



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

IGF N° 2022-M-012-07

IGAS N° 2022-016R

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

Établi par

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

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

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

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

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

- MARS 2022 -

SOMMAIRE

1. LES EHPAD ÉVOLUENT DANS UN CONTEXTE MARQUÉ PAR L'ASSOUPLISSEMENT DU CADRE RÉGLEMENTAIRE EN 2015 ET PAR DES MOYENS DE CONTRÔLES LIMITÉS DES AUTORITÉS DE TARIFICATION2
2. LE GROUPE ORPEA SE CARACTÉRISE PAR UNE ORGANISATION TRÈS CENTRALISÉE ET DES MODALITÉS DE MANAGEMENT POUVANT CONDUIRE À DES DÉRIVES CONCERNANT NOTAMMENT LE RESPECT DES CAPACITÉS D'ACCUEIL AUTORISÉES5
3. LES DOCUMENTS FINANCIERS OBLIGATOIRES TRANSMIS AUX TUTELLES PAR LES EHPAD SONT INSINCÈRES ET PRÉSENTENT DES PRATIQUES D'IMPUTATIONS NON RÉGLEMENTAIRES DE CHARGES SUR LES FORFAITS SOINS ET DÉPENDANCE7
4. DANS UN MARCHÉ DU TRAVAIL TENDU, ORPEA AFFICHE UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES PLUS DÉGRADÉE QUE LA MOYENNE SECTORIELLE QUI AFFECTE LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS..... 11
5. LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS EST CARACTÉRISÉE PAR DES FRAGILITÉS D'ORGANISATION DES SOINS, UN MANQUE DE MOYENS HUMAINS ET UNE INSUFFISANTE PARTICIPATION DES USAGERS 13
6. LES CONTRÔLES EXTERNES CONDUITS SUR LE GROUPE ORPEA MONTRENT DES DYSFONCTIONNEMENTS RÉCURRENTS DONT LE SUIVI INTERNE EST IMPARFAIT MAIS QUI SE RETROUVENT POUR PARTIE DANS LE RESTE DU SECTEUR DES EHPAD 16

Synthèse du rapport - CONFIDENTIEL

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

Par une lettre du 1^{er} février 2022, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) se sont vues confier une mission visant à examiner les pratiques d'Orpea dans la gestion de ses établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en particulier : i) les suites apportées aux différents contrôles ou inspections, ii) la gestion de consommables tels que les protections hygiéniques et les aliments, iii) la prise en charge des personnes dépendantes, iv) le management et le taux d'encadrement, v) les signalements et la prévention de la maltraitance, vi) la gestion des dotations publiques et leur traçabilité, vii) la transparence des informations données aux résidents et à leur famille, viii) le contrôle et les évaluations internes.

Orpea, créé en France en 1989, est devenu en quelques années un groupe d'envergure internationale dont l'activité couvre 23 pays. Son chiffre d'affaires (CA) dépasse 4 Md€¹ pour 15,2 Md€ d'actifs non courants, dont plus de 7 Md€ en immobilisations corporelles. Cela en fait non seulement le plus gros gestionnaire de maisons de retraites, mais également la première foncière de santé en Europe. La rentabilité du groupe est dans la moyenne du secteur, avec un taux d'EBITDAR² sur CA de [...] %.

L'activité de la zone France-Bénélux représente [...] % du CA total du groupe. Les 228 EHPAD³ d'Orpea en France emploient environ 14 000 salariés⁴ et ont hébergé 27 392 résidents en 2021. Ce réseau, dont le CA est d'environ [...] Md€ en 2020, perçoit chaque année plus de 360 M€ de financements publics, dont, en 2020, 270,5 M€ provenaient de la branche maladie (branche autonomie depuis 2021), au titre des soins, et plus de 96,5 M€ provenaient des conseils départementaux, au titre de la prise en charge de la dépendance. Le reste est à la charge des résidents et de leurs familles.

Le rapport dressé par la mission repose sur :

- ◆ des investigations sur place en EHPAD et au siège du groupe ;
- ◆ une analyse des rapports d'inspection des EHPAD du groupe par les agences régionales de santé (ARS) sur la période 2018-2021, d'un échantillon d'évaluations externes et internes, et de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ayant porté sur des EHPAD d'Orpea et d'autres groupes ;
- ◆ une synthèse des premières remontées communiquées par les ARS de la campagne nationale d'inspections conduite en 2022 à la demande de la ministre déléguée chargée de l'autonomie ;
- ◆ une exploitation de données propres à Orpea (comptables, budgétaires, ressources humaines, contrôle interne) et de données sectorielles (effectifs, gestion des emplois, taux d'encadrement, etc.).

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

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

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

⁴ Données du bilan social de juillet 2021.

Pour établir ses constats dans un délai de cinq semaines, la mission a eu comme objectifs d'appréhender la multiplicité des situations de terrain que recouvre le réseau d'EHPAD Orpea, d'évaluer l'organisation mise en place et pilotée par le siège du groupe et de vérifier la sincérité des informations transmises aux tutelles. La mission a en outre cherché à mettre en perspective l'ensemble de l'activité d'Orpea par rapport aux pratiques du secteur des EHPAD, ce qu'elle n'a pu faire que partiellement dans les délais impartis. Pour autant, il apparaît important de ne pas analyser la situation d'Orpea indépendamment de certaines difficultés plus structurelles du secteur. Ces constats ont fait l'objet d'un échange contradictoire avec le groupe Orpea, dont la mission a tenu compte pour son rapport final. La présente synthèse a été rédigée sur la base du rapport final dont elle restitue les principaux constats.

Ces travaux sont intervenus dans un contexte marqué par la crise sanitaire et, à partir de janvier 2022, par la mise en cause médiatique du groupe Orpea, qui ont profondément affecté les résidents, leurs familles et les professionnels concernés. La mission insiste sur le fait que les déficiences constatées dans la qualité de la prise en charge des résidents renvoient au cadre national d'organisation de l'entreprise et à ses modalités de pilotage. Ceux-ci ne garantissent pas toujours de manière suffisante aux personnels des EHPAD les conditions adéquates d'exercice de leur métier.

1. Les EHPAD évoluent dans un contexte marqué par l'assouplissement du cadre réglementaire en 2015 et par des moyens de contrôles limités des autorités de tarification

La réforme de 2015 a conduit à un changement de logique en organisant un « pilotage par les ressources » se traduisant par un assouplissement des règles relatives à l'affectation des fonds publics et par l'impossibilité pour les autorités d'en effectuer une reprise.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 a mis en place un forfait global relatif aux soins et un forfait global relatif à la dépendance. Ces forfaits sont calculés au regard des besoins de prise en charge des résidents et non plus des dépenses prévisionnelles⁵. Alors que le cadre juridique antérieur permettait aux autorités de tarification et de contrôle (ATC – ARS et conseils départementaux) d'effectuer une reprise sur les dotations non consommées, les éventuels excédents sont désormais laissés à la libre affectation des établissements (selon des modalités prévues à l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles – CASF).

La loi du 28 décembre 2015 a également mis en place une convergence tarifaire pour uniformiser le financement des EHPAD suivant une équation tarifaire commune à tous les EPHAD, qui a bénéficié à la quasi-intégralité des établissements. Le forfait global soins accordé au groupe Orpea a ainsi progressé de 12,4 % entre 2017 et 2020 (soit + 30 M€), tandis que les rémunérations brutes payées grâce à ce forfait augmentaient de 8,0 % sur la même période.

⁵ Une modulation de ce forfait est rendue possible par l'article R. 314-160 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui prévoit une reprise d'une partie des sommes allouées lorsque le taux d'occupation est inférieur à un seuil réglementaire (95 %). En cas de situation exceptionnelle (cas de la crise sanitaire), l'autorité de tarification peut choisir de ne pas appliquer tout ou partie de cette modulation. À la suite du déclenchement de la crise sanitaire, l'application de ces dispositions a été suspendue en 2020 et 2021 en vertu de l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 et de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

La réforme a enfin conduit à la mise en place de CPOM qui ont remplacé les conventions tripartites conclues entre l'autorité gestionnaire, l'ARS et le département concerné. Le cadre juridique applicable aux EHPAD a ainsi été assoupli, en supprimant les objectifs chiffrés présents dans les conventions tripartites en matière d'équivalents temps plein (ETP) financés par les dotations soins et dépendance et en supprimant les clefs de répartition des financements des postes sur chacune des sections (par exemple, 70 % de la masse salariale d'un aide-soignant sur les soins et 30 % sur la dépendance). Les groupes d'EHPAD ou associations gestionnaires se sont vu ouvrir la possibilité de signer un CPOM pour tous les établissements d'un même département, pour lesquels les financements sont alors fongibles.

Le contexte est également marqué par les difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels soignants qui conduisent à des « glissements de tâches » fréquents.

Ceux-ci consistent notamment pour un auxiliaire de vie (AV) sans qualification à effectuer des tâches de soins dévolues aux aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et aux auxiliaires de vie sociale (AVS) : hygiène corporelle et bien-être du résident, soins liés à l'alimentation, soins liés à l'élimination dans le respect et la dignité du patient. On parle alors d'AV « *faisant fonction* », ce qui pose question à double titre :

- ◆ au plan juridique et en termes de responsabilité individuelle, cela a pour résultat de faire accomplir sans cadre réglementaire et sans assise professionnelle solide des tâches relatives aux soins de publics fragiles ;
- ◆ en matière budgétaire, les salaires des AV et des AS/AMP/AES ne sont pas imputés sur les mêmes sections. Ainsi, les postes d'AS sont financés entièrement sur fonds publics (concurrentement par les forfaits soins et dépendance) tandis que les AV non diplômés ni en formation sont partagés entre la section dépendance et la section hébergement.

Les critères de qualification d'un aide-soignant⁶ sont clairement établis par la loi et restreignent en principe le recours aux « *faisant fonction* ». L'article L. 4391-1 du code de la santé publique dispose que l'exercice du métier d'AS est conditionné à la détention d'un diplôme ou à la participation à un dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE). En dehors de ces cas, il n'est pas possible d'employer un salarié non qualifié en tant qu'AS.

Dans les faits, cette pratique semble pourtant répandue et mal appréhendée par l'État. Ainsi que le relevait récemment la Cour des comptes, la pratique des « *faisant fonction* » se retrouve dans de nombreux EHPAD⁷. Interrogée par la mission, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), n'a toutefois pas pu expliciter clairement la doctrine sur le statut de ces « *faisant fonction* ». Dans ce contexte, les pratiques des autorités de tarification peuvent varier en matière d'imputation budgétaire de postes : les ARS de Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA), Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne conditionnent par exemple la comptabilisation au titre de la section soin d'agents « auxiliaires de vie « *faisant fonction* » de AS/AMP/AES » à leur inscription en VAE alors que l'ARS Hauts-de-France a rejeté ponctuellement l'imputation de « *faisant fonction* » sur la section soins.

⁶ Dans les faits, la mission a pu constater que les « *faisant fonction* » étaient davantage des AV employés sur des tâches d'AS.

⁷ Cour des comptes, « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », Rapport public annuel 2022, p. 84.

De même, le cadre applicable aux rejets de dépenses par les ATC et à la gestion des excédents éventuels présente des ambiguïtés. L'article R. 314-236 du CASF permet aux ATC de rejeter les dépenses injustifiées et de les déduire du montant du forfait de l'exercice concerné ou de celui qui suit, sans toutefois définir de délai de prescription. Ces dispositions sont conçues dans le cadre d'un système de financement fondé sur les dépenses constatées, si bien que leur applicabilité aux EHPAD en tarification à la ressource est incertaine. En outre, les excédents réalisés sur les sections soins et dépendance doivent être affectés à des dépenses de soins et dépendance (article R. 314-234 du CASF) dans le cadre du CPOM, sans que le cadre réglementaire ne définisse de durée pour la mise en œuvre de ces affectations ni de modalités de gestion des excédents non utilisés à la fin du CPOM.

Plus globalement, l'application du cadre comptable soulève des difficultés pratiques. Le cadre comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF est organisé par l'article R. 314-5 du même code qui prévoit expressément l'ouverture de comptes non prévus au plan comptable général pour les établissements et services gérés par une personne morale de droit privé. Sont en particulier prévus des comptes *ad hoc* destinés à enregistrer les affectations des excédents issus des sections soins et dépendance⁸. La mission constate toutefois que ce cadre comptable peut susciter des interrogations pour des sociétés privées en particulier pour la mise en place de schémas comptables garantissant l'affectation des résultats réalisés⁹. Cette incertitude sur le cadre comptable applicable ne fait toutefois pas obstacle au respect des règles d'affectation des excédents des sections soins et dépendance. Cette affectation doit en tout état de cause garantir un emploi futur de ces sommes conforme à la réglementation.

Le contrôle externe des EHPAD est principalement assuré par les ARS, dont les pouvoirs financiers et les moyens humains sont limités.

Les ARS disposent de prérogatives larges sur les questions de prise en charge des résidents en EHPAD. Leur connaissance des établissements s'appuie aussi sur la négociation et le suivi des CPOM ou encore le traitement des événements indésirables ou des réclamations des usagers. Leurs contrôles sont ciblés en fonction d'orientations nationales (par exemple : le circuit du médicament en EHPAD) et d'une analyse de risques régionale (par exemple : les établissements faisant l'objet d'un nombre particulièrement élevé de réclamations). Ces contrôles peuvent être conjoints avec le conseil départemental, autre autorité de tutelle des EHPAD. 2 788 missions d'inspection ont été réalisées par les ARS en EHPAD entre 2018 et 2021, à rapporter aux 7 519 EHPAD recensés en 2019¹⁰.

En complément, **deux autres services de l'État réalisent des contrôles réguliers en EHPAD :**

- ◆ les directions départementales de la protection des populations (DDPP) dans le cadre de priorités de contrôle fixées par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), qui ciblent notamment le secteur commercial : 548 visites en EHPAD commerciaux en 2019 avec des anomalies détectées dans 62 % des cas (facturations abusives, contrats de séjour non conformes...);

⁸ Arrêté du 15 décembre 2021 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF (NOR : SSAA2132933A) qui fixe le plan comptable pour 2022 pour les établissements et services gérés par une personne morale de droit privé et prévoit des comptes *ad hoc* destinés à enregistrer les affectations des excédents issus du compte de résultat des sections soin et dépendance aux subdivisions du compte 115 « Report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée ».

⁹ Ainsi, les commissaires aux comptes d'Orpea considèrent que l'instruction budgétaire et comptable M 22 bis n'est pas applicable au groupe.

¹⁰ Données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

- ◆ l'inspection du travail qui intervient au titre du contrôle du respect du droit du travail, d'enquêtes (notamment à la suite d'accidents du travail) ou d'une participation à des réunions d'instances représentatives du personnel : 1 604 interventions en EHPAD en 2021 dont 349 contrôles visant notamment à identifier le recours irrégulier aux contrats temporaires.

La capacité de contrôle des EHPAD se heurte cependant à plusieurs limites majeures. La capacité de contrôle des ARS comme des départements est circonscrite à l'établissement et ne permet donc pas d'exercer un contrôle plus global de groupes d'EHPAD comme Orpea. En outre, les ARS disposent de moyens humains limités (230 ETP environ hors services santé-environnement) pour contrôler un champ très vaste d'établissements et services sanitaires et médico-sociaux¹¹. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, essentiel à la bonne prise en charge des résidents, les compétences des ARS gagneraient à être complétées par celles de l'inspection du travail. Les échanges d'information et les contrôles conjoints sont néanmoins peu développés. De même, les missions d'inspection conjointes entre ARS et conseils départementaux paraissent peu fréquentes, même si les différents contrôles effectués à partir de février 2022 ont été très majoritairement conduits conjointement.

La portée de l'ensemble de ces contrôles a cependant été limitée par la réduction des pouvoirs des ATC depuis la réforme de 2015 (cf. *supra*) et par le fait que les textes d'application relatifs à la sanction financière prévue à l'article L. 313-14 du CASF n'ont jamais été pris.

2. Le groupe Orpea se caractérise par une organisation très centralisée et des modalités de management pouvant conduire à des dérives concernant notamment le respect des capacités d'accueil autorisées

Le pilotage des EHPAD du groupe est marqué par un fort degré de centralisation. Le directeur d'établissement (« directeur d'exploitation ») dispose d'une autonomie limitée. En matière de gestion des ressources humaines, il dispose à la fois d'une marge de manœuvre réduite sur le personnel – tout recrutement dans l'établissement doit par exemple être validé par la direction régionale¹² – et d'une responsabilité juridique importante, dans la mesure où ce sont les directeurs d'établissement qui signent les contrats et mettent en œuvre les procédures disciplinaires. L'activité du directeur d'exploitation est en outre encadrée par les très nombreuses procédures « qualité » du groupe et par le *reporting* budgétaire quotidien de l'établissement pour respecter les objectifs qui lui sont fixés en matière de masse salariale, de résultat net ou encore de taux d'occupation. Cette pression exercée sur les directeurs d'exploitation pourrait contribuer à expliquer les départs du groupe sur ces fonctions (entre 10 % et 15 % des directeurs d'exploitation quittent le groupe chaque année), la proportion particulièrement élevée de leurs licenciements pour inaptitude (32 % des [...] licenciements recensés sur dix ans) et la fréquence des contentieux engagés sur ces licenciements.

¹¹ D'après l'enquête annuelle réalisée en 2019 par le secrétariat général des ministères sociaux (les enquêtes 2020 et 2021 ont été modifiées dans le cadre de la crise sanitaire), les ARS disposaient de 502 ETP dédiés à la fonction inspection-contrôle, dont 271 ETP sur le champ de la santé environnement. Le champ global inclut les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS), les établissements de santé, les établissements pharmaceutiques, les professions libérales...

¹² Orpea a indiqué au cours de la phase contradictoire que 23 % des recrutements sur les cinq dernières années ont été validés directement par les directeurs d'établissement, sans que la mission n'ait pu vérifier cette information.

La direction régionale constitue un échelon déterminant pour le pilotage des établissements en application des consignes du siège. Les directeurs régionaux (DR) sont les supérieurs hiérarchiques des directeurs d'exploitations et sont eux-mêmes rattachés au directeur des opérations du siège. Un comité d'exploitation (Comex) est animé par le directeur des opérations tous les mois au siège, avec l'ensemble des directeurs régionaux, et est décliné par chaque DR dans une réunion opérationnelle régionale (ROR) mensuelle permettant le suivi de la situation de chaque établissement.

Le traitement des événements indésirables illustre l'intervention de ces différents échelons dans un cadre très centralisé. Les fiches décrivant les événements indésirables font l'objet de relectures pour validation au niveau de la DR et du siège avant transmission par le directeur d'établissement aux autorités compétentes. La complexité de ce circuit, présenté par le groupe comme une garantie de la sécurité juridique des signalements, contraste avec le peu de formalisation des procédures de signalement au sein de l'établissement et leur faible appropriation par le personnel. Cela entraîne un allongement des délais de signalement, qui étaient en moyenne de quatorze jours en 2021. Par ailleurs, la vision restrictive de la notion d'évènement indésirable grave peut parfois conduire à ne pas transmettre les informations correspondantes aux autorités compétentes.

Le dialogue social constitue une autre illustration de cette centralisation avec un comité social et économique unique pour l'ensemble de l'activité France. Il n'existe à ce jour que 45 représentants de proximité sur plus de 200 EHPAD, appartenant qui plus est à la même organisation syndicale, majoritaire et dont la capacité revendicatrice est modérée. De fait, l'examen des garanties sociales négociées par les représentants du personnel fait apparaître un niveau de droits et un cadre de rémunération particulièrement réduits.

Le pilotage des établissements donne la priorité à la performance financière, les critères de qualité étant évalués séparément.

En premier lieu, le système de primes semestrielles, qui peuvent atteindre jusqu'à 6 000 € par an, et de bonus annuel des directeurs d'exploitation accorde un poids dominant aux indicateurs financiers (chiffre d'affaires, masse salariale, marge opérationnelle), néanmoins modulés par l'atteinte d'objectifs de qualité. À la différence de ce qui prévaut pour les directeurs d'exploitation, l'attribution aux directeurs régionaux des primes et des bonus est fondée dans les deux cas sur la seule performance financière des établissements qu'ils supervisent.

En deuxième lieu, l'animation du réseau des DR incite à une optimisation des indicateurs de performance. Les Comex sont en effet l'occasion de comparer de manière fine les indicateurs de taux d'occupation, de chiffre d'affaires et de masse salariale pour toutes les directions régionales (avec mise en relief des « tops » et des « flops » jusqu'au début de l'année 2021). La qualité de la prise en charge des résidents n'est pas évaluée lors de ces réunions – d'autres points étant effectués sur ces questions de manière distincte.

En troisième lieu, le suivi par le DR de la « performance » des établissements dont il a la charge se matérialise par une pression continue sur les directeurs d'établissements. Cela se lit notamment dans les plans d'actions mensuels – échanges avec le DR dans lesquels figurent par exemple des consignes explicites visant à ne pas remplacer tous les postes dans des EHPAD pourtant en situation d'occupation maximale.

Enfin, l'architecture des systèmes d'information impose un suivi et un pilotage constants de la performance des établissements. Les applicatifs (GMasse pour le suivi de la masse salariale, OR pour le taux d'occupation, SIRHAP pour la gestion du personnel) sont conçus au service du système de contrôle et de validation pyramidal mis en place par le siège. La mission a toutefois constaté que les logiciels n'empêchent pas, par exemple, la saisie par les directeurs d'exploitation d'un contrat à durée déterminée (CDD) en remplacement d'un nom fictif ou l'emploi d'un salarié sans vérification des qualifications requises.

L'un des effets de ce management est le dépassement récurrent de la capacité d'accueil autorisée, pratique identifiée dans 11 % des EHPAD du groupe en 2019. En examinant la seule année 2019, la mission a identifié des situations de sur-occupation dans 25 EHPAD du groupe : Orpea a reconnu une situation non autorisée pour 20 d'entre eux et n'a pas pu produire de justification pour 5 autres. La mission considère qu'il ne peut en aucun cas s'agir de pratiques ignorées ni de comportements isolés dans la mesure où des situations identiques ont été relevées en 2022 (une par un contrôle ARS, les deux autres rapportées spontanément par la direction des opérations d'Orpea) et que le taux d'occupation fait partie des principaux indicateurs évoqués au Comex avec les DR. L'accueil de résidents en dépassement de la capacité sans autorisation¹³ se fait au détriment de la qualité de l'encadrement et des conditions de travail du personnel, déjà fréquemment en situation de sous-effectif. Certains des plans d'actions consultés par la mission sur l'année 2019 invitent pourtant sans équivoque les directeurs d'établissement à y recourir.

3. Les documents financiers obligatoires transmis aux tutelles par les EHPAD sont insincères et présentent des pratiques d'imputations non réglementaires de charges sur les forfaits soins et dépendance

Le processus budgétaire interne au groupe organise la mise en réserve d'une partie des forfaits soins reçus par les EHPAD. Dans le cadre du dialogue budgétaire annuel qui implique l'ensemble de la chaîne hiérarchique jusqu'au directeur général, la construction des budgets conduit à la « mise en réserve » d'une partie des crédits octroyés au titre du forfait soins. La part « mise en réserve » correspond à près d'un mois de rémunération de l'ensemble des personnels financés sur la section soins¹⁴. Celle-ci n'est pas affichée clairement dans la maquette budgétaire. De manière générale, les informations relatives aux forfaits publics et à leur utilisation sont disponibles mais difficiles à reconstituer pour un directeur d'EHPAD.

Cette part « mise en réserve » finance à l'arrivée des dépenses supplémentaires au budget, prévues initialement ou non, et favorise également la constitution d'excédents dans la mesure où celle-ci n'est pas intégralement consommée. Le montant total mis en réserve pour les EHPAD Orpea était de 20,1 M€ en 2018, soit en moyenne 8,6 % du forfait global relatif aux soins attribué au groupe Orpea cette même année. Sur ces 20,1 M€, seuls 6,8 M€¹⁵ ont été effectivement dépensés par Orpea conformément au code de l'action sociale et des familles, le reste ayant servi à des dépenses non-conformes ou à la constitution d'excédents.

¹³ Au titre de l'article L.313-22 du CASF, « est puni d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 euros : 1° La création, la transformation et l'extension des établissements et services énumérés à l'article L. 312-1, sans avoir obtenu l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ; 2° La cession de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 sans l'accord préalable de l'autorité administrative qui l'a délivrée ; 3° Le fait d'apporter un changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou service soumis à autorisation sans la porter à la connaissance de l'autorité. Les personnes physiques coupables des infractions au présent article encourrent également la peine complémentaire d'interdiction, suivant les modalités de l'article L. 131-27 du code pénal, d'exploiter ou de diriger tout établissement ou service soumis aux dispositions du présent titre. »

¹⁴ La mise en réserve correspond à 99 % de 70 % de la prévision de masse salariale mensuelle des aides-soignants (AS), de 100 % de la prévision de masse salariale mensuelle des AS en pôle d'activité et de soin adapté, des infirmiers, du médecin coordinateur et, le cas échéant, des autres professions médicales (ergothérapeute par exemple).

¹⁵ Somme des montants ajoutés en fin d'année aux dépenses des établissements par la direction des relations établissements et services médico-sociaux (DRESMS) conformément au code de l'action sociale et des familles : contribution à l'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), primes d'intéressement, participation économique à l'effort de construction, calculée à partir des dépenses réalisées sur ces postes en 2018.

La procédure budgétaire interne tend aussi à favoriser la constitution d'excédents en fin d'exercice. Une grande majorité d'établissements (90,7 % en 2021) s'est vue donner sur les exercices 2017 à 2021 un objectif de dépenses sur les forfaits soins et dépendance inférieur aux recettes prévisionnelles, et a donc prévu un excédent, dès le budget prévisionnel, sur les financements publics¹⁶, en supplément de la mise en réserve. En 2021, l'excédent net prévisionnel était de 22,8 M€ contre 4,1 M€ en 2018, soit plus du quintuple. En outre, les budgets des établissements sont construits sur la base des dernières notifications connues au moment de leur élaboration, c'est-à-dire les forfaits de l'année N-1 pour les soins. Ils n'intègrent pas de prévision d'augmentation des forfaits et ne sont que très partiellement mis à jour quand les forfaits de l'année N sont connus. En période de convergence tarifaire et d'augmentation tendancielle des forfaits soins et dépendance, cette pratique a contribué à renforcer les excédents réalisés chaque année sur les forfaits soins et dépendance et à limiter l'augmentation des effectifs s'y rattachant.

Transmis aux ARS plusieurs mois après validation des budgets internes en raison du calendrier de la campagne budgétaire, les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) n'en rendent pas fidèlement compte aux ATC. Ils ne font en effet pas apparaître les excédents prévisionnels ni la mise en réserve prévus par le groupe et présentent des ETP et une masse salariale différents de ceux inscrits dans les budgets internes. La mission a reconstitué à partir des données issues de la comptabilité et de la paie les déclarations aux autorités de tarification au travers des états réalisés des dépenses et des recettes (ERRD) pour dix EHPAD. Cette vérification a été opérée sur l'année 2019. L'ampleur des écarts constatés entre les données du groupe et les ERRD et le nombre important de retraitements effectués pour la constitution des ERRD ont certes pu être expliqués. Ils montrent néanmoins les défaillances de la comptabilité analytique du groupe Orpea et fragilisent fortement la sincérité des restitutions aux autorités de tutelle.

Au total, les ERRD remis aux autorités imputent sans fondement réglementaire 50,2 M€ de charges à la section soins sur la période 2017-2020. L'article R. 314-166 du CASF prévoit les modalités d'emploi des produits du forfait global relatif aux soins, suivant une liste limitative. Au regard de ces dispositions, plusieurs charges ajoutées aux ERRD et imputées sur le forfait soins n'auraient pas dû être financées par celui-ci. Ces sommes litigieuses recouvrent :

- ◆ **la rémunération des auxiliaires de vie « faisant fonction »** : les AV non diplômés et n'étant ni en formation ni en VAE relèvent du forfait dépendance et des dépenses d'hébergement. Dès lors, leur rémunération sur le forfait soins est indue. Elle a représenté un total de 27,82 M€ sur 2017-2020 ;
- ◆ **la bascule par le siège sur le forfait soins d'une part de la masse salariale d'auxiliaires de vie (au-delà des « faisant fonction »)** lorsque le nombre d'AV d'un EHPAD apparaît significativement supérieur au niveau budgété à l'EPRD. Cette bascule a représenté une somme de 2,35 M€, qui augmente d'autant le résultat de la section hébergement ;
- ◆ **la prise en charge d'une partie de la contribution économique territoriale et de la contribution sociale de solidarité des sociétés**, sans fondement juridique et sur la base respectivement de 1,80 % et 0,16 % du chiffre d'affaires soins, pour un montant total de 19,58 M€ ;
- ◆ **la prise en charge de l'assurance responsabilité civile**, dont la souscription est obligatoire pour les EHPAD, conformément à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, mais dont la prise en charge par le forfait soins n'est prévue par aucun texte réglementaire. Cette prise en charge a représenté un montant de 0,49 M€.

¹⁶ En 2018, sur les 235 maquettes budgétaires consultées par la mission, 77 visent un déficit et 158 un excédent sur les forfaits soin et dépendance. En 2021, pour 246 maquettes budgétaires dont 227 EHPAD, 23 visent un déficit sur les forfaits publics (- 1,7 M€) et 223 prévoient un excédent (24,6 M€).

Par ailleurs, les comptes d'Orpea SA ne font pas figurer d'information relative à l'affectation des excédents des EHPAD sur les forfaits soins et dépendance, alors même que le groupe ne peut en disposer librement.

Si les excédents ne peuvent être repris, ils doivent néanmoins être affectés conformément aux dispositions des articles R. 314-234 et R. 314-244 du CASF qui s'appliquent aux EHPAD privés commerciaux. Le suivi des excédents des EHPAD du groupe Orpea conduit, sur la base de données des ERRD exploitées par le groupe, à retracer 20 M€ d'excédents depuis 2017, qui s'ajoutent aux 16 M€ d'excédents antérieurs réalisés entre 2002 et 2017 et qui n'avaient pas fait l'objet de reprise. Sur l'ensemble de ces excédents, Orpea n'avait retracé à la date du contrôle que l'utilisation de 0,9 M€, soit 3 % du total.

Or, entre 2017 et 2021, aucune écriture comptable relative aux excédents des sections soins et dépendance n'a été enregistrée dans les comptes permettant de retracer leur affectation et de s'assurer de leur utilisation future au sein des établissements de chaque CPOM dans le respect du périmètre des dépenses imputables sur chaque section. De ce fait, il est impossible de vérifier si ces excédents sont effectivement et correctement affectés. Il en résulte que le résultat des sections soins et dépendance a été traité comptablement à l'instar du résultat des autres activités du groupe – y compris celles financées sur fonds privés – et, le cas échéant, distribué aux actionnaires¹⁷. Cette situation fait par ailleurs courir un risque sur la sincérité des comptes dès lors qu'une information sur l'incapacité du groupe à utiliser librement une part de ses fonds propres (35 M€) est manquante.

Les EHPAD du groupe Orpea bénéficient par ailleurs de crédits non reconductibles (CNR) en financements complémentaires dans le cadre des forfaits soins. Hors le cas particulier des CNR à caractère national¹⁸, les CNR correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire et n'ont vocation à financer que des mesures ponctuelles. Les documents de suivi des CNR contrôlés par la mission ont montré le caractère insécurisé de leur suivi, avec des erreurs de calculs et des informations parfois lacunaires¹⁹. Les informations disponibles permettent néanmoins d'identifier la non consommation de près de 6 M€ de crédits (60,5 % des CNR perçus), dont certains remontent à plus de dix ans et n'ont jamais été repris. En fin d'année, conformément aux normes comptables applicables, les CNR non consommés sont basculés en produits constatés d'avance (PCA), ce qui permet de neutraliser l'effet sur le compte de résultat. Les montants de CNR comptabilisés chaque année en PCA n'ont toutefois pas pu être justifiés à la mission et semblent largement sous-estimés. Évalué à 4,6 M€ par la mission, l'écart entre les CNR non consommés et les PCA comptabilisés a ainsi artificiellement majoré le résultat du groupe Orpea.

Questionnés sur ces sujets touchant à la transparence financière vis-à-vis des tutelles comme des actionnaires, les commissaires aux comptes chargés de certifier les comptes du groupe Orpea ([...]) se sont prévalus de leur secret professionnel pour refuser de rencontrer les membres de l'IGF chargés de ces points d'investigation²⁰.

¹⁷ Le groupe a versé 71,04 M€ de dividendes en 2018 au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2017 et 77,5 M€ en 2019 au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2018.

¹⁸ Dotations spécifiques réévaluées annuellement au plan national et fléchées afin de faire face à des dépenses ciblées.

¹⁹ Documents remplis manuellement, tableaux non standardisés, chiffres comptés deux fois à certaines reprises...

²⁰ Ils ont rencontré les membres de l'IGAS le 25 février 2022.

La requalification des commissions perçues sur les achats en remises de fin d'années (RFA) confirmerait en outre la remontée dans le compte de résultats du groupe de 13 à 18 M€ de fonds publics²¹ initialement destinés à couvrir les dépenses de soins et de dépendance des EHPAD sur la période 2017-2020 (cf. tableau 1). Historiquement, le groupe Orpea percevait des remises de fin d'année des principaux fournisseurs en proportion du chiffre d'affaires réalisé. À partir de 2008 (et jusqu'à 2020), ces remises ont essentiellement été transformées en redevances pour prestations logistiques et informatiques. En 2020, selon le tableau de suivi fourni par Orpea, le groupe a ainsi perçu 8,68 M€ HT de commissions non reventilées dans les ERRD des EHPAD, hors redevances pouvant être par ailleurs versées directement aux établissements.

La mission a analysé un échantillon de seize commissions représentant 67 % du montant total en 2020. Quatorze sont proportionnelles au chiffre d'affaires réalisé par les fournisseurs, deux sont forfaitaires. Quatre font l'objet d'irrégularités (absence de contrat, contrat postérieur à 2020 ou taux de remise non contractualisé). Par ailleurs, pour l'ensemble des commissions, au moins l'une des prestations de services est :

- ◆ imprécise, tel l'accompagnement au développement du fournisseur par le siège ;
- ◆ ou inhérente à la relation contractuelle, comme la gestion des litiges du fournisseur avec les établissements ;
- ◆ ou sans avantage réel pour le fournisseur, telle la fourniture d'indicateurs qualité.

Dans la mesure où il n'a pas été démontré que ces prestations constituaient une contrepartie réelle au sens de l'article L. 442-1 du code de commerce, la mission considère qu'elles doivent être requalifiées en RFA. Outre la nature des prestations, les documents et courriels internes au groupe ainsi que la facturation imprécise des prestations au regard de l'article L. 441-9 du code de commerce constituent un faisceau d'indices tendant à confirmer que ces prestations de service sont demeurées des RFA. Auquel cas, les coûts de fournitures soins et dépendance payés par les établissements et affichés dans les ERRD sont supérieurs aux coûts supportés effectivement par le groupe. **Le différentiel perçu par le siège constitue donc un excédent non déclaré et non affecté à l'usage prévu par le CASF.**

Tableau 1 : Commissions fournisseurs perçues par Orpea (hors celles reçues par les EHPAD) sur la période 2017-2020 (en M€ HT)

Année	2017	2018	2019	2020	Moyenne	Cumul 2017-2020
Chiffre d'affaire réalisé par les fournisseurs	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
Commissions perçues	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
<i>dont périmètre soin/dépendance²² - estimation IGF</i>	4,79	4,44	4,48	4,72	4,61	18,43
<i>dont périmètre soin/dépendance - estimation post-contradictoire Orpea</i>	2,85	2,90	3,36	3,43	3,14	12,54

Source : Mission, d'après le tableau de suivi des redevances de prestations logistiques et informatiques 2017-2020 en date du 28 février 2021 et le tableau retraité par Orpea en date du 23 mars 2022.

²¹ Cette fourchette provient du fait qu'Orpea a fourni de nouvelles données à la mission le 23 mars au soir, 48h après l'échéance du contradictoire. Orpea revoit ainsi à la baisse les estimations de commissions perçues sur les achats de soins et de dépendance initialement communiquées à la mission (13 M€ au lieu de 18 M€). Compte-tenu du fait qu'il n'a pas été possible de le vérifier, la mission tient ce nouveau chiffre pour un minorant.

²² Clef de répartition des fournisseurs relevant de la section soins/dépendance fournie par le service achats.

4. Dans un marché du travail tendu, Orpea affiche une gestion des ressources humaines plus dégradée que la moyenne sectorielle qui affecte la prise en charge des résidents

Si l'ensemble des EHPAD connaissent des difficultés en termes de recrutement et d'attractivité, les indicateurs du groupe Orpea apparaissent plus dégradés que le reste du secteur. L'ensemble du secteur médico-social, et plus particulièrement les EHPAD, présente des enjeux d'attractivité qui pèsent sur les capacités de recrutement des établissements. En 2015²³, 44 % des EHPAD ont déclaré rencontrer des difficultés de recrutement : 49 % des établissements privés déclarent y avoir été confrontés contre 38 % des établissements publics. Les EHPAD font partie des ESMS présentant le plus fort taux de renouvellement des équipes : plus de six départs-arrivées par an dans la moitié des EHPAD, plus de onze dans un quart d'entre eux. Cependant, dans ce contexte structurellement tendu, Orpea présente des indicateurs d'attractivité et de fidélisation dégradés par rapport à la moyenne du secteur privé lucratif qui peuvent affecter la continuité des soins :

- ◆ entre 2019 à 2021, le taux de rotation des personnels d'Orpea présente un niveau quasiment deux fois plus élevé que la moyenne du secteur (346 % de taux de rotation²⁴ moyen chez Orpea contre 195 % pour le reste du secteur) ;
- ◆ la part de CDD par rapport aux CDI du groupe est alignée avec la moyenne du secteur privé lucratif, mais la part des CDD courts (moins d'un mois) parmi les CDD est plus élevée en moyenne de 25 % chez Orpea entre mars 2019 et septembre 2021;
- ◆ Orpea se caractérise par une sinistralité au travail plus élevée que le reste du secteur (131,3 accidents du travail hors trajet pour 1 000 salariés en 2019 contre 99,0) ;
- ◆ enfin, le groupe recourt davantage aux licenciements non économiques que le reste du secteur. Au dernier trimestre 2019, ces licenciements ont représenté 33 % des départs du groupe contre seulement 20 % au sein du secteur.

Le groupe n'a toutefois pas mis en œuvre de stratégie à la mesure des défis d'attractivité et de fidélisation du secteur. Ainsi, Orpea ne s'est saisi que très récemment des leviers d'attractivité disponibles et ses actions dans ce domaine demeurent limitées. Sa politique de formation est aujourd'hui orientée vers ses besoins opérationnels plutôt que vers le développement professionnel des équipes (choix de privilégier les mini-formations par rapport aux formations certifiantes). Aussi, la validation de compétences et l'acquisition de nouvelles qualifications, tout comme les dispositifs d'accompagnement professionnel, sont très peu développés au sein du groupe.

Deux facteurs clefs de désaffection des candidats pour les métiers du grand âge ne sont pas priorités dans la stratégie d'attractivité d'Orpea : la rémunération et la pénibilité des conditions de travail.

²³ Enquête auprès des établissements d'hébergement des personnes âgées, 2015.

²⁴ Le taux de rotation a été estimé sur la base des analyses des DSN. Il s'agit de la moyenne des entrées sur effectifs totaux et sorties sur effectifs totaux.

La politique de rémunération apparaît centrée sur la maîtrise de la masse salariale :

- ◆ Orpea s'est aligné au niveau du groupe sur la convention collective nationale (CCN) de la branche par principe, même si les directeurs d'exploitation disposent d'une marge de modulation dans le respect de leur objectif de masse salariale : les niveaux de rémunération des salariés sont donc alignés sur le reste du secteur des EHPAD privés (primes d'intéressement incluses), et légèrement plus hauts sur les métiers en tension (infirmiers, AS, AMP) que dans la moyenne du secteur privé à but lucratif, sans que cela soit particulièrement significatif ([...] %²⁵) ;
- ◆ depuis le début des années 2000, aucune augmentation générale des salaires fixes n'a été décidée, que ce soit par accord ou par décision unilatérale de l'entreprise ; ce sont donc les seules augmentations générales de branche (ancienneté de 1 % à laquelle s'ajoute une négociation annuelle qui, sur les dernières années, s'est située dans une fourchette de 0,5 à 0,7 %) qui s'appliquent aux salariés d'Orpea.

En termes de qualité de vie au travail (QVT), la mise en place d'une politique de santé au travail n'est que très récente malgré le caractère fortement « accidentogène » de la profession, et l'accord QVT de l'entreprise ne date que du 29 juin 2021.

Au-delà de l'objectif de pallier les difficultés de recrutement, la finalité principale des VAE chez Orpea semble être la maximisation de l'excédent sur la section hébergement.

La mission a remarqué sur l'année 2020 que 7,6 % des AV basculés sur la dotation soins grâce à la VAE ne figuraient pas dans les fichiers de suivi de la direction des ressources humaines (DRH). Plus d'un quart des salariés en VAE en 2020 (25,8 % des 546 matricules retrouvés dans les deux fichiers) avaient entamé leur procédure avant 2018, ce qui fait douter de la réalité de ces formations. Enfin, la mission a noté que dans plusieurs EHPAD, le nombre d'ETP de la ligne « Formation AS/AMP en cours » pouvait excéder le nombre d'ETP de la ligne « AS/AMP », ce qui interroge sur la capacité des AS/AMP à effectivement encadrer et former des AV en formation et, *in fine*, sur leur aptitude à prendre en charge les résidents.

La pression sur la masse salariale confronte les directeurs d'exploitation à des difficultés de gestion des ressources humaines (RH) qui transparaissent dans les irrégularités sur les contrats de travail ainsi que dans les « glissements de tâches ». La mission a en effet constaté des proportions très significatives d'irrégularités sur les contrats de travail dans chacun des EHPAD inspectés, qu'il s'agisse de CDD conclus dans l'attente de l'entrée en service de salariés jamais entrés en service (attente pouvant durer plus d'un an), de CDD conclus en remplacement de salariés inexistant (faux noms reconnus par les directeurs) ou de recrutement d'AV non qualifiés en remplacement d'AS. De façon plus préoccupante, des personnes sans qualification ont pu être directement recrutées en CDD d'AS. Ces pratiques attestent de la confusion dans les EHPAD Orpea entre les fonctions d'AV et d'AS, qui aboutit à un usage des financements publics aux dépens de la qualité de prise en charge des résidents. Sur les 40 rapports d'inspection d'EHPAD Orpea établis par les ARS depuis 2018, plus d'un tiers pointait aussi des « glissements de tâches » des AV vers celles des AS.

En outre, la stratégie d'optimisation des RH du groupe conduit à des niveaux d'encadrement qui ne sont pas toujours à même de garantir le bien-être et la bientraitance des résidents.

²⁵ Cet écart s'explique en partie par les primes d'intéressement et, potentiellement, sur l'année 2019, par la « prime anniversaire » octroyée pour les 30 ans du groupe.

Orpea présente en 2019 des taux d'encadrement moyens inférieurs à ceux du secteur des EHPAD privés. Au global en 2019, son taux d'encadrement était de 61,6 salariés pour 100 lits contre 62,1 en moyenne au sein des EHPAD privés à but lucratif²⁶. Les taux d'encadrement dans les EHPAD Orpea sont inférieurs à ceux du secteur pour la plupart des catégories de personnel : AS-AMP (écart de - 0,8 point), agents de service hospitalier²⁷ (- 2,9 point), autres personnels médicaux et paramédicaux (- 0,6 point) à l'exception des infirmiers diplômés d'État (0,5 point au-dessus de la moyenne du secteur). Cet écart se maintient y compris en tenant compte du GMP et PMP des établissements.

Sans que cela ne soit exceptionnel au sein du secteur, ce taux d'encadrement affecte la qualité de la prise en charge des résidents des établissements. L'analyse de l'organisation et des effectifs affectés aux unités classiques de cinq des EHPAD contrôlés par la mission a conduit à déterminer que le temps de prise en charge disponible par résident et par jour pour un aide-soignant était compris pour ces établissements entre 50 minutes et 1h20 environ selon les EHPAD (le temps disponible pour la toilette au sein de l'échantillon est quant à lui compris entre 15 et 24 minutes). Même avec l'appui apporté par les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les auxiliaires de vie, ce temps disponible paraît, pour les EHPAD présentant le taux d'encadrement le plus faible, incompatible avec la réalisation de l'ensemble des tâches qui incombent aux aides-soignants : lever, coucher, toilette, changes, et stimulation ou administration des repas. Le caractère dégradé de la prise en charge du fait de ces temps trop restreints a été confirmé à la mission par plusieurs personnels de ces établissements.

5. La prise en charge des résidents est caractérisée par des fragilités d'organisation des soins, un manque de moyens humains et une insuffisante participation des usagers

La prise en charge est affectée par le manque de moyens humains et l'instabilité des équipes, constatés par diverses ARS ainsi que par la mission.

Dans un contexte de tension sur les ressources humaines dans l'ensemble du secteur, le suivi et la qualité de la prise en charge des résidents sont altérés à la fois par de fréquents sous-effectifs (personnel infirmier, aide-soignant et auxiliaires de vie affectés à l'aide aux résidents) et par une instabilité des équipes avec pour conséquence qu'une proportion significative de salariés peut mal connaître l'établissement, les collègues et les résidents.

D'une part, l'organisation de la journée des résidents est alors dictée par les cadences des personnels notamment à des moments clefs de la journée, tels que les levers, les petits déjeuners et les couchers. Ainsi, les toilettes, aux horaires fluctuants, sont parfois trop rapides. Les couchers peuvent intervenir à des horaires très précoces ou trop tardifs.

D'autre part, la satisfaction des différents besoins d'aide et d'accompagnement au fil de la journée reste aléatoire, avec des réponses aux appels des résidents parfois décalées ou absentes, les dispositifs d'appel ne fonctionnant pas toujours.

²⁶ Calculs du pôle Science des données de l'IGF à partir des données de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), des déclarations annuelles des données sociales-déclarations sociales nominatives (DADS-DSN) pour le secteur des EHPAD et DSN communiquées par le groupe Orpea.

²⁷ Principaux effectifs en volume, les agents de service hospitalier correspondent en pratique aux auxiliaires de vie.

Il va sans dire qu'un tel contexte implique une moindre capacité de surveillance des résidents, notamment des plus dépendants, et augmente donc le risque d'événements indésirables. Si cela peut concerner les journées (par exemple, une chute ou une fausse route lors des repas), c'est toutefois surtout la nuit que l'insuffisance des effectifs peut poser des problèmes de sécurité. Il peut s'agir d'une impossibilité de surveillance continue des résidents des unités de soins adaptés, dont certains sont très désorientés dans l'espace et le temps, avec parfois des risques de violence sur eux-mêmes ou sur les autres.

En pareils cas, le principe même d'un « accompagnement individualisé de qualité », adapté à l'âge et aux besoins du résident (article L. 311-3 du CASF) est remis en cause.

S'agissant plus spécifiquement des médecins, Orpea est, comme d'autres acteurs du secteur, tributaire de la démographie médicale. Le groupe semble d'ailleurs plutôt moins touché que la moyenne par les vacances de poste de médecins coordonnateurs, toutefois significatives (18 % des établissements en sont dépourvus en 2022, les valeurs moyennes pour le secteur ayant été évaluées entre 20 % et 30 %²⁸). L'organisation médicale pâtit en outre du fait que beaucoup de médecins traitants arrêtent le suivi de leurs patients après leur entrée en EHPAD. Les médecins coordonnateurs sont ainsi fréquemment conduits à assurer un suivi des résidents au-delà de l'urgence, donc au détriment de leur cœur de métier.

La situation est plus favorable au niveau des matériels ; la mission n'a notamment pas constaté de rationnement sur les protections.

Les fragilités sont également liées à des choix d'organisation.

Le groupe Orpea se prévaut de la rigueur associée à l'édiction centralisée de nombreuses procédures et protocoles, notamment dans le domaine du soin. Or, si ceux-ci apparaissent généralement adaptés, leur nombre et leur mode de portage interne se traduisent fréquemment par un manque d'appropriation par les personnels, absorbés par la seule gestion de l'instant. Ainsi, une partie du personnel soignant peut ignorer des procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse.

Ce manque d'appropriation est renforcé par le manque d'échanges pluridisciplinaires constaté dans certains EHPAD, nuisant à la pertinence ou à la prise en compte des projets de vie et d'accompagnement individualisé des résidents.

Enfin, plus de la moitié des 45 rapports d'évaluation externe²⁹ consultés évoquent des insuffisances de la continuité des soins liées au manque de coordination entre les acteurs, et aux manques dans la gestion et la formalisation des transmissions entre équipes, de jour et de nuit en particulier.

La mission a relevé des fragilités spécifiques dans le domaine de la nutrition.

Bien que la nutrition relève financièrement de l'hébergement et non du soin ou de la dépendance, le CASF édicte des prestations minimales en la matière, évoquant « trois repas », un « goûter » et une « collation nocturne ».

Ces prises alimentaires, réputées assez régulièrement espacées au fil de la journée, sont destinées à pourvoir aux besoins nutritionnels des résidents, souvent inaptes à compléter eux-mêmes cette offre.

²⁸ Dans un rapport de février 2022, la Cour des comptes mentionne à la fois une évaluation à 32 % par la Drees (2015) et une autre à « au moins 20 % » par l'ANAP (2019).

²⁹ L'article L. 312-8 du CASF, issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, prévoit que les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, dont les EHPAD, procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation interne) et font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (évaluation externe). Un nouveau référentiel d'évaluation a été rendu public par la Haute autorité de santé le 10 mars 2022, alors que la présente mission se trouvait dans sa phase contradictoire.

La comparaison aux recommandations de référence du GEM-RCN pour les personnes âgées et aux publications internationales les plus récentes³⁰ fait apparaître que les grammages utilisés par les cuisiniers des EHPAD Orpea sont significativement en-deçà de ces références pour les aliments protéiques (jusqu'à 42 % pour la viande). Si les grammages ne peuvent à eux-seuls permettre de connaître l'apport calorique, leur sous-calibrage pour un nombre significatif d'aliments peut suggérer des apports énergétiques insuffisants pour les résidents. Or, les éléments tardivement transmis par Orpea à ce titre ne peuvent suffire à étayer l'atteinte des valeurs recommandées.

De plus, la proposition d'une collation nocturne n'est pas systématique, si bien qu'au moins quatre ARS ont souligné dans leurs remontées générales à la mission des durées de jeûne nocturne supérieures au plafond recommandé de 12 heures.

Ces points de fragilité liés à la nutrition sont d'autant moins anodins que la population des résidents en EHPAD est très exposée au risque de dénutrition, avec dans le cas d'Orpea plus de 52 % d'entre eux en dénutrition modérée ou sévère. Le groupe a certes mis en place certains protocoles bien appropriés par les équipes, tels que des pesées régulières. Mais de telles actions préventives ne sauraient se substituer à l'objectif d'une offre alimentaire adaptée dans un environnement favorable. Or, comme évoqué *supra*, les personnels manquent généralement de temps pour accompagner, stimuler, surveiller, nourrir ceux qui ne peuvent le faire seuls.

La participation des usagers au fonctionnement des EHPAD ne fait pas l'objet d'une attention affirmée du siège. Qu'elle soit collective ou individuelle, la participation des usagers à l'organisation et au fonctionnement des EHPAD, ainsi qu'à l'amélioration de la prise en charge, est un axe de progression important pour le groupe Orpea.

En effet, la mission dresse le constat d'un fonctionnement des conseils de la vie sociale très hétérogène et ne garantissant pas toujours une place et une prise en compte suffisante de la parole des usagers de nature à améliorer les conditions de vie et de prise en charge des résidents.

Concernant l'expression des usagers, la mission a noté une standardisation et une diffusion par le groupe des différents outils d'information prévus par la loi. Pour autant, elle a relevé, lors de ses investigations, que l'information donnée aux résidents et aux familles demeure incomplète au niveau des établissements et que l'information sur les dispositifs visant à soutenir les personnes dans l'exercice de leurs droits et à en garantir l'effectivité ne fait pas toujours l'objet d'une traçabilité au sein des établissements (désignation de la personne de confiance ou information et recours aux personnes qualifiées).

Il en ressort que le lien avec les familles et les résidents est dans les faits très dépendant de la direction en place et de sa capacité à impulser une dynamique de participation et d'échanges au sein de chaque établissement.

Le traitement de la plupart des réclamations des résidents et de leur famille donne lieu à des réponses hétérogènes et non systématiques d'un établissement à l'autre. Leur traçabilité n'est pas organisée de façon exhaustive par le groupe, qui s'est doté d'une procédure complexe de traitement des réclamations, selon un niveau de criticité dont l'appréciation des risques est orientée vers l'engagement de la responsabilité et/ou l'atteinte à la réputation du groupe.

Enfin, le groupe développe des campagnes annuelles d'enquêtes de satisfaction, dont les résultats ne sont pas toujours exploités au bénéfice de l'amélioration de la qualité de prise en charge au sein des EHPAD, mais qui nourrissent des actions intenses de communication externe à destination du public et des instances de gouvernance.

³⁰ « *ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics* », D. Volkert, A. Beck, T. Cederholm, A. Cruz-Jentoft, S. Goisser, L. Hooper, E. Kiesswetter, M. Maggio, A. Raynaud-Simon, CC. Sieber, L. Sobotka, D. van Asselt, R. Wirth, SC. Bischoff, *Clinical Nutrition*, 38 (2019) 10-47.

6. Les contrôles externes conduits sur le groupe Orpea montrent des dysfonctionnements récurrents dont le suivi interne est imparfait mais qui se retrouvent pour partie dans le reste du secteur des EHPAD

Dans ses relations avec l'administration, Orpea ne se montre pas toujours pleinement coopératif. La mission note à ce titre :

- ◆ l'instruction écrite faite par le siège d'Orpea au réseau des EHPAD de ne pas transmettre certains documents budgétaires en cas de visite d'inspection (« *Les documents budgétaires internes sont confidentiels et ne doivent pas être diffusés* »³¹) ;
- ◆ le fait que la présente mission a été confrontée à des difficultés particulières sur les champs de la comptabilité et des achats : le groupe Orpea a envoyé en plusieurs fois et tardivement les données permettant de reconstituer une balance comptable pour l'ensemble de ses EHPAD tandis que les données relatives aux achats ont été modifiées après l'échéance du délai contradictoire, ne permettant pas à la mission de traiter ces données dans de bonnes conditions et de lever les doutes sur leur fiabilité.

Sur la période 2018-2021, 2 788 missions d'inspections ont été réalisées par les ARS en EHPAD³², dont 64 ont concerné des EHPAD Orpea. Cela représente 2,3 % du total (cf. tableau 2), soit approximativement la part des EHPAD Orpea dans le total cumulant le secteur public et le secteur privé lucratif ou non, qui tous relèvent du champ d'action des ARS. Les années 2020-2021 ont amené, de manière compréhensible, à une réduction des contrôles et à leur recentrage sur la gestion de la pandémie.

Tableau 2 : Inspections réalisées par les ARS sur des EHPAD depuis 2018

Missions réalisées	2018	2019	2020	2021	Total
Total des EHPAD	862	1 019	561	346	2 788
Dont EHPAD Orpea	20 (2 %)	28 (2,7 %)	12 (2,1 %)	4 (1,1 %)	64 (2,3 %)

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS.

L'analyse de près de 2 000 décisions³³ figurant dans des rapports d'inspection ayant porté sur les EHPAD depuis 2018 montre que les EHPAD d'Orpea représentent effectivement une part non négligeable de l'ensemble, globalement proche de leur poids dans le secteur. Toutefois, le groupe est significativement surreprésenté dans les décisions touchant à la qualité des soins et de l'hébergement (dont la nutrition) et à la gestion des ressources humaines (cf. tableau 3).

³¹ Extrait tiré d'une fiche de procédure intitulée « CONDUITE A TENIR EN CAS D'INSPECTION ARS / CD ».

³² Une partie de ces missions a été réalisée conjointement avec les conseils départementaux. Par ailleurs, le nombre total de contrôles ne tient pas compte des missions programmées, voire initiées, et qui ont été abandonnées, par exemple pour des questions d'urgence ou de re-priorisation, par exemple dans le cadre de la crise COVID.

³³ Il s'agit de celles parmi les 6 000 décisions (recommandations, prescriptions et injonctions) examinées par la mission, assorties d'un intitulé les rendant rattachables à l'une des grandes catégories analysées.

Tableau 3 : Répartition thématique des décisions issues des rapports ARS d'inspection d'EHPAD de 2018 à 2021³⁴

Thèmes	Recommandations		Prescriptions		Injonctions	
	Total	Orpea	Total	Orpea	Total	Orpea
Soin-hébergement (soins, animations, accueil, prévention de la maltraitance, prise en charge de la douleur, gestion du médicament, nutrition...)	297	27 (9,1 %)	434	20 (4,6 %)	204	8 (3,9 %)
Organisation et gouvernance (fonctionnement (Gouvernance, pilotage des processus, traitement des événements indésirables, relations aux résidents et aux familles)	121	4 (3,3 %)	264	13 (4,9 %)	83	1 (1,2 %)
RH (effectifs, formation, organisation, management)	101	3 (3,0 %)	172	14 (8,1 %)	90	0 (0,0 %)
Equipements et locaux	39	14	10	1	36	1

Source : Mission MPIC-IGAS à partir des informations transmises par les ARS, retraitement IGAS. Note de lecture : dans le domaine soin-hébergement, sur les 2 000 décisions des rapports d'inspection portant sur des EHPAD depuis 2018 présentant un intitulé rattachable : 297 recommandations dont 27 (9,1 %) portaient sur des EHPAD du réseau Orpea ; 434 prescriptions dont 20 (4,6 %) portaient sur des EHPAD du réseau Orpea ; 204 injonctions dont 8 (3,9 %) portaient sur des EHPAD du réseau Orpea.

La campagne d'inspections en cours diligentée par les ARS de même que les rapports d'évaluation externes réalisés par des organismes tiers confirment ces constats. Au moment où ce rapport était rédigé, onze régions avaient fait parvenir aux inspections générales une première synthèse des investigations, qui avaient porté sur 84 EHPAD. Certains domaines ont donné lieu à des retours globalement critiques, notamment sur la gouvernance, l'alimentation (notamment les collations) et le traitement des événements indésirables (notamment les actes de maltraitance).

Enfin, la gestion des ressources humaines donne lieu à des critiques convergentes de la part des ARS : sous-effectif, *turnover* et recours excessif aux CDD, insuffisante formation à la prise en charge du patient, excès dans les « *glissements de tâches* ».

Les évaluations externes auxquelles la loi oblige chaque EHPAD à se soumettre régulièrement donnent une vision cohérente avec les résultats des inspections menées par les ARS. L'échantillon de 45 rapports exploités par la mission révèle :

- ◆ des lacunes **dans le domaine de la prise en charge** : insuffisances des projets de vie personnalisés et bilans d'intégration non systématiquement réalisés, défauts de coordination entre les acteurs du soin, insuffisances dans le domaine de la nutrition et gestion défaillante des processus liés à la bientraitance ;
- ◆ des **limites dans l'organisation** : projet d'établissement non actualisé ou non partagé avec les résidents et les familles, rareté des conventions avec les partenaires, faible dynamisme des CVS ;
- ◆ une **gestion des ressources humaines** peu vertueuse : vacances de postes, formations parfois inadaptées ou insuffisantes.

³⁴ Ce tableau a été élaboré sur la base de l'exploitation de la base de données des décisions (recommandations, prescriptions, injonctions) émises par l'ensemble des rapports d'inspection ayant porté sur des EHPAD depuis 2018. La classification en thèmes a été déterminée par la mission sur la base de ses grands domaines d'investigation de la mission. Les décisions portant sur la sécurité sanitaire, le plus souvent formulées dans le cadre d'inspection dédiées (prévention légionellose, radon, amiante...), parce qu'elles revêtaient un caractère extrêmement précis et technique et pour un établissement donné, étaient par construction beaucoup plus nombreuses que dans les autres domaines, et ont donc été écartées de l'analyse. Ainsi, 1 943 décisions ont pu être exploitées et classifiées par la mission sur les 3 847 recensées dans la base de données de la MPIC, 1 904 faisant l'objet d'une formulation inexploitable.

Le dispositif interne de suivi de la qualité mis en place par Orpea ne permet pas de prioriser les enjeux les plus importants, ce qui peut expliquer que les mesures correctives ne soient mises en place que de façon inégale.

Les actions faisant suite aux audits et contrôles de toutes natures sont centralisées dans un outil, « plan d'actions qualité » (PAQ), qui doit en théorie assurer l'exhaustivité et la cohérence de leur traitement. Or, les constats de la mission, mais également des ARS et des évaluations internes et externes montrent que cette complétude peut être mise en doute, et surtout que ce suivi ne permet pas une hiérarchisation en fonction de la gravité ou de l'urgence du remède à apporter. Cela serait pourtant utile au pilotage par les équipes d'Orpea et à la qualité de la prise en charge des résidents.

Les observations adressées par les ARS dans le cadre de leurs inspections sont traitées prioritairement, ce qui n'empêche pas, de fait, la persistance de certains écarts en cas de contre-visite. Les situations de onze EHPAD Orpea ont été examinées par la mission en liaison avec les ARS concernées, révélant la récurrence des observations tenant à la gestion des effectifs (postes non pourvus, glissements de tâches) et aux pratiques (transmissions inefficaces entre personnels soignants, appropriation limitée des protocoles nationaux par les équipes des EHPAD, particulièrement en ce qui concerne les signalements d'événements indésirables graves).

Un écart significatif existe entre la portée des dispositifs de contrôle interne d'Orpea portant sur la prise en charge des résidents et la communication publique du groupe.

Les outils de pilotage interne de la qualité sont très valorisés par Orpea, tant auprès des résidents et de leur famille qu'auprès du grand public et de la gouvernance. L'entreprise a multiplié les chartes d'engagements (charte de confiance du salarié, code de conduite, charte qualité familles / résidents, charte des engagements de l'équipe dans les EHPAD) et les outils destinés à offrir des garanties en termes de prise en charge des personnes âgées (procédures d'audit et de contrôle, *check lists*, etc.). Le groupe s'est doté d'une démarche de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) en 2019.

Si ces dispositifs ont de l'intérêt, la mission a pu constater certains points de fragilité, aboutissant à des présentations publiques excessivement flatteuses. C'est notamment le cas pour :

- ◆ la déclaration de performance extra-financière (DPEF), certifiée par un commissaire aux comptes, ne porte que marginalement sur la prise en charge des résidents ;
- ◆ les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles, qui donnent à voir des taux de satisfaction et des taux de recommandation certes très élevés mais peu contrôlés, l'étendue des garanties offertes par le prestataire étant relativement réduite ;
- ◆ la communication relative aux réclamations, qui ne mentionne que le nombre de réclamations réceptionnées en-dehors des établissements, et omet celles que les EHPAD enregistrent à leur niveau, soit plus de la moitié du total en 2020 et les deux tiers en 2021.

À Paris, le 31 mars 2022

Les membres de la mission,

Les inspecteurs et inspectrices
des finances,

Thomas Espeillac

Amaël Pilven

Les inspecteurs généraux
des affaires sociales,

Thomas Audigé

Pr Bertrand Fenoll

Synthèse du rapport - CONFIDENTIEL

Gaspard Bianquis
Aude Costa
Louise Mariani
Samuel Monteil
Anne Rossion
Valentine Verzat

Les inspecteurs et inspectrices
des affaires sociales,
Valentine Fournier
Frédéric Laloue
Hervé Léost
Julien Rousselon

Sous la supervision de
l'inspecteur général des finances,
Jean-Philippe de Saint Martin

Avec le concours du Pôle
Science des données de l'IGF,

Sophie Maillard
Philippe Fontaine