, le GCSMS s'engage régulièrement dans des expérimentations financées par les tutelles, telles que :

- L'organisation et la prise en charge financière des transports sanitaires de résidents par les établissements et non par les familles,
- Le recrutement d'un dentiste partagé au sein de l'ensemble des 13 sites pour la prise en charge buccodentaire des résidents du GCSMS.

Ces expérimentations sont financées via des crédits non reconductibles (CNR) évaluées et renouvelées chaque année. A titre d'exemple, l'expérience des soins bucco-dentaires dure depuis 2016, sans jamais avoir la certitude de son renouvellement l'année suivante. Cela ne facilite pas toujours l'élaboration de projets et perspectives à moyen-long termes, ni l'attractivité du métier pour le dentiste recruté avec un contrat par nature précaire.

C) Un objectif de maîtrise des dépenses d'auxiliaires médicaux en demie teinte

Plutôt que de recourir à des professionnels libéraux, le GCSMS a fait le choix de recruter des auxiliaires médicaux : ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues.

Ce choix de recruter plutôt que de rémunérer des libéraux à l'acte a plusieurs avantages ; Il facilite le management de ces équipes, le sentiment d'intégration au sein de l'établissement. Il permet également de limiter les coûts, tout en suivant de manière plus simplifiée l'activité et l'accompagnement des résidents mis en œuvre.

Cependant, ce modèle a pour inconvénient de ne pas pouvoir adapter les dépenses d'auxiliaires médicaux au regard des besoins et du taux d'occupation des EHPAD. Ils intègrent en effet le groupe 2 en tant que charge permanente.

Le profil des résidents étant de plus en plus dépendant, ce type de prise en charge par les auxiliaires médicaux devient un besoin quotidien pour les établissements.

A titre d'exemple, un établissement du GCSMS ne dispose pas de kinésithérapeute ou de podologue au sein de ses équipes. Il a recours à des intervenants extérieurs sur prescription médicale.

La première difficulté en tant que directeur, même aidé de l'équipe médicale et du cadre de santé, est de trouver les professionnels libéraux qui acceptent de se déplacer aussi souvent que nécessaire, à un tarif raisonnable. Le directeur d'un EHPAD du GCSMS m'indiquait par exemple que : « : le podologue intervient soit sur prescription soit en dehors de toute prescription. Si cela est en dehors d'une prescription, le tarif est libre, mais le podologue ne viendra pas si on le paye au tarif de la sécurité sociale (18,75€). Donc comment je fais pour faire venir un podologue ? Et de l'autre côté du spectre, j'ai les familles qui sont très en demande. Donc je suis pris entre les familles qui veulent un podologue ou, lorsqu'elles veulent un kiné ce n'est pas 2 séances par semaines mais plutôt 5 séances par semaine, et puis j'ai ce que le kiné est prêt à m'offrir et ce que je suis capable de payer, car tout est inclus dans la dotation globale. »

Il y a donc une exigence des familles, une exigence réglementaire, tout pousse à faire venir des intervenants médicaux, des auxiliaires médicaux mais il est difficile aujourd'hui de maîtriser la dépense ou même d'imposer quoi que ce soit à ces personnels extérieurs. Le directeur témoignait : « Vous pouvez faire toutes les conventions que vous voulez, si vous ne payez pas votre podologue en région parisienne à hauteur de 30€ l'acte, il ne viendra pas ».

Outre la difficulté à trouver des professionnels acceptant de se déplacer en établissement, leur positionnement au sein des équipes internes n'est pas simple. Le directeur délégué du site m'indiquait par exemple lors de notre entretien « qu'il est difficile de les faire intervenir

sur le logiciel métier ». Ce que m'ont rapporté les médecins, c'est également la difficulté à créer des relations, des retours et transmissions circonstanciées sur la prise en charge des résidents. En tant que directeur, il est aussi souvent complexe de suivre précisément ces prestations. Le directeur témoignait que « par exemple, pour le podologue, ça se fait sur un bout de papier : un soignant ou une infirmière, donne le nom d'un résident et le podologue intervient. Tout ce que je vois c'est la facture à la fin ». Disposer d'agents en interne permettrait donc de simplifier le suivi, d'essayer d'imposer un certain nombre de règles.

2.1.3 Concernant le volet managérial

A) Des coopérations médicales et soignantes inter-établissements peu développées

Si les équipes médicales et paramédicales sont étoffées à l'échelle du GCSMS, peu de coopérations existent aujourd'hui entre les établissements.

A travers les échanges relevés en réunion que j'ai pu répertorier au sein d'un journal de bord, notamment lors de réunions de travail sur le CPOM, j'ai pu constater que des coopérations, échanges de pratiques entre médecins coordonnateurs existaient souvent mais de manière informelle et entre sites d'un même établissement, souvent géographiquement proches.

Cependant, il n'existe pas à ce jour, de service qualité au sein du GCSMS, ni de direction des soins ou cadre supérieur de santé, qui permettrait de partager les pratiques, les retours d'expérience, de proposer des modèles de procédures, des protocoles de prise en charge. Aucun circuit d'admission n'est formalisé au sein du GCSMS. A titre d'exemple, un établissement qui refuserait un dossier de demande d'admission car ne dispose pas d'unité sécurisée, ne propose pas le transfert du dossier vers un établissement du groupement qui sera à même de l'accueillir dans des conditions adaptées à sa prise en charge.

De même, l'absence de coopérations inter-établissements est manifeste dans la mesure où certains établissements souhaitant modifier leurs organisations soignantes (mise en place des 12h par exemple) n'ont pas toujours le réflexe de solliciter d'autres établissements du groupement qui ont déjà mis en œuvre des projets identiques ou similaires pour connaître les avantages, les points de vigilances et les modalités de fonctionnement.

De plus, le GCSMS dispose aujourd'hui de deux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), l'une desservant un établissement (4 sites), l'autre desservant l'ensemble des autres résidences (9 sites). Si un projet de fusion est en cours d'élaboration, le fonctionnement actuel de ces deux PUI est indépendant. Les équipes travaillent différemment, les procédures et protocoles ne sont pas partagés. Les trois pharmaciens ne se remplacent pas en cas d'absence. Ce fonctionnement en silo a été d'autant plus visible pendant la gestion de la crise, dans la mesure où chacune des pharmacies avait sa propre organisation, réalisait ses propres commandes de matériels, sans concertation. Ce fonctionnement a pour conséquence non seulement de rendre difficilement lisible le fonctionnement de ces services, mais aussi de réduire les avantages attachés à la mutualisation, que ce soit en termes de partage de pratiques que de réduction des dépenses.

B) Des coopérations extérieures peu formalisées sur le territoire

Si le GCSMS est doté de médecins gériatres, j'ai pu constater à l'occasion de la réalisation d'un bilan sur les coopérations en lien avec la préparation du CPOM, que peu de coopérations étaient formalisées. A titre d'exemple, au sein de l'un des EHPAD du GCSMS aucune convention n'existe entre l'établissement et un service d'urgence, un service HAD, UCC ou plus généralement avec un ou plusieurs établissements hospitaliers.

De même, les liens avec la filière gériatrique sont aujourd'hui peu développés. Il ressort notamment des entretiens menés avec l'infirmière et le directeur d'un établissement du GCSMS que la filière gériatrique n'est intervenue qu'une seule fois pendant la gestion de la crise COVID, en envoyant au sein de l'établissement une infirmière hygiéniste pour former les personnels soignants aux gestes barrières et protocoles de prise en charge COVID.

Au sein du GCSMS, le suivi et la formalisation des coopérations sur le territoire ne sont pas simples car les établissements adhérents sont répartis sur tout le département et ne dépendent pas tous de la même filière gériatrique et n'ont pas tous le même Centre Hospitalier de référence. Le GCSMS n'est donc pas considéré comme une entité à part entière qui aurait en tant que tel son rattachement à une seule filière gériatrique ou un seul CH de référence, complexifiant ainsi la stratégie de groupe. Il en ressort qu'à ce jour, chaque établissement organise ses coopérations territoriales comme il le souhaite, laissant donc place à de grandes disparités entre établissements.

A titre d'exemple, à l'occasion d'échanges informels retracés dans mon journal de bord, un médecin coordonnateur m'indiquait que les coopérations n'étaient pas formalisées mais que des liens existaient, des échanges réguliers avaient lieu avec les établissements de

santé du secteur notamment. Si l'absence de convention ne semblait pas être un problème selon elle, j'ai pu de mon côté identifier les limites de cette organisation : un rapport de force pas toujours équilibré entre établissements (gros Centres Hospitaliers Universitaires face à un EHPAD de 70 lits), des dysfonctionnements peu suivis, pas de dialogue avec les partenaires permettant de faire évoluer les protocoles de prise en charge ou de coopération, pour par exemple limiter le transfert de résidents au sein de services d'urgences.

De même, alors même que les établissements accueillent de plus en plus de résidents au profil psychiatrique, aucune convention n'existe avec des établissements psychiatriques du territoire. Dans le même sens, alors que les résidents accueillis nécessitent de plus en plus de séances de kinésithérapie, aucune convention n'est formalisée, rendant d'autant plus complexe la recherche de professionnels acceptant de se déplacer.

A titre d'exemple, un état des lieux des partenariats et modalités de fonctionnement a été réalisé pour un établissement du GCSMS et est présenté dans le tableau ci-après ::

	Etablissement(s) partenaire(s)	Existence d'une convention	Fonctionnement	Points positifs/négatifs
Service d'urgence	Hôpital X	NON	Appel du médecin régulateur des urgences pour prévenir de l'arrivée d'un résident et échanger sur la situation	Il y a eu quelques difficultés de fonctionnement, aujourd'hui résolues
HAD :	Hôpital Y Hôpital Z	NON NON → un contrat est fait pour chaque mise en place d'HAD, au fil de l'eau	Organisée par l'hôpital en sortie d'hospitalisation	Organisation et coordination fluide. Bonne communication entre l'hôpital, la HAD et l'EHPAD
UCC	Pas de partenaire	NON	Jamais utilisé car nous refusons la plupart des résidents qui en relèveraient, car pas d'unité protégée au sein de l'établissement	
Etablissement de santé	Hôpital X Hôpital Y Hôpital W	NON NON NON. Une convention avait été initiée en 2017 mais n'a jamais été signée	Passage par les urgences qui adressent selon les places disponibles en UGA ou en SSR. Admissions directes en gériatrie organisée avec hôpital W	Fonctionnement fluide même si non formalisé. Point négatif : Hôpital W permet des admissions directes. En revanche, pour les hôpitaux X et Y il y a forcément un passage aux urgences préalable. De plus, l'UGA et le SSR de sont souvent pleins. Ils nous adressent peu de résidents également.
Réseaux de soins palliatifs	Hopital Y	NON	Pas d'équipe mobile de SP. Recours rare aux SP et au cas par cas.	Coordination fluide. L'EHPAD est aussi habilité pour réaliser des SP en interne. Fonctionnement informel bon.

2.2 Perspectives : vers une médicalisation plus structurée et contractualisée ?

2.2.1 Vers une pérennisation du modèle et une structuration du pilotage médical au niveau du GCSMS

A) Vers la création d'un comité de pilotage médical et soignant au niveau du GCSMS

La taille du GCSMS et le dimensionnement des équipes médicales et soignantes à l'échelle des 5 établissements et 13 sites, pose aujourd'hui la question de la structuration du pilotage médical et soignant.

En effet, si le GCSMS dispose d'une direction commune, il n'existe pas aujourd'hui d'équipe médicale ou soignante, sinon commune, au moins coordonnée. La gestion de la crise sanitaire a été pour la première fois l'occasion de réunir l'ensemble du corps médical, cadres de santé et directeurs, à travers la mise en place d'une cellule de crise mutualisée au niveau du GCSMS. Ces cellules de crise, auxquelles j'ai pu assister pendant toute la durée du stage, ont été l'occasion de partager des expériences et points de vue sur la gestion de la crise. Pour la première fois, des décisions collégiales ont été prises concernant l'organisation médicale, soignante, l'accueil des familles etc. Cette opportunité donnée par la gestion de la pandémie doit pouvoir être poursuivie pour tendre à moyen-long termes vers une structuration de la médicalisation du GCSMS.

Au niveau médical, aucune gouvernance à l'échelle du GCSMS n'est mise en place, comme cela pourrait être le cas par exemple dans le secteur sanitaire : la notion de chef de service ou d'équivalent d'un président de CME n'existe pas pour un GCSMS. La création d'un titre similaire à président de CME (Commission Médicale d'Etablissement) pourrait être mis en place et aurait l'avantage de porter plus facilement la voix des médecins auprès de la direction, de créer un dialogue plus direct entre la direction et la communauté médicale du GCSMS. Structurer les équipes médicales à l'échelle du GCSMS ne signifie pas mobilité obligatoire, mais avant tout partage de pratiques, facilitation des échanges entre confrères. Il constituerait néanmoins un contrepouvoir médical important. A l'heure où le métier de médecin d'EHPAD est peu attractif, sortir de l'isolement ces gériatres en leur permettant de se coordonner avec leurs collègues, en leur permettant d'engager des projets de coopération avec des spécialistes extérieurs à travers le GCSMS, pourrait améliorer l'attractivité de ce métier.

Cependant, la création d'un tel poste pose la question de la légitimité du professionnel concerné. Alors qu'un président de CME est élu dans le secteur sanitaire, comment désigner le médecin du GCSMS qui représenterait ses collègues ?

Au niveau de l'encadrement soignant, il n'existe pas de direction des soins, ni même d'encadrement supérieur qui pourrait coordonner les cadres de santé des 13 sites du GCSMS. Cela conduit certains cadres à se sentir isolés, parfois bloqués avec leurs difficultés, sans que le directeur délégué de site soit toujours en mesure de répondre techniquement à leurs besoins. A titre d'exemple, un projet de mise en place des 12heures était en cours de travail au sein de l'un des EHPAD du groupement. La cadre de santé du site concerné rencontrait des difficultés dans l'élaboration des maquettes organisationnelles. Il n'a alors pas été un réflexe pour elle de contacter sa collègue cadre de santé d'un autre EHPAD du GCSMS ayant déjà mis en place ce type d'organisation pour recueillir d'éventuels retours d'expériences. Le réflexe a alors été de solliciter le directeur du site, sans que celui-ci ne dispose réellement des compétences techniques de réalisation de maquettes organisationnelles.

A court termes, des réunions et formations réunissant l'ensemble de l'encadrement soignant du GCSMS pourraient être mises en place. Elles permettraient de provoquer des moments d'échanges d'expériences et permettraient à ces professionnels de communiquer librement sur leurs difficultés.

A moyen-long termes, le recrutement d'un cadre supérieur de santé permettrait d'apporter une expertise soignante, de coordonner les pratiques des cadres de santé du GCSMS sans nécessairement faire perdre au directeur de site sa position managériale de proximité.

B) Vers une contractualisation de cette médicalisation avec les tutelles dans le cadre du CPOM

Dans le cadre de la préparation à la négociation du CPOM du GCSMS, il me semblerait intéressant de valoriser le modèle de la médicalisation du groupement auprès des tutelles. En présentant les apports, les gains financiers, l'amélioration de la prise en charge, la réponse à un besoin du territoire.

Ainsi, l'expérimentation de la prise en charge bucco-dentaire via le financement de 0,5 ETP de dentiste pour l'ensemble des établissements du groupement pourrait être pérennisée et financée dans le cadre du CPOM en démontrant par exemple qu'il permet de réduire la dénutrition, favorise le maintien de l'autonomie (hygiène dentaire) et permet de prévenir l'aggravation de problèmes dentaires.

De plus, aujourd'hui les médecins traitants salariés des établissements représentent un coût important pour les établissements. En présentant l'ensemble des apports que cela représente pour les résidents et l'établissement, il me semble opportun de négocier des crédits spécifiques pour financer ces personnels.

Parallèlement, il serait intéressant de valoriser auprès des tutelles dans le cadre de la négociation du CPOM, le projet de fusion des deux PUI au sein d'un nouveau bâtiment et négocier des crédits spécifiques. En effet, ce projet constitue un coût important mais permettra de poursuivre la rationalisation et la mutualisation des moyens au sein du GCSMS. La fusion permettra de mutualiser les commandes de médicaments et dispositifs médicaux pour en réduire les coûts, d'uniformiser les protocoles de prise en charge et de mutualiser les moyens humains (pharmaciens et préparateurs en pharmacie), évitant ainsi le recours à des vacataires et pharmaciens extérieurs pour assurer les astreintes et la présence en journée durant les congés des personnels.

- C) L'attractivité des métiers et la pyramide des âges : un point de vigilance important pour maintenir le niveau de médicalisation

Si le niveau de médicalisation est important aujourd'hui et peut constituer un modèle à valoriser, un point de vigilance doit cependant être évoqué. En effet, pour que le modèle tel qu'il est constitué aujourd'hui soit pérenne, un travail doit être mené sur l'attractivité de certains métiers tels que celui des infirmiers et médecins.

En effet, certains établissements du GCSMS font face à des départs de personnels soignants, soit en retraite, soit vers d'autres types de structures.

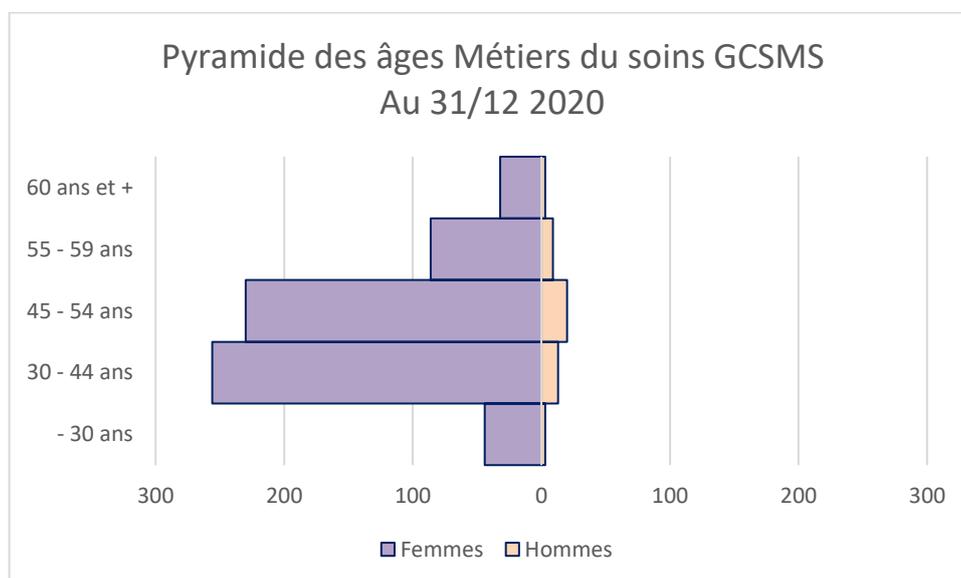


Figure 2 : Pyramide des âges des métiers du soins au sein du GCSMS au 31/12/2020

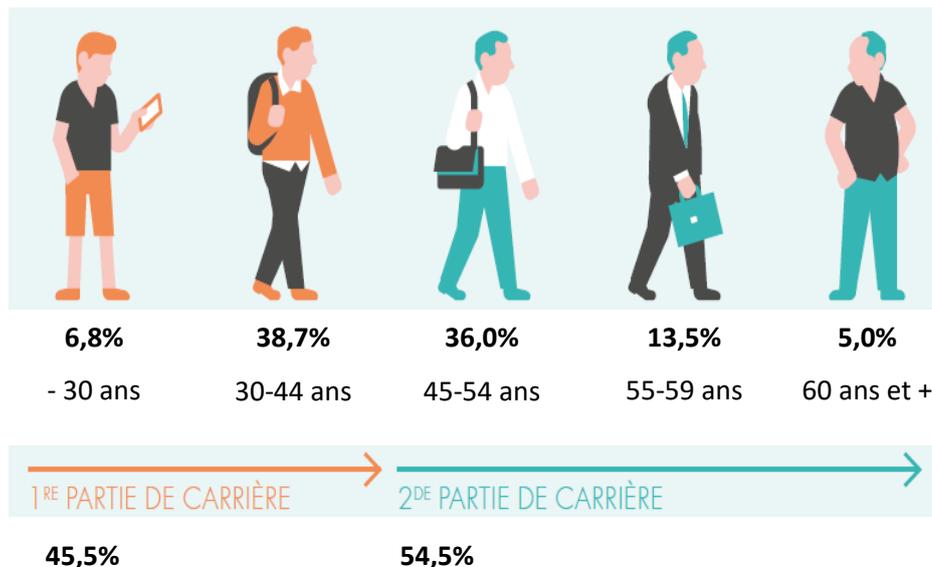


Figure 3 : Répartition des professionnels du soins du GCSMS selon leur âge, au 31/12/2020

Réaliser un travail commun, à l'échelle du groupement, sur l'anticipation de la pyramide des âges, sur les possibilités de promotions professionnelles au sein des différents établissements du GCSMS, pourrait permettre d'anticiper les départs à venir et garantir la pérennité du modèle de médicalisation.

De même, structurer une gouvernance médico-soignante, permettrait d'améliorer les conditions de travail, de construire des projets de prise en charge partagés et d'optimiser les ressources présentes sur les 13 sites du GCSMS, rendant ainsi plus attractifs certains métiers en offrant des perspectives professionnelles à moyen et long terme.

Plus concrètement, cela pourrait passer par des recrutements anticipés de médecins pour faire face à des départs prochains en retraite. Cela pourrait également passer par l'envoi en formation IDE d'aides-soignantes pour anticiper la vacance de postes d'IDE au sein du groupement, tout en renforçant l'attractivité de ces métiers à travers la promotion professionnelle.

2.2.2 Vers un renforcement des coopérations territoriales pour répondre aux besoins des nouveaux profils

Si des coopérations déjà existantes mais plutôt informelles doivent être formalisées, un travail sur les coopérations territoriales pour répondre aux besoins des nouveaux profils de résidents (handicap, psychiatrie) pourrait permettre de participer à la structuration de la médicalisation du GCSMS.

La représentante d'une organisation syndicale du GCSMS interrogée considère que « les coopérations avec l'extérieur doivent plutôt porter sur des soins, des prises en charge particulières, comme des dermatologues par exemple. On n'est pas un hôpital, on est le secteur médico-social, on ne peut pas avoir toutes les professions. Toutes les professions inhérentes aux besoins journaliers du résident doivent être présentes ». Ce travail pourrait être mené par le comité médical, en lien avec la direction des soins ou l'encadrement supérieur mis en place.

Plus précisément, il s'agirait d'avantage d'individualiser les prises en charge et répondre ainsi à l'objectif initial énoncé par JJ.Tregoaat en 2006, à savoir « assurer un accompagnement global et coordonné, et dans le même temps garantir une réponse de plus en plus individualisée pour s'adapter à la diversité des problématiques rencontrées » (LAROSE E., 2006). Ainsi, en accueillant un résident polyhandicapé, cela impliquerait de réfléchir collectivement en amont au recours à un kinésithérapeute de manière plus importante. De même, en accroissant l'accueil de résidents présentant un trouble cognitif, il va s'avérer nécessaire de mener une réflexion sur l'accueil ou la formalisation d'un partenariat avec un psychiatre.

L'ensemble de ces éléments pourrait ainsi faire partie d'un projet de soins, en lien avec un comité médical et une direction des soins.

La question à trancher entre formalisation de partenariat extérieur et recrutement de professionnels spécifiques relèvent de l'ampleur du besoin. Soit le besoin est spécifique et ponctuel, et le recours à un professionnel spécialiste extérieur semble pertinent, et le conventionnement est alors un moyen facilitant le recours à ces ressources. Soit le besoin devient quotidien et pérenne, et concerne plusieurs résidents, et la question du recrutement d'un personnel dédié devra être étudiée pour améliorer la prise en charge et réduire les coûts générés.

2.2.3 La nécessité de renforcer parallèlement la dimension lieu de vie des EHPAD

- A) Des projets de rénovations qui devront intégrer les dimensions lieux de vie et ouverture sur la ville

Le GCSMS a plusieurs projets de rénovation-extensions d'établissements adhérents. Face aux enjeux d'accueil de nouveaux profils (psychiatrie, handicap) et à l'expérience de la crise sanitaire, ces projets devront prendre en compte les enjeux du territoire, le renforcement de l'EHPAD comme lieu de vie et l'ouverture sur la ville. Il s'agit d'ailleurs d'un axe majeur du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) 2021.

En effet, le PAI 2021 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), suite au Ségur de la Santé, doit accélérer la modernisation du secteur. Une enveloppe de 2,1 milliards d'euros sur la période 2021-2025 est dédiée à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux. A l'intérieure de cette enveloppe, 1,5 milliard d'euros sont fléchés pour des opérations immobilières et 600 millions d'euros pour le développement de projets numériques. En 2021, 450 millions d'euros seront consacrés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Plus précisément encore, 300 millions d'euros seront consacrés à l'investissement immobilier de ces établissements pour personnes âgées pour favoriser la rénovation, la reconstruction et l'extension. 125 millions seront dédiés à l'investissement du quotidien en EHPAD (travaux courants, matériel médical, équipements de rééducation et prévention des chutes etc.). Dans ce cadre, l'instruction du 23 avril 2021 relative à la mise en œuvre du PAI des établissements et services pour personnes âgées en 2021 vient préciser les modalités de répartition et les conditions d'emploi de la première tranche de 450 millions d'euros. Parmi les critères de sélection des dossiers, la dimension renforcement de l'EHPAD comme lieu de vie, lieu social ouvert sur la ville constitue une priorité. Plus précisément encore l'instruction prévoit « il vous est également recommandé d'encourager les opérations de transformation de l'offre existante permettant de reconfigurer des établissements dans une approche domiciliaire via une plus forte horizontalité des projets, (...) via la configuration en unités de vie de taille humaine ».

Les projets de rénovation et extensions du GCSMS devront donc s'inscrire dans cette trajectoire, qui fait également écho au dernier rapport de Matières Grises de mai 2021, intitulé « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, propositions pour un changement radical de modèle ». Il recommande de passer « du bienvenue chez nous au bienvenue chez vous », en créant notamment des lieux de vie ouverts sur leur environnement, ancrés dans leur territoire.

Concrètement, au sein du GCSMS, ces projets pourront donc faire l'objet de groupes de travail pour recueillir les idées et propositions des agents, des résidents, des familles. Ils pourront de surcroît faire l'objet de discussion avec les présidents de CA pour intégrer l'EHPAD dans les projets de la ville d'implantation et créer ainsi des lieux ouverts architecturalement et socialement aux habitants du territoire.

Un point de vigilance est cependant à prendre en compte : l'implication du pouvoir politique n'est pas la même selon les établissements du GCSMS. Si certains présidents de CA sont très impliqués et force de proposition pour développer des projets d'ouverture de l'EHPAD sur la ville en lien avec les projets de la Mairie, tout en participant au financement de ces projets, ce n'est pas le cas de tous. En effet, certains maires, moins sensibles aux enjeux de l'EHPAD qui ne constituent pour eux qu'un faible volume d'électeurs potentiels, seront moins facilitant ou du moins ne participeront sans doute pas financièrement à la mise en œuvre des projets de rénovation et de création de tiers-lieux ouverts sur la ville.

Si l'EHPAD doit continuer sa médicalisation, cela n'est pas forcément contraire à une rénovation architecturale qui favorise également le lieu de vie. En effet, l'un des enseignements de la crise COVID est l'intérêt d'opter pour des unités de vie qui favorise la prise en charge et limite les contaminations en cas de présence d'un virus au sein de l'établissement (COVID ou autres virus tels que la gastro-entérite ou la grippe par exemple). Ces unités de vie pourront également favoriser la dimension lieu de vie de ces établissements en créant des secteurs autonomes, plus conviviaux et familiaux, avec par exemple des salles de détente, d'animation, par unité, pour mettre un terme au tout collectif et favoriser l'intimité des résidents.

B) Un travail à effectuer sur l'accueil et l'adaptation des nouveaux arrivants

Il ressort des questionnaires de satisfaction que peu de familles et résidents se souviennent avoir eu un accueil particulier, avec un parcours. A travers plusieurs entretiens informels avec des familles, il ressort que l'entrée en institution est un chamboulement pour le résident et plusieurs mois d'adaptation sont souvent nécessaires.

Si une visite de préadmission a systématiquement lieu, la création d'un parcours d'accueil pourrait faciliter l'intégration.

De plus, le nombre de lits vides au sein des établissements a augmenté depuis plusieurs mois en raison de la crise sanitaire, conduisant les établissements à accepter de nouveaux

résidents plus facilement. Alors que certains profils auraient auparavant été refusés en raison de l'incapacité à les prendre en charge correctement (pas d'unité sécurisée, pas de kinésithérapeute, pas de PASA...), les taux d'occupation actuels conduisent les établissements à les accueillir pour éviter une perte de recette trop significatives alors même que les charges, notamment en personnels, restent identiques.

Parallèlement, il ressort d'échanges en instances, que les familles des résidents de Foyers Autonomie ont parfois tendance à regretter l'absence de présence médicale au sein de ces structures. Il pourrait donc être intéressant de développer et formaliser un partenariat avec les foyers autonomie du territoire, afin de créer des filières d'admission en EHPAD depuis ces foyers lorsque les personnes ne sont plus en capacité d'être autonomes. L'objectif d'un tel partenariat pourrait également être celui d'animations commune, rencontres entre résidents d'EHPAD et résidents de foyers autonomie, pour créer du lien social, favoriser le maintien de l'autonomie des résidents d'EHPAD et dédramatiser l'EHPAD pour les résidents des Foyers Autonomie qui seraient amenés par la suite à se diriger vers l'EHPAD. Ce type d'échanges et partages entre résidents existe aujourd'hui entre l'Accueil de Jour et les résidents de l'hébergement permanent, avec ces mêmes objectifs. Il me semblerait donc intéressant de développer des partenariats similaires avec les foyers autonomie du territoire.

Conclusion

A travers ce travail, j'ai cherché à savoir dans quelle mesure le niveau et l'organisation de la médicalisation du GCSMS répondent aux besoins des résidents et aux enjeux actuels et futurs des EHPAD.

Après la réalisation d'entretiens formels, informels, l'analyse de données chiffrées, la revue de la littérature, la lecture de rapports, la participation à de multiples réunions durant le stage, j'ai pu analyser le niveau de médicalisation important du GCSMS, son organisation, pour en faire ressortir ses forces et axes d'amélioration.

Avec un taux d'encadrement soignant supérieur à la moyenne nationale, la présence de deux Pharmacies à Usage Intérieur, le recrutement partagé d'un dentiste pour les soins bucco-dentaire, la présence d'IDE 24h/24 sur l'ensemble de ses sites, une astreinte médicale opérationnelle 24h/24, le GCSMS a résolument fait le choix de la médicalisation. Ce choix a permis de répondre à l'évolution des besoins des résidents, de plus en plus dépendants et nécessitant des soins de plus en plus importants. Ce choix historique a également pris tout son sens dans le cadre de la gestion de la pandémie COVID-19. En effet, la médicalisation a permis une détection et un suivi des cas COVID plus rapproché, de sécuriser les prises en charge, de partager et formaliser des protocoles, de donner accès à de l'oxygénothérapie, dans une période où l'accès à l'hôpital n'était pas toujours possible. Cependant, son organisation actuelle présente des limites.

D'une part, elle ne permet de répondre que partiellement aux besoins des nouveaux profils de résidents de plus en plus nombreux, à savoir des personnes en situation de handicap, des personnes relevant jusqu'ici de la psychiatrie et issues de milieux sociaux défavorisés. Sur le plan managérial, le GCSMS a mis en place une direction commune depuis maintenant de nombreuses années. Si au niveau administratif, l'organisation s'est structurée, ce sentiment d'appartenance à un groupe est beaucoup moins palpable au niveau médical et soignant. En effet, il existe aujourd'hui peu de coopération inter-établissement entre personnels médicaux et soignants, pas de gouvernance permettant à ces équipes d'échanger et de peser dans les décisions prises à l'échelle du groupement. L'absence de direction des soins ou d'encadrement supérieur de santé en est un symptôme. De plus, l'absence de structuration de la filière médicale et soignante du GCSMS a pu empêcher la mise en place et la formalisation de partenariats avec des établissements hospitaliers et des professionnels libéraux du territoire.

De surcroît, l'absence de CPOM à l'échelle du GCSMS a pu jusqu'ici empêcher de réfléchir à une stratégie de groupe dans le cadre de la négociation avec les tutelles. Le résultat aujourd'hui en est par exemple un coût très élevé de la rémunération des personnels

médicaux, et plus particulièrement des médecins traitants salariés, et une absence de visibilité à moyen-long termes sur la pérennisation d'expérimentations financées depuis plusieurs années par des crédits non reconductibles ARS, telles que celle relative au recrutement d'un dentiste partagé entre les 5 établissements du GCSMS.

Cependant, la gestion de la pandémie a pour la première fois révélé une opportunité, celle de la coopération, de la coordination médico-soignante à l'échelle du GCSMS. En effet, la mise en place de cellules de crise à l'échelle du groupement a pour la première fois été l'occasion de réunir directeurs, médecins et cadres de santé des établissements membres. Elles ont été l'occasion de partager des expériences, de discuter de directives communes pour la gestion de la crise.

L'expérience de la crise sanitaire, conjuguée à l'arrivée d'un nouveau directeur général, se révèle aujourd'hui être l'opportunité de structurer encore davantage l'organisation de la médicalisation, notamment à l'aune de la négociation d'un CPOM partagé. Cette structuration pourrait passer par la création d'un comité médical et soignant à l'échelle du GCSMS, permettant ainsi de renforcer la dimension de groupe et par conséquent son poids dans le cadre de discussions pour formaliser de nouvelles coopérations sur le territoire.

Ce modèle pourrait être valorisé et prendre part aux discussions avec les tutelles dans le cadre du CPOM, car s'inscrit dans les évolutions législatives antérieures et en cohérence avec le récent rapport Jeandel-Guerin de juin 2021 qui préconise le renforcement de la dimension médico-soignante des EHPAD. En effet, la mission recommande la possibilité de recourir à d'autres professionnels du soin pour répondre aux besoins des nouveaux profils de résidents. Elle prévoit que l'intervention de ces professionnels pourrait être facilitée par la mutualisation de leur exercice sur plusieurs EHPAD. L'objet du GCSMS prend alors tout son sens.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS OU REGLEMENTAIRES :

- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (J.O. 1^{er} juillet 1975).
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (J.O. 25 janvier 1997).
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (J.O. 21 juillet 2001).
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale (J.O. 3 janvier 2002).
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. 5 mars 2002).
- Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées ou handicapées (J.O. 1^{er} juillet 2004).
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 relative à la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (J.O. 6 septembre 2003).
- Décret n°2007-793 du 9 mai 2007 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements mentionnés au I bis de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles (J.O. 11 mai 2007).

RAPPORTS OFFICIELS

- Barret, L., Fillion, S., & Viossat, L. C. (2018, août). *Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie* (N° 2017-161R). Inspection Générale des Affaires Sociales. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R_Tome_1_.pdf
- Broussy, L., Guedj, J., & Kuhn-Lafont, A. (2021, mai). *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, propositions pour un changement radical de modèle* (N° 4). Le Think Tank Matières Grises. https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpas-du-futur-commence-aujourd'hui/
- Jeandel, C., & Guerin, O. (2021, juin). *25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*. Ministère des solidarités et de la santé. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/280874.pdf>
- Miron de l'Espinay, A., Roy, D. (2020, décembre). *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 109 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030* (N°1172). Etudes & Résultats, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
- Muller, M. (2017, septembre). *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015*. Les dossiers de la DRESS. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf
- Reynaud, F., PSL University, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, & Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2020, décembre). *Le taux d'encadrement dans les Ehpas. Ses déterminants et ses alternatives*. Les dossiers de la DRESS. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>
- Volant, S. (2014, février). *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011* (N°877). Etudes & Résultats, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

OUVRAGES

- Brami, G. (2006). *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Les Etudes Hospitalières édition
- Charazac, P. M., Gély-Nargeot, M. C., Raffard, S., & Verdon, B. (2020). *Psychogériatrie*. Dunod.
- JAEGER, M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. Editions La Gazette Santé Social
- Miramon, J-M., Peyronnet, G. (2009). *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*. Editions Seli Arslan.
- Strauss, A. L., & Baszanger, I. (1992). *La trame de la négociation - sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan.

MEMOIRES

- Boitier, A. (2019). *Lieu de vie, lieu de soin(s) : La difficile identité médico-sociale d'un EHPAD « hospitalier »* (Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)
- Colletto, A. (2018). *La coopération, un levier stratégique au service du territoire : L'exemple des résidences Gandrille et du moulin de l'Arche* (Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)
- DEUTSCHE, T. (2009). *La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : une première phase difficile à achever dans le département du Var* (Mémoire d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales)
- Gris, A. (2018). *La prise en charge en EHPAD de la personne âgée issue de psychiatrie : l'exemple d'une structure rattachée à l'établissement public de santé mentale Guillaume Régnier* (Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)

ARTICLES

- Beziau, C. (2021, 5 juillet). La mission Jeandel-Guérin veut muscler « la dimension médico-soignante » des Ehpad. Gerontonews.
https://www.gerontonews.com/la-mission-jeandel-querin-veut-muscler-la-dimension-medico-soignante-des-ehpad-NS_CZ3QVMCX7.html
- Brami, G. (2013). *Les paradoxes de l'évolution des EHPAD*. CAIRN, n°91. pages 56 à 61
- LAROSE D., 2006, *Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSMS*, Travail Social et Actualités, Fascicule 1081, pp15-19
- Lespez, V. (2017, 30 juin). *A l'Office d'hygiène sociale de Lorraine, l'apport du secteur sanitaire pour les Ehpad (et inversement)*. Gerontonews.
[https://www.gerontonews.com/a-l-office-d-hygiene-sociale-de-lorraine-l-apport-du-secteur-sanitaire-pour-les-ehpad-\(et-inversement\)-NS_CZ9OSAXS5.html](https://www.gerontonews.com/a-l-office-d-hygiene-sociale-de-lorraine-l-apport-du-secteur-sanitaire-pour-les-ehpad-(et-inversement)-NS_CZ9OSAXS5.html)
- Lespez, V. (2021, 28 juin). *Le « laboratoire » de l'Ehpad « de demain » lancé le 12 juillet*. Gerontonews.
https://www.gerontonews.com/le-laboratoire-de-l-ehpad-de-demain-lance-le-12-juillet-NS_CZ1QVF49I.html
- Lespez, V. (2016, 21 juin). *La « sanitarisaton » nuit à l'image des Ehpad*. Gerontonews.
https://www.gerontonews.com/la-sanitarisation-nuit-a-l-image-des-ehpad-NS_CZ6O94NNZ.html
- Martinez, M. (2002, nov-dec). *La filière sanitaire et social. Le facteur idéologique dans une organisation en réseau*. Réflexions hospitalières n°489.
- Moret, A. (2020, 6 octobre). *Le secteur des EHPAD repense le modèle de demain à la lueur de la crise Covid-19*. HOSPIMEDIA.
<https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20201006-offre-medico-sociale-le-secteur-des-ehpad-repense>

SITES INTERNET :

- **CNSA** : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2017>
- **DREES** : https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/

Liste des annexes

Annexe 1 : Détails de la méthodologie

Annexe 2 : Grille d'entretien d'un directeur délégué d'un EHPAD du groupement

Annexe 3 : Grille d'entretien d'un président de CVS, représentant des familles d'un EHPAD du groupement

Annexe 4 : Grille d'entretien sur la gestion de la crise sanitaire – Directeur délégué d'un EHPAD et infirmière d'un EHPAD du GCSMS

Annexe 5 : Extrait du rapport de la DREES 2020

Annexe 6 : Extrait des résultats du questionnaire de satisfaction adressé aux familles d'un EHPAD du GCSMS

Annexe 7 : Méthodologie utilisée pour la réalisation de l'enquête sur les taux d'encadrement au sein du GCSMS

ANNEXE 1 : DETAILS DE LA METHODOLOGIE

Entretiens formels :

- Directeur délégué d'un EHPAD du GCSMS (le 11/06/2021)
- Président du CVS (le 14/06/2020)
- IDE sur la gestion de la crise sanitaire (le 25/02/2021)
- Directeur délégué d'un EHPAD du GCSMS sur la gestion de la crise (le 25/02/2020)

Entretiens informels :

- Représentante d'une organisation syndicale du GCSMS et anciennement agent administratif au sein d'un EHPAD du GCSMS (le 03/06/2021)
- Cadre de santé d'un EHPAD du GCSMS
- Médecin Coordonnateur d'un EHPAD du GCSMS (dans le cadre d'un travail sur les conventions de coopération)
- Directeur général du GCSMS (22/04/2021)

Observations / échanges informels (issus du journal de bord tenu pendant le stage):

- En CODIR (tous les lundis)
- En réunion d'équipes au sein d'un EHPAD du GCSMS (tous les lundis)
- En réunions de travail sur le CPOM
- En cellules de crise (tous les lundis)

Documents institutionnels

- Questionnaire de satisfaction à destination des familles
- Questionnaire de satisfaction à destination des résidents
- Cartographie des métiers
- Rapports d'activité des établissements
- Rapport d'activité médicale d'un EHPAD du GCSMS
- Rapport d'activité Bucco-dentaire du GCSMS

Données chiffrées :

- Enquête DREES
- Enquête ratios soignants réalisée en stage
- GMP/PMP des établissements
- Evolution taux d'hospitalisation

Annexe 2 : Grille d'entretien

Directeur délégué d'un EHPAD du groupement

- 1) Concernant l'histoire et la situation de l'établissement : Pouvez-vous me parler de l'histoire de votre établissement et présenter rapidement ses caractéristiques ? (Date de création, motifs, statut, situation géographique, environnement + inscription au sein du groupement)
- 2) Concernant le public accueilli : Pouvez-vous me donner des informations sur les pensionnaires accueillis au sein de l'établissement ? Le public a-t-il évolué ?
- 3) Concernant les conditions matérielles de leur accueil : Pouvez-vous me présenter votre établissement, me donner des informations sur les conditions architecturales et d'accueil matériel que votre établissement propose aux résidents ? (Superficie, équipement en sanitaires, lieu de prise des repas, lieux d'animation, de convivialité...)
- 4) Quel est le coût pour un résident ?
- 5) Au sein du territoire, existe-t-il beaucoup d'autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?
- 6) Concernant le taux d'encadrement : pouvez-vous préciser sur le nombre, la formation des personnels qui interviennent dans votre établissement ? Quel est votre avis sur l'encadrement soignant des résidents, qualitativement et quantitativement ?
- 7) Concernant la prise en charge des résidents : comment s'effectue la PEC de vos pensionnaires sur le plan médical et infirmier ?
- 8) Existe-t-il une convention avec un médecin, une pharmacie ?
- 9) Existe-t-il des partenariats avec la ville ? Si oui, pour quel(s) type(s) de prise en charge ?
- 10) Quelles solutions en dehors de la période de présence médicale ? Comment est gérée l'urgence médicale ?
- 11) Quels sont les avantages à la médicalisation ?
- 12) Quels sont les éléments préjudiciables de la médicalisation ?
- 13) Quelles conséquences sur les soignants ?
- 14) Qu'entendez-vous par médicalisation ? et par médicalisation des EHPAD ?
- 15) Quel impact de la crise COVID sur la médicalisation ? Quelles sont les perspectives selon vous ?

Annexe 3 : Grille d'entretien

Président de CVS, représentant des familles d'un EHPAD du groupement

- 1) Connaissez-vous le terme médicalisation ? Qu'en savez-vous ? Comment comprenez-vous le terme médicalisation de l'EHPAD ? Qu'est-ce que cela implique pour vous ? Pensez-vous que l'EHPAD tend à se médicaliser de plus en plus ?
- 2) Y-a-t-il une différence entre la gestion, l'organisation d'un hôpital et l'organisation d'un EHPAD ?
- 3) L'ensemble du groupement auquel appartient les Lilas est plus médicalisé que la moyenne nationale des établissements : médecins, IDE, auxiliaires...Pour vous, quelles sont les plus-values ? Quelles sont les limites ou les manques ?
- 4) Pensez-vous que la présence de médecins salariés et d'IDE est-une force pour l'établissement ? Quelles plus-values ? Quels manques ?
- 5) Pensez-vous que la médicalisation importante a été une force pour la gestion de la crise ? Quels retours aviez-vous des familles ?
- 6) Pensez-vous qu'il y ait assez d'aides-soignants ?
- 7) Pensez-vous qu'il y ait assez d'auxiliaires médicaux ?
- 8) Pensez-vous qu'il y ait assez de médecins (en temps mais aussi en termes de médecins spécialistes) ?
- 9) Est-ce que le fait qu'on médicalise au détriment du côté social/ lieu de vie ?
- 10) Trouvez-vous que l'EHPAD est prêt à accueillir des personnes handicapées vieillissantes et psychiatriques vieillissantes ?

Annexe 4 : Grille d'entretien sur la gestion de la crise sanitaire - Directeur délégué d'un EHPAD du GCSMS - Infirmière d'un EHPAD du GCSMS

- 1) Comment, dans l'urgence, une réorganisation du travail (planning et contenu du travail en particulier) a pu se mettre en place ? Est-ce qu'il a été question de faire participer les agents à certaines décisions ? Est-ce que certaines pratiques mobilisées dans ce contexte seraient intéressantes à conserver pour traiter des problèmes d'organisation du travail hors crise ?
- 2) Décrivez, en matière d'organisation du travail, les impacts pour les professionnels, des transformations opérées dans l'accompagnement des usagers pendant la crise ? Préciser quels sont les éléments de satisfaction et d'insatisfaction du point de vue des professionnels en matière de travail « bien fait ».
- 3) Comment les conditions d'hygiène et de sécurité ont évoluées avec la crise ? Quelle position/proposition/association du CHSCT ? Est-ce que certaines organisations, dispositifs, méthodologies, seraient intéressantes à conserver post-crise pour traiter mieux la question de la sécurité et de la santé au travail hors crise ?
- 4) Est-ce qu'un besoin d'échanges entre managers et agents a émergé ? Est-ce que des pratiques ont permis de mettre en œuvre des espaces de ce type et avec quelles finalités ? Sinon, pourquoi ? Si oui lesquelles seraient intéressantes à conserver post-crise ?
- 5) Quelles expériences ont générés plus de tensions entre professionnels et lesquelles témoignent de plus de solidarité (illustrer chacune) ? Etait-ce passager ? Est-ce que certaines organisations, dispositifs, méthodologies, seraient intéressantes à conserver post-crise pour travailler sur les liens de solidarité et les conflits ?
- 6) La crise a-t-elle modifiée les liens entre le professionnel et la hiérarchie ? La crise a-t-elle amené plus de soutien et de proximité entre la direction et les équipes ? A-t-elle modifié le lien de confiance avec la hiérarchie ? Est-ce que certaines organisations, dispositifs, méthodologies, seraient intéressantes à conserver post-crise pour renforcer la proximité des managers ?
- 7) Y-a-t-il eu un impact particulier de l'après crise pour le manager sur la gestion des projets et la vision des priorités ? Y-a-t-il un impact pour les agents quant à la vision du métier et la volonté de rester dans le métier ou de le quitter ? Est-ce que le Ségur de la Santé impacte cette volonté de rester/de quitter le métier ?
- 8) Quels impacts de la gestion de crise sur la qualité de l'accompagnement, pour les usagers ? Quelles bonnes pratiques retenir en matière d'accompagnement ? Quelles pratiques centrées sur la personne prise isolément ont émergés (vs animation collective par ex) ? Quelle mobilisation des représentants des usagers ? Quels éléments de vigilance conserver à l'esprit ? Est-ce que certaines organisations, dispositifs, méthodologies, seraient intéressantes à conserver post-crise pour travailler sur les projets d'accompagnement et la qualité du service à l'utilisateur ?
- 9) Est-ce que la crise a rendu possible des choses impensables en temps normal (partenariat, communication, etc.) ?

ANNEXE 5 : Extrait du rapport de la DREES de 2020 (fichier données Excel)

Tableau A • Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR, d'après la grille circulant parmi les professionnels

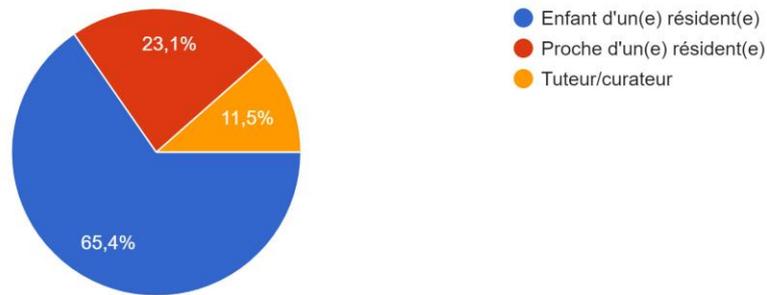
GIR	1	2	3	4	5	6
Coefficient GIR	1000	840	660	420	250	70
Besoins de soins de base (en minutes/jour)	210	176	139	88	53	15
Besoins de soins de base (en heures/semaine)	24,5	20,5	16,2	10,3	6,2	1,8
Nombre d'ETP requis	0,78	0,65	0,51	0,32	0,2	0,06

Lecture > Les personnes âgées avec un GIR 1 ont besoin d'un accompagnement de la perte d'autonomie équivalent à 24,5 heures par semaine, soit 0,78 % du temps d'un soignant qui travaille 35 heures par semaine (ou 31,6 heures par semaine lorsqu'on prend en compte 5 semaines de congés payés).

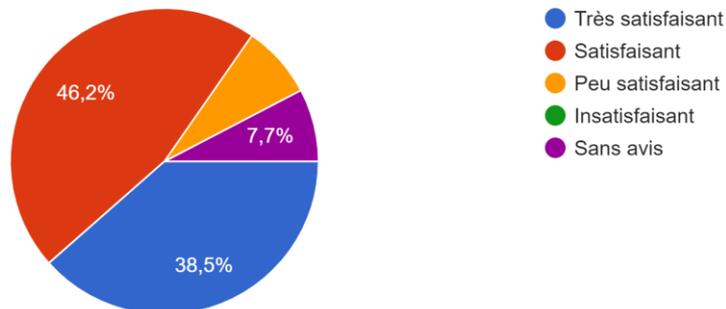
Source > Étude PATHOS sur l'échantillon « Ernest » (2003).

ANNEXE 6 : EXTRAIT DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ADRESSE AUX FAMILLES D'UN EHPAD DU GCSMS

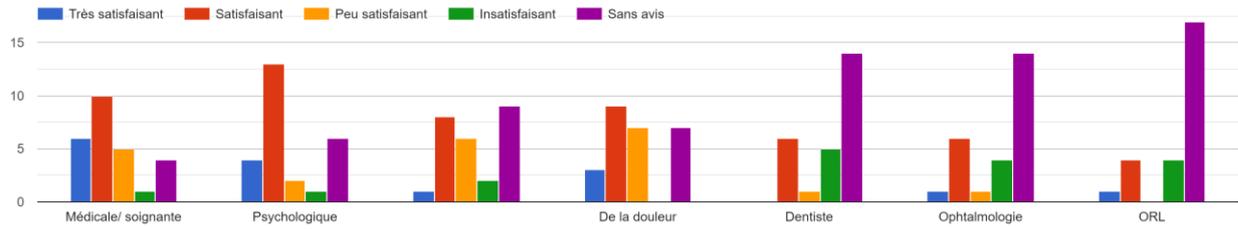
1. Vous remplissez ce questionnaire en qualité de :
26 réponses



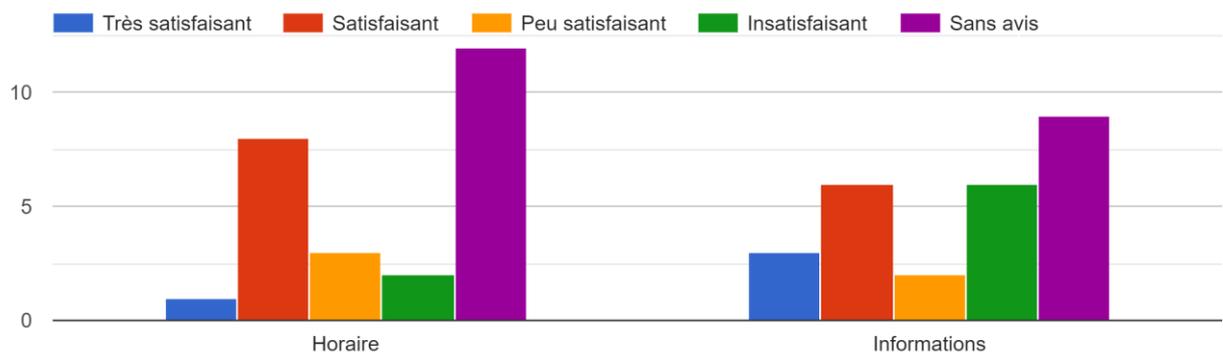
4. Quel avis portez-vous sur l'admission de votre proche (qualité du service administratif, accueil de l'équipe soignante et administrative, facilité d'installation, etc...) ?
26 réponses



13. Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche ? (merci de cocher une réponse par ligne)



14. Etes-vous satisfait de l'organisation des consultations extérieures ? (cocher une case par ligne)



ANNEXE 7 : Méthodologie utilisée pour la réalisation de l'enquête sur les taux d'encadrement au sein du GCSMS

Entretiens et visites des sites du GCSMS :

- Le 03/06/2021 : visite et entretien avec la directrice de 3 sites de l'établissement F
- Le 04/06/2021 : visite du site et entretien avec la directrice de l'établissement G
- Le 07/06/2021 : visite et entretien avec la directrice de 2 sites de l'établissement F
- Le 08/06/2021 : visite et entretien avec le directeur d'un site de l'établissement M
- Le 09/06/2021 : visite et entretien avec la directrice d'un site de l'établissement M
- Le 09/06/2021 : entretien téléphonique avec le cadre de santé de l'établissement B
- Le 10/06/2021 : entretien et visite avec le directeur de l'établissement L

Réunions de travail dédiées entre élèves directeurs pour réaliser l'enquête (traitement des données et analyse) :

- Le 10/06/2021
- Le 11/06/2021
- Le 15/06/2021
- Le 21/06/2021

Présentation des résultats de l'enquête au Directeur du GCSMS : Le 10/06/2021

Présentation de l'enquête et de ses résultats en réunion de direction : Le 14/06/2021

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 2020-2021

**Forces et faiblesses de l'organisation de la
médicalisation d'un Groupement de Coopération
Social et Médico-social**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Résumé :

Le GCSMS étudié dans le cadre de ce mémoire a résolument fait le choix de la médicalisation. Ce choix historique va au-delà des préconisations législatives. Ce travail cherche à objectiver et analyser l'organisation et la structuration de la médicalisation du GCSMS. En quoi permet-elle de répondre aux enjeux actuels et futurs des EHPAD ? Après un an et demi de gestion de crise sanitaire, cette importante médicalisation a-t-elle été une force ? Faut-il aller plus loin dans la médicalisation du groupement ?

La réalisation d'une analyse détaillée des effectifs médicaux et paramédicaux du GCSMS a permis de comparer les taux d'encadrement des 5 établissements, avec les moyennes nationales disponibles au sein de l'enquête EHPA de la DREES de 2015. Si cette enquête permet d'objectiver le niveau de médicalisation, l'analyse plus qualitative des organisations permet de démontrer que ce choix historique a été réalisé grâce à la mutualisation de moyens pour répondre à l'évolution des besoins des résidents de plus en plus dépendants.

Cependant, l'organisation actuelle présente un certain nombre de limites, tant au niveau managérial, financier qu'au niveau de la prise en charge des résidents, révélant ainsi des perspectives d'évolution du modèle.

La gestion de la pandémie a créé l'opportunité de coordonner les professionnels médicaux et paramédicaux des établissements du GCSMS grâce à la mise en place d'une cellule de crise commune hebdomadaire réunissant pour la première fois Directeurs, médecins et cadres de santé de l'ensemble des établissements du GCSMS. Il me semble donc y voir l'opportunité de structurer la dimension médicale et paramédicale du GCSMS pour valoriser le modèle auprès des tutelles dans le cadre de la négociation du CPOM. Renforcer la notion de groupe côté médical et soignants permettrait ainsi de formaliser des coopérations avec les établissements et professionnels du territoire, de mutualiser les moyens humains et renforcer l'attractivité, tout en répondant aux besoins des nouveaux profils de résidents en provenance du handicap et de la psychiatrie.

Mots clés :

EHPAD, GCSMS, Médicalisation, Taux d'encadrement, soins, soignants, médical

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.