

Département des Côtes d'Armor

MISSION D'INFORMATION SUR LA SITUATION DES EHPAD

RAPPORT DE LA MISSION

SEPTEMBRE 2024

Direction
personnes âgées
et personnes
handicapées

Table des matières

Synthèse et recommandations.....	4
Introduction.....	6
I. Méthodologie de la mission.....	8
I.1. Déroulé de la mission.....	8
I.2. Sources d'information.....	8
I.3. Conclusion de la mission.....	9
II. Le périmètre de la mission.....	10
II.1. Les EHPAD : cadre réglementaire.....	10
II.2. Le financement des EHPAD.....	10
PATHOS, GIR, PMP, GMP : définitions.....	11
II.3. Éléments de mise en perspective européenne.....	13
III. L'offre d'EHPAD en Côtes-d'Armor.....	15
III.1. Une offre importante majoritairement publique.....	15
III.2. Un patrimoine bâti majoritairement détenu par les bailleurs sociaux.....	18
IV. Des problématiques complexes et interdépendantes.....	20
IV.1. Les problématiques financières.....	20
IV.2. Les problématiques de ressources humaines.....	25
IV.3. Les problématiques bâtementaires.....	29
IV.4. Des problématiques interconnectées.....	31
V. Des réponses existantes nettement insuffisantes.....	32
V.1. Des augmentations budgétaires importantes mais toujours bien en deçà des besoins.....	32
V.2. Un développement des mutualisations et coopérations encore timide.....	35
V.3. Un soutien à l'attractivité des métiers à poursuivre.....	36
V.4. Les mesures de la loi « bien vieillir ».....	37
V.5. Les outils d'accompagnement des EHPAD en difficulté.....	38
VI. Propositions de la mission.....	40
Annexes.....	42

Synthèse et recommandations

Le présent rapport met en évidence, sans surprise, une situation des EHPAD particulièrement difficile dans notre Département avec une dégradation très rapide depuis 2021. Cette situation n'est pas propre aux Côtes-d'Armor, mais son tissu d'EHPAD territoriaux dont la taille moyenne est relativement réduite et un niveau de financement historiquement bas exposent particulièrement ces derniers à la fragilisation de leur situation financière.

Les causes de cette situation bien connue sont multifactorielles : inflation, revalorisations salariales insuffisamment compensées, absentéisme... mais également problématiques de gestion comme en témoigne la difficulté des autorités de contrôle à obtenir les documents comptables obligatoires, du fait des difficultés en matière de fonctions support auxquelles sont confrontées les structures.

Sur le plan des recettes, la mission entend le point de vue des gestionnaires selon lequel les revalorisations de tarif hébergement auraient du être plus conséquentes avant 2023, tout en rappelant le souci d'accessibilité financière et les contraintes budgétaires du Département. Elle ne partage pas le point de vue du Ministère sortant et de la CNSA selon lequel le financement soin serait suffisant, renvoyant implicitement la responsabilité des difficultés financières des EHPAD au Département.

La mission partage les craintes des représentants des maires et des fédérations au vu de la criticité de la situation financière des EHPAD dont plusieurs sont virtuellement en cessation de paiement.

Pour autant, s'il est urgent de revoir le modèle de financement national des EHPAD, la mission considère que les limites de ce dernier ne doivent pas conduire à exonérer les gestionnaires¹ de leur responsabilité de mettre en œuvre des mesures visant à maîtriser les dépenses en parallèle de la sollicitation de moyens supplémentaires pérennes et d'aides publiques d'urgence.

Les travaux ont également pu mettre en avant des structures dynamiques, pour certaines avec des approches innovantes dans l'accompagnement au travers de leurs organisations. La mission estime que ces évolutions sont indispensables afin de redonner de l'attractivité aux EHPAD pour les professionnels comme pour les résidents et leurs familles.

S'agissant plus particulièrement du rôle du Département, celui-ci est amené à évoluer compte tenu du transfert de la section dépendance à l'ARS – bien que celui-ci soit mis en attente du fait du contexte politique – et des mesures de la loi Bien vieillir sur la tarification hébergement. Le besoin d'accompagnement des gestionnaires reste toutefois important et l'effort entrepris depuis 2023 sur les moyens alloués devra être poursuivi dans la mesure du possible compte tenu des contraintes budgétaires majeures de la collectivité.

Sur ce sujet, la mission ne peut que déplorer l'inadéquation entre ses ressources volatiles et ses charges obligatoires rigides à la hausse, pointées depuis plusieurs années dans de nombreux rapports (dont encore récemment la mission Woerth juste avant l'été). Elle souligne les efforts budgétaires importants réalisés par le Département depuis 2022 en faveur des EHPAD, mais alerte

¹ Le gestionnaire est entendu comme la personne morale titulaire de la gestion de l'activité EHPAD (CCAS, association, centre hospitalier...)

sur la difficulté à faire davantage dans un contexte de chute des droits de mutation et de hausse des dépenses sociales très insuffisamment compensées par l'État.

Au vu de ces éléments, la mission formule les recommandations suivantes, qui figurent pour certaines déjà en tout ou partie dans les orientations du schéma départemental de l'autonomie :

- poursuivre l'augmentation du tarif hébergement en donnant une visibilité pluriannuelle sur 3 ans aux gestionnaires ;
- inciter les établissements à s'emparer des dispositions de la loi Bien vieillir relatives au tarif différencié ;
- promouvoir les mutualisations et rapprochements pour sécuriser les fonctions support et de direction notamment pour les EHPAD territoriaux ;
- créer une structure départementale publique, type GCSMS, afin de mutualiser la gestion des établissements volontaires et éviter un transfert vers le secteur privé commercial ;
- inciter les établissements à adhérer à Cap autonomie et mutualiser les bonnes pratiques en matière de recrutement et de fidélisation des soignants ;
- conventionner entre le Département et les bailleurs sociaux afin de faciliter la mise en place des projets d'investissement pris en compte par le plan pluriannuel d'investissement du Département ;
- inciter les gestionnaires à réinterroger leur organisation du travail de manière participative ;
- être vigilant à limiter la charge administrative liée aux appels à projet, enquêtes et diverses sollicitations des directions ;

Celles-ci ne pourront toutefois se substituer à une évolution forte du modèle de financement permettant à la fois un renforcement des moyens alloués aux gestionnaires et une meilleure accessibilité financière pour les familles, qui mériteraient de figurer parmi les premières priorités du gouvernement. La mission appelle de ses vœux la programmation de l'adoption d'une loi sur le grand âge dans les plus brefs délais par le futur gouvernement.

Introduction

La présente mission d'information s'inscrit dans le cadre de l'article L. 3121-22-1 du Code général des collectivités territoriales qui dispose que « *Le conseil départemental, lorsqu'un cinquième de ses membres le demande, délibère de la création d'une mission d'information et d'évaluation, chargée de recueillir des éléments d'information sur une question d'intérêt départemental ou de procéder à l'évaluation d'un service public départemental. [...] Le règlement intérieur fixe les règles de présentation et d'examen de la demande de constitution de la mission, ses modalités de fonctionnement, les modalités de sa composition dans le respect du principe de la représentation proportionnelle, la durée de la mission, qui ne peut excéder six mois à compter de la date de la délibération qui l'a créée, ainsi que les conditions dans lesquelles elle remet son rapport aux membres du conseil départemental.* »

Le règlement intérieur de l'assemblée départementale prévoit quant à lui dans son article 25 :
« *En application de l'article L. 3121-22-1 du CGCT, le Conseil départemental – lorsque 1/5ème de ses membres le demande - délibère de la création d'une mission d'information et d'évaluation, chargée de recueillir des éléments d'information sur une question d'intérêt départemental ou de procéder à l'évaluation d'un service public départemental.*

Le règlement intérieur fixe les règles de présentation et d'examen de la demande de constitution de la mission, ses modalités de fonctionnement, les modalités de sa composition dans le respect du principe de la représentation proportionnelle [...]

- Cette demande, signée par au moins un cinquième des membres de l'Assemblée, doit être adressée au Président du Conseil départemental au plus tard quinze jours avant une session de l'Assemblée Départementale, de manière à inscrire cette question à l'ordre du jour de ladite session. Le Président informe l'ensemble des Conseillers départementaux de la demande à l'ouverture de la session.

- Après avoir adopté la création de la mission, l'Assemblée arrête, sur proposition des groupes politiques, une liste de huit Conseillers départementaux respectant le principe de la représentation proportionnelle. En cas de désaccord, la désignation a lieu par vote à bulletin secret au scrutin proportionnel au plus fort reste.

- L'Assemblée départementale se prononce également sur la durée de la mission qui ne peut excéder six mois à compter de la date de la délibération qui l'a créée. Une fois constituée, la mission désigne en son sein un Président, un Vice-Président et un rapporteur.

- Sur demande du Président de la mission, le Président du Conseil départemental met à disposition de la mission les moyens humains et matériels nécessaires à son fonctionnement. Les travaux de cette mission se déroulent à l'Hôtel du Département à la diligence de son Président. Ces réunions ne sont pas publiques et ne peuvent faire l'objet de communication publique jusqu'à la remise officielle du rapport au Président du Conseil départemental. Elle peut se faire communiquer tout document interne au Conseil départemental, recevoir tout document produit par un tiers et entendre toute personne susceptible de l'éclairer. A l'issue de ses travaux, la mission remet son rapport au Président du Conseil départemental ; il en assure ensuite la transmission à l'ensemble des membres de l'Assemblée.

Le rapport de la mission sera inscrit à l'ordre du jour de la session la plus proche du Conseil départemental ».

Le 7 mars dernier, le groupe d'opposition du centre et de la droite adressait au Président du Conseil départemental la demande de création d'une mission (annexe 1) visant à réaliser un état des lieux de la situation des EHPAD habilités à l'aide sociale sur les plans économique, ressources humaines et bâtementaires, mais également surseoir à la signature des futurs CPOM.

Cette demande se justifiait par un contexte très dégradé de la situation des EHPAD depuis la crise Covid, qui n'est pas propre aux Côtes-d'Armor, qui dégrade fortement les conditions d'accompagnement, met en péril la pérennité d'un certain nombre d'entre eux, et fait d'ailleurs l'objet d'une mission d'information sénatoriale lancée en début d'année 2024.

Le Président a indiqué par courrier en date du 15 mars 2024 (annexe 2) son accord pour inscrire cette demande à l'ordre du jour de la session plénière du 25 mars, au cours de laquelle celle-ci a été approuvée à l'unanimité (annexe 3). Compte tenu du délai maximum de 6 mois, le rapport devait être présenté au plus tard à la session plénière d'octobre.

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions en dépit des contraintes d'agenda et de la dissolution de l'assemblée nationale qui vient requestionner les interlocuteurs ministériels actuels et rend encore plus incertaine la probabilité d'une action rapide dans ce domaine.

Le rapport se décompose en six parties :

- une première partie décrivant le déroulé de la mission,
- une seconde visant à expliciter les principales notions, enjeux et définitions abordés dans le cadre des travaux de la mission,
- un descriptif de l'offre d'EHPAD dans le Département,
- l'analyse des principales problématiques rencontrées,
- la présentation des réponses mises en place et leurs limites,
- les recommandations/propositions de la mission.

I. Méthodologie de la mission

I.1. Déroulé de la mission

Le calendrier d'ensemble de la mission (annexe 2) a été défini au regard de la contrainte liée au respect de la durée maximum de 6 mois, période estivale incluse. La mission s'est réunie au global sur 10 demi-journées réparties entre présentations, échanges, visites et auditions.

La première réunion (comptes-rendus en annexe 3) a notamment vu la répartition des rôles titulaires/suppléants et l'élection de la présidente, du vice-président et du rapporteur de la mission. Du fait de la période de réserve électorale, certaines auditions ont dû être décalées dans le temps mais finalement la quasi totalité de celles souhaitées² ont pu avoir lieu. Les visites ont été sélectionnées en recherchant un échantillonnage représentatif du tissu d'EHPAD costarmoricain :

- 2 EHPAD publics territoriaux, l'un avec des difficultés « classiques » (Plédran) mais caractérisé par une maîtrise de son bâti et une mutualisation des fonctions support ; l'autre (Saint-Nicolas du Pélem) atypique par sa situation financière excédentaire et des retours unanimement positifs sur son fonctionnement,
- 1 EHPAD hospitalier récent, le Centre hospitalier du Penthièvre et du Poudouvre (CH2P) sur son site de Trégueux, avec une très grande capacité d'accueil et des déficits très élevés,
- 1 EHPAD associatif (Keramour à Rostrenen) géré par l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB), vieillissant, avec un public important de personnes handicapées vieillissantes (PHV) et intégrant un accueil de jour et un centre de ressources territorial.

Les comptes-rendus de réunions sont annexés au présent rapport. Ils ont été soumis au préalable à la relecture des personnes/institutions auditionnées.

I.2. Sources d'information

Au plan opérationnel, la mission s'est appuyée sur les services de la Direction personnes âgées – personnes handicapées pour assurer le secrétariat de la mission. Compte-tenu du plan de charge des services, ceux-ci ont également mobilisé l'appui du cabinet KPMG, retenu après consultation pour un budget de 23 460€.

Un espace partagé a été mis à disposition des membres et a permis de partager l'ensemble des supports, comptes-rendus, etc. ainsi qu'un espace documentaire. Une messagerie dédiée a également été utilisée pour la transmission des informations relatives à la mission.

Les données exploitées par le Département et KPMG proviennent :

- des états réalisés des recettes et dépenses (ERRD) des EHPAD,
- du tableau de bord de la performance (ANAP),

2 Mme Bouloux, députée des Côtes-d'Armor, a vu son mandat s'achever du fait de la dissolution de l'assemblée nationale. L'AMF n'a pu se rendre disponible aux dates proposées. Un questionnaire écrit leur a été adressé, resté sans réponse.

- d'une enquête réalisée auprès des directions sur le volet bâtiminaire.

L'attention des membres de la mission a été attirée sur le fait que la fiabilité de ces données pouvait être questionnée compte tenu de la difficulté de nombreux EHPAD à les produire de manière fiable voire tout simplement en ne les produisant pas. A titre d'illustration, au 15 août 2024, 18 EHPAD n'avaient pas ou partiellement transmis leur Etat réalisé de recettes et de dépenses (ERRD) alors qu'ils sont tenus de le faire au 30 avril (8 juillet pour les hospitaliers).

A noter également le cas particulier des EHPAD rattachés à des centres hospitaliers qui sont soumis à des règles budgétaires distinctes (norme comptable M21) et pour lesquelles l'information est plus limitée.

I.3. Conclusion de la mission

Une première version de travail a été soumise par le rapporteur de la mission à ses membres le 21 août et a été discutée lors de la réunion de la mission le 26 août. Suite aux modifications demandées, l'adoption du rapport a été soumise au vote de la mission lors de sa réunion conclusive du 2 septembre dernier.

Le rapport a été adopté à l'unanimité.

Le groupe de l'opposition a exprimé l'observation suivante : Le non transfert au secteur privé commercial n'est pas un objectif en soi ; il s'agit plutôt de favoriser le maintien des gestionnaires en place.

II. Le périmètre de la mission

II.1. Les EHPAD : cadre réglementaire

Issus de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les EHPAD sont des établissements médico-sociaux gérés par le Code de l'action sociale et des familles (article L, 312-1 du CASF) destinés à l'hébergement de personnes dépendantes du fait de leur âge. En tant que tels, ils sont soumis à autorisation administrative conjointe de l'ARS et du Département, et bénéficient de financements publics à cet effet.

D'après les données DREES/CNSA au plan national, on comptait 614 608 places dans 7 467 EHPAD fin 2022. Parmi celles-ci, 20 % sont des places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. Dans les Côtes-d'Armor, 8 851 places sont autorisées dans les EHPAD dont 8 591 places habilitées à l'aide sociale.

L'habilitation à l'aide sociale est l'acte juridique par lequel la collectivité détermine que l'établissement pourra, pour une capacité donnée, être financée sur fonds publics pour l'hébergement des résidents via l'octroi à ceux-ci de l'aide sociale hébergement. Ainsi, le président du Conseil Départemental est compétent pour délivrer l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale du département sur tout ou partie de la capacité de l'établissement.

Cette habilitation, si elle est totale, entraîne la fixation des tarifs hébergement par le Département.

Le périmètre d'intervention de la mission d'information concernant les EHPAD habilités à l'aide sociale exclut donc de la réflexion les EHPAD privés lucratifs.

II.2. Le financement des EHPAD

Les cadres comptables des EHPAD identifient trois groupes de charges :

- les charges de fonctionnement, c.-à-d. afférentes à l'exploitation courante (groupe I). Elles incluent principalement les différents achats nécessaires au fonctionnement de la structure (énergie, alimentation, fournitures), y compris les charges liées à l'achat de prestations médicales ou médico-sociales (examens médicaux, ergothérapie...), soit environ 15 % du total des charges,
- les charges de personnel (groupe II). Elles incluent l'ensemble des coûts salariaux liés aux employés de la structure, y compris le recours au personnel intérimaire. Elles constituent le poste de charge le plus important des EHPAD (70,3 % du total des charges en 2022) ;
- les charges de structure (groupe III) qui incluent principalement les charges immobilières, soit environ 15 % en moyenne.

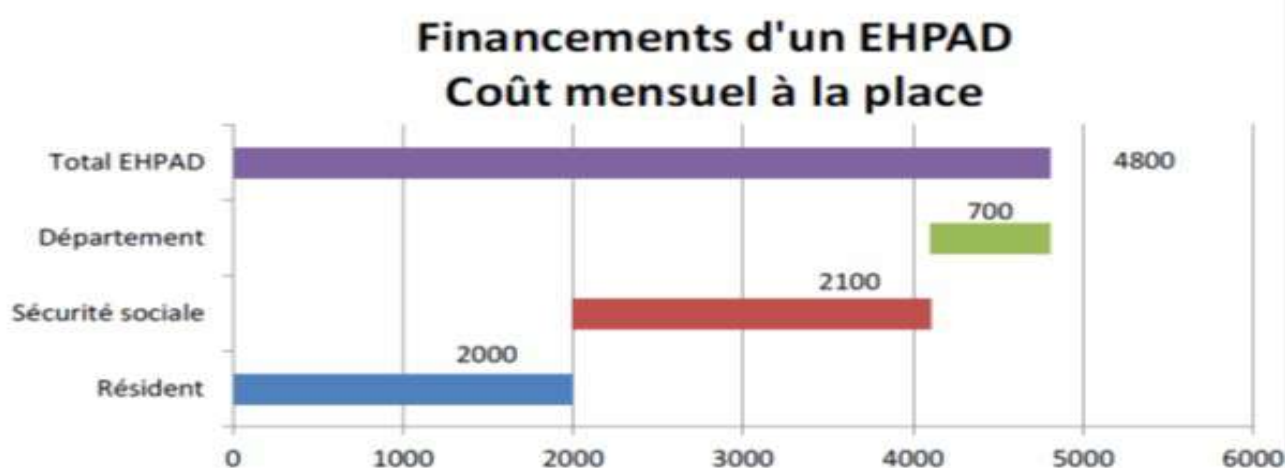
Les recettes des EHPAD proviennent de plusieurs sources de financement :

- (i) la branche Autonomie, qui finance principalement la section soin ;
- (ii) le département, dont le financement est orienté vers la section dépendance et, le cas échéant, vers la section hébergement au bénéfice des résidents éligibles à l'aide sociale ;

(iii) le résident.

S'ajoutent d'autres financeurs plus minoritaires – dont l'État (résidents éligibles à l'aide sociale d'Etat), les caisses d'allocations familiales (CAF) et les mutualités sociales agricoles (MSA) – ainsi que diverses opérations financières ou comptables pouvant générer des recettes.

Ces financements n'interviennent pas dans le cadre d'un remboursement à l'euro près, mais d'un financement par équations tarifaires, qui vise à garantir un remboursement forfaitaire compensant les charges des EHPAD tout en conservant aux structures une autonomie de gestion. Le poids de chaque financeur, toutes recettes confondues, pour l'année 2022 est présenté dans le graphique ci-après, seuls les EHPAD publics et privés non lucratifs étant considérés. Les deux principaux financeurs sont la branche Autonomie (40,8 %) et les résidents (35,2 %).



Les tarifs dépendance relèvent d'un calcul mathématique selon l'article R, 314-173 du CASF. Le calcul se base sur :

- le montant du point GIR arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. Ce montant ne peut être inférieur au montant arrêté l'année précédente,
- le nombre de point GIR de l'établissement calculé à partir de la valorisation du GMP validé par le Département et l'ARS en amont du CPOM³ et à mi-parcours du CPOM. Le procédé est similaire pour la dotations soins (cf. encadré).

L'Agence régionale de santé octroie également des crédits non reconductibles (CNR) chaque année. Ce point sera développé plus loin dans le présent rapport.

PATHOS, GIR, PMP, GMP : définitions

L'outil « Pathos » : la mesure du besoin en soins

³ La loi ASV a imposé le CPOM comme vecteur d'échange avec les autorités de tarification et d'évolution de la qualité de prise en charge des structures. Ainsi, suite à un diagnostic partagé, et à une évaluation des paramètres de calcul des enveloppes (GMP, Pathos), des objectifs vont être choisis pour améliorer la prise en charge des résidents. Le CPOM ne prévoit pas de moyens financiers spécifiques, les budgets étant alloués tous les ans par les autorités de tarification en fonction de leurs enveloppes au regard de l'annualité budgétaire. Ce fonctionnement est fréquemment critiqué par les gestionnaires qui évoquent des objectifs sans les moyens correspondants.

L'outil PATHOS permet d'évaluer la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les résidents des EHPAD. Une évaluation médicale de la situation des résidents est effectuée au moins tous les cinq ans.

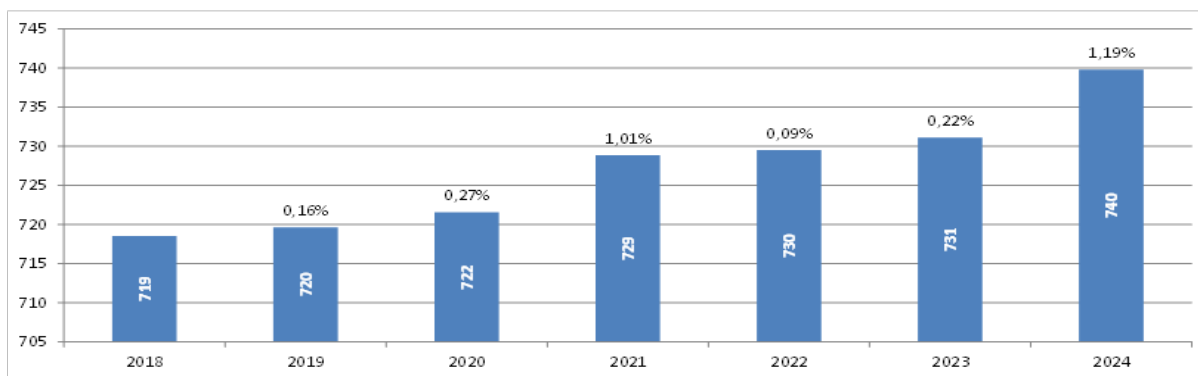
Une fois cette évaluation validée par l'ARS, le besoin en soins des résidents est agrégé au niveau de la structure, afin de déterminer le niveau moyen de besoin en soins. Cette évaluation se matérialise par un niveau de Pathos Moyen Pondéré (PMP), dont la valeur intervient dans le calcul de l'équation tarifaire sur le volet soin (financement de l'assurance maladie dont pourra bénéficier l'EHPAD). Plus la valeur du PMP est élevée, plus le besoin en soins des résidents est important.

La grille « AGGIR » (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) : la mesure de la dépendance

La grille AGGIR est utilisée pour estimer le niveau de perte d'autonomie de chaque résident en EHPAD. Comme pour l'estimation de leur besoin en soins, cette évaluation est actualisée régulièrement dans les EHPAD.

La grille AGGIR définit six « groupes iso-ressources » (le GIR1 définit les personnes les plus dépendantes, le GIR 6 l'autonomie complète). L'agrégation des niveaux de dépendance des résidents est faite au niveau de la structure, afin d'estimer son niveau de GIR Moyen Pondéré (GMP). Plus la valeur du GMP est élevée, plus le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est important.

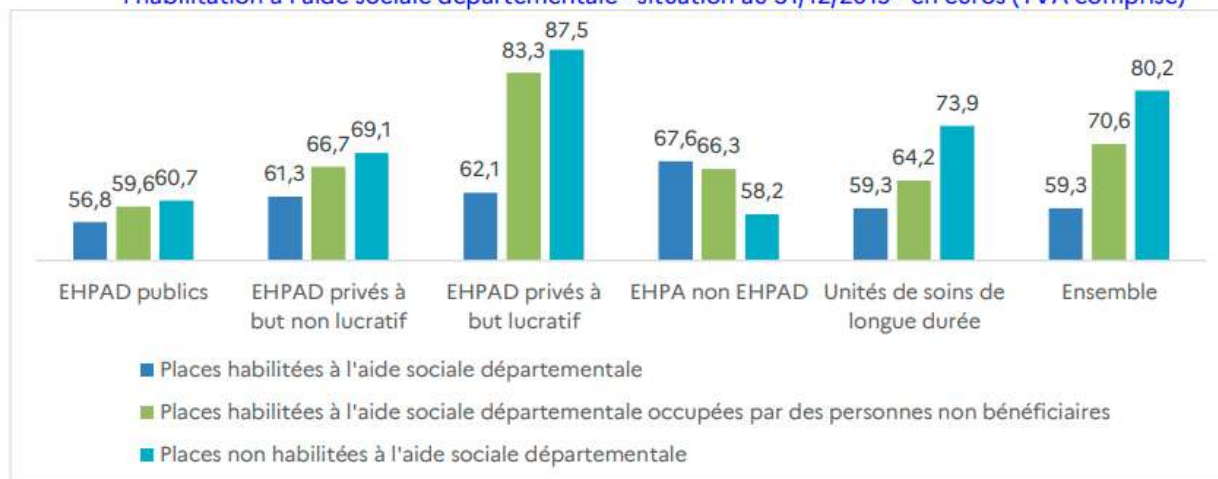
A titre de comparaison, en 2024 le GMP moyen en EHPAD dans les Côtes-d'Armor est de 740, en ligne avec la moyenne nationale. Il était de 718 en 2019.



Sur l'hébergement, le tarif demandé aux résidents varie selon le territoire, le nombre de places disponibles et leurs modalités de tarification et donc également selon la composition de l'offre. Les départements comme les Côtes-d'Armor avec la part la plus forte d'entités issues du secteur public et du secteur privé non lucratif sont ceux qui ont les tarifs médians les plus bas. A l'inverse, un département ayant fait le choix de confier l'hébergement à des structures privées à but lucratif présente des tarifs médians élevés, voire très élevés.

Le graphique ci-dessous illustre ce constat en montrant l'écart de tarif entre les différents types de places.

Graphique 7 : Tarifs hébergement journaliers moyens par catégorie d'établissements et selon l'habilitation à l'aide sociale départementale - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

Or, les données de la DREES montrent qu'un déterminant du séjour en établissement est le niveau de revenu : seule la population des 95 ans et plus à domicile présente des revenus moyens comparables à la même classe d'âge résidant en établissement. Pour toutes les autres classes d'âge, les revenus des personnes âgées dépendantes en établissement sont inférieurs et souvent très inférieurs à ceux des personnes à domicile.

II.3. Éléments de mise en perspective européenne

Avec 1 européen sur 5 âgé de plus de 65 ans actuellement et 1 sur 3 à l'horizon 2050, la prise en charge de la perte d'autonomie concerne tous les pays européens. Leurs choix dans ce domaine sont très divers et pour certains complètement différents de ceux de la France en termes d'accompagnement de la grande dépendance. La France est ainsi l'un des pays où la proportion de personnes âgées en Ehpad est la plus élevée (8,8 % des 75 ans et plus).

Toutefois, pour les établissements d'hébergement des différents pays européens, les problématiques de financement et de recrutement restent très prégnantes, et ont fréquemment été exacerbées par la crise du Covid-19. Nombre de ces établissements sont gérés par des entreprises française : Emeis (ex-Orpea) implanté dans 16 pays, Clariane (ex-Korian) dans 6 États notamment l'Allemagne, et Domusvi dans 6 pays, particulièrement en Espagne.

A l'inverse, dans les pays nordiques, la priorité est donnée aux soins à domicile afin de permettre aux personnes âgées de rester vivre le plus longtemps possible chez elles. Au Danemark, la construction d'EHPAD est ainsi interdite depuis 1987, amenant une profonde transformation du secteur. Les maisons de retraite y sont quasiment toutes publiques, tandis qu'en Suède environ 20 % des établissements sont privés. Le résident ne finance qu'une petite partie de son hébergement, en fonction de sa retraite. Le reste est pris en charge par la commune.

Selon Le Monde⁴, les pays nordiques n'ont toutefois pas été épargnés par les difficultés de

4 « Comment les pays d'Europe prennent en charge les personnes âgées dépendantes », le Monde, 20 février 2022

recrutement, exacerbées pendant la crise du Covid-19. La Finlande vient ainsi d'adopter une réforme importante, après plusieurs scandales dans des maisons de retraite en sous-effectifs : à partir de 2023, les Ehpad devront compter sept employés au moins pour dix résidents, contre cinq aujourd'hui.

En Allemagne, la plupart du temps, les soins sont prodigués par les proches, assistés ou non par un service de soins en ambulatoire. Les résidents des « maisons de soins » représentent 20 % des personnes dépendantes, hébergées au sein de 15 400 établissements. Les personnels de soins, trop peu nombreux et trop faiblement rémunérés, sont souvent en proie à l'épuisement professionnel. Le recours à des travailleurs étrangers précaires comme aide-soignants à domicile est fréquent : 133 000 soignants travaillant 24h/24 viendraient d'Europe de l'Est, selon une étude réalisée par le ministère de l'Immigration en 2021. Parmi eux, 90 % opèrent sans contrat ni permis de travail.

En Italie, avec 18,6 lits pour 1 000 résidents de 65 ans et plus selon l'OCDE, le parc est très en dessous de ses voisins français (51 pour 1 000) et allemands (54,4). En effet, les résidences pour personnes âgées ne sont apparues qu'au début des années 1990, et sont beaucoup plus présentes dans les régions du nord du pays. D'autre part, de manière comparable à l'Allemagne, des aides à domicile, les « badanti », souvent logées chez leur employeur, sont à la charge exclusive des familles, mais le coût qu'elles représentent reste très inférieur à celui d'une maison de retraite. Leur nombre est estimé entre 400 000 et 800 000 issues, dans 75 % des cas, de l'immigration.

Au Royaume-Uni, une immense majorité de maisons de retraite, qui hébergent 400 000 personnes, relève du secteur privé lucratif suite à la privatisation opérée dans les années 1980. Le transfert de leur financement aux communes, en difficulté financière, a provoqué plusieurs faillites retentissantes de maisons de retraite, à l'image du groupe Four Seasons, placé sous administration judiciaire en 2019. A l'époque, le groupe dirigeait 322 maisons, abritant 17 000 résidents.

Le système est également majoritairement privé en Espagne. Compte tenu du coût, il n'est pas rare que les personnes âgées, une fois devenues veuves, très âgées ou dépendantes, s'installent chez leurs enfants. Cette solidarité entre générations explique sans doute un moindre recours au placement en Ehpad.

Enfin, parmi nos voisins, la Belgique dispose d'un dispositif comparable aux EHPAD, les Maisons de repos et de soins. Si le tarif moyen est en moyenne 20 % moins cher qu'en France, en revanche de nombreuses prestations sont payantes alors qu'elles font partie des prestations sociales en EHPAD.

III. L'offre d'EHPAD en Côtes-d'Armor

III.1. Une offre importante majoritairement publique

L'offre d'hébergement est variable sur le territoire national. Ainsi, le nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus varie dans un rapport de 1 (La Réunion, Corse) à près de 5 (Lozère).

La Bretagne en général et les Côtes-d'Armor en particulier présentent historiquement une offre importante, la quasi totalité des anciens foyers logements ayant été progressivement médicalisés. Le Département compte ainsi actuellement 116 EHPAD⁵ répartis entre 87 structures gestionnaires.

Le taux d'équipement (nombre de places / 1000 habitants) est ainsi supérieur à la moyenne régionale et nationale. Il reste stable, les créations d'EHPAD étant désormais très limitées au plan national, hormis des zones où le taux d'équipement est très bas.

→ Taux d'équipement au 01.01.2022 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

INDICATEURS	BRETAGNE	CÔTES-D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Taux d'équipement en places dans les EHPAD	110,2	120,0	111,7	116,1	94,1	93,5
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD (places en non EHPAD, logements de résidence autonomie, ESLD)	15,0	14,5	9,0	16,4	20,6	23,9
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées	0,4	0,5	0,6	0,6	0,0	0,6
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)	17,8	23,1	17,4	17,6	14,3	19,2
Part des services dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées ⁽¹⁾ (%)	14,6	17,4	14,9	13,6	12,6	16,0

⁽¹⁾ Nombre de places de SSIAD, SPASAD, d'AJ et d'HT rapportées au nombre total de places d'EHPAD, d'EHPA percevant des crédits assurance maladie, de résidences autonomie, de centres d'accueil de jour, d'ELSD, de SSIAD et de SPASAD

(source : ARS)

Autre particularité, cette offre est fortement composée de structures publiques, alors que le secteur privé est quasiment absent, du fait de choix politiques visant à préserver l'accessibilité financière des structures.

Répartition de l'offre d'EHPAD	Public (territorial, hospitalier, autonome)	Associatif	Commercial
Côtes-d'Armor	68 %	27 %	5 %
France	50 %	30 %	20 %

Cette offre est également hétérogène et atomisée : mis à part quelques « grands » gestionnaires (les centres hospitaliers, L'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve) avec plusieurs centaines de places,

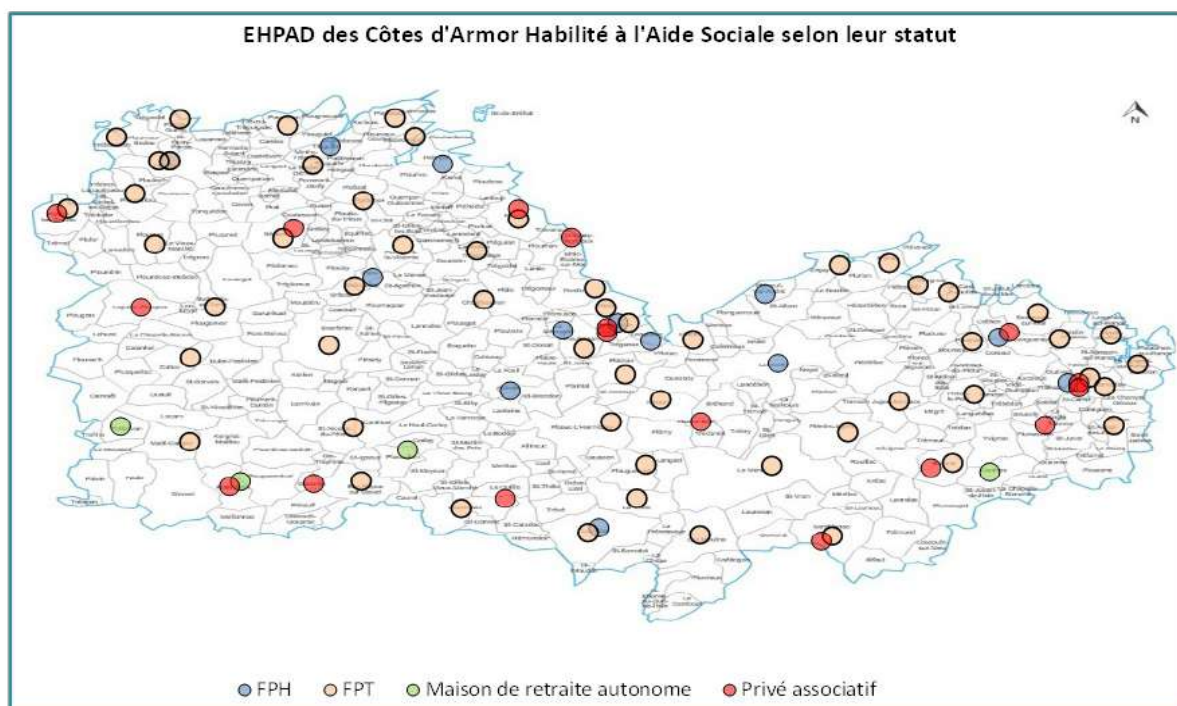
5 Ce chiffre correspond au nombre de sites référencés comme EHPAD (nombre « physique »). Certains d'entre eux peuvent être administrativement regroupés sous une dénomination et un budget commun, ce qui peut expliquer des différences de chiffres. En termes budgétaires, on compte ainsi « seulement » 93 budgets.

les EHPAD territoriaux sont globalement de taille relativement réduite : 60 places, avec un minimum à 31 places, comme le montre le tableau ci-dessous.

	EHPAD Privé A but lucratif	EHPAD Privé Associatif	EHPAD Public Autonome	EHPAD Public Hospitalier	EHPAD Public Territorial
Min	60	60	55	190	31
1er quartile (25%)	65	67	68	243	50
Médiane (50%)	75	88	77	279	60
2ème quartile	96	100	87	632	72
Max	135	362	106	1180	136

Cette situation a l'avantage de la proximité mais pose difficulté en termes de continuité de service et rend difficile pour ces petites structures de développer des projets structurants. Cette situation est accentuée par le caractère mono-activité des EHPAD territoriaux, la gestion de ceux-ci étant généralement l'activité quasiment unique du CCAS de la commune. Là encore, seules quelques associations ont diversifié leurs activités et donc leurs fonctions support (AHB, Fondation Bon Sauveur, Le Connétable...)

En termes de répartition géographique, l'offre est répartie de manière relativement homogène sur le territoire. S'il n'existe pas à ce jour de consolidation des demandes (qui sera effective en 2025 avec le déploiement de l'outil Viatrajectoire), les remontées des structures font toutefois état de fortes demandes sur certaines zones (zone côtière, est du Département) et d'autres plutôt en sous-capacité (centre du Département) en lien avec les dynamiques démographiques.

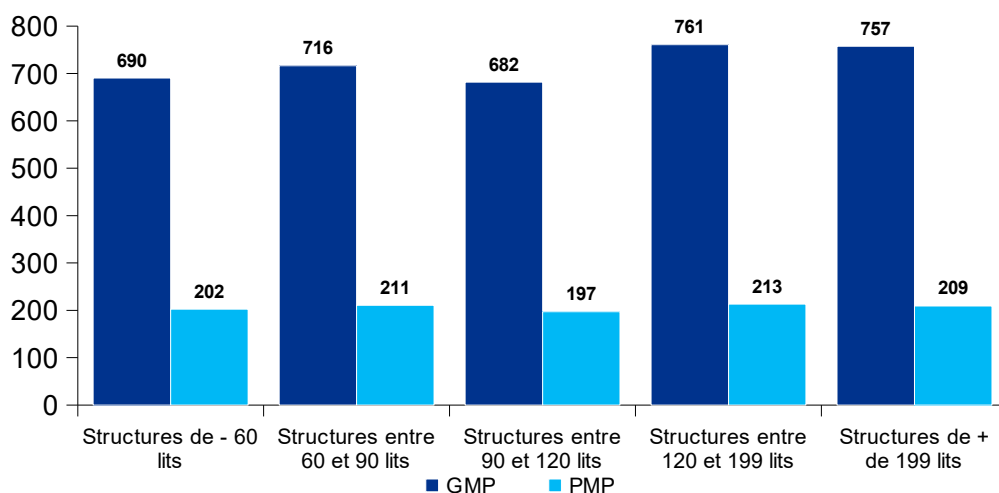


La très grande majorité de ces places (93%) est habilitée en tout ou partie à l'aide sociale. Hormis le secteur privé commercial, la seule exception était l'EHPAD de la Roche-Jaudy qui s'est vu octroyer une habilitation partielle en 2023. A l'inverse, certains EHPAD totalement habilités ont fait le choix d'une convention d'habilitation partielle afin de disposer de marges de manœuvre pour augmenter leurs recettes (5 % des places départementales).

A noter enfin des différences dans les publics ciblés. On constate en effet que les EHPAD publics territoriaux privilégient l'accueil de publics en proximité, avec un niveau de dépendance relativement inférieur à la moyenne. En revanche, les EHPAD hospitaliers disposent généralement d'unités dédiées à des publics spécifiques, tels que les troubles neuro-dégénératifs ou les personnes handicapées vieillissantes.

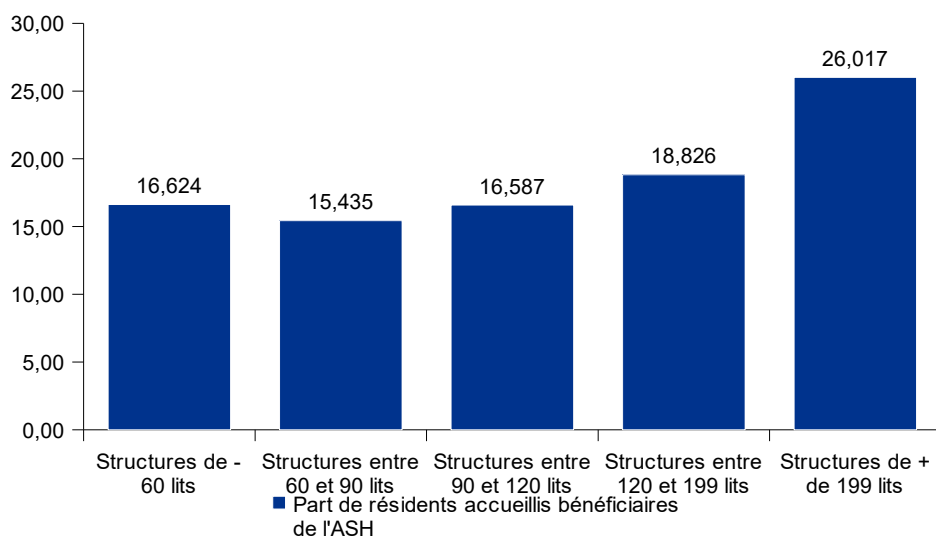
On constate ainsi (cf. graphique ci-dessous) que si l'ensemble des structures voit le niveau de dépendance des résidents augmenter entre 2019 et 2023, l'écart reste sensible.

GMP et PMP des personnes accueillies en 2023



Les grandes structures accueillent par ailleurs davantage de profil en fragilité sociale et/ou financière, notamment des personnes isolées ou sous tutelle, comme le démontre la part des bénéficiaires de l'aide sociale hébergement.

Part de résidents accueillis bénéficiaires de l'ASH



III.2. Un patrimoine bâti majoritairement détenu par les bailleurs sociaux

Au point de vue bâtementaire, les EHPAD peuvent être propriétaires⁶ (un tiers des sites) ou locataires (les deux tiers). Si le secteur hospitalier est majoritairement dans le premier cas, la plupart des structures associatives et territoriales sont locataires, généralement d'un office public de l'habitat (OPH). Parmi ceux-ci, Terres d'Armor Habitat (TAH) est très majoritaire avec 50 structures, contre 11 à BSB – les foyers. Les relations entre gestionnaires et bailleurs sont relativement hétérogènes avec des retours très différents sur le niveau de service proposé par ces derniers.

Dans le cas d'une location, le budget de l'EHPAD verse une redevance locative à l'OPH, qui peut être réévaluée en cas de travaux ou réduite au fur et à mesure de l'amortissement des emprunts initialement souscrits par le bailleur pour la construction/rénovation. Les loyers facturés comprennent également :

- frais de gestion (servant à payer les charges du bailleur : frais de personnel etc.),
- taxe foncière, taxe ménagère,
- PGR (provision grosses réparations, qui sert à assurer les travaux d'entretien dans le temps).

A noter toutefois que ce mode de fonctionnement est juridiquement fragile au regard des règles de marchés publics qui nécessiteraient une mise en concurrence pour les études préalables et la réalisation des travaux.

La majorité des EHPAD du Département, construits dans les années 70 et 80 pour des publics relativement autonomes, ne sont plus adaptés aux besoins actuels, voire pour certains très dégradés au plan bâtementaire.

⁶ Les cas où l'EHPAD était géré par le CCAS avec un bâti propriété de la commune ont été assimilés comme étant propriétaires par souci de simplicité.

Ils devront par ailleurs répondre aux obligations du décret « tertiaire » (article 175 de la loi Élan) qui impose une réduction progressive de la consommation d'énergie dans les bâtiments à usage tertiaire afin de lutter contre le changement climatique.

La politique d'investissement volontariste de l'ARS et du Département a permis ces dernières années plusieurs reconstructions ou rénovations lourdes. La conjoncture économique et les difficultés financières des EHPAD rendent toutefois aujourd'hui très difficile le bouclage des plans de financement (cf. infra).

IV. Des problématiques complexes et interdépendantes

Conformément à l'objet de la mission, sont abordés successivement les enjeux financiers, humains et patrimoniaux des EHPAD costarmoricains.

IV.1. Les problématiques financières

Après une période Covid où les difficultés financières ont été masquées par un apport massif de CNR par l'ARS, la fin de cette parenthèse couplée à une très forte inflation ont fortement grevé une situation financière déjà fragile pour la majorité des structures.

Dès 2019, le rapport Libault proposait :

- une hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros,
- un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les EHPAD et les résidences autonomie,
- une restructuration de l'offre, soit 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des EHPAD plus ouverts sur leur territoire,
- une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1 000 et 1 600 € par mois,

En 2022, le rapport de la Cour des comptes sur la prise en charge médicale en EHPAD évoquait un modèle « à bout de souffle ». Au 31 décembre 2022, environ 60 % des EHPAD publics et 55 % des EHPAD tous statuts confondus présentaient un déficit (source : annexe 6 du PLFSS pour 2024). En octobre dernier, la fédération Hospitalière de France (FHF) indiquait que « *près de 80% des EHPAD publics (77,5%) enregistrent un résultat déficitaire pour l'exercice 2022, contre 42% en 2019* ».

Une mission sénatoriale est également en cours afin d'« identifier les facteurs ayant conduit à la situation actuelle et à formuler des propositions visant à soutenir durablement le secteur ». Elle devrait rendre son rapport prochainement.

La situation est d'autant plus difficile pour les EHPAD habilités à l'aide sociale, publics ou associatifs, qui, contrairement aux EHPAD à but lucratif, n'ont pas la maîtrise de leurs tarifs hébergement.

En région Bretagne, les difficultés ont conduit à la création d'un collectif de maires majoritairement issus des Côtes-d'Armor, structurés depuis 2024 au sein de l'association « territoires du grand âge en résistance », qui se mobilisent afin d'obtenir davantage de moyens pour leurs structures.

Des charges dont la hausse est supérieure à celle des produits

Sur la période 2019 - 2023, les charges ont globalement augmenté de 16 %, avec quelques variations selon les statuts. Cela démontre que l'évolution des charges n'est pas seulement liée à l'évolution du coût de la vie, mais également à toutes les mesures salariales prises sur cette période.

Sur la période étudiée, d'importantes mesures salariales viennent en effet accroître l'effet du GVT naturel : Ségur, Primes Grand Age et augmentation du point d'indice notamment.

L'évolution plus forte sur les sections dépendance et soins que sur la section hébergement s'explique par les évolutions de GMP et de Pathos et par le fait qu'il s'agisse de sections plus petites et composées en très grande partie de charges de personnel.

Statut	Section hébergement	Section dépendance	Section Soins	Total
<i>Fonction Publique Hospitalière</i>	14,15%	18%	5%	11%
<i>Fonction Publique Territoriale</i>	14,47%	23%	35%	22%
<i>Maison de Retraite Autonome</i>	15,88%	26%	30%	22%
<i>Privé à but non lucratif</i>	14,23%	20%	17%	16%
Total EHPAD	14,01%	21%	18%	16%

Les charges de personnel selon le statut de l'EHPAD

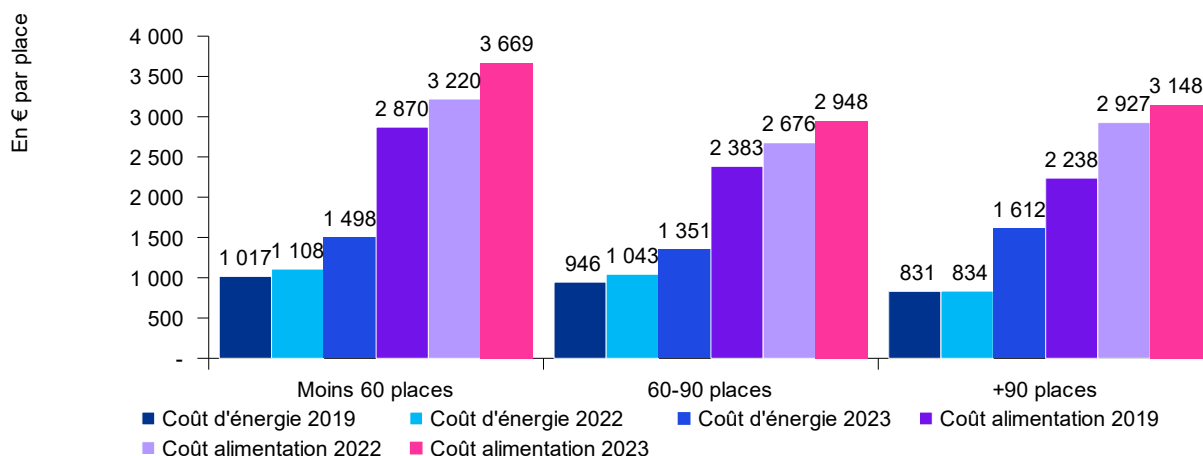
Les charges de personnel ne sont pas identiques pour tous les établissements. En effet, les éléments suivants sont différents selon les statuts :

- La taxe sur les salaires :
 - autonome : paiement en totalité,
 - territoriaux : exonération totale,
 - associatif : abattement.
- Les charges sociales :
 - les associations : ont un abattement (réduction sur les bas salaires + allègement en lien avec le crédit d'impôt compétitivité et emploi)
 - les publics : paiement en totalité des prestations
- L'absentéisme :
 - privé : adhésion au régime de sécurité sociale et prévoyance obligatoire pour les privés donc les coûts sont pris en charges par l'assurance maladie,
 - public : propre assureur, aucune prise en charges des coûts hors assurance volontaire.

Outre le personnel, l'alimentation et le chauffage ont été les principales sources d'évolution des charges. En dépit des mécanismes « d'amortisseur » et de « bouclier » énergétique, dont l'application par ERDF a été difficile, les factures d'électricité ont bondi en 2023, conduisant un certain nombre d'établissements à suspendre les paiements.

De manière comparable, 27 % des EHPAD locataires de TAH ont une dette représentant moins d'un trimestre et 12 % une dette représentant plus d'un trimestre : retarder le paiement du loyer est devenu une variable d'ajustement pour les établissements.

L'évolution des charges d'alimentation et d'énergie entre 2019 et 2023



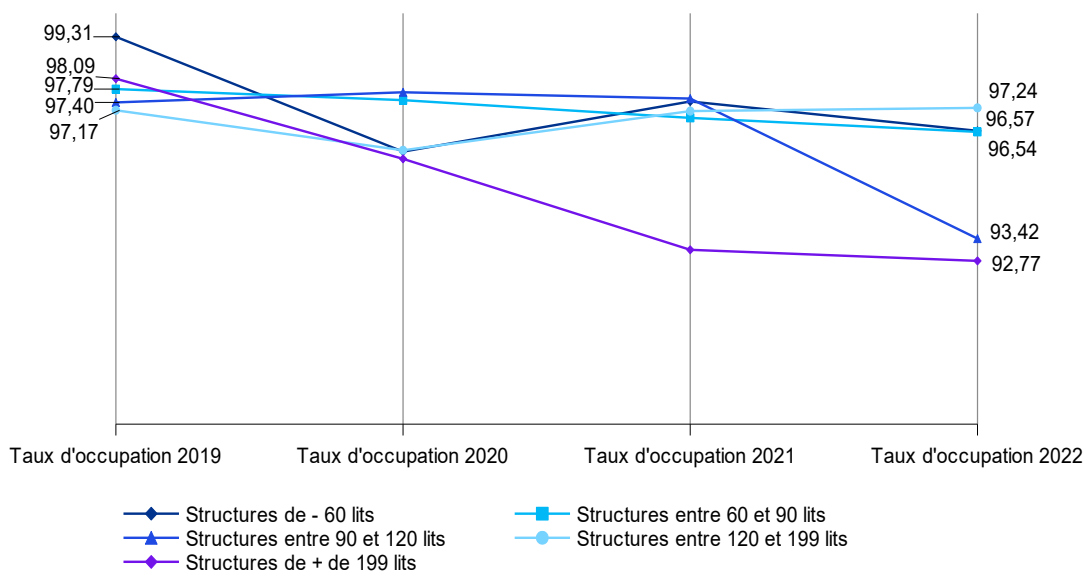
En contrepartie, l'évolution des recettes sur la période s'est révélée inférieure à celles des dépenses (+11%). L'évolution forte sur la section soin correspond notamment aux compensations des mesures salariales, en particulier le Ségur. Néanmoins, la majorité des EHPAD considèrent que ces compensations ne couvrent que partiellement la dépense réelle.

Statut	Section hébergement	Section dépendance	Section Soins	Total
<i>Fonction Publique Hospitalière</i>	2%	7%	25%	12%
<i>Fonction Publique Territoriale</i>	7%	9%	44%	19%
<i>Maison de Retraite Autonome</i>	1%	5%	45%	16%
<i>Privé à but non lucratif</i>	9%	13%	30%	17%
Total EHPAD	2%	7%	24%	11%

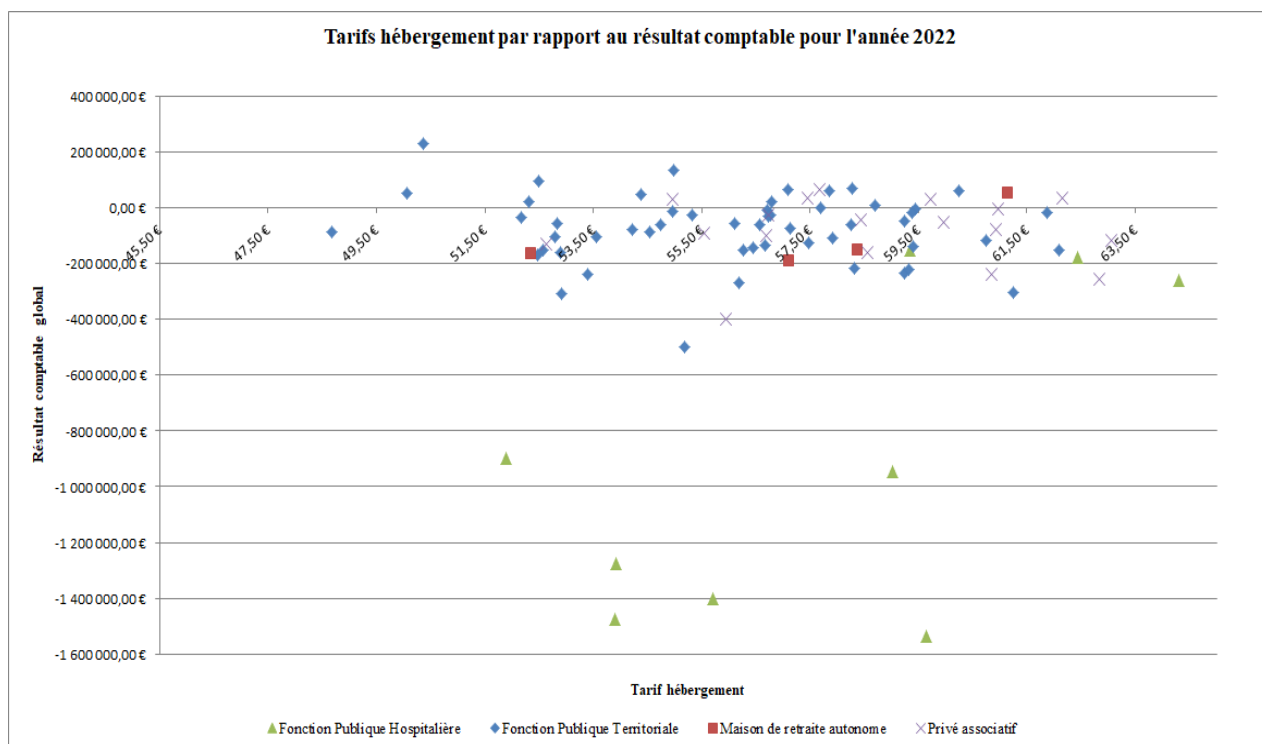
L'évolution sur la section dépendance s'explique par la hausse du « point GIR départemental », et celle de la section hébergement par les augmentations de tarifs mais se voit impactée par la diminution des taux d'occupation, notamment dans les EHPAD autonomes et hospitaliers.

S'agissant du taux d'occupation, le graphique ci-dessous montre que malgré un redressement post-covid 19, les taux restent inférieurs avec une baisse particulièrement marquée dans les grandes structures. Faute de personnel, plusieurs centaines de places sont actuellement gelées dans les Côtes-d'Armor à Saint-Brieuc, Loudéac, Dinan... Le manque d'attractivité des EHPAD, leur coût et l'inadaptation du bâti peuvent également contribuer à expliquer ce phénomène.

Taux d'occupation des structures selon leur taille, entre 2019 et 2022

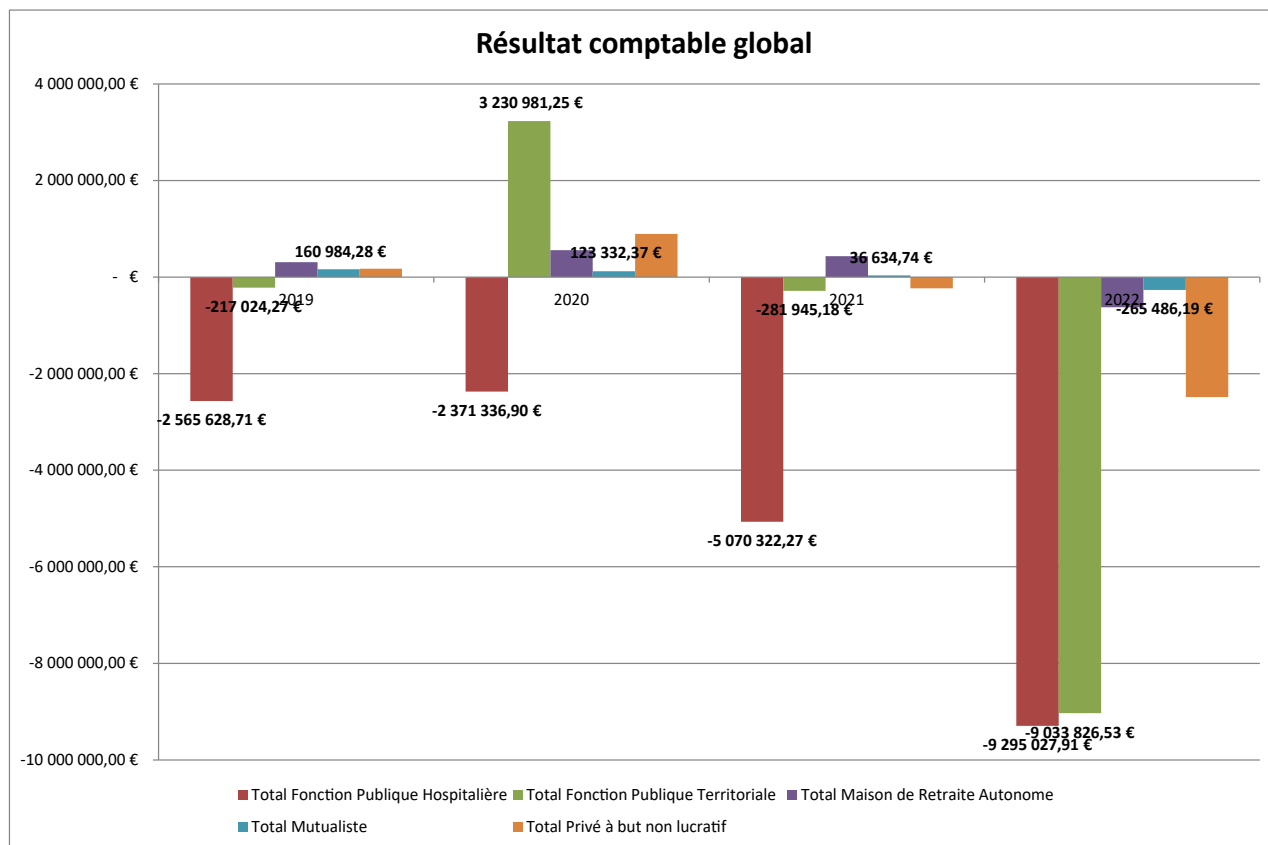


Il convient toutefois de noter que l'évolution des recettes et le niveau de tarif ne peuvent seuls expliquer la situation financière d'un établissement. On constate ainsi que les structures peuvent être en difficulté malgré des tarifs relativement élevés et inversement, comme le montre le graphique ci-dessous.



Des situations financières en rapide dégradation

En 2019, 51 % des établissements étaient excédentaires. Il n'y en a plus que 22 % en 2022, avec une majorité dont le déficit se situe entre 0 et 200 000 €. Le déficit cumulé de l'ensemble des EHPAD en 2022 avoisine les 20 M€, chiffre qui sera très probablement plus important en 2023^{7,8}



Si l'analyse par section tarifaire montre un déficit centré pour les deux tiers sur l'hébergement et un tiers sur la dépendance, et une section soin en excédent, ils doivent être nuancés dans la mesure où les recettes perçues sur le soin pour compenser des dépenses relatives aux autres sections (revalorisations salariales notamment) n'ont pas été ventilées sur lesdites sections.

Ces difficultés d'exploitation se traduisent dans une forte dégradation des indicateurs de bilan. Alors qu'une trésorerie est estimée correcte si elle est supérieure à 30 jours :

- la moitié des EHPAD ont une trésorerie inférieure à 45 jours d'exploitation,
- parmi ceux-ci, 33 établissements ont une trésorerie inférieure à 30 jours,
- 7 EHPAD ont une trésorerie négative. Il s'agit essentiellement d'établissements territoriaux.

⁷ Le montant 2023 ne peut être fourni au regard du nombre d'ERRD manquants.

⁸ Avant l'entrée en CPOM chaque section, et donc chaque financeur, reprenait les résultats de sa section (intégration des déficits en augmentation des tarifs de l'année suivante). Depuis la mise en œuvre des CPOM, en 2018 pour les premiers, le gestionnaire a la responsabilité de ses déficits sur les 5 ans du CPOM.

Outre la trésorerie, les autres indicateurs (fonds de roulement) sont en chute nette sur la période.

In fine, au regard des données disponibles, actuellement une trentaine d'établissements sont considérés en grande difficulté financière, avec pour plusieurs d'entre eux le risque d'une impasse de trésorerie à court terme. Pour les EHPAD territoriaux, les communes de rattachement ont pu être amenées à effectuer des mesures de soutien financier, mais la majorité ne dispose pas de la surface financière nécessaire. Plusieurs d'entre eux ont indiqué avoir été démarchés par le secteur privé commercial pour une reprise de leur établissement.

Dans le même temps, les Côtes-d'Armor – comme la quasi totalité des autres Départements - ont vu également aussi leur situation se dégrader fortement, avec une baisse des droits de mutation de plusieurs dizaines de millions d'euros et des dépenses sociales toujours en augmentation, en complément des mêmes impacts que ceux subis par les EHPAD (revalorisations indiciaires, énergie...) ce qui obère *in fine* sa capacité de soutien aux gestionnaires.

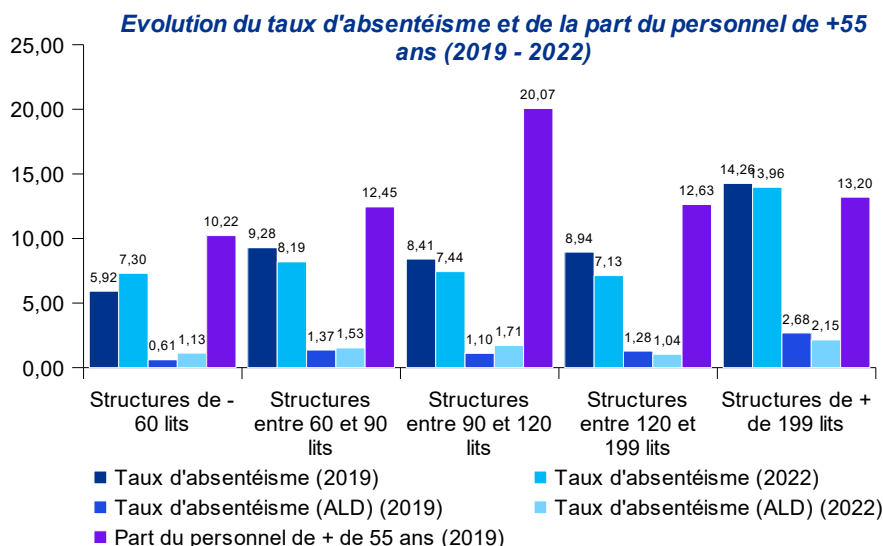
Dans le cas où un gestionnaire serait en difficulté financière et dans l'incapacité de redresser la situation après épuisement des outils et mesures exposées *infra* dans le présent rapport, il devra envisager un transfert de son activité, qui doit obligatoirement être validée par l'ARS et le Département. La procédure de celle-ci diffère fortement selon le statut public ou privé de l'EHPAD :

- un EHPAD public ne peut théoriquement être en cessation de paiement puisqu'un déficit important de ses comptes doit conduire à une saisine de la CRC qui imposera des mesures de redressement ;
- Un EHPAD privé sera quant à lui soumis au droit commun du code du commerce avec des procédures de sauvegarde et redressement, voire liquidation.

IV. 2. Les problématiques de ressources humaines

Là encore, les difficultés rencontrées par les EHPAD ne sont pas nouvelles. De nombreux rapports (rapports Iborra, Libault, El Khomri pour ne citer que les plus connus) ont pointé dès 2018 des difficultés importantes dans la prise en charge des personnes accompagnées compte tenu des difficultés de recrutement et de l'accroissement progressif des niveaux de dépendance.

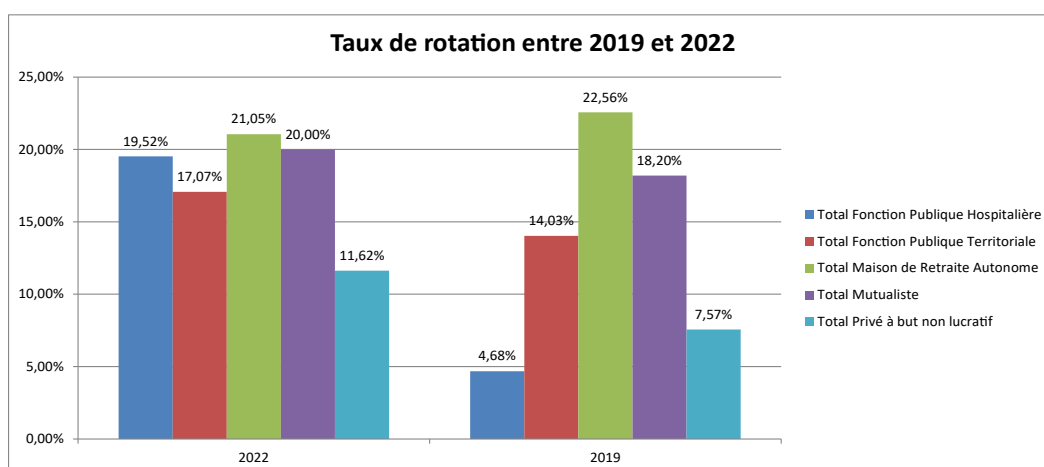
La pénibilité du métier joue également un rôle important. L'ancienneté et l'âge ont des incidences sur la masse salariale des établissements en termes d'absentéisme. On constate également un effet « taille » avec un absentéisme plus élevé dans les grandes structures, que l'on peut expliquer par une moindre solidarité d'équipe.



La charge de travail pour les personnels d'EHPAD est très importante, beaucoup de professionnels sont épuisés physiquement et psychologiquement. Les soignants sont formés pour respecter le rythme de vie des résidents lors des actes de soins et d'accompagnement, mais en réalité cela n'est plus possible. Comme les représentants des organisations syndicales l'ont souligné, les personnels peuvent éprouver un sentiment de honte vis-à-vis de leur métier quand l'accompagnement des personnes âgées n'est plus assuré dans de bonnes conditions. Ceux-ci aiment leur métier mais pas la manière dont ils l'exercent.

Les personnels ont également évoqué l'impact de la dégradation du système de santé et notamment de la saturation des urgences qui ne répondent plus que partiellement en cas de sollicitations. En parallèle, de nombreux établissements n'ont plus de médecin coordonnateur (un tiers environ), d'autres fonctionnent avec des médecins retraités d'âge avancé. Cette situation amène certains EHPAD à restreindre l'accès aux personnes ayant un médecin traitant, ce qui pose question.

Cela se traduit par un renouvellement du personnel, mesuré par son « taux de rotation », en augmentation.



Les soignants ont l'impression d'être devenus « robotisés » car ils effectuent le travail rapidement, résident par résident, et n'ont pas le temps de rester discuter avec le résident ou sa famille. Pour gagner du temps, certains actes / tâches sont « bâclés » et nuisent à l'accompagnement (exemples : repas servis en vitesse, couchers dès 15H, toilettes très rapides...). Ils déplorent que les encadrants soient insuffisamment présents auprès des équipes car accaparés par des tâches administratives (gestion des plannings, reporting...)

Cette situation n'est bien sûr pas propre aux Côtes-d'Armor, le rapport de 2022 précité de la Cour des comptes multipliant les exemples de structures contrôlées ayant des situations similaires voire encore plus dégradées.

Il est à l'inverse particulièrement intéressant de montrer que les structures qui parviennent à redonner du sens au travail des équipes, comme l'EHPAD Kersalic de Guingamp, n'ont pas de difficultés de recrutement.

Les visites ont corroboré ce constat : à des degrés divers, les personnels de Plédran, Rostrenen et Trégueux ont fait part de leur insatisfaction sur les plannings et les répercussions de l'absentéisme induisant un cercle vicieux : absentéisme – report de charge sur les présents – hausse de l'absentéisme. A l'inverse, un EHPAD tel que Saint-Nicolas du Pélem avec une équipe soudée et un absentéisme faible peut dégager des excédents conséquents tout en ayant un prix de journée parmi les plus bas du Département.

En raison des problèmes de recrutement, il n'est pas rare que des personnes occupent des fonctions sans la qualification requise. Ce taux de personnels « faisant-fonction » est particulièrement élevé pour les aides-soignants. Il est très difficile d'avoir des CV, quels que soient les postes AS, IDE, ASH. De nombreux postes de médecins coordonnateurs sont vacants, insuffisamment pourvus en termes de quotité de temps ou bien par des médecins d'âge avancé. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la médecine de ville et les urgences, en grande difficulté, répondent de moins en moins en cas de sollicitations.

L'emploi d'intérimaires coûte très cher aux établissements, néanmoins ces derniers n'ont plus le choix car ils ont besoin de personnel parfois dans l'urgence. Ce recours aux intérimaires décourage les soignants permanents en CDI, moins payés pour la même tâche et qui se retrouvent à assurer les week-ends et les périodes où moins d'intérimaires sont disponibles.

A noter que depuis le 1^{er} avril 2024, la loi sur l'accès aux soins du 27 décembre 2023 (« Loi Valletoux ») interdit à certains établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de recruter en intérim des professionnels de santé et socio-éducatifs en début de carrière. Sont notamment concernés les médecins, infirmiers et aides-soignants.

La planification du travail (gestion des plannings) apparaît comme un enjeu particulièrement prégnant avec des choix différents des établissements en fonction des priorités exprimées majoritairement par leurs équipes. Ainsi, certains agents (notamment les plus jeunes) indiquent favoriser des journées continues au risque d'une fatigabilité plus importante pour avoir davantage de temps libre le reste de la semaine, quand d'autres favorisent des coupures notamment s'ils

habitent à proximité. Le travail le week-end, généralement 1 semaine sur 2, est cité comme un frein important.

Sociologue spécialiste des EHPAD, Madame Xing-Bongioanni distingue 4 profils métiers dans les professionnels des EHPAD s'occupant des résidents en termes de motivation :

	ASH	ASH faisant fonction	Aide(s) soignant(es) diplômés	Infirmiers / infirmières
% souhaitant rester en EHPAD	80 %	69 %	57 %	48 %

	Facteurs favorisant l'envie de rester travailler en EHPAD selon les fonctions exercées
ASH	<p>Le travail d'ASH est surtout un « travail alimentaire »</p> <p>Les facteurs importants favorisant l'envie de rester en EHPAD sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'âge (plus l'ASH est âgé(e) plus il/elle a envie de rester car l'insertion dans le monde professionnel est plus difficile à un certain âge), • L'expérience professionnelle antérieure joue aussi sur l'envie de rester (ceux qui ont connu du chômage par exemple auront plus envie de rester), • Les contraintes financières (enfants à charge par exemple),
ASH faisant fonction	<p>Facteurs déterminants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reconnaissance, le soutien hiérarchique, • Le salaire (seul groupe pour lequel le salaire joue véritablement sur l'envie de rester si la personne n'a aucune autre offre d'emploi), • Les ASH faisant fonction sont aussi plus sensibles à la présence d'intérimaires dans la structure (différence de rémunérations, difficultés de l'établissement si fait appel à des intérimaires). <p>C'est un groupe qui a véritablement besoin de reconnaissance car ces personnes effectuent les mêmes missions que des agents diplômés.</p>
Aide(s) soignant(es) diplômés	<p>Facteurs déterminants :</p> <p>Relationnel avec les autres agents (bonne équipe, sentiment de faire partie d'un collectif soudé, soutien hiérarchique, soutien entre collègues, entraide).</p> <p>Pour ce groupe, l'ambiance au travail joue énormément.</p>
Infirmiers / infirmières	<p>Ce groupe est hétérogène, on peut distinguer 2 profils de personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des personnes plus jeunes, pour lesquelles le métier est un tremplin. Ces personnes restent parce qu'elles ont un projet à long terme, - Des personnes ayant eu une carrière antérieure souvent hospitalière et souhaitant une vie professionnelle en EHPAD plus apaisante et moins technique qu'en hôpital. <p>Facteurs déterminants pour rester en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge : les infirmiers plus âgés ont plus envie de rester alors que les plus jeunes changeront plus facilement surtout si elles ont un projet professionnel sur le long terme ● - L'attention accordée par la hiérarchie, ● - Le sentiment de faire un travail en accord avec leurs valeurs personnelles.

Partant de ces constats et de cette étude, les établissements peuvent mettre en place des stratégies pour mieux fidéliser le personnel.

Les problématiques touchent également les fonctions support : direction, administration, comptabilité, gestion des ressources humaines... Beaucoup de directeurs et directrices quittent leurs fonctions rapidement face aux difficultés. De fait, les sujets de gestion de l'absentéisme, des vacances de postes ou de vieillissement du personnel supposent pour tous les sites une problématique grandissante de gestion de ses ressources humaines. Les sites ruraux isolés, de taille réduite ou d'équipe de Direction limitée, peuvent connaître des enjeux accrus pour adresser ces problématiques au quotidien. Les postes administratifs, très polyvalents dans les petites structures, peuvent peiner à répondre à la technicité des exigences réglementaires. Les grosses structures sont mieux armées de ce point de vue.

L'exemple des EHPAD de Plédran et Ploëuc-l'Hermitage qui ont mutualisé leurs fonctions support montre également que la mutualisation peut être une réponse (cf. supra) sur ce sujet. En revanche, il a été constaté le besoin de disposer d'une direction présente en continu sur chaque site.

IV.3. Les problématiques bâtimementaires

L'état du patrimoine

Afin d'évaluer la situation patrimoniale des EHPAD costarmoricains, une enquête a été réalisée sous deux angles : l'état du bâti (vétusté) et son adéquation par rapport aux problématiques d'accompagnement. 99 EHPAD ont répondu.

D'après ces données croisées avec celles des bailleurs sociaux, l'état du bâti des EHPAD costarmoricains est globalement correct puisque les deux tiers des structures sont considérés en bon ou très bon état. Parmi les autres, plusieurs bâtiments sont en état de vétusté importante ou totalement inadaptés avec notamment des chambres doubles, des douches non adaptées voire l'absence de toilettes dans toutes les chambres.

S'agissant du seul bâti géré par TAH, la quasi totalité des structures est jugée en bon ou très bon état, en revanche 13 comportent des défauts jugés sérieux ou répondent mal aux besoins des personnels et/ou des résidents.

Actuellement une dizaine de projets de reconstruction totale sont recensés. Il s'agit notamment d'EHPAD hospitaliers (Guingamp, Dinan, Tréguier, Loudéac...), autonomes (Rostrenen) et territoriaux (Pontrioux, Fréhel, Le Mené...). Plusieurs d'entre eux, conformément aux orientations de l'ARS vers la transformation de l'offre et au vu du manque de personnel, accompagnent ces projets de reconstruction de redéploiements partiels de capacité d'EHPAD vers d'autres types d'offre (SSIAD, Unité d'hébergement renforcé, unité de psycho-gériatrie...)

La logique de virage domiciliaire

Depuis plusieurs années, pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées, l'État impulse une politique de transformation des EHPAD en s'inspirant du partage d'expériences de terrain.⁹ A titre d'illustration, la circulaire dédiée au Ségur investissement médico-social¹⁰ indiquait rien de

⁹ ANAP, guide « Transformation de l'EHPAD : s'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées », 2020

¹⁰ Circulaire N° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021

moins que « *le plan d'investissement du Ségur de la santé vise à créer une nouvelle génération d'EHPAD, caractérisée par le sentiment d'être chez soi, l'ouverture sur le quartier, un haut niveau de médicalisation, un modèle économique viable et une conception qualitative* ». A cet effet, les dossiers devaient notamment s'attacher au sentiment de « chez-soi » et à l'ouverture vers l'extérieur.

Celle-ci peut notamment se traduire par une mixité d'opérations entre logements traditionnels et EHPAD, des espaces permettant des activités aussi bien pour l'établissement que pour le quartier et la ville : jardins partagés, locaux d'activité partagés, etc., des commerces permettant une fréquentation aussi bien par les résidents et leur famille que par les habitants de la ville et du quartier, des services publics, en veillant à éviter la simple juxtaposition et coexistence mais en visant à permettre le partage et les échanges : crèche, médiathèque, etc. et des tiers-lieux. C'est notamment dans cette logique que le projet de Maisons d'Yffiniac est en cours de conception.

La mise en place au niveau national de « Centres de ressources territoriaux » (CRT), plateformes de ressources territoriales visant à financer des temps d'accompagnement à domicile d'une équipe pluridisciplinaire, s'inscrit dans la même démarche. En Côtes-d'Armor les premiers CRT ont été octroyés sur appel à projets à l'HSTV et à l'AHB.

Le défi du financement des investissements

Outre la question de l'ingénierie de projets nécessaire pour concevoir ce type de projets (actuellement largement dévolue aux bailleurs sociaux et aux architectes maîtres d'ouvrage), le défi est de taille car l'inflation d'une part et la dégradation de la santé économique des EHPAD d'autre part rendent tout projet particulièrement complexe, bien que les structures soient globalement peu endettées :

- pour les propriétaires, le portage direct supposerait des charges d'emprunt conséquentes et donc un autofinancement largement positif,
- pour les locataires, le poids en charge locative de l'augmentation de la redevance est incompatible avec le maintien d'un tarif hébergement viable (d'autant plus que viendront en sus s'ajouter les augmentations « courantes » chaque année).

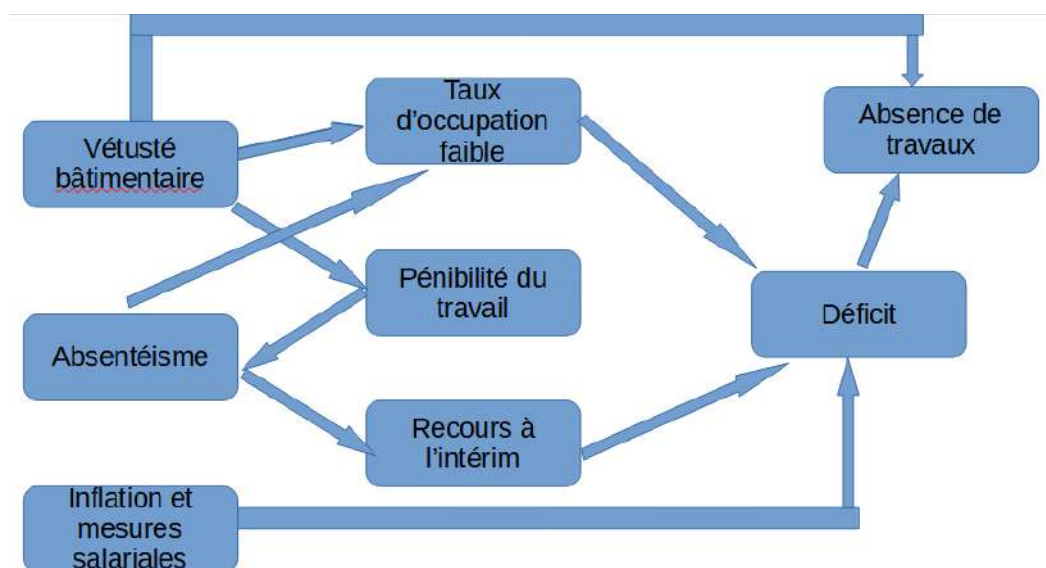
En parallèle, les coûts des travaux ont littéralement explosé, puisqu'ils étaient de l'ordre de 120 000 à 140 000€ par place avant le Covid et atteignent désormais 180 000€ voire plus de 200 000€ à la place sur certains projets. Cette situation amène le Département à des rejets fréquents des programmes pluriannuels d'investissement déposés par les gestionnaires.

Ces problématiques sont particulièrement prégnantes pour les plus petits EHPAD (30 à 60 places) pour lesquels la taille ne permet pas d'envisager une reconstruction économique viable, d'autant plus que l'ARS refuse d'aider les structures de petite taille. Cette situation a ainsi amené VYV3 (ex Mutualité) à reconstruire 3 EHPAD sur un seul site dans le Trégor afin d'atteindre une taille critique d'une centaine de places.

IV.4. Des problématiques interconnectées

Ces différentes problématiques sont indissolublement liées : au-delà des limites du modèle actuel, en pratique, les EHPAD les plus en difficulté voient leur situation financière grevée par des problématiques de ressources humaines qui les contraignent à faire appel à l'intérim lui-même très coûteux. De même, les tensions RH amènent fréquemment à des absences au niveau des directions, empêchant la mise en œuvre d'actions correctrices.

De manière très schématique, on peut souligner l'interconnexion des différentes problématiques comme suit :



Face à la complexité de ces situations, le recours à une expertise externe peut s'avérer indispensable, mais celle-ci peut elle-même générer des coûts importants.

V. Des réponses existantes nettement insuffisantes

V.1. Des augmentations budgétaires importantes mais toujours bien en deçà des besoins

La revalorisation des dotations soins

Les financements publics de la section soins ont fortement augmenté entre 2019 et aujourd'hui, passant de 8,5 à 12,5 milliards d'euros, notamment du fait des revalorisations salariales. Cette forte augmentation a renforcé le poids de l'État dans les financements des EPHAD. Ainsi, sur les EHPAD bretons, la part de la section soins sur leur budget est passée de 34 % en 2018 à 41 % en 2022.

Face à la persistance des difficultés, outre les mesures d'urgence prises via CNR (cf. infra), le gouvernement a annoncé fin avril 2024 une enveloppe pérenne de 650 M€, soit en moyenne une hausse de 5 % des dotations soins. Lors de son audition, le cabinet de la Ministre a toutefois rappelé que les principales sources de déficit étaient les sections dépendance et hébergement qui étaient principalement du ressort des Départements.

La revalorisation des tarifs hébergement

L'évolution des tarifs hébergement fixée par le Département est liée (hors mesures nouvelles spécifiques telles que la prise en compte des charges liées à la livraison d'un nouveau bâtiment par exemple) à deux enjeux :

- un souci d'accessibilité financière des établissements au plus grand nombre, ceux-ci étant d'ailleurs parfois demandeurs d'une hausse inférieure à celle choisie par le Département,
- un enjeu de maîtrise financière du budget d'aide sociale hébergement qui est mécaniquement impacté par la hausse des tarifs.

Sur ce sujet, on peut noter l'important décalage entre la volonté départementale de maintenir des tarifs accessibles au plus grand nombre, et l'approche nationale qui voit dans la tarification une démarche uniquement technique visant à couvrir des charges de manière purement mécanique en mettant en regard la hausse des pensions de retraite et en renvoyant les limites du modèle actuel à d'hypothétiques évolutions législatives, comme l'ont révélées les auditions du cabinet de la Ministre Khattabi et de la Direction générale de la CNSA.

La mission conteste cette approche et défend la prise en compte de l'enjeu d'accessibilité financière, notamment pour les classes moyennes, tel que mis en évidence par le rapport Pirès-Beaune de juillet 2023 sur le reste à charge en EHPAD.

L'évolution rétrospective des taux d'évolution costarmoricaïns sur la section hébergement met en évidence une contrainte forte exercée sur les EHPAD jusqu'en 2022 (avec une exception en 2021 via le « plan senior »), avant une inflexion nette en 2023 / 2024 dans le contexte d'inflation et de difficultés financières des structures.

Année	Taux	Observations
2016	0 ou 1 %	selon le niveau de tarif 2015 (convergence)
2017	0 ou 1 %	selon le niveau de tarif 2016 (convergence)
2018	1 %	
2019	0 %	
2020	0,7 % (moyenne)	Taux appliqués sur une enveloppe en fonction de critères (Déficit, Taux d'Occupation, coût à la place, tarif)
2021	1 % + « plan senior »	Augmentations ciblées sur les unités pour troubles neuro-dégénératifs et certains EHPAD en difficulté
2022	1 % (moyenne)	0,5, 1 ou 1,5 % selon le niveau de tarif 2021 (convergence)
2023	3,5 %	
2024	7 % (moyenne)	4, 7 et 10 % selon le niveau de tarif 2023 (convergence)

Le tarif journalier hébergement moyen 2024 dans les Côtes-d'Armor s'élève désormais à 63,52€ contre 59,27€ en 2023. A titre de comparaison, selon la CNSA, en 2023 le tarif hébergement moyen pour une chambre simple avec habilitation à l'aide sociale était de 63,49 € tous statuts confondus (65,30 € pour le secteur lucratif et 61,99 € pour le secteur public). Il était de 95,60 € pour les établissements non habilités à l'aide sociale.

Dans notre département, les revalorisations importantes effectuées cette année ont pu se heurter à l'incompréhension des familles mais également au refus de certains gestionnaires de les appliquer considérant qu'elles étaient trop élevées en dépit de situations financières parfois critiques, illustrant la difficulté de trouver un équilibre entre le souci d'accessibilité pour les familles et les contraintes de l'EHPAD. Les directeurs quant à eux soulignent à juste titre le besoin d'une visibilité pluriannuelle, qui se heurte malheureusement aux contraintes d'annualité budgétaire pour l'État comme pour le Département.

A titre d'illustration, il est estimé que les revalorisations hébergement 2024 représenteront environ 13 M€, supplémentaires pour les établissements en 2024, dont 10 % à la charge du Département au titre de l'aide sociale.

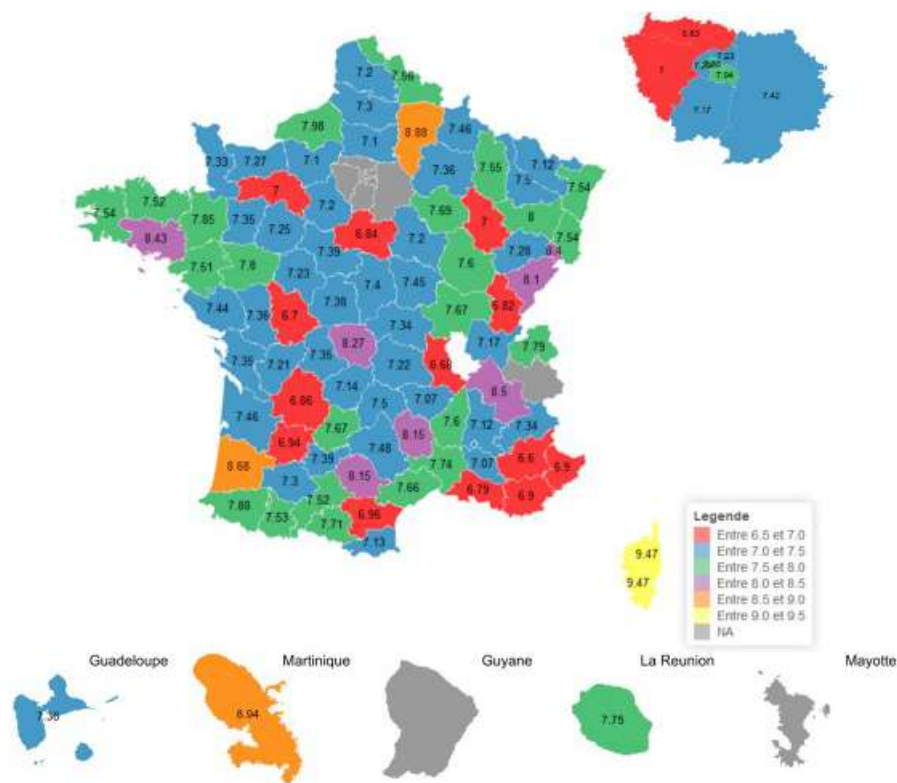
La revalorisation des dotations dépendance

Les dotations dépendance sont impactées par deux facteurs déjà évoqués dans ce rapport :

- l'augmentation du niveau de dépendance des résidents,
- le niveau du « point GIR » départemental (VNPG) depuis sa mise en place en 2016.

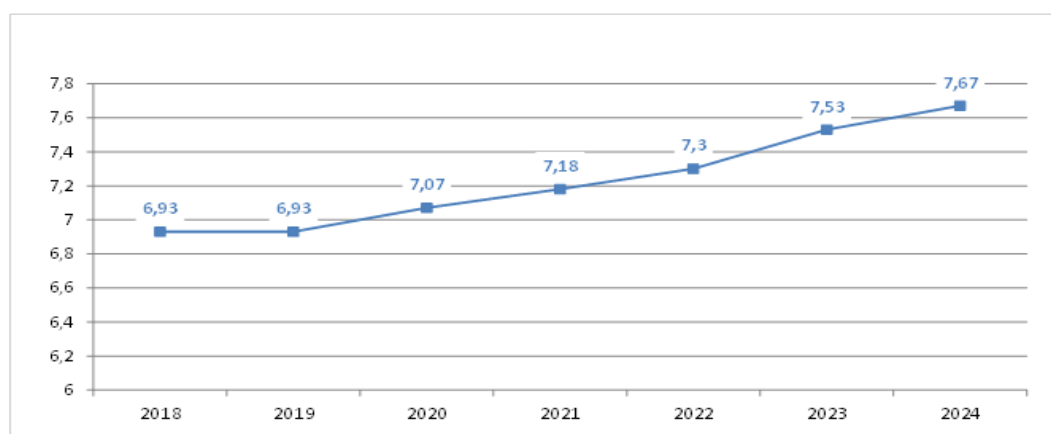
Historiquement, le niveau de la VNPG départemental est relativement bas comparé aux moyennes régionales et nationales. Le déficit de la section dépendance était compensé par des excédents côté soins et hébergement pour la majorité des EHPAD, ce qui n'est évidemment plus le cas aujourd'hui.

La VNPG par Département en 2023 (source : CNSA)



Pour cette raison, le Département a engagé un important effort financier (entre 2 et 3 M€ supplémentaires par an) pour revaloriser chaque année la VNPG avec pour objectif d'atteindre la moyenne nationale, ce qui est le cas depuis 2023 où elle s'élève à 7,53 pour le 22 (cf. graphique ci-dessous).

EVOLUTION DE LA VNPG



Par comparaison, la valeur médiane nationale du point GIR 2023 est de 7,38 euros en 2023, contre 7,28 euros en 2022. La valeur maximale est constatée pour la Corse (9,47 euros), et la valeur minimale est observée dans les Alpes-de-Haute-Provence (6,60 euros).

Le renforcement de l'aide à l'investissement

Pour répondre à ces enjeux de rénovation, les dispositifs d'aide à l'investissement nationaux et départementaux ont été renforcés :

- le « Ségur investissement » lancé par l'État en 2021 prévoyait une enveloppe de 82 M€ pour le secteur médico-social breton afin d'accroître fortement la dynamique immobilière des établissements. En moyenne il permet de prendre en charge de l'ordre de 10 % du coût du projet,
- l'aide départementale à l'investissement, très faible jusqu'en 2016 (plafond à 2 000€ la place) a été nettement revalorisée, avec un plan de rattrapage de 20 M€ sur 5 ans jusqu'à 20 000€ la place, puis portée jusqu'à 30 000€ la place en 2023, ce qui représente de l'ordre de 15 à 30 % du coût des projets.

L'analyse des derniers plans de financement soutenus en 2023 et 2024 montre qu'il a été nécessaire pour faire aboutir les projets de reconstruction complète un taux de financement compris entre un tiers et 40 %, ce qui suppose une concentration très forte des aides sur un nombre très réduit de projets, de l'ordre d'1 projet majeur par an.

De plus, l'articulation entre les souhaits de l'EHPAD, de l'ARS et du Département et leurs temporalités de décision distinctes supposent par ailleurs des délais parfois très longs. Dès lors, au vu du nombre de projets existants, il sera nécessaire soit de les différer, soit de se réorienter vers des optiques de rénovation lourde, financièrement plus soutenable bien que moins flexible. Sur ce sujet, le partenariat entre le Département et les bailleurs sociaux, notamment TAH, pourrait être approfondi.

V.2. Un développement des mutualisations et coopérations encore timide

Les différentes formes d'insertion d'un EHPAD dans un réseau n'ont pas vocation première de faire des économies, mais doivent permettre une amélioration dans la qualité et la continuité du service.

Les formes de coopération sont nombreuses et laissent une grande marge de manœuvre aux gestionnaires pour s'adapter au contexte et besoins de chacun : convention, groupement de coopération, association... Il peut s'agir d'un partenariat approfondi avec un établissement de santé, la mutualisation de fonctions supports et de ressources médicales et sanitaires entre plusieurs établissements ou l'appartenance à un groupe d'établissements. L'adossement à un hôpital ou à un groupe, en particulier, permet une meilleure continuité des prises en charge entre les secteurs médico-social et sanitaire.

Il est difficile pour un établissement de 60 lits de répondre à l'ensemble des exigences réglementaires et aux évolutions à venir. Il n'aura ni les ressources financières, ni le personnel nécessaire. Un directeur seul ne peut pas être expert sur tous les sujets : prise en charge du vieillissement, Ressources, budget, bâtiment, gestion de projet...

Actuellement, de nombreuses coopérations existent mais plutôt sous des formes institutionnelles légères, telles que des conventions de partenariat ou des achats groupés. Il existe peu de groupements sur le département des Côtes-d'Armor. Ceux-ci sont plus développés chez nos voisins bretons, avec notamment le GCSMS « Comète » qui regroupe 22 établissements dans le Finistère.

Plusieurs projets sont toutefois en réflexion, et parmi les existants on peut citer :

- sur le Nord Ouest du Département, l'Association Trégor Goelo qui existe depuis 1997 et compte aujourd'hui une vingtaine d'établissements membres,
- dans le même secteur, le GCSMS Sésame qui vise principalement à mutualiser des formations entre ses cinq membres.

V.3. Un soutien à l'attractivité des métiers à poursuivre

Compte tenu des enjeux de ressources humaines, dans la suite du rapport El Khomri, l'État a engagé une politique de soutien en complément des actions de revalorisation salariale et de celles engagées par les gestionnaires eux-mêmes via un plan de 37 mesures fin 2020.

Parmi celles-ci, la création de « plateformes des métiers de l'autonomie » est actuellement expérimentée dans 19 départements suite à un appel à projets de la CNSA. Les Côtes-d'Armor ne font pas partie des expérimentateurs, toutefois suite à une étude de faisabilité pilotée par notre collectivité, 4 fédérations d'ESSMS ont créé en septembre 2022 l'association Cap autonomie 22, cofinancée par le Département et l'ARS, pour fédérer les actions en Côtes-d'Armor. Actuellement 18 établissements EHPAD y adhèrent.

Depuis le début de l'année 2024, l'association a été présente dans 16 salons et forums de recrutement pour représenter les métiers de l'autonomie. Au niveau de l'accompagnement individuel, 26 personnes ont souhaité être accompagnées vers le métier d'ASH ou ASMS, 18 vers le métier d'aide-soignant, 3 vers le métier d'agent de soins, 2 vers le métier de cuisinier et 1 pour être animateur.

Parmi les autres acteurs mobilisés, on peut citer :

- France Travail, notamment au travers de de leur semaine nationale « des métiers du soin et de l'accompagnement » sur l'attractivité du secteur qui a lieu chaque année dans les dernières semaines du mois d'avril ;
- l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) Bretagne qui travaille sur un guide "kit" pour la mise en place d'une démarche en EHPAD pour l'attractivité du métier d'aide-soignant ;
- la Chambre régionale de l'économie sociale et solidaire (CRESS) Bretagne, porteuse du gérontopôle breton « Kozh Ensemble » avec le projet de créer un parcours d'accompagnement du public de l'insertion vers les métiers du grand âge (PIGA) en EHPAD. Le premier parcours expérimental démarrera en novembre 2024.
- les EPCI dont certains se sont mobilisés sur le sujet pour tenter d'attirer des professionnels soignants et paramédicaux.

Enfin, il y aura, le 29 novembre 2024, un événement destiné à tous les ESSMS du département sur la QVCT, organisé par l'ARACT, le CREAM, l'ARS et le Département.

V.4. Les mesures de la loi « bien vieillir »

La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie comporte plusieurs mesures concernant les EHPAD, notamment :

- la suppression de l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et leurs descendants (qui n'était pas appliquée dans notre Département),
- l'obligation de constituer des Groupement territoriaux de coopération médico-sociale pour les établissements hospitaliers autonomes uniquement,
- la différenciation tarifaire des tarifs hébergement.

La différenciation des tarifs hébergement

La différenciation des tarifs part du principe que, pour les EHPAD habilités, l'habilitation amène à fixer les tarifs pour tous les résidents alors que seule une minorité est bénéficiaire de l'aide sociale.

Cette pratique existait déjà dans un cadre juridique prévu au Code de l'Action Sociale et des Familles via une convention entre le gestionnaire et l'établissement. La loi Bien vieillir simplifie ce dispositif et permet à l'EHPAD d'être à l'initiative de la différenciation des tarifs hébergement, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Par ailleurs, elle prévoit des gardes fous qui seront précisés dans un décret d'application.

Sur la base de ce dernier, le Département sera amené à encadrer dans son Règlement départemental d'aide sociale la manière dont les EHPAD appliqueront ce nouveau dispositif.

La fusion des sections soins et dépendance

L'article 37 de la LFSS 2024 prévoit « *À titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter du 1er janvier 2025, [...] dans au plus vingt départements volontaires* », un « *régime adapté de financement* » qui est constitué par « *un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, selon des modalités fixées par décret* ».

L'objectif est de simplifier le système pour les gestionnaires, en passant de 3 à 2 sections, théoriquement sans impact budgétaire pour eux puisque la nouvelle section serait la somme des deux sections fusionnées. Pour les départements volontaires, le changement serait définitif (pas de retour en arrière).

Le Département s'est prononcé favorablement à cette expérimentation lors de la commission permanente de mai dernier. Si cette fusion devrait à terme, en cas de généralisation, permettre une harmonisation sur la base d'une VNPG nationale, à court et moyen terme elle devrait être neutre pour les EHPAD costarmoricens.

V.5. Les outils d'accompagnement des EHPAD en difficulté

Les autorités de tarification disposent de par leurs missions de moyens et d'obligations de contrôle de l'activité des ESSMS et notamment de leur situation financière. Elles doivent ainsi notamment valider les EPRD et ERRD déposés par les gestionnaires, notamment en prenant en compte leur situation financière, et les amener à des contrats de retour à l'équilibre en cas de difficultés. Ces outils ont été renforcés en 2023 via la mise en place de commissions départementales de suivi visant à mieux coordonner les différents acteurs impliqués.

Les crédits non reconductibles et les commissions de suivi

Bien que ce ne soit pas leur vocation initiale, les CNR peuvent pallier les difficultés financières d'une structure notamment en cas de difficulté de trésorerie. Il ne s'agit en aucun cas d'une solution pérenne mais uniquement d'un gain à court terme qui doit s'accompagner de mesures structurelles notamment via un contrat de retour à l'équilibre (cf. infra).

En 2023, le gouvernement a mis en place un fonds d'urgence exceptionnel doté de 100 millions d'euros qui a été mobilisé en complément des enveloppes de CNR existantes. Ce dispositif n'a toutefois pas été reconduit en 2024. Il est de toute façon bien insuffisant face aux déficits massifs du secteur puisqu'il n'a représenté que 1,278 M€ pour les Côtes-d'Armor.

Le Département a également mobilisé des aides exceptionnelles en 2022 et 2023 à hauteur de 2 millions d'euros. La contrainte budgétaire n'a pas permis de renouveler ce dispositif en 2024. En revanche la collectivité a pu effectuer des avances sur dotations APA et aide sociale pour certaines situations critiques.

En terme de gouvernance, l'instruction interministérielle du 21 septembre 2023 prévoit la mise en place de commissions départementales de suivi des ESSMS en difficultés financières dans tous les Départements. Elle a été installée dans les Côtes d'Armor le 26 septembre 2023. Cette commission réunit les financeurs et les créanciers publics pour examiner les difficultés de trésorerie et accorder des aides ponctuelles (notamment des CNR) ou des souplesses dans le paiement des dettes sociales ou fiscales. Mais la décision finale de mise en œuvre relève de l'administration compétente en la matière.

La commission départementale de suivi se réunit à plusieurs reprises dans l'année, avec :

- des commissions techniques rassemblant des représentants de l'Agence Régionale de santé, du Conseil départemental, de la Direction Départementale des Finances Publiques, de l'URSSAF, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- des réunions plénières auxquelles les élus sont / vont être conviés (M. Compain et M. Kerdraon représentent l'AMF, M. Boissel et M. Carré représentent l'Association des maires ruraux). La prochaine est prévue le 9 septembre 2024.

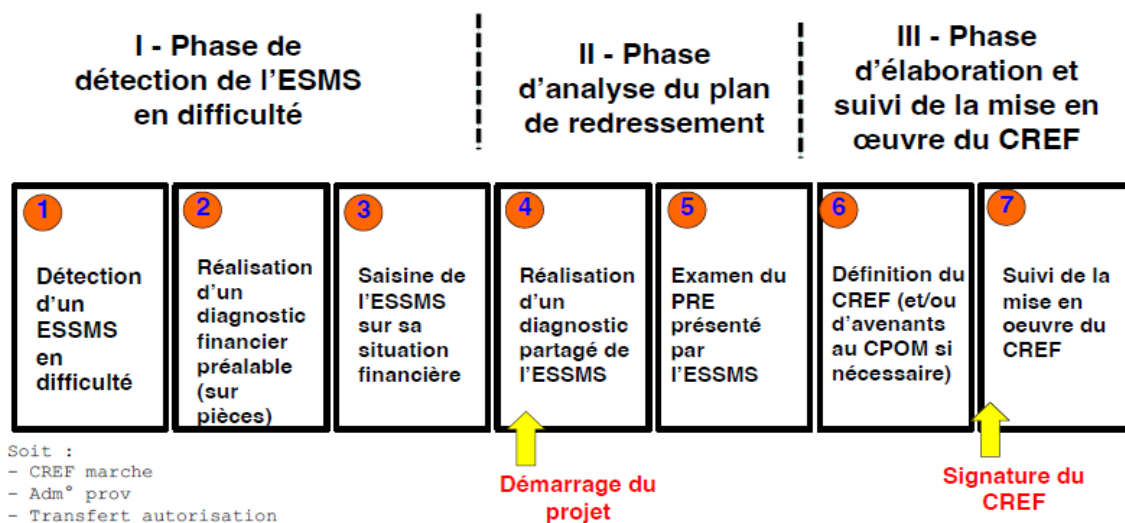
L'analyse de la situation financière des établissements s'appuie sur des indicateurs standards tels que la trésorerie, le fonds de roulement et les résultats issus des EPRD et des ERRD – ce qui suppose que les EPRD/ERRD soient remplis par ces derniers, ce qui n'est pas toujours le cas, notamment en l'absence de direction. Des réunions spécifiques sont organisées avec les ESSMS qui

le souhaitent ou qui sont repérés lors des commissions. A noter que, dans certains cas de figure, l'ARS conditionne l'octroi de CNR à la poursuite/mise en place de démarches de mutualisations.

Au plan qualitatif, les commissions ont permis une meilleure collaboration des acteurs en intégrant notamment l'URSSAF et la DDFIP aux côtés de l'ARS et du Département. Cette amélioration de la méthode ne constitue toutefois pas une réponse de fond, d'autant plus que l'approche de l'ARS qui pilote ces commissions se concentre sur les problématiques de court-terme et fonctionne au cas par cas.

Les contrats de retour à l'équilibre

L'objectif des Contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) est d'assurer qu'en contrepartie des aides (CNR, hausses tarifaires pérennes...) accordées par les tutelles, le gestionnaire prend des mesures visant à maîtriser ses dépenses. Il peut être résumé comme suit :



Cet exercice est complexe en pratique compte tenu du poids prépondérant des dépenses de personnel en EHPAD et des impacts des mesures prises (exemple : réduction du nombre d'agents, passage au 1607 heures pour les structures FPT...). Les autorités de tutelles ne peuvent en effet contraindre les gestionnaires de prendre des mesures, telles que la mise en place des 1607 heures par exemple.

Il suppose par ailleurs que le gestionnaire soit en état de contractualiser. Or les EHPAD les plus en difficulté manquent généralement, faute de compétences disponibles, d'une information financière fiable et d'une capacité prospective. Les autorités de tarification peinent également, faute de moyens humains disponibles, à systématiser les CREF en sus de leurs autres missions.

VI. Propositions de la mission

Proposition n°1 : poursuivre l'augmentation du tarif hébergement en donnant une visibilité pluriannuelle sur 3 ans aux gestionnaires.

En dépit de la situation financière difficile du Département, il apparaît nécessaire de poursuivre en 2025 et au-delà une hausse du tarif hébergement supérieure à l'inflation prévisionnelle (2 % en 2025). S'il est complexe de définir un pourcentage, la collectivité pourrait s'engager *a minima* sur une compensation au niveau de l'inflation avec en sus un pourcentage fixe à définir.

Proposition n°2 : inciter les établissements à s'emparer des dispositions de la loi Bien vieillir relatives au tarif différencié.

En complément de la proposition n°1, il apparaît incontournable que les gestionnaires s'emparent de la liberté tarifaire qui leur est allouée une fois le décret d'application paru afin d'améliorer leurs marges de manœuvre pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, c'est-à-dire la grande majorité. Le Département sera amené à encadrer ces dispositions dans son Règlement départemental d'aide sociale.

Proposition n°3 : créer une structure départementale publique, type GCSMS, afin de mutualiser la gestion des établissements volontaires et éviter un transfert vers le secteur privé commercial.

Le Département pourrait impulser en partenariat avec les communes la création d'un groupement ayant vocation à mutualiser des ressources voire à porter les autorisations d'EHPAD qui leur seraient confiées sur la base du volontariat, par exemple dans le cas de grandes difficultés financières. Cette éventualité, dans un cadre de gouvernance à définir, permettrait de disposer d'une alternative à une reprise d'une partie de l'offre par des grands groupes privés.

Proposition n°4 : promouvoir les mutualisations et rapprochements pour sécuriser les fonctions support et de direction notamment pour les EHPAD territoriaux.

Si cette mesure n'amènerait pas d'économies directes, elle serait à même de faciliter la constitution d'une expertise en matière notamment de fonctions ressources et garantirait une continuité de service au niveau des fonctions de direction. Le Département pourrait envisager un « bonus » tarifaire pour les structures concernées, à l'instar de l'ARS qui soutient notamment les créations de GCSMS.

Proposition n°5 : inciter les établissements à adhérer à Cap autonomie et mutualiser les bonnes pratiques en matière de recrutement et de fidélisation des soignants.

La plateforme départementale des métiers Cap autonomie compte aujourd'hui seulement 18 EHPAD adhérents alors que le coût afférent est très faible. Elle constitue pourtant un levier pour les directions afin de rechercher des candidats potentiels.

En parallèle, les réorganisations de services qui ont donné des résultats positifs devraient être promues et mises en avant par les gestionnaires.

Proposition n°6 : inciter les gestionnaires à réinterroger leur organisation du travail de manière participative.

En lien avec la recommandation n°5, la mission souligne le caractère central de l'organisation du travail en termes de répartition des tâches et de planning pour l'attractivité des postes. La mission recommande, en cas de difficulté, aux gestionnaires de réfléchir collectivement avec les équipes et les représentants du personnel à une organisation permettant de mieux concilier à la fois attentes du personnel et des résidents.

Proposition n°7 : conventionner entre le Département et les bailleurs sociaux afin de faciliter la mise en place des projets d'investissement pris en compte par le plan pluriannuel d'investissement du Département.

Les offices publics de l'habitat et en premier lieu TAH disposent d'une part conséquente du patrimoine bâti des EHPAD. Si des échanges techniques existent entre le Département et le bailleur, il n'existe pas de stratégie concertée face aux enjeux bâtimentaires décrits dans le présent rapport. Un conventionnement-cadre permettrait de faciliter l'aboutissement sur les projets complexes et au long court et de fluidifier les échanges avec les gestionnaires.

Proposition n°8 : être vigilant à limiter la charge administrative liée aux appels à projet, enquêtes et diverses sollicitations des directions.

Les directions ont souligné le temps important passé à répondre aux diverses sollicitations des différentes administrations. Si toutes prises individuellement ces demandes peuvent être légitimes, leur accumulation devient problématique. Sans qu'il soit possible de le quantifier, une vigilance de principe quant à leur réduction serait souhaitable.

Annexes

Courrier de demande de création de la mission
Réponse du Président du Conseil départemental
Délibération de création de la mission
Comptes-rendus des réunions de la mission
Comptes-rendus des visites et auditions
Trombinoscope
Glossaire

SAINT-BRIEUC, le 7 mars 2024

2716

Département des Côtes d'Armor

08 MARS 2024

- Cabinet -

Monsieur COAIL Christian
Président du Conseil départemental
Hôtel du département
Place Général de Gaulle
22000 SAINT-BRIEUC

**OBJET : Création d'une mission d'information
et d'évaluation sur les EHPAD des Côtes d'Armor tarifés
de compétence départementale.**

**Références : art L.3121-22-1 du CGCT,
article 25 du règlement intérieur de l'assemblée départementale.**

Monsieur le Président,

Comme vous le savez, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont en grande difficulté dans notre département. Ils sont au bord de l'asphyxie financière et ne parviennent plus à équilibrer leur budget faute de recettes suffisantes pour couvrir des dépenses de plus en plus contraignantes.

« Pour l'année 2023-2024, le déficit de la majorité des EHPAD costarmoricains devrait osciller entre 400 000 € et 500 000 € en moyenne », pouvait-on lire récemment dans la presse.

Cette situation financière dégradée se cumule avec des pénuries de personnels qui fragilisent les établissements jusqu'à obliger certains d'entre eux à recourir à du personnel intérimaire, ce qui n'est pas sans conséquence sur leurs finances.

Dans ce contexte, c'est l'accompagnement des résident(e)s qui peut se trouver fragilisé. Cela ne peut être acceptable alors que nous devons promouvoir une culture de la bientraitance dans tous les établissements.

Ces constats inquiétants justifient la création d'une mission d'information et d'évaluation sur les EHPAD des Côtes d'Armor, à l'image de la mission sur les SAAD dont vous aviez été à l'origine en novembre 2019.

Cette mission d'information et d'évaluation sur les EHPAD des Côtes d'Armor tarifés de compétence départementale doit avoir pour objet les points suivants :

- état des lieux de la situation financière et bâtiminaire de chaque EHPAD tarifé de compétence départementale,
- adéquation entre les moyens budgétaires attribués par le département aux EHPAD sur les sections dépendance et hébergement et la situation financière réelle de chaque établissement,

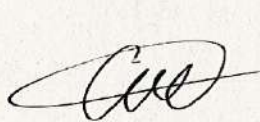
- enjeux liés à la gestion des ressources humaines et aux taux d'encadrement dans les établissements afin de garantir la qualité de la prise en charge des résident(e)s, la pérennité des EHPAD et le maintien d'un service de proximité dans tous les territoires costarmoricains.

Ces trois points d'analyse devront permettre de mieux prendre en compte le contexte des Côtes d'Armor pour définir les contours des futurs Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

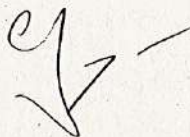
C'est la raison pour laquelle il apparaît important d'attendre les conclusions de cette mission d'évaluation sur les EHPAD avant la signature de tout nouveau CPOM.

En application de l'article L.3121-22-1 du Code Général des Collectivités Territoriales et de l'article 25 du règlement intérieur de notre assemblée, nous vous demandons d'inscrire à l'ordre du jour de la session budgétaire du 25 et 26 mars 2024 la création d'une mission d'information et d'évaluation sur les EHPAD des Côtes d'Armor tarifés par le département de compétence départementale.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre considération cordiale.



Mickaël CHEVALIER



Isabelle GORE-CHAPEL



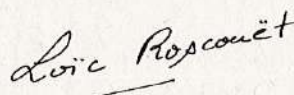
Brigitte BALAY-MIZRAHI



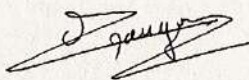
René DEGRENNE



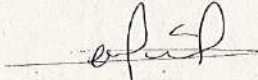
Céline GUILLAUME



Loïc ROSCOUËT



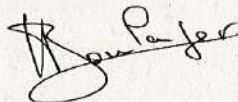
Michel DAUGAN



Cécilia DELAROCHE



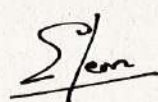
Romain BOUTRON



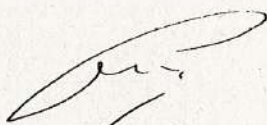
Béatrice BOULANGER



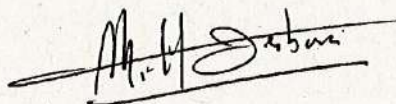
Marie-Louise DRONIOU



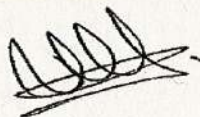
Erven LÉON



Marie-Christine COTIN



Michel DESBOIS



Valérie RUMIANO



Thierry SIMELIÈRE

Saint-Brieuc, le 15 mars 2024

Mesdames et Messieurs les Conseillères
et Conseillers départementaux du groupe
de l'opposition de l'union du centre et de
la droite

Références 2024 / 1756

Mesdames, Messieurs,

Par courrier en date du 7 mars, vous sollicitez l'inscription à l'ordre du jour de la session plénière du budget primitif la création d'une mission d'information concernant les « EHPAD tarifés de compétence départementale », en conformité avec les dispositions du règlement intérieur de notre assemblée.

Ces établissements sont en effet en grande difficulté non seulement dans notre département, mais également au plan national et c'est à ce titre que notre majorité a réalisé des efforts budgétaires très conséquents depuis le début du mandat à leur intention.


Je vous informe donc de mon accord pour l'inscription à l'ordre du jour de la session de la création de ladite mission sur le périmètre que vous proposez.

Je ne suis en revanche pas favorable à votre demande de surseoir à la signature des CPOM en attente des conclusions de la mission. En effet, une dizaine de contrats élaborés en 2023 sont actuellement en instance de signature ; les bloquer reviendrait à remettre en cause le travail important réalisés par les directeurs de structure et priverait les EHPAD concernés des augmentations budgétaires prévues dans le cadre des « coupes » PATHOS (soin) et GMP (dépendance).

Je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, en l'assurance de ma considération distinguée.

Bien cordialement

Le Président,



Christian COAIL

ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

BUDGET PRIMITIF 2024

Séances des 25 et 26 mars 2024

DÉLIBÉRATION – N° 2.9

Création d'une mission d'information et d'évaluation sur les EHPAD des Côtes d'Armor

L'Assemblée plénière du Conseil départemental, s'est réunie à l'Hôtel du Département, dans l'hémicycle René Pléven sous la présidence de M. Christian COAIL.

Présents : Vincent ALLENO, Brigitte BALAY-MIZRAHI, Jean-Marie BENIER, Béatrice BOULANGER, Romain BOUTRON, Véronique CADUDAL, Jean-René CARFANTAN, Mickaël CHEVALIER, Christian COAIL, André COENT, Marie-Christine COTIN, Michel DAUGAN, René DEGRENNE, Jean-Marc DEJOUÉ, Cécilia DELAROCHE, Michel DESBOIS, Marie-Louise DRONIOU, Marie-José FERCOQ, Damien GASPAILLARD, Isabelle GORE-CHAPEL, Pierrick GOURONNEC, Ludovic GOUYETTE, Alain GUEGUEN, Céline GUILLAUME, Marie-Annick GUILLOU, Denis HAMAYON, Patrice KERVAON, Nadège LANGLAIS, Béatrice LE COUSTER, Nadine L'ECHELARD, Cinderella MARCHAND, Solenn MESLAY, Christine METOIS-LE BRAS, Nathalie NOWAK, Christine ORAIN-GROVALET, Gilles PAGNY, Anne-Marie PASQUIET, Martine PELAN, Joël PHILIPPE, Pascal PRIDO, Robert RAULT, Gaëlle ROUTIER, Valérie RUMIANO, Nadine SALLOU-LE GUEN, Juliana SAN GEROTEO, Graziella SEGONI, Thierry SIMELIERE, Lisa THOMAS, Nathalie TRAVERT - LE ROUX et Didier YON .

Absents représentés : Erven LEON (Délégation de vote à Marie-Louise DRONIOU), Guillaume LOUIS (Délégation de vote à Anne-Marie PASQUIET), Thierry ORVEILLON (Délégation de vote à Solenn MESLAY) et Loïc ROSCOUET (Délégation de vote à Céline GUILLAUME) .

VU le Code Général des Collectivités Territoriales et notamment sur article L3121-22-1 ;
VU l'article 25 du Règlement Intérieur du Conseil départemental des Côtes d'Armor ;
VU la demande présentée à M. le Président du Conseil départemental ;
VU le rapport de M. le Président du Conseil départemental ;
VU l'avis de la Commission des Solidarités Humaines du 11 mars 2024 ;
VU le projet de délibération présenté en séance par Mme Véronique CADUDAL ;

CONSIDÉRANT le courrier réceptionné le 8 mars par le Président du Conseil départemental, par lequel le Groupe de l'Opposition de l'Union du Centre et de la Droite a demandé la création d'une mission d'information et d'évaluation relative aux EHPAD des Côtes d'Armor ;

APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ

CRÉÉ une mission d'information et d'évaluation relative aux EHPAD des Côtes d'Armor ;

FIXE la durée à 6 mois maximum ;

DÉSIGNE, sur proposition des groupes,

- Mme Véronique Cadudal
- M. Jean-Marc Déjoué
- M. Damien Gaspaillard
- Mme Isabelle Goré-Chapel
- M. Alain Guéguen
- Mme Nadine L'Échelard

- Mme Béatrice Le Couster
- M. Erven Léon
- M. Guillaume Louis
- Mme Nathalie Nowak
- M. Thierry Orveillon
- Mme Martine Pélan
- M. Joël Philippe
- M. Loïc Roscouët
- Mme Graziella Segoni
- M. Thierry Simelière

pour participer aux travaux de la mission ;

DIT que la mission déterminera, dans le respect des prescriptions du règlement intérieur, les modalités appropriées à son fonctionnement et à la réalisation des travaux, qui seront conduits sous la responsabilité d'un.e Président.e, d'un.e Vice-Président.e et d'un.e rapporteur qu'elle aura désigné.es ;

DIT qu'à l'issue de ses travaux, la mission établira un rapport qu'elle adressera sous un mois au Président du Conseil départemental ;

DIT que le Président du Conseil départemental communiquera ce rapport à l'ensemble des conseiller.ères départementaux.ales afin qu'il puisse être présenté et débattu à la réunion suivante du Conseil départemental ;

ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ

Le Président du Conseil départemental,

Acte certifié exécutoire

Envoi préfecture :	29 mars 2024
Date de réception en préfecture :	29 mars 2024
Affiché ou publié le :	29 mars 2024
Identifiant de la télétransmission :	22-222200016-20240325-63407-DE-1-1



Christian COAB.

RÉUNIONS DE LA MISSION

Mission d'information sur les EHPAD

Réunion n°1 - 19 avril 2024

Membres de la mission présents :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
 - Madame Véronique CADUDAL – Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL
 - Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC
 - Madame Nadine L'ECHELARD – Conseillère Départementale du Canton de PLAINTTEL
 - Madame Martine PELAN – Conseillère Départementale du Canton de PLENEE-JUGON
 - Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
 - Monsieur Joël PHILIPPE – Conseiller Départemental du Canton de BEGARD
 - Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller Départemental du Canton de PLESLIN-TRIGAVOU
 - Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
 - Monsieur Alain GUEGUEN – Conseiller Départemental du Canton de ROSTRENEN
 - Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC
- Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN
 - Monsieur Erven LEON – Conseiller Départemental du Canton de PERROS-GUIREC
 - Monsieur Loïc ROSCOUET – Conseiller Départemental du Canton de GUERLEDAN
 - Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA

Excusée :

- Madame Nathalie NOWAK - Conseiller Départemental du Canton de PLERIN

Assistaient également à la réunion :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint Solidarités Humaines par interim
- Monsieur Ludovic JEAN – Chef du service Planification et Tarification des Etablissements et Services PA-PH / DPAPH
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux / DPAPH
- Madame Adèle FOURNIER – Chargée de Mission au cabinet

Dans l'attente de la désignation du/de la président(e), Mme Cadudal ouvre la réunion à 14h10.

L'objectif de cette 1ère réunion est d'établir les modalités de fonctionnement de la mission et présenter le fonctionnement et cadre réglementaire des EHPAD.

En préambule, les membres de la mission faisant partie de la minorité s'étonnent de la présence d'un membre du cabinet et demandent son départ, ou à défaut de pouvoir être accompagnés eux aussi d'un collaborateur de groupe.

Il est pris acte du désaccord et est finalement convenu que cette question soit réglée d'ici à la prochaine réunion.

I. Définition des modalités de fonctionnement de la mission

A- Présence

Il est acté que les suppléants ne seront présents qu'en l'absence des titulaires. Néanmoins par commodité, l'ensemble des informations sera transmis à tous les membres.

B- Désignation des membres titulaires et suppléants

Titulaires	Suppléants
Mme SEGONI	Mme PELAN
Mme CADUDAL	Mme NOWAK
M. SIMELIERE	M. ROSCOUET
M. GASPAILLARD	M. GUEGUEN
M. LOUIS	M. DEJOUE
Mme LE COUSTER	Mme L'ECHELARD
M. ORVEILLON	M. PHILIPPE
Mme GORE-CHAPEL	M. LEON

C- Choix des modalités de vote

Il est décidé que les votes seront comptés à la majorité des présents.

D- Désignation des Président(e), Vice-Président(e) et Rapporteur(e)

Madame Béatrice LE COUSTER se porte candidate pour le poste de Présidente et est élue à l'unanimité des membres présents.

Monsieur LOUIS et Monsieur SIMELIERE se portent candidats pour le poste de rapporteur. Monsieur LOUIS est élu à la majorité des votes des membres présents (11 votes pour Monsieur LOUIS et 4 votes pour Monsieur SIMELIERE).

Monsieur SIMELIERE se porte candidat pour le poste de Vice-Président et est élu à l'unanimité des membres présents.

E- Présentation du rétro-planning de la mission

La mission s'étend sur une durée de 6 mois à compter de sa création. Le rapport de conclusion doit donc être présenté à la session du 14 octobre prochain, et par conséquent être finalisé début septembre.

Compte-tenu des vacances d'été, 2 réunions sont prévues :

- en juin pour la restitution des données
- en septembre pour la présentation du rapport.

Les visites d'établissements et auditions seront organisées, chacune sur 2 jours, sur les mois de mai et juin.

Pour la programmation des visites, auditions et réunions, des doodles seront proposés sur mai, juin, début juillet et septembre.

Ce calendrier d'ensemble est acté par la mission.

F- Détermination des établissements à visiter

Les services du Département proposent un échantillonnage en recherchant des structures de situations différentes selon leur statut, capacité, situation financière, situation bâtiminaire et représentatifs de tout le Département.

Les membres de la minorité font mention de la démarche actuelle de Madame BOULOUX, Députée de la circonscription de DINAN, qui rencontre plusieurs établissements de son territoire. Ils demandent d'éviter de visiter des établissements de ce secteur géographique et proposent de se rapprocher de Madame BOULOUX pour partager ses conclusions.

Une série de propositions sera présentée aux membres de la mission en fonction des dates retenues.

La mission exprime également le souhait que des représentants des Conseils de la Vie Sociale soient rencontrés dans le cadre de ces visites.

G- Détermination des auditions à réaliser

Outre l'ARS, les membres de la mission évoquent :

- le collectif des maires
- les fédérations de gestionnaires (des différents modes de gestion)
- l'Association des Maires de France
- l'Union Départementale des CCAS
- des représentants du personnel (organisations syndicales)
- les bailleurs sociaux
- la Ministre Déléguée chargée des Personnes Agées et Personnes Handicapées
- la mission sénatoriale qui va rendre ses conclusions au cours du 1^{er} semestre 2024
- la DDFIP
- la CNSA

II. Présentation liminaire par Monsieur JEAN, chef du service PTES

Le diaporama est disponible sur l'espace GECO dédié.

Au cours de cette présentation, plusieurs précisions ont pu être apportées :

- l'aide sociale à l'hébergement est subsidiaire et donc récupérable à la succession

- une spécificité des Côtes d'Armor de compter beaucoup d'EHPAD publics et peu de privés commerciaux (la majorité des EHPAD est composée de 2/3 de Fonction Publique Territoriale, peu de Fonction Publique Hospitalière mais avec de grosses capacités et quelques associatifs). A noter que les membres de la mission souhaitent connaître les tarifs des établissements privés commerciaux.

- autre spécificité des Côtes d'Armor, la majorité des établissements ont une capacité inférieure à 75 places, ce qui peut être pénalisant financièrement sur la base du seuil de viabilité économique généralement admis de 80 places.

- s'agissant des personnes handicapées vieillissantes (PHV), selon les droits ouverts à l'aide sociale à l'hébergement, il y a plus de 500 personnes handicapées vieillissantes dans le Département. Normalement, les EHPAD accueillent les personnes de plus de 60 ans, mais une dérogation est possible sur décision libre de l'établissement depuis 2023. L'accueil des personnes handicapées vieillissantes est un enjeu évoqué dans le cadre des CPOM et de l'Appel à Manifestation d'Intérêt PHV du CD, le sujet étant le ratio totalement différent entre les établissements accueillant des Personnes Agées et ceux accueillant des Personnes Handicapées.

- la valeur du point dépendance est fixée de manière discrétionnaire par le Département. Celle du CD22 est inférieure au niveau régional, mais supérieure à la moyenne nationale de 7,20 €. A noter que globalement, 1 € apporté par le CD sur la section dépendance représente 1,30 € pour l'établissement, alors que sur la section hébergement, cela représente 10 €. Pour autant, les

établissements préfèrent les moyens apportés sur la section dépendance qui a peu d'incidence sur la facturation aux résidents.

- information sur l'expérimentation du transfert de la section dépendance à l'ARS sur laquelle le CD 22 s'est porté candidat

- évolution réglementaire évoquée par la loi Bien vieillir sur la tarification hébergement : le CD n'interviendrait plus que pour les seuls résidents bénéficiaires de l'Aide Sociale et non plus pour tous les établissements habilités à l'Aide Sociale.

- les moyens résultants des validations de GMP et PMP sur le second semestre N ne sont apportés aux établissements qu'en N+2 par l'ARS (en N+1 par le CD)

- année type budgétaire : tarification de janvier à mars
 dotation ARS en juin
 Dépôt des EPRD au 30/06 (équivalent du budget exécutoire)
 Dépôt des ERRD au 30/04 (équivalent du CA)

A noter de grosses difficultés des établissements à remplir de manière fiable les EPRD (Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses) et les ERRD (Etat Réalisé de Recettes et de Dépenses).

- les résultats par sections tarifaires (soin/hébergement/dépendance) sont un indicateur, mais ne sont pas fiables compte tenu de la comptabilité analytique peu fine des établissements (porosité des sections, répartition peu fiable du Ségur et des charges de personnel)

III. Détermination des attendus de la mission

Les membres de la minorité : un état des lieux en matière financière, de ressources humaines et bâtementaire (des établissements rénovés ou avec un PPI et savoir qui va financer les travaux).

Il est également attendu une répartition du financement des EHPAD par type de coût (bâtiment, énergie, alimentaire, personnel, interim ...).

Les membres de la missions souhaiteraient par exemple avoir une notion du coût de l'énergie par résident et réussir à trouver des solutions à apporter aux établissements (travaux en lien avec les bailleurs en étudiant les augmentations de redevance qui en découleraient par exemple).

La minorité va préciser ses demandes.

A noter que compte-tenu du dépôt des ERRD au 30/04 et du délai d'exploitation des documents, les données 2023 ne pourront être présentées que fin juin.

L'ordre du jour étant épuisé, la réunion est conclue à 16h25.

Mission d'information sur les EHPAD

Réunion n°2 - 1^{er} juillet 2024

Membres de la mission présents :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Véronique CADUDAL – Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC
- Madame Martine PELAN – Conseillère Départementale du Canton de PLENEE-JUGON
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Alain GUEGUEN – Conseiller Départemental du Canton de ROSTRENEN
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA

Secrétariat de la mission :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint Solidarités Humaines par interim
- Monsieur Ludovic JEAN – Chef du service Planification et Tarification des Etablissements et Services PA-PH / DPAPH

Mme LE COUSTER ouvre la réunion à 14h10.

L'ordre du jour de cette 2ème réunion est :

- la présentation de dispositifs existants de soutien aux EHPAD
- le plan du rapport

I. Présentation des dispositifs de soutien

Cf. Diaporama joint.

Les dispositifs de soutien existants et leurs limites sont présentés.

Les membres de la commission s'interrogent sur les écarts d'attribution entre Départements.

M. Simelière rappelle qu'il existe des dispositifs pour les structures privées, avec les commissaires aux comptes qui ont du rôle d'alerte.

Des rejets d'EPRD ont déjà eu lieu les années précédentes pour certains EHPAD.

Enjeu de la gouvernance, globalement, cela se passe bien mais difficulté avec certains gestionnaires. Ils peuvent le vivre comme le fait qu'ils ont mal géré leur EHPAD.

Sur la tarification différenciée, il est difficile de voir comment les structures vont s'en emparer.

Mme Cadudal s'interroge sur la non prise en compte de critères de revenus.

II. Plan du rapport

Cf. proposition de plan présentée en réunion.

Propositions d'ajout :

- la dimension prospective / l'EHPAD de demain (virage domiciliaire...)
- une mise en perspective européenne

Au niveau des propositions :

Nécessité d'un effort national

Sur la formation : question de l'organisation calendaire (dates de sortie à caler avant l'été)

L'ordre du jour étant épuisé, la réunion est conclue à 15h30.

Mission d'information sur les EHPAD

Réunion n°3 - 8 juillet 2024

Membres de la mission présents :

- Madame Isabelle GOpE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller Départemental du Canton de PLESLIN-TRIGAVOU
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA

Secrétariat de la mission :

- Madame Anne SIMON – Directrice des Personnes Agées et Personnes Handicapées par intérim
- Monsieur Ludovic JEAN – Chef du service Planification et Tarification des Etablissements et Services PA-PH
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Présentation de l'état de situation financière des EHPAD costarmoricains par Ludovic JEAN, sur la base du diaporama joint, sur la base des données 2022 (les données 2023 n'étant pas encore disponibles).

I. Evolution des charges entre 2019 et 2022

Alors que sur cette période, le coût d'un euro a augmenté de 7 %, les charges, elles, ont globalement augmenté de 16 %, avec quelques variations selon les statuts.

Cela démontre que l'évolution des charges n'est pas seulement liée à l'évolution du coût de la vie, mais également à toutes les mesures salariales prises sur cette période.

L'évolution plus forte sur les sections dépendance et soins que sur la section hébergement s'explique par les évolutions de GMP et de Pathos et par le fait qu'il s'agisse de sections plus petites et composées en très grande partie de charges de personnel.

1/ Evolution des charges de personnel entre 2019 et 2022

Les évolutions des charges de personnel sont présentées par taille de structure (moins de 80 places, de 60 à 80 places et plus de 80 places).

Sur la période étudiée, de grosses mesures salariales viennent accroître l'effet du GVT naturel : SEGUR, Primes Grand Age et augmentation du point d'indice notamment.

2/ Evolution des charges d'alimentation et de chauffage entre 2019 et 2022

La période prise en compte n'intègre pas les fortes augmentations de 2023 sur l'énergie.

Cependant, le cabinet KPMG intègre actuellement les données de 2023 dans son étude, données récupérées dans les ERRD transmis réglementairement par les établissements au 30 avril.

A contrario, l'évolution des charges d'alimentation intègre les augmentations de 2022 qui pour certains établissements ont pu être d'environ 20 %.

II. Evolution des recettes entre 2019 et 2024

1/ Evolution des tarifs hébergement et dépendance entre 2019 et 2024

Le graphique montre bien une augmentation des tarifs hébergement et dépendance.

La concentration plus importante sur 2024 résulte de l'application d'une convergence des tarifs par le Département.

2/ Evolution des recettes entre 2019 et 2022

Alors que les charges ont augmenté de 16 %, les recettes n'ont progressé que de 11 % au global entre 2019 et 2022 (toutes sections et tous statuts confondus).

Les recettes ont augmenté pour les raisons suivantes :

- compensation des revalorisations salariales (SEGUR, Prime Grand Age ...)
- augmentation du GMP dans les établissements
- revalorisation de la valeur nette du point GIR depuis 2019 (le Département des Côtes d'Armor était en-dessous de la moyenne nationale en 2019 et est aujourd'hui au niveau de la moyenne nationale)

En lien avec cette augmentation des recettes, des recrutements ont été réalisés par les établissements.

III. Résultats et situations financières

1/ Résultats et tarifs en 2022

Le résultat des EHPAD n'est pas forcément lié à leur tarif hébergement : il y a évidemment des établissements avec des tarifs hébergement forts qui sont excédentaires, mais il y a aussi quelques établissements avec des tarifs hébergement faibles qui sont aussi en excédent.

Le graphique montre que la grosse majorité des établissements ont un déficit compris entre 0 et 200 000 €, avec également quelques établissements ayant un déficit supérieur à 200 000 €.

A noter que les établissements qui font de très gros déficits sont des établissements rattachés à des Centres Hospitaliers.

2/ Résultats comptables de 2019 à 2022 par statuts

Globalement, ce graphique montre l'évolution suivante pour les établissements autres que les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier :

- un équilibre financier en 2019
- des excédents en 2020 en lien avec les moyens financiers apportés par l'ARS dans le cadre de la crise COVID pour la compensation du personnel, des fournitures ...
- l'équilibre financier en 2021
- des déficits parfois importants ensuite.

A noter que les résultats des EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier concernent 5 établissements alors que ceux des EHPAD de la Fonction Publique Territoriale portent sur une soixantaine d'établissements.

3/ Nombre de structures excédentaires en 2019 et 2022

En 2019, 51 % des établissements étaient excédentaires. Il n'y en a plus que 22 % en 2022, avec une majorité dont le déficit se situe entre 0 et 200 000 €.

4/ La Trésorerie

La trésorerie médiane des EHPAD a légèrement baissé entre 2019 et 2022.

Cependant, alors qu'une trésorerie est estimée correcte si elle est supérieure à 30 jours :

- la moitié des EHPAD ont une trésorerie inférieure à 45 jours d'exploitation
- 20 établissements ont une trésorerie inférieure à 30 jours
- 7 EHPAD ont une trésorerie négative.

Il s'agit essentiellement d'établissements territoriaux.

Petit à petit, la situation financière des établissements se dégrade.

5/ Les retards de loyers à Terres d'Armor Habitat

Il s'agit d'un autre indicateur de la situation financière des établissements. En effet, lors des commissions des établissements en difficultés de 2023, le retard de paiement des loyers aux bailleurs n'avait pas été mis en évidence comme cette année.

Aujourd'hui, 61 % des EHPAD locataires de Terres d'Armor Habitat n'ont pas de dette envers leur bailleur. Mais, 27 % ont une dette représentant moins d'un trimestre et 12 % une dette représentant plus d'un trimestre. Retarder le paiement du loyer est devenu une variable d'ajustement pour les établissements.

Même si Terres d'Armor Habitat est le principale bailleur des EHPAD, les données concernant le bâti seront complétées d'ici le mois de septembre avec celles des autres bailleurs.

IV. Les effectifs

1/ La pyramide des âges du personnel par statut en 2022

Les établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière ont une proportion plus importante de jeunes agents. Et ce sont les EHPAD privés à but non lucratif qui ont les salariés les plus âgés. L'ancienneté et le poids de l'âge ayant des incidences sur la masse salariale des établissements en termes d'absentéisme, d'intérim ou même de coûts moyens.

2/ Le Taux d'encadrement par statut entre 2019 et 2022

Le taux d'encadrement moyen pour accompagner un résident est passé de 0,64 ETP en 2019 à 0,68 ETP en 2022 malgré les mesures nationales non compensées intégralement.. Cela représente 275 ETP supplémentaires.

Les augmentations de GMP et le Plan Sénior mis en œuvre par le Département en 2021 et permettant notamment de renforcer le personnel des unités protégées expliquent cette augmentation des effectifs entre 2019 et 2022 dans les EHPAD.

A noter que le poids budgétaire de ces créations de postes est accentué par les mesures salariales nationales telles que le SEGUR ou encore la revalorisation du point d'indice.

3/ Le Taux de rotation entre 2019 et 2022

Le taux de rotation du personnel en EHPAD progresse entre 2019 et 2022 et montre l'augmentation des mouvements de personnel sur cette période.

4/ Le Taux d'absentéisme entre 2019 et 2022

Le taux d'absentéisme reste globalement stable entre 2019 et 2022, mis à part sur les Maisons de Retraite Autonomes qui présentent une baisse.

V. L'impact de la taille des structures

L'analyse effectuée porte sur 85 EHPAD habilités à l'Aide Sociale à l'Hébergement et est basée sur les données des tableaux de bord ANAP, renseignés tous les ans par les établissements.

Afin de déterminer l'incidence de la taille des structures sur leur organisation et l'accompagnement des résidents, le cabinet KPMG a réparti les établissements sur différentes tranches de capacité.

L'objectif de cette étude est de vérifier si un nombre restreint de places est un frein à un accompagnement de qualité. Or, les résultats démontrent que ce n'est pas le cas, même s'il ne s'agit pas non plus d'un gage de qualité.

1/ Sur l'organisation

A/ Les effectifs

a/ Le taux d'encadrement

Les ratios d'encadrement ont été calculés par le cabinet KPMG en pondérant les effectifs en fonction des capacités des établissements.

Il apparaît que les EHPAD de capacité inférieure à 60 lits ont un taux d'encadrement de 70 %, équivalent à ceux ayant une capacité comprise entre 90 et 120 lits.

Le taux d'encadrement baisse à 59 % sur les établissements de forte capacité (entre 120 et 199 lits).

Toutefois, il est à noter que dans les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier, avec souvent une capacité importante, les effectifs déclarés n'intègrent pas tous les personnels intervenant dans l'établissement et dans l'accompagnement de la personne âgée. Il existe en effet des effectifs

mutualisés avec le Centre Hospitalier qui ne sont pas ensuite reventilés dans les effectifs de l'EHPAD, comme les ETP de lingerie, restauration, maintenance ou administratifs.

Par ailleurs, chaque poste pèse plus lourd dans le ratio des EHPAD à petite capacité, même les postes des fonctions support qui par nature n'interviennent pas au pied du résident, comme le poste de Direction par exemple.

Les difficultés pour comparer des établissements entre eux en termes d'effectifs sont :

- la taille de la structure qui intervient dans l'interprétation du ratio
- le portage de repas effectué par des établissements : les effectifs de ces derniers intègrent du personnel lié au portage de repas et ne peuvent donc pas être comparés aux effectifs d'établissements qui ne font pas de portage de repas
- le remplissage des effectifs sur les tableaux de bord ANAP par les établissements avec les ETP qui correspondent à leur masse salariale (donc y compris les remplacements) alors que ce sont les effectifs sur postes pérennes qui nous intéressent.

Enfin, on considère que le ratio moyen d'encadrement dans les EHPAD au niveau national est de 60 %. Cependant, il s'agit d'une référence qui date de quelques années. En effet, avant la loi ASV nous avons une connaissance et un suivi régulier de cet indicateur. Mais depuis, il est difficile d'avoir des chiffres fiables et comparables d'un établissement à un autre.

La modification des cadres 2024 des EPRD et ERRD demandant l'identification des effectifs de remplacement devrait nous permettre de récupérer cette information et donc de la suivre.

b/ Les postes de médecin coordonnateur et de psychologue

L'étude montre que les petites structures sont proportionnellement dotées de la même manière que les établissements de grande capacité.

Il sera demandé au cabinet KPMG de compléter son étude avec la proportion d'établissements sans médecin coordonnateur selon les capacités afin de vérifier l'impact de la taille des structures sur l'attractivité de ces postes, et si des rapprochements pourraient permettre aux établissements de recruter ces postes plus facilement en lien avec des quotités de travail plus importantes par exemple.

A noter que l'absence dans l'établissement de certains postes comme le médecin coordonnateur a un impact sur les charges de personnel évidemment, mais également sur la qualité de prise en charge des résidents.

c/ Le taux d'absentéisme et le taux de rotation

Les données d'absentéisme et de rotation ne démontrent pas une plus grande fragilité des petites structures.

Cependant, l'absentéisme est plus impactant pour les établissements de petite capacité et donc avec une équipe plus réduite parce que le remplacement est obligatoire dès qu'il y a un arrêt. Ce qui a également une incidence sur les finances de l'EHPAD.

Enfin, on constate une augmentation de l'absentéisme à court et moyen terme et de la part de personnel « âgé » dans l'effectif des établissements. Cela démontre la corrélation entre ces deux éléments, notamment en terme de Troubles Musculo-Squelétiques.

Enfin, pour les établissements de petite capacité et donc avec une équipe administrative restreinte, il est tout de suite difficile de pouvoir répondre aux exigences réglementaires en termes de budgets, EPRD, ERRD ... mais également aux appels à projets.

B/ L'accompagnement des résidents

Les petites structures ont un GMP légèrement plus faible que les autres, notamment les structures hospitalières à grosse capacité qui ont des GMP plus forts en lien avec le personnel médical plus important qui leur permet de mieux prendre en charge les résidents dépendants.

Ce que montre également l'étude, c'est que les petites structures sont moins bien ancrées pour les évolutions sectorielles, notamment pour tout ce qui est public fragile et grands dépendants. Sur le bâti par exemple, il y a moins d'unités protégées permettant d'accueillir des résidents désorientés.

Par ailleurs, on retrouve davantage de bénéficiaires de l'aide sociale sur les petits EHPAD et les très grandes structures comme les Centres Hospitaliers.

Concernant le taux d'occupation, il n'y a pas d'incidence de la taille. D'ailleurs, les EHPAD de moins de 60 lits se retrouvent au 2ème rang en matière de taux d'occupation.

Des retours que nous avons auprès des établissements et des résidents, ces derniers apprécient être dans des structures plus petites, qui sont plus familiales ce qui permet notamment que des relations se tissent avec le personnel.

C/ Les enjeux de demain

Les enjeux de demain sont les mêmes pour tous les établissements, quelle que soit leur taille :

- accueillir du public de plus en plus dépendant dans de bonnes conditions
- assurer une stabilité du modèle RH, parce qu'on voit bien que c'est là qu'il y a les enjeux en termes de financements
- améliorer l'attractivité et répondre aux besoins du territoire en diversifiant l'offre.

Toutefois, les leviers d'optimisation et de mutualisation sur des très petits sites sont plus limités. Il y a un nombre d'ETP plus faible (notamment administratif).

Pour cette raison, lors des échanges avec les établissements sur des mutualisations ou transformations de places, on cherche surtout à améliorer l'offre sur le territoire en termes d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou encore d'habitat partagé par exemple.

2/ Sur les finances

Pour vérifier si la taille d'un EHPAD est une condition de l'équilibre du modèle économique, l'étude KPMG est partie des Comptes Administratifs des établissements et a créé des coûts à la place pour pouvoir les comparer selon la taille des structures (moins de 60 places, de 60 à 90 places et plus de 90 places).

A noter que les établissements hospitaliers ont été isolés dans cette étude car ils n'ont pas les mêmes Comptes Administratifs que les autres établissements. Tout est intégré dans le Centre Hospitalier et il n'y a pas de bilan propre aux EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier.

A/ Charges, Produits et Résultats

Les charges augmentent entre 2019 et 2022 alors que les recettes n'ont pas augmenté proportionnellement, ce qui génère des déficits.

Ainsi, sur les petites structures de moins de 60 places, le résultat médian est déficitaire de 828 € par place alors qu'il est déficitaire de 704 K€ par place sur les grandes structures. Cependant, compte tenu de la capacité inférieure, l'impact sur le tarif pour les petites structures est nettement plus important même si l'écart sur cet indicateur ne paraît pas très significatif.

Par ailleurs, les déficits des établissements ont une incidence directe sur la Capacité d'Autofinancement, le Fonds de Roulement d'Exploitation et la Trésorerie, et donc les capacités d'un établissement à pouvoir réaliser un projet d'investissement. La faisabilité d'un projet d'investissement, la capacité à absorber un projet d'amélioration du bâti, avec ce déficit de 808 € par place est donc plus compliqué.

B/ Les charges de personnel

L'étude sur l'impact des tailles des structures montre que les charges de personnel extérieur augmentent en fonction de la capacité des établissements. Il y a plus de personnel extérieur sur les grosses structures.

A noter qu'il n'y a pas de distinction dans le personnel extérieur entre le personnel spécifique et les charges d'intérim par exemple.

L'étude montre que les Centres Hospitaliers ont des charges de personnel plus élevées, ce qui est lié aussi au statut fonction publique hospitalière. Ce ne sont pas les mêmes règles que les autres statuts et cela se ressent sur le coût moyen par ETP.

Il a été demandé au cabinet KPMG de compléter son étude par un focus sur l'impact des différences de statuts sur les charges de personnel.

C/ Les charges d'énergie, d'alimentation et de restauration

Les charges d'énergie et les charges d'alimentation et de restauration sont dégressives en fonction de la capacité des structures.

D/ Les charges de bâtiment

En 2022, la quasi totalité des EHPAD autonomes sont propriétaires alors que la grande majorité des EHPAD territoriaux et associatifs sont locataires.

Une diminution des charges de bâtiment par place est constatée sur la période étudiée pour les établissements de 60 à 90 places.

Les petites structures, qui sont souvent locataires, sont plus impactées par l'évolution des coûts en lien avec l'indexation des redevances sur le livret A. Une augmentation de 2 points sur le livret A représente plusieurs dizaines de milliers d'euros pour les établissements.

Par ailleurs, en matière de bâti, différents cas peuvent se présenter :

- l'établissement peut être propriétaire,
- il peut être locataire,
- il peut également être locataire du bâtiment qui a été construit sur un terrain communal.

E/ Les capacités d'investissement

La répercussion d'un projet immobilier sur le bilan est différente selon si l'établissement est propriétaire ou locataire.

Si l'EHPAD est propriétaire de son bâtiment, l'incidence du projet immobilier se fera directement sur le bilan financier, dans le Fonds de Roulement d'Investissements, et sur le résultat pour les dotations aux amortissements et les charges d'intérêt.

S'il est locataire, l'incidence se fera avec le loyer qui est comptabilisé sur le fonctionnement, sur le compte de résultat. Et le résultat viendra impacter le bilan financier via le Fonds de Roulement d'Exploitation.

A noter que la difficulté pour les établissements qui sont propriétaires est que les dotations aux amortissements restent stables tout au long de la durée d'amortissement alors que les charges d'intérêt sont dégressives, ce qui peut être compliqué au moment de la livraison des travaux.

Globalement, alors que les fonds de roulement étaient plutôt positifs en 2019, ils sont aujourd'hui en baisse, en lien avec les déficits constatés.

L'indépendance financière est calculée uniquement pour les établissements qui sont endettés, donc les propriétaires.

Globalement, les EHPAD ne sont pas endettés ou dans une moindre mesure, laissant une bonne capacité d'endettement pour ceux qui pourraient encore le faire.

Les établissements étant majoritairement locataires, le nombre de structures endettées sur les établissements territoriaux est très faible. En effet, l'endettement qu'il peut y avoir sur ces structures porte sur le mobilier.

VI. Les évolutions pour le modèle EHPAD

1/ Le Think Tank Matières Grises

Le Think-tank Matières Grises a été constitué afin de réfléchir à l'avenir de la prise en charge du vieillissement et au modèle qui pourrait être mis en œuvre.

Il a rédigé une note au mois de juin 2024 qu'il a remis à la mission sénatoriale. Celle-ci souligne que le modèle économique actuel est à bout de souffle pour tous les EHPAD, quel que soit leur statut, notamment en termes d'investissements.

Une transformation des EHPAD sera nécessaire compte tenu de la logique de domicile préconisée. Ils devront donc changer les normes architecturales afin d'avoir des logements plus grands, d'environ 28 m², « comme à la maison ». Aujourd'hui, les chambres font en moyenne entre 20 et 22 m².

Il faudra toutefois être attentif à ce que les logements ne soient pas trop grands afin que les résidents puissent rester autonomes dans leurs déplacements jusqu'à la salle de bains, par exemple.

Il est également préconisé d'aller vers l'EHPAD « hors les murs » avec des plateformes qui permettent de faire de la coordination entre les intervenants pour aller prendre en charge à domicile, pour pouvoir mettre en place une prise en charge à domicile mais avec l'ensemble des acteurs, mais aussi avoir une plateforme technique qui vienne en soutien à ces acteurs.

Cependant, avec cette logique du domicile, les résidents qui entreront en EHPAD seront forcément de plus en plus dépendants, ce qui demandera de plus en plus de médicalisation des structures avec un coût financier.

Par ailleurs, la recherche d'une offre complète sur le territoire est au cœur des discussions avec les structures sur les mutualisations. L'objectif est de répondre à l'ensemble des besoins de la population.

2/ Les regroupements – mutualisations

Il sera très difficile pour un établissement de 60 lits de répondre aux évolutions à venir et offrir un panel global d'offres à la population avec notamment de l'hébergement classique, de l'hébergement temporaire, de l'accueil de jour, de l'accueil de résidents très dépendants. Il n'aura ni les ressources financières, ni le personnel nécessaire.

Par ailleurs, un Directeur seul ne peut pas être expert sur tous les sujets : prise en charge du vieillissement, RH, gestion de l'absentéisme, budget, bâtiment, gestion de projet.

C'est pourquoi les mutualisations n'impliquent pas forcément de gain de masse salariale. L'intérêt réside dans l'accroissement de l'expertise et de la qualité de vie des Directeurs et des personnels. Si chaque Directeur est plus à l'aise sur un domaine l'expertise qu'il apportera à la structure sera bénéfique.

Aujourd'hui, il y a peu de groupements sur le département.

Une structure régionale nommée « COMETE » est intervenue lors de la dernière journée des Etablissements et Services Médico Sociaux organisée par le Département.

Il y a également le groupement « Porter Ensemble » avec le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) Bretagne Autonomie qui est constitué d'acteurs du secteur du handicap et de centres hospitaliers psychiatriques.

Il y a au moins un GCSMS sur le secteur des personnes âgées qui est porteur d'autorisation, c'est le GCSMS Pordic-Montbareil. Il porte l'autorisation de Pordic, le CCAS de Pordic s'étant retiré de cette gestion. Toutefois, celui-ci reste membre du groupement.

Il y a également d'autres modèles collaboratifs sur le département.

Ainsi, sur le Nord Ouest du Département, l'Association Trégor Goëlo qui existe depuis quelques années. A la base, ce sont des Directeurs qui se regroupés dans une logique d'achats, un Directeur étant référent d'un type d'achats. Aujourd'hui, ils sont sur de l'offre, et une plateforme de gestion de l'hébergement temporaire est en constitution.

Ils ont préféré se regrouper sur la forme d'une association plutôt que le modèle GCSMS qui prend du temps aux gestionnaires.

Il existe donc tout un panel de formes de regroupement possibles et aucun ne peut être imposé.

Toutefois, le service PTES incite au transfert d'autorisation au niveau du groupement, notamment pour permettre aux Directeurs de gagner du temps sur l'élaboration des budgets par exemple (un budget par autorisation, donc un budget pour le groupement et non un budget par établissement).

VII. Divers

1/ Les exemples européens

Une étude sera présentée par Monsieur LOUIS sur la prise en charge du vieillissement dans les pays européens.

Il a existé un partenariat qui a permis à des agents du Département de se déplacer en Pologne afin d'étudier leur modèle.

Celui-ci prévoit des accompagnements en groupe où toute la population est accueillie, comme en Accueil de Jour. Ces groupes sont ouverts aussi bien aux personnes en situation de handicap qu'aux personnes âgées. Il n'y a ni sélection selon la pathologie, ni nombre restrictif.

Les professionnels sont présents pour aider les personnes, mais c'est surtout le groupe qui porte le groupe. Il y a du mimétisme.

Toutefois, ce modèle était difficilement transposable en Bretagne où l'habitat épars pose des problématiques de transport.

2/ Le maintien du lien social

En lien avec les problématiques de transport sur le département des Côtes d'Armor et le maintien le plus possible des personnes à domicile, les heures de lien social mises en place dans le cadre de l'APA pourraient permettre d'imaginer des dispositifs pour le maintien de leur vie sociale et leurs sorties.

En effet aujourd'hui, beaucoup de personnes âgées font appel à un Service d'Aide à Domicile davantage pour avoir de la compagnie que pour avoir une prestation de ménage ou un accompagnement lié à la dépendance.

3/ La gestion et l'acceptation du risque

Des Directeurs d'EHPAD s'inquiètent du virage domiciliaire face au risque de maltraitance en lien avec les difficultés de recrutement et un manque de contrôle possible sur les Services d'Aide à Domicile, contrairement aux EHPAD.

Il est vrai que les difficultés de recrutement rencontrées par les Services d'Aide à Domicile a généré le développement de services mandataires, services CESU, avec notamment des enseignes nationales. Mais surtout, le manque de personnel formé représente une faille du système et ne permet pas d'intervenir dès qu'il y a un besoin.

Toutefois, il est important d'accepter le risque. Le risque zéro n'existe pas, et il ne faut pas sécuriser à l'extrême la vie des personnes âgées et des résidents d'EHPAD et ainsi les limiter dans leurs souhaits et plaisirs au-delà du raisonnable.

Les résidents des EHPAD doivent pouvoir sortir de l'établissement. Il faut s'appuyer sur les moyens techniques plutôt que limiter les libertés et la vie sociale des résidents. Dans le cas des sorties d'EHPAD, il existe des bracelets géolocalisés qui permettent au résident de sortir tout en étant sécurisé.

Plusieurs exemples sont présentés sur ce point :

- des EHPAD (les EHPAD de Matignon ou Plestin-Les-Grèves par exemple) qui organisaient des « vacances » pour leurs résidents. Il s'agissait en fait d'échanges avec d'autres EHPAD, mais ça permettait aux résidents de découvrir une région, et surtout d'avoir le sentiment d'être parti comme tout le monde.
- l'Association « Etincelle » de Lorient a également organisé des séjours avec des résidents qui en sont revenus ravis
- l'EHPAD Kersalic dont la Direction souhaite laisser les résidents faire tout ce qu'ils peuvent et veulent, même si l'acceptation du risque a pu être difficile pour les familles
- l'Association HSTV qui dans le cadre de la réflexion sur le Village Alzheimer a organisé un séjour dans un gîte classique avec des résidents désorientés normalement accueillies en unité sécurisée, séjour qui s'est très bien passé même s'il s'agissait d'un lieu inconnu pour les résidents : les troubles étaient finalement apaisés et il n'y avait pas de volonté de sortir au-delà du jardin pour les résidents en lien avec l'absence d'interdiction.

Mission d'information sur les EHPAD

Réunion n°4 – 26 août 2024

Membres de la mission présents :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Véronique CADUDAL – Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC
- Madame Martine PELAN – Conseillère Départementale du Canton de PLENEE-JUGON
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller départemental du canton de SAINT-BRIEUC
- Madame Graziella SEGONI - Conseillère Départementale du Canton de Tréguier

Secrétariat de la mission :

Oriane LEPORCHER, DGA Solidarités
Jean-François GIUNTI, Directeur PAPH
Jean-Pierre Desaneaux, DPAPH

Mme LE COUSTER ouvre la réunion à 14h05.

I. Calendrier de la mission – Prochaines échéances

La réunion du 2 septembre prochain est maintenue pour finaliser les échanges sur le projet de rapport, mais décalée à 9h45 du fait de la rentrée scolaire.

Une dernière réunion sera nécessaire ensuite pour permettre aux membres de la mission de revenir vers leurs groupes politiques respectifs. La mission retient la date du 16 septembre, date de la session plénière (horaire à préciser) soit dans l'après-midi après la fin de la session.

Il sera demandé aux membres de la mission de statuer sur le projet de rapport avec le cas échéant la mention de réserves ou d'avis divergents.

Le rapport sera ensuite présenté en commission des Solidarités humaines le 30 septembre pour débat et prise d'acte en assemblée plénière le 14 octobre. La commission émettra un avis.

Mme le Couster rappelle que le document transmis est provisoire donc non diffusable en dehors des membres de la mission.

2. Présentation du rapport et échanges

M. Giunti effectue une présentation synthétique du fond du rapport en le reliant aux différents éléments recueillis lors des travaux de la mission. Il indique que tous les comptes-rendus des réunions, visites et auditions seront annexés au document.

Il souligne la difficulté à disposer d'une partie des données, car n'ont pas été produits par les EHPAD une grande partie des Etats de Réalisation des Recettes et des Dépenses (ERRD) sur les chiffres 2023 et les Etats Prévisionnels de Recettes et de Dépenses (EPRD) sur 2024.

M. Simelière indique que les EHPAD vont être impactés par les nouvelles exigences réglementaires en matière d'économie d'énergie et indique que ce point n'est pas abordé dans le rapport. Un ajout sera fait en ce sens. Il rappelle que les EPCI sont aussi mobilisés pour favoriser l'attractivité des métiers de la santé.

Il interroge également sur :

- la notion de gestionnaire : il est précisé qu'il s'agit de la personne morale titulaire de l'autorisation administrative de gestion de l'EHPAD.
- la problématique de l'accès aux soins par les résidents, qui impacte les salariés dans leurs missions : Un ajout sera fait en ce sens.
- la commission de suivi des ESMS en difficulté : les critères d'attribution des CNR sont complexes et la gouvernance de l'instance reste à définir.

3. Synthèse et recommandations

Mme Le Couster remercie les services pour leur travail et présente la synthèse de la mission et les premières propositions. Le constat d'ensemble est globalement partagé.

S'agissant de la synthèse, M. Simelière souligne la sensibilité de la question de la part de responsabilité des gestionnaires tout en partageant le constat. Il suggère une reformulation sur la question des « mesures de gestion complémentaires », qui sera effectuée.

Concernant les propositions, la question de la création d'un GCSMS fait débat concernant d'une part son périmètre (quid des EHPAD associatifs) et du terme « éviter » un transfert éventuel de gestion vers le secteur privé commercial, qui n'est pas partagé par le groupe de l'union du centre et de la droite.

Sur le sujet bâtiminaire, Mme Gore-Chapel évoque l'absence de compétence dédiée au Département et soulève l'idée d'un partenariat avec l'ADAC.

Elle souhaite également insister sur le rôle de l'organisation du travail et l'intérêt pour les gestionnaires de réinterroger leurs fonctionnements. Une proposition sera formulée en ce sens. De même sur la problématique de la charge administrative pour les directeurs de structure.

La réunion est close à 15h50.

Mission d'information sur les EHPAD

Réunion n°5 – 2 septembre 2024

Membres de la mission présents :

- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ - Conseiller Départemental du Canton de Ploufragan
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA
- Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller départemental du canton de Pleslin-Trigavou
- Madame Graziella SEGONI - Conseillère Départementale du Canton de Tréguier
- Madame Nathalie NOWAK - Conseillère Départementale du Canton de Plérin
- Monsieur Loïc ROUSCOUET – Conseiller départemental du Canton de Mûr de Bretagne

Secrétariat de la mission :

Jean-François GIUNTI, Directeur PAPH

Mme LE COUSTER ouvre la réunion à 10h00.

I. Compte-rendu réunion du 26 août

Le compte-rendu de la dernière réunion a été transmis en amont. Il est approuvé à l'unanimité.

2. Rapport de fin de mission

La version modifiée a été transmise jeudi 29 août avec les modifications issues des discussions du 26 août.

M. Simelière souligne que le rapport lui convient sur le diagnostic. En revanche sur la conclusion, il indique un certain nombre de phrases qui le questionnent : la mention du contexte via les DMTO, la question de l'externalisation du secteur privé lucratif... Il interroge le positionnement du rapport dans sa synthèse qu'il préférerait complètement neutre. Il approuve en revanche la mention de la responsabilisation des gestionnaires.

Sur la structure départementale (proposition 3) il souhaite une formule plus nuancée (« réfléchir à... »)

Le groupe du centre et de la droite se réunira vendredi sur le sujet.

M. Orveillon interroge le sujet de la différenciation tarifaire, qui nécessiterait une aide à la décision. Ce sujet sera travaillé avec les EHPAD en fonction du décret d'application.

Sur la mutualisation entre directions, se pose la question de l'encadrement de proximité. Cela renvoie également à la clarification de l'organigramme.

Département des Côtes-d'Armor – Rapport de mission d'information

Mme Nowak interroge le positionnement du rapport quant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes : le sujet est abordé dans le rapport mais ne constitue pas le coeur du sujet de la mission.

La fusion des sections est un changement important pour le Département mais est neutre pour les EHPAD.

M. Dejoué cite sur les résidences autonomie ; c'est un modèle intéressant pour des résidents moyennement autonomes si le loyer est accessible.

S'agissant des déficits, il indique que certaines structures n'ont pas de déficit structurel ; cela est intimement lié à la question des ressources humaines. Cela renvoie aussi au taux d'occupation.

Il s'interroge sur une fuite en avant de certains gestionnaires. M. Orveillon indique que ce n'est pas le cas. Cela pose aussi la question des gardes-fous institutionnels. Ils sont plus forts dans le secteur associatif, mais ce n'est pas non plus une garantie absolue.

Mme Segoni s'interroge sur la proposition n°3, sur le sujet financier. Cela suppose que les EHPAD transférés soient viables.

M. Orveillon s'interroge sur la contribution des communes au déficit de l'EHPAD. Le CD et l'ARS peuvent solliciter via les CREF, mais ils ne peuvent imposer telle ou telle chose aux gestionnaires. Fin 2024, certains EHPAD ne pourront plus payer les salaires.

3. Prochaines échéances

Une contribution écrite est attendue pour la réunion du 16 septembre par les membres de la mission du groupe de l'union de la droite et du centre.

Le rapport sera soumis à l'approbation formelle des membres de la mission.

Le 14 octobre, en même temps que le rapport d'information, seront votés les taux directeurs 2025.

Les membres de la mission remercient de nouveau les services pour leur travail.

La réunion est close à 11h20.

Mission d'information sur les EHPAD

Réunion n°6– 16 septembre 2024

Membres de la mission présents :

- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de Callac
- Madame Véronique CADUDAL - Conseillère Départementale du Canton de Paimpol
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de Guingamp
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ - Conseiller Départemental du Canton de Ploufragan
- Madame Nadine l'ECHELARD - Conseillère Départementale du Canton de Plaintel
- Monsieur Damien GASPAILLARD - Conseiller Départemental du Canton de Saint-Brieuc
- Madame Graziella SEGONI - Conseillère Départementale du Canton de Tréguier
- Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller départemental du canton de Pleslin-Trigavou
- Madame Isabelle GORE-CHAPEL - Conseillère Départementale du Canton de Broons
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de Pouha

Secrétariat de la mission :

Madame Véronique CADUDAL , Directrice générale adjointe des Solidarités

I. Précision méthodologique

La mission adopte le rapport et il est soumis pour information à l'Assemblée le 14 octobre 2024.

2. reformulation des recommandations

- Ajout de la visibilité pluriannuelle "sur 3 ans"
- Substitution de "transférer" par "mutualiser"
- Ajout "pris en compte par le plan pluriannuel d'investissement du Département"
- Ajout d'une phrase sur la nécessité d'une loi grand âge : "La mission appelle de ses vœux la programmation de l'adoption d'une loi sur le grand âge dans les plus brefs délais par le futur gouvernement."

3. Formulation de la remarque de l'opposition

"Le non transfert au secteur privé commercial n'est pas un objectif en soi ; il s'agit plutôt de favoriser le maintien des gestionnaires en place".

4. Remarques

- L'opposition ne fera pas de proposition écrite à faire figurer dans le rapport.
- Thierry SIMELIERE : Le projet de GCSMS doit s'appuyer sur la transparence réciproque des gestionnaires et leur responsabilisation.
- Thierry SIMELIERE : Sur la recommandation relative à Cap autonomie, il faut rappeler l'importance d'être présent dans les formations sanitaires et médico-sociales.
- Véronique CADUDAL : Sur le soutien à l'investissement, le Département adopte une enveloppe (en 2023 : 4M€) pour soutenir les projets d'investissements avec une stratégie de concentration sur quelques opérations pour maximiser l'impact de la subvention

AUDITIONS DE LA MISSION

Audition du cabinet de la Ministre déléguée personnes âgées et handicapées

14 juin 2024

Présents :

Membres de la mission :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Véronique CADUDAL – Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL, Vice-Présidente déléguée à l'autonomie
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la Mission d'information EHPAD
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la Mission d'information EHPAD

Secrétariat de la mission :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par interim
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Ministère :

- Monsieur Hadrien MIGNON – Cabinet de Mme KHATTABI - Conseiller en charge du financement de l'Offre médico-sociale et du risque autonomie auprès de la Ministre des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Monsieur BACHELLERY – Sous-Directeur des affaires financières à la Direction Générale de la Cohésion Sociale

I. Situation financière des EHPAD au niveau national

Selon une enquête de la Fédération Hospitalière de France, 85 % des établissements publics sont en déficit en 2022. Et d'après les données provisoires connues à ce jour (sans les données des EHPAD rattachés aux Centres Hospitaliers, notamment), celui-ci a augmenté sur 2023.

Les EHPAD publics et les EHPAD privés à but non lucratif sont les établissements qui souffrent le plus. Et leurs difficultés proviennent des sections hébergement et dépendance.

Selon les données temporaires, les résultats 2023 par section tarifaires sont en moyenne :

- un excédent d'un peu plus de 2 % sur la section soin,
- un déficit d'un peu plus de 6 % sur la section dépendance, qui représente environ 15 % du financement de l'EHPAD
- un déficit d'un petit peu moins de 2 % sur la section hébergement, qui représente environ 50 % du budget de l'EHPAD.

Le déficit hébergement est donc important en valeur absolue en lien avec le poids de la section hébergement dans le financement de l'EHPAD.

1/ Situation de la section soins

Le financement de la section soin par l'ARS est basé sur une valeur nationale du point afin que tous les EHPAD soient financés de manière équitable sur tout le territoire national.

Les financements publics de la section soins ont fortement augmenté entre 2019 et aujourd'hui, passant ainsi de 8,5 à 12,5 milliards d'euros. Cette progression de 50 % s'explique par le contexte de forte inflation.

Cette forte augmentation a également renforcé le poids de l'État dans les financements des EPHAD. Ainsi sur les EHPAD bretons la part de la section soins sur leur budget est passée de 34 % en 2018 à 41 % en 2022 (les données de 2023 sont encore en production le jour de l'audition).

Il est constaté un recours à l'intérim qui peut parfois être très fort sur certains territoires, avec un coût non négligeable, et des recrutements parfois importants, dépassant les plafonds autorisés.

2/ Situation de la section dépendance

Sur la section Dépendance, ce sont les Départements qui fixent le point GIR.

Certains départements ont fait des augmentations importantes de leur point GIR depuis le début de l'inflation et le COVID et d'autres départements n'ont pas du tout augmenté ou très peu.

Le Département des Côtes d'Armor est un petit peu au-dessus de la moyenne nationale sur ce sujet.

3/ Situation de la section hébergement

Les EHPAD ont subi une inflation importante (charges d'alimentation, d'électricité, salariales...) mais la majorité d'entre eux ne peuvent pas fixer librement leur tarif hébergement.

En conséquence, beaucoup d'EHPAD présentent des déficits sur la section hébergement, malgré le bouclier énergétique qui est a été mis en place quand l'inflation a commencé sur l'électricité.

A noter que celui-ci a protégé les établissements sur la plus grande partie des augmentations des prix d'électricité.

Le tarif hébergement moyen pour une chambre simple avec habilitation à l'aide sociale est de 63,49 € tous statuts confondus (65,30 € pour le secteur lucratif et 61,99 € pour le secteur public). Il est de 95,60 € pour les établissements non habilités à l'aide sociale.

II. Les réponses apportées

De nombreux courriers de la FEHAP et la FHF faisaient état de ces déficits provenant des sections dépendance et hébergement. Ils demandaient des moyens supplémentaires sur la section soins, une liberté de fixation des tarifs hébergement et mentionnaient également la décision du Conseil d'État

sur l'assujettissement des EHPAD publics à la TVA qui a été perturbant malgré les dispositifs de lissage mis en place.

1/ Sur la section soins

A/ L'augmentation de la dotation soins

La FHF demandait une augmentation de 5 % correspondant notamment au chiffrage des mesures salariales mises en place.

La Ministre a fait en sorte que l'augmentation soit globalement de 5 % pour les EHPAD publics et un montant similaire est prévu pour les EHPAD non lucratifs en cas de réussite de l'accord de méthode sur une convention collective unique. Il ne s'agit pas de fonds d'urgence, mais bien d'une augmentation pérenne des dotations. Cette augmentation interviendra principalement à hauteur de 3 % socle, via l'augmentation de la valeur du point de l'équation tarifaire.

Les Maires de l'Association « Territoires en résistance pour le grand âge » avaient pu partager avec la Ministre que la logique des fonds d'urgence n'est pas satisfaisante. Cette position est d'ailleurs également partagée par de nombreux représentants, et notamment des élus.

B/ L'action sur le recours à l'intérim

Il a été constaté parfois des professionnels en position de force sur le marché de l'emploi, et qui préféreraient être en intérim pour percevoir la prime de précarité et pouvoir mieux gérer leur poids de travail.

Le recours à l'intérim est problématique pour les EHPAD sur plusieurs points :

- financièrement parce que les primes de précarité pèsent fortement sur le budget des EHPAD
- pour la continuité de service auprès des personnes âgées
- pour la qualité de vie au travail car trop de turn-over peut parfois aussi entraîner du turn-over, et donc des conditions de travail dégradées, particulièrement en cas de pénurie de personnel.

La loi Valletoux va permettre d'interdire le passage par l'intérim en sortie d'école pour plusieurs catégories de personnel, dont les infirmières et infirmiers, les aides-soignantes et aides-soignants et les médecins. L'idée est de confirmer les premiers pas dans le métier dans une logique d'apprentissage en complément de la formation initiale et des stages réalisés et afin de donner envie aux salariés et aux professionnels de s'installer durablement dans un EHPAD.

2/ Sur la section dépendance

A/ L'augmentation de la valeur départementale du point GIR

Conformément aux demandes de la FEHAP, la FHF et beaucoup de fédérations, la Ministre a appelé à ce que les Départements, comme l'État sur la section soins, augmentent leur valeur du point GIR départemental pour 2024, ce que de nombreux Départements ont fait.

B/ L'expérimentation de la fusion des sections dépendance et soins

La Ministre a poussé à ce que les Départements se portent volontaires, avec les conditions financières les plus favorables, sur l'expérimentation de la fusion des sections dépendance et soins, fusion appelée par de très nombreux rapports.

Les objectifs de cette fusion des sections sont :

- une équité sur le territoire national en faisant en sorte que les prestations sociales de la préservation de l'autonomie soient égales sur tout le territoire et ne dépendent pas de points GIR qui peuvent varier parfois de manière importante selon les Départements,
- une mesure de simplicité pour les EHPAD dans la gestion de leur budget et ainsi mettre fin à cette distinction qui devient très compliquée pour eux.

Les EHPAD qui seront financés sur cette équation dépendance et soins par l'ARS percevront les moyens adéquats, ce qui équivaudra à une hausse probable de leurs financements.

Cette expérimentation ne répond pas forcément à l'urgence pour tous, mais il s'agit d'une proposition forte de la Ministre avec les départements volontaires.

Le Département des Côtes d'Armor s'est porté candidat pour cette expérimentation, tout comme les Départements du Finistère et du Morbihan.

Il a été confirmé que les 3 Départements bretons étaient retenus. Chacun va prochainement recevoir un courrier de confirmation avec notamment la présentation des travaux techniques avec la DGCS.

L'application de la section fusionnée est prévue au 01/01/2025. Un questionnaire détaillé sera donc transmis rapidement à ces Départements afin de permettre à la DGCS de calculer la nouvelle section fusionnée, et donc de récupérer le maximum d'informations EHPAD par EHPAD sur leurs niveaux de financement, au titre de la dotation dépendance ou des éventuels financements complémentaires pluriannuels sur lesquels le Département aurait pris des engagements.

3/ Sur la section hébergement

A/ L'augmentation du tarif hébergement

Il y a eu des augmentations importantes des pensions de retraite depuis 2019, environ 15 % selon un premier chiffrage. Et cette augmentation est parfois plus importante pour les petites pensions en lien avec la réforme des retraites.

Or, les tarifs hébergement n'ont pas suivi la même progression. L'augmentation des recettes des établissements sur la section hébergement n'a pas permis aux établissements de compenser les augmentations liées à l'inflation. Il est vrai que l'augmentation du tarif hébergement revient à augmenter le reste à charge des personnes, et c'est parfois difficile à porter. Cependant, il n'est pas possible d'augmenter à nouveau les pensions de retraite pour permettre aux personnes en EHPAD de payer des augmentations de charges qui ne relèvent pas de l'autonomie et qui sont également subies par toute la population.

La Ministre a donc appelé à une hausse des tarifs hébergement.

La Bretagne se caractérise par un nombre important de retraités avec de faibles pensions de retraite, plus peut-être que d'autres régions. Et cela suppose forcément des difficultés à financer les hausses du tarif hébergement qui sont nécessaires pour permettre d'améliorer la situation financière des EHPAD.

Par ailleurs, pour certains résidents, le reste à charge en EHPAD peut être supérieur aux ressources de la personne, et donc en fait ce n'est pas les seules ressources de la personne qui comptent, mais

aussi les ressources de sa famille élargie ou la mobilisation du patrimoine. C'est pourquoi la différenciation des tarifs a été prévue par le gouvernement.

Monsieur MIGNON précise que si la priorité de la Ministre a été les EHPAD publics et privés non lucratifs, c'est aussi parce qu'il avait conscience que c'était les EHPAD qui accueillent souvent les citoyens les plus modestes.

B/ La différenciation des tarifs hébergement

La différenciation des tarifs est une pratique qui existait dans un cadre juridique prévu au Code de l'Action Sociale et des Familles. Mais, il fallait passer par une convention qui ne fixait pas beaucoup de gardes fous.

Tout d'abord, la loi Bien Vieillir permet à l'EHPAD d'être à l'initiative de la différenciation des tarifs hébergement, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

Par ailleurs, elle prévoit des gardes fous qui seront précisés dans un décret d'application. Parmi ceux-ci, le gouvernement a été vigilant à ce qu'il ne puisse pas y avoir de sélection en fonction des revenus pour que l'EHPAD perçoivent davantage de recettes. Le Département aura d'ailleurs tout le contrôle sur ce point.

4/ Crédits Non Reconductibles (CNR) pour les établissements en difficultés financières

Le gouvernement prévoit d'engager autant que possible une réforme du financement des EHPAD à moyen terme.

Les solutions qui sont apportées aux établissements doivent être pérennes. Toutefois, la Ministre a fait en sorte que les ARS conservent, dans le cadre des commissions départementales de suivi des établissements en difficultés, des marges de manœuvres sur leurs crédits propres pour continuer à les aider (sous forme de Crédits Non Reconductibles).

L'augmentation de la dotation soins et les mesures mises en place par les nombreux Départements sur tout le territoire devraient permettre une amélioration en 2024. Mais, si fin 2024, les difficultés persistent sur tous les EHPAD, des formes de soutien complémentaires pourraient être envisagés.

5/ Incitation à constituer des Groupements Médico-Sociaux

La Ministre souhaite inciter les établissements à mettre en place des Groupements Médico-Sociaux de proximité pour mettre en commun des ressources (administratives, de gestion des ressources humaines par exemple) et de meilleures pratiques afin d'obtenir des économies d'échelle et une meilleure utilisation des moyens.

Cet enjeu est encore plus prégnant pour les petits EHPAD publics territoriaux avec peu de places, et donc peu d'économies d'échelle. La Ministre a d'ailleurs salué l'action des Maires Bretons qui s'étaient engagés dans cette démarche.

III. L'avenir des EHPAD

1/ La politique domiciliaire

L'EHPAD est un endroit qui permet d'accompagner des personnes en perte d'autonomie et qui ont besoin d'une présence permanente. Ce n'est donc pas forcément une question de médicalisation, mais plutôt de présence notamment pour les personnes atteintes de troubles cognitifs.

Les EHPAD répondent donc à un besoin qu'on va avoir dans les années à venir.

Mais, l'objectif est qu'il faut que toutes les personnes se sentent chez elles où elles soient. Les Résidences Autonomies seront donc probablement amenées à être développées très fortement dans les années à venir, conformément avec les rapports parus, notamment le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur cette question

La Ministre souhaite que les Départements et les Maires continuent, au travers des CPOM, à « transformer » EHPAD en un véritable « chez soi ». L'objectif est qu'il se transforme le plus possible dans un modèle le plus proche possible du domicile afin que chaque résident conserve la possibilité d'agir, de vivre de manière différente des autres résidents, dans une logique d'ouverture et d'inclusion sociale. L'objectif est également de lutter contre l'image parfois dégradée des EHPAD.

La question du changement de nom des EHPAD pour consacrer cette transformation pourrait peut-être être pertinente.

Les enjeux de cette transformation sont notamment des chambres privatives, ou encore des droits de visite.

La loi Bien Vieillir prévoit également la possibilité pour le résident d'entrer en EHPAD avec son animal de compagnie, en tout cas pour les résidents qui peuvent s'en occuper car ça ne peut pas être une charge qui revient aux professionnels.

2/ La loi de programmation des EHPAD

E. BORNE, quand elle était Première Ministre, avait pris l'engagement de faire voter une loi de programmation pour le grand âge. Il y a de grandes attentes à ce sujet de la part des élus et de la population.

Il est à noter que la trajectoire jusque 2030 est très claire et prévoit notamment des créations d'EHPAD en lien avec les 13 Milliards de mouvements supplémentaires par an prévus à l'horizon 2030, et alors que le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age en décompte déjà 11 Milliards.

La trajectoire pluriannuelle permet de répondre à la trajectoire actuelle prévue par la DRESS sur l'évolution du nombre de personnes âgées d'ici 2027. Le vieillissement va s'accélérer notamment à partir de 2030 au niveau national. La loi de programmation Grand Age pose donc question à partir de 2030.

Il faudra adapter l'intégralité de notre système au vieillissement qui va toucher l'ensemble de la population avec des disparités très importantes parfois entre les territoires. En effet, la position de Mme VAUTRIN et de Mme KHATTABI est de dire qu'il faut s'engager dans cette dynamique avec le constat que la gouvernance du système actuel du médico-social est totalement insatisfaisante (cf article récent du Monde sur les aides à domicile avec effets d'éviction, de non optimisation des dépenses, disparités territoriales).

Il y a donc un premier enjeu de gouvernance. En effet, même si la trajectoire de la branche autonomie a connu une augmentation importante (passant de 35 Milliards en 2022 à 45 Milliards en 2027), toutes les données montrent que le système actuel ne met pas les moyens où il faut, et surtout ne répond pas à certaines attentes des Français.

Donc avant de programmer, il faut déjà décider les compétences de chacun et les financements qui en découlent et par exemple déterminer si le Département est toujours compétent sur les EHPAD avant de programmer ses dépenses.

Le deuxième enjeu est celui de la stratégie. Nous sommes aujourd'hui sur une politique domiciliaire très forte qui correspond à une demande des Français de pouvoir vieillir chez eux. Mais, le rapport de l'IGAS montre que la pertinence de cette politique est à questionner notamment pour des personnes qui restent à domicile alors qu'elles seraient peut-être mieux en Résidence Autonomie par exemple. Une offre alternative à l'EHPAD, mais aussi alternative au domicile historique pourrait être envisagée.

Par ailleurs, même si 90 % des Français (en fonction des enquêtes) veulent vieillir à domicile, la question est de savoir combien de Français veulent, à 90 ans, vieillir au domicile historique. Les enquêtes de l'IGAS ont montré qu'il y a un désir de mobilité qui se crée à ce moment là.

Pour le troisième point, qui est le financement, il s'agit de déterminer ce qui doit être socialisé ou non, ce qui relève de la responsabilité individuelle, familiale ou sociale.

Des pistes de financement pourraient être une mobilisation du patrimoine, la mise en place d'une nouvelle journée de solidarité, la mise en place de viagers solidaires ou encore une augmentation des prélèvements obligatoires (pour les retraités, les actifs ou les 2).

Les Maires Bretons ont souligné que pour eux, il fallait que la branche autonomie finance la partie hébergement, donc les repas ou encore l'électricité des personnes âgées en EHPAD. Mais la question est de savoir si c'est à la sécurité sociale de financer ces charges alors que ce sont des charges auxquelles toute la population est exposée. Et, il faudrait alors expliquer aux jeunes actifs, aux jeunes familles qu'ils pourraient contribuer au financement de l'hébergement des personnes âgées, en plus des pensions de retraite.

Mais, plutôt que prolonger le système actuel, sans changement stratégique majeur, et alors que les enjeux sont de moyen terme, le Ministre a préféré aborder toutes ces questions en lien avec le Conseil Economique Social et Environnemental qui doit travailler avec les Français en septembre.

La Ministre a donc priorisé la question de la situation financière des EHPAD, et des Services d'Aide A Domicile qui sont eux aussi en difficultés, avant d'aborder ces différents enjeux de la Loi de programmation Grand Age.

IV. Les enjeux au niveau des professionnels

1/ Un ratio minimal d'encadrement

La question du ratio de taux d'encadrement est complexe parce que l'encadrement nécessaire auprès d'une personne varie en fonction de son degré d'autonomie et de sa santé. C'est l'objectif de l'équation tarifaire dépendance et soins d'avoir des taux d'encadrement pour l'accompagnement du soin et de l'autonomie qui varient.

Par ailleurs, le taux d'encadrement est très variable d'un territoire à l'autre, sans que les raisons de ces écarts puissent être finement établies.

La dynamique d'accroissement important du taux d'encadrement qui avait été consacrée par le Président de la République lors de sa campagne présidentielle de 2022 a été respectée dans les dotations qui ont été données aux EHPAD intégralement sur la section soins : la Ministre a créé une dynamique de création de 50 000 ETP de personnel soignant ou accompagnant en EHPAD et le taux d'encadrement a augmenté de manière significative.

2/ L'attractivité des métiers

La loi Valletoux évoquée précédemment a pour objectif de permettre de fidéliser les professionnels au démarrage de leur carrière.

Le gouvernement a mis en place des revalorisations historiques dont le SEGUR de la santé et la prime grand âge. Sur la section soins ces mesures sont largement financées.

A noter que pour les EHPAD privés non lucratifs, après de longues négociations qui dépendaient en partie plus du dialogue social que du niveau de financement de l'État, un accord sur les dits « bas salaires » vient d'être signé par la CGT. Un effet rétroactif est prévu au 01/01/2024.

Le gouvernement avait prévu pour cet accord un financement de 300 Millions d'euros dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). En ajoutant les mesures nuits, jours fériés et les dimanches, il sera finalement de 380 Millions d'euros.

Audition des fédérations des directeurs et directrices d'EHPAD

Le 14 Juin 2024

Présents :

Membres de la mission EHPAD

- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la mission.
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission.
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP, rapporteur de la mission.
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS

Secrétariat de la mission EHPAD

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par intérim
- Monsieur Nicolas DESANEAUX – Chargé de suivi des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Représentants des fédérations

- Madame Sylvie GASCHARD, Directrice de l'association Yvonne (URIOPSS)
- Madame Michèle LECLERC, Directrice de l'EHPAD de Caulnes, (FHF)
- Monsieur Arnaud NEDELLEC, Directeur des EHPAD de Corlay et de Rostrenen, (FHF).
- Monsieur Laurent ALPERIN, Directeur des affaires financières de la Fondation Bon Sauveur, (URIOPSS)
- Madame Nelly DENIEL, Directrice Générale Altygo, (FEHAP).
- Madame Karine BIDAN, Directrice Fondation Saint-Jean de Dieu (FEHAP).
- Monsieur Gildas GUESDON, (Mutualité).
- Monsieur Eric-Angélo BELLINI, (AD-PA).
- Madame Maryvonne LE ROUX, Directrice de l'EHPAD « Notre-Dame » de Plestin-Les-Grèves, (AD-PA).
- Monsieur Benoît LUBIN, Directeur EHPAD Matignon (FNADEPA).

-AD-PA : Association des Directeurs au service des Personnes Âgées

-FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

-FHF : Fédération Hospitalière de France

-FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements & services pour Personnes Âgées

-URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

I - Situation actuelle des EHPAD

La mise en place de la mission est saluée par les représentants des fédérations. Ce type de mission devrait d'ailleurs être généralisé à tous les Conseils départementaux de France car la problématique des EHPAD dépasse les frontières des Côtes d'Armor.

Il faudra néanmoins que l'Etat impulse les changements car au niveau local il n'y a que peu de moyens d'action.

Le contexte national (dissolution de l'Assemblée Nationale) n'est pas favorable aux EHPAD, la loi Grand Âge est enterrée et la loi Bien vieillir n'est pas ambitieuse. Les évolutions démographiques vont aussi jouer à l'avenir, il y aura de plus en plus de personnes âgées et pourtant les pouvoirs publics ne proposent aucune solution.

Par ailleurs, les inégalités territoriales sont fortes surtout entre les départements pour lesquels les tarifs moyens hébergement et la valeur du point GIR varient d'un département à l'autre. Les crédits non reconductibles (CNR) versés par le Conseil Départemental et l'ARS ne suffisent plus pour aider les établissements. Pour la majorité des EHPAD du Département, les résultats sont déficitaires mais atténués par l'octroi de CNR. Les CNR devraient être attribués en début d'année permettant aux directrices et directeurs d'avoir une meilleure visibilité et de commencer l'année sur de meilleures bases.

Le Conseil Départemental est aussi responsable de la situation actuelle des EHPAD au travers de ses taux directeurs jugés insuffisants avant 2022. Madame LE ROUX (AD-PA) évoque la situation de l'EHPAD « Notre Dame » à Plestin-Les-Grèves, dont elle est la Directrice. Son établissement a bénéficié d'un taux d'augmentation de 4 % de son tarif hébergement contrairement aux 8 % qu'elle demandait. Elle note que ses charges ont, par ailleurs, fortement augmenté. Il faudrait corréliser les évolutions des taux sur l'inflation pour que le modèle fonctionne mieux.

Les représentants interrogés dans le cadre de la mission EHPAD craignent l'avenir si rien n'est fait. Beaucoup ont le sentiment d'être entendus mais pas écoutés, que les instances nationales n'ont pas conscience des difficultés de terrain. Plusieurs rapports nationaux ont fait état des difficultés rencontrées en établissement mais cela n'a pas permis de changer les choses et aujourd'hui le système est à bout de souffle. Plusieurs représentants de fédérations estiment qu'il n'y a pas de vision stratégique à long terme et d'orientations claires (objectifs) que ça soit au niveau de l'État ou au niveau des autorités de tarification et de contrôle. Il est demandé aux directrices et directeurs d'établissement de faire de la qualité mais avec des moyens qui diminuent cela est impossible.

Les directeurs et directrices d'établissement se posent la question de quitter leur poste car le travail dans ces conditions n'est plus possible. Ils ont l'impression de devoir tout faire dans l'urgence, se sentent isolés et seuls, n'ont plus le temps de faire d'appel à projet pour certains, d'autres cherchent des financements externes pour couvrir les charges de plus en plus importantes. Les directeurs passent énormément de temps à faire de la RH. « Quelle entreprise gérant plusieurs dizaines de salariés, ouverte 365 jours par an, 24H sur 24H fonctionne avec seulement 2 administratifs ? »

Il est impossible aujourd'hui d'être à la direction de deux établissements en même temps dans ces conditions (le risque de burn-out augmente à cause de la pression, du stress...). S'ajoutent à cela les craintes de voir leur responsabilité mise en cause lors d'un incident grave au sein de leur établissement. Un directeur à La Gacilly vient d'être condamné car jugé responsable de la mort d'une résidente ayant chuté car une AS, qui venait d'arriver, a mal utilisé un lève-personne. Le directeur a été condamné pour défaut de consignes et manque de formation professionnelle. Pour autant, dans ce cas c'est le manque de financement qui a conduit à un manque de formation professionnelle et à un défaut de consigne. La crainte et le risque de se retrouver au pénal, quand on est directeur ou directrice, est omniprésente.

Les représentants de fédérations craignent que les groupes privés lucratifs ne reprennent la gestion des EHPAD en difficulté notamment les associatifs. Les EHPAD doivent rester du domaine social.

A-Les difficultés liées aux charges et aux pertes de recettes.

La situation actuelle des EHPAD est aussi grandement causée par l'inflation depuis 2021 sur l'alimentaire, les produits paramédicaux, produits d'hygiène et sur les charges d'électricité notamment. Ces augmentations de dépenses n'ont pas été compensées par des taux directeurs suffisamment élevés sur les sections hébergement et dépendance. Avant 2023, l'évolution des tarifs journaliers hébergement ne permettaient pas de couvrir les charges qui augmentaient rapidement à cause de l'inflation.

En outre, sur certains territoires (en centre Bretagne notamment), il y a des difficultés de remplissage des établissements avec des taux d'occupation faibles ce qui crée des pertes de recettes. Ces difficultés de remplissage s'expliquent soit par un manque de personnel donc l'établissement ne peut pas accueillir les personnes, soit parce qu'il n'y a pas de demande (peut-être à cause « d'EHPAD bashing ? »). Il y a aussi des personnes qui ne peuvent pas être accueillies en EHPAD. Certains directeurs sont aussi obligés d'étaler les règlements URSSAF. Selon la FHF, 46 % des EHPAD Bretons rattachés à un CH ou à un hôpital de proximité, après versement de CNR, représente 32 millions d'€ de déficit. « Ce qui est apporté par l'Etat à l'échelle d'une région suffit à peine à endiguer le problème ».

Les revalorisations salariales n'ont pas été totalement compensées par l'Etat ce qui met les établissements en difficultés financières très importantes. Par ailleurs, ces mesures de revalorisations salariales ont mis en concurrence les secteurs publics et privés sur les recrutements.

Beaucoup d'établissements font des déficits depuis plusieurs exercices et commencent les années avec des reports à nouveau déficitaires ce qui complexifie davantage leur situation. Les EHPAD n'ont plus, ou très peu, de trésorerie. La question de la taille des EHPAD joue aussi. Les petits EHPAD ont plus de mal à s'en sortir financièrement bien qu'ils proposent des accompagnements plus « humains ». Monsieur Lubin, de par son expérience, note, cependant, que beaucoup de « petits » EHPAD de 50 ou 60 lits étaient sains financièrement avant 2022 mais que cela s'est joué à cette période. Pour autant, il faut pouvoir conserver ces EHPAD de 50 ou 60 lits et ne pas avoir une vision dogmatique, en se disant qu'en dessous de 60 lits, un EHPAD n'est pas viable.

B-Les difficultés de recrutement.

Il y a aussi le constat que les EHPAD sont eux-mêmes en concurrence sur les recrutements de personnel avec les difficultés de recrutement constatées dans le Département. Il est très difficile de trouver des personnes motivées mais aussi d'avoir des CV, quels que soient les postes AS, IDE, ASH. Les personnes n'ont plus envie de travailler en EHPAD.

Les directeurs et directrices ont essentiellement 2 leviers à leur disposition dans ce contexte :

- soit baisser la qualité de l'accompagnement en accueillant le même nombre de personne
- soit faire diminuer le nombre de personnes accueillies mais faire baisser aussi le taux d'occupation.

L'emploi d'intérimaires coûte très cher aux établissements néanmoins ces derniers n'ont plus le choix car ils ont besoin de personnel parfois dans l'urgence.

Pour les directrices et directeurs d'établissement il serait aussi important d'avoir une idée des moyennes de ratio de personnel au niveau du Département voire au niveau de la Région car cela permettrait de faire des comparaisons.

Concernant les fonctions de direction d'établissement, il y a aussi des grosses difficultés de recrutement. Beaucoup de directeurs et directrices quittent leurs fonctions rapidement face aux difficultés du poste. Pour l'AD-PA (M. BELLINI) "les directrices et directeurs sont des funambules marchant sur un fil dont l'équilibre est extrêmement précaire".

C-L'état bâtiminaire des EHPAD

L'EHPAD de Rostrenen a plus de 95% de taux de vétusté sur l'immobilier, architecture ultra hospitalière avec des longs couloirs, avec des douches collectives au bout de couloir, des locaux inaccessibles qui datent d'une autre époque.

Regret qu'il n'y ait pas eu, avant l'envolée des prix des matériaux de construction, d'audit sur l'état bâtiminaire des EHPAD du Département pour savoir quels EHPAD auraient besoin de travaux. Pour Rostrenen, le « parcours du combattant » pour la rénovation de l'EHPAD a démarré en 2017.

A Caulnes, l'établissement a 8 ans et a coûté 12 millions d'€ dont 138 000 € par le CD ce qui est peu.

Par ailleurs, les loyers des EHPAD locataires ont fortement augmenté. Le Conseil départemental pourrait-il avoir un moyen d'action sur les bailleurs sociaux ?

D-Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les représentants des fédérations sont unanimes pour dire que les CPOM n'ont pas de sens pour eux car les directeurs se retrouvent avec des objectifs mais qu'ils n'ont pas de moyens financiers supplémentaires pour y parvenir. Pour certains représentants, il s'agit même d'un manque de respect pour les directeurs. Les CPOM sont des « CPO », le « M » de moyens étant absent.

Le temps des directeurs d'établissement est aussi chargé par des obligations administratives nombreuses notamment sur les enquêtes. Beaucoup d'enquêtes sont considérées comme inutiles alors que les données pourraient être croisées entre autorités administratives. Les directeurs et directrices n'ont d'ailleurs jamais de retours sur les enquêtes auxquelles ils / elles participent.

II-L'accès aux soins

Tous les représentants de fédération font le constat qu'avoir un médecin coordonnateur est aujourd'hui une grosse problématique pour les EHPAD.

Certains médecins refusent des patients âgés à cause de leur âge et de leur GIR. Des plaintes ont déjà été envoyées à l'ordre des médecins car ces situations sont inadmissibles. L'accès aux soins des personnes âgées est particulièrement complexe et même simplement pour des soins du quotidien.

La responsabilité des médecins qui refusent des patients âgés va être engagée si rien ne change. De même, les urgences refusent de plus en plus régulièrement de prendre en charges des personnes en fonction de leur âge et de leur GIR.

III-La fusion des sections dépendance et soin

Les représentants des fédérations ont des avis divergents concernant la fusion des sections :

- Pour l'AD-PA : la fusion des sections n'apportera pas spécialement de moyens supplémentaires donc c'est « de la poudre aux yeux qui vise à ne pas répondre au problème sur le fond mais à faire diversion sur la forme »
- Pour la FHF : la fusion pourrait apporter des moyens supplémentaires (avec des taux directeurs plus importants ?) mais cela n'est pas vu comme quelque chose qui améliorera la situation actuelle des établissements.
- Pour la FEHAP : est plutôt favorable à la fusion.
- Pour la FNADEPA : favorable à la fusion des sections car cela pourrait harmoniser les choses sur la Région, mais cela ne résoudra pas la situation.
- Pour l'URIOPSS : favorable à la fusion des sections.

IV-Les tarifs différenciés

Concernant les tarifs différenciés que la loi « Bien Vieillir » permettra, les avis sont aussi partagés :

- AD-PA : Plutôt pour le dé-conventionnement, être citoyen et résidents cela signifie vivre comme tout à chacun et avoir à faire face à des augmentations de tarifs comme quelqu'un qui serait à domicile quand l'inflation explose « puisque l'état ne le fait pas et que la société Française n'a toujours décidé que cela relevait entièrement de la solidarité nationale ».
- FHF : Pense que c'est un « gadget » et que cela va créer des tensions entre les résidents et leurs familles et cela va aussi engendrer des problèmes de gestion. Par ailleurs, la FHF s'interroge sur les résidents n'ayant pas les moyens financiers de payer. Cela va aussi créer de la concurrence entre les EHPAD. A terme, il y a une crainte que cela soit la même chose pour le soin.
- FNADEPA : les augmentations de tarifs pour certains résidents ne doivent pas compenser les revalorisations salariales non prises en charge par l'Etat. Cette mesure ne doit pas être le seul levier permettant de sauver les établissements.
- FEHAP : plutôt favorable aux tarifs différenciés
- Mutualité : plutôt pour les tarifs différenciés et augmentation de tarifs. La mutualité a d'ailleurs passé une convention d'aide sociale avec le CD22, ce qui a créé des débats au départ. Néanmoins, il n'y a pas eu une seule plainte de familles. Ce n'est pas aberrant que les tarifs soient indexés sur l'inflation.
- URIOPSS : les résidents sont des citoyens à part entière et doivent donc supporter l'inflation avec des tarifs indexés sur les augmentations de prix. Néanmoins il ne faut pas que les résidents soient des citoyens quand ça nous arrange et ne le soient plus dans un autre contexte (exemple : pendant le COVID, les résidents d'EHPAD ont eu moins de droits que les autres citoyens).

Il faudrait faire prendre conscience aux familles et aux résidents du coût réel d'une place en EHPAD.

Audition Mission EHPAD

Le 14/06/2024 à 11h00.

Présents :

- Madame Jingyue Xing-Bongioanni, Sociologue, chercheuse et Maitresse de conférence à l'université de Lille.
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la mission EHPAD.
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission EHPAD.
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP, rapporteur de la mission EHPAD.
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par intérim
- Monsieur Nicolas DESANEAUX – Chargé de suivi des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Excusés :

- Madame Véronique CADUDAL – Vice-Présidente déléguée à l'autonomie, Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL.
- Madame Nadine L'ECHELARD – Conseillère Départementale du Canton de PLAINTTEL
- Madame Martine PELAN – Conseillère Départementale du Canton de PLENEE-JUGON
- Madame Nathalie NOWAK – Conseillère Départementale du Canton de PLERIN
- Monsieur Loïc ROSCOUET – Conseiller Départemental du Canton de GUERLEDAN
- Monsieur Erven LEON – Conseiller Départemental du Canton de PERROS-GUIREC
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Alain GUEGUEN – Conseiller Départemental du Canton de ROSTRENEN
- Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller Départemental du Canton de PLESLIN-TRIGAVOU
- Monsieur Joël PHILIPPE – Conseiller Départemental du Canton de BEGARD
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN

Entretien avec Madame Jingyue Xing-Bongioanni :

Madame Jingyue Xing-Bongioanni est sociologue, maitresse de conférence à l'université de Lille. En parallèle de ses missions à l'université de Lille, elle effectue actuellement un stage d'observation à l'ARS Bretagne. Elle a fait plusieurs travaux sur les EHPAD notamment sur la tarification, sur les problématiques des ressources humaines, sur les difficultés de recrutement et sur les conditions de travail en EHPAD. Elle a d'ailleurs rendu un rapport à la CNSA en 2023 sur les conditions de travail en EHPAD.

I - La fidélisation du personnel en EHPAD pour répondre aux difficultés de recrutement.

Une étude faite auprès des professionnels des EHPAD, comprenant 917 réponses au total, montre que le souhait de continuer à travailler en EHPAD varie selon les fonctions des personnes.

Au total, 63% des employés d'EHPAD souhaitent rester mais il y a des variations selon les métiers. On constate que plus on monte en fonction, plus l'envie de rester baisse. Par ailleurs, selon les fonctions exercées, des facteurs différents peuvent venir conforter l'envie de rester. Madame Xing-Bongioanni distingue 4 fonctions différentes dans les professionnels des EHPAD s'occupant des résidents.

	ASH	ASH Faisant fonction	Aide(s) soignant(es) diplômés	Infirmiers / infirmières
Souhaitant rester	80 % indiquent vouloir rester en EHPAD	69 % indiquent vouloir rester en EHPAD	57 % indiquent vouloir rester en EHPAD	48 % indiquent vouloir rester

	Facteurs favorisant l'envie de rester travailler en EHPAD selon les fonctions exercées
ASH	<p>Le travail d'ASH est surtout un « travail alimentaire », lié à des difficultés d'insertion (répondant aux besoins des personnes)</p> <p>Les facteurs importants favorisant l'envie de rester en EHPAD sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'âge (plus l'ASH est âgé(e) plus il/elle a envie de rester car l'insertion dans le monde professionnel est plus difficile à un certain âge) • L'expérience professionnelle antérieure joue aussi sur l'envie de rester (ceux qui ont connu du chômage par exemple auront plus envie de rester) • Les contraintes financières (enfants à charge par exemple) <p>Pour les ASH, le travail en EHPAD est vu comme un « good job ».</p>
ASH faisant fonction	<p>Facteurs déterminants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reconnaissance, le soutien hiérarchique, • Le salaire (seul groupe pour lequel le salaire joue véritablement sur l'envie de rester si la personne n'a aucune autre offre d'emploi) • Les ASH faisant fonction sont aussi plus sensibles à la présence d'intérimaires dans la structure (différence de rémunérations, difficultés de l'établissement si fait appel à des intérimaires). <p>C'est un groupe qui a véritablement besoin de reconnaissance car ces personnes effectuent les mêmes missions que des agents diplômés.</p>
Aide(s) soignant(es) diplômés	<p>Facteurs déterminants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Relationnel avec les autres agents (bonne équipe, sentiment de faire partie d'un collectif soudé, soutien hiérarchique, soutien entre collègues, entraide) <p>Pour ce groupe, l'ambiance au travail joue énormément.</p>
Infirmiers / infirmières	<p>Ce groupe est hétérogène, on peut distinguer 2 profils de personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des personnes plus jeunes, pour lesquelles le métier est un tremplin. Ces personnes restent parce qu'elles ont un projet à long terme. - Des personnes ayant eu une carrière antérieure souvent hospitalière et souhaite une vie professionnelle en EHPAD plus apaisante et moins technique qu'en hôpital. <p>Facteurs déterminants pour rester en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'âge : les infirmières plus âgées ont plus envie de rester alors que les plus jeunes changeront plus facilement surtout si elles ont un projet professionnel sur le long terme. ● L'attention accordée par la hiérarchie ● Le sentiment de faire un travail en accord avec leurs valeurs personnelles.

Partant de ces constats et de cette étude, les établissements peuvent mettre en place des stratégies pour mieux fidéliser le personnel.

Il est important de comprendre quelles sont les demandes des personnels, leurs attentes pour mettre en place des actions ciblées permettant de les fidéliser. Une action qui marche bien, selon Madame Xing-Bongioanni, serait d'avoir des activités connexes à l'EHPAD. Par exemple avoir un service de micro-crèche à côté de l'EHPAD, adapté aux horaires d'EHPAD.

L'ambiance et les horaires de travail sont les deux leviers principaux pour fidéliser le personnel. Le mode dégradé, par exemple, a un impact sur l'envie de partir des personnes à long terme. Ce constat est d'autant plus vrai aujourd'hui car les EHPAD essayent de limiter le recours à l'intérim et mettent donc en place des modes dégradés plus régulièrement.

Certaines actions de fidélisation sont peu chères (par exemple accorder de l'attention et de l'importance à du personnel)

Par ailleurs, il faut que des conventions soient passées avec des organismes de formation et faciliter l'accueil de stagiaires et d'apprentis c'est-à-dire cibler très tôt les futures recrues. Néanmoins, cela est de plus en plus difficile depuis la crise sanitaire.

Un autre point important jouant sur la fidélisation du personnel concerne la relation avec les familles. En effet, ces relations représentent une charge mentale pour les professionnels.

Sur ce point, des petites formations peuvent être proposées aux familles pour comprendre ce qu'est la vie en EHPAD et la charge de travail que cela représente pour le personnel.

II - Comprendre la reconversion professionnelle des personnels d'EHPAD.

Madame Jingyue Xing-Bongioanni présente ensuite les résultats d'une autre étude en cours sur les reconversions professionnelles des personnels d'EHPAD. Cette étude s'appuie notamment sur des enquêtes et des entretiens auprès de personnes ayant quitté le secteur des EHPAD. (Pourquoi elles ont quitté le secteur ? quels facteurs déterminants ? comment s'est déroulé le processus de reconversion ?)

Le processus de reconversion professionnelle est un processus assez long, la décision n'est pas prise du jour au lendemain. Généralement, ce processus dure 1 an ou 2 ans en prenant en compte l'hésitation de la personne, ce qui signifie que les établissements ont le temps de fidéliser le personnel.

Ce qui joue dans le désir de reconversion c'est l'ambiance au travail, les horaires de travail, la culpabilisation (si les personnes ont le sentiment de mal faire leur travail), la relation avec la direction.

Les fonctions de soignants sont exercées par des personnes passionnées, ayant choisi leur métier. Parfois leur choix est influencé par la famille ou les amis (par exemple lorsque la personne connaît déjà des personnes exerçant ces fonctions). Ce sont aussi des personnes qui veulent se sentir utiles. Ces personnes exerçant des fonctions de soins sont très sensibles aux conditions de travail c'est-à-dire que si elles sentent qu'elles deviennent maltraitantes à cause des conditions de travail, elles seront plus sensibles à la reconversion professionnelle.

Néanmoins, la reconversion professionnelle est rarement radicale c'est-à-dire que ces personnes ayant des fonctions de soins vont plutôt se diriger vers d'autres secteurs mais en exerçant des fonctions similaires (exemple passer de l'EHPAD au secteur de l'enfance).

Les reconversions professionnelles radicales sont plus courantes pour les ASH.

Les reconversions professionnelles sont aussi beaucoup influencées par l'entourage (anciens collègues, amis, familles...)

III - Différents profils de directeurs d'EHPAD.

Sur les postes de direction, il y a essentiellement 2 grands profils :

-Les directeurs plus jeunes, fraîchement diplômés, connaissant bien les nouvelles règles budgétaires et financières et les outils numériques modernes. Cependant ces personnes ont moins de connaissances de terrain et sont peut-être moins habiles dans la gestion des relations humaines.

-Les directeurs des anciennes générations, plus âgées, souvent passés par des promotions internes, ayant eu des formations continues tout au long de leurs carrières. Ces profils de directeurs ne sont, peut-être, pas tout à fait au point sur les documents financiers mais ils ont beaucoup d'expérience.

Ce sont plutôt les jeunes directeurs et directrices qui souffrent davantage lors des crises et qui ont plus de mal à y faire face certainement car ils disposent de moins d'outils. Pendant le Covid, il a été constaté que les jeunes directrices revenaient souvent à l'EHPAD en dehors de leurs heures de travail.

Les jeunes directeurs ont été confrontés au Covid et ensuite à la crise financière. Cet enchaînement de crise a beaucoup joué sur les postes de direction.

IV - La gestion des EHPAD.

La Bretagne est une région particulière en termes d'EHPAD car il y a beaucoup d'EHPAD publics territoriaux ce qui est rarement le cas dans d'autres régions. En outre, il y a très peu de privés lucratifs.

Le problème en Bretagne, selon Madame Xing-Bongioanni, c'est la taille critique des EHPAD. En effet, il y a beaucoup de petits EHPAD (moins de 60 places). Une étude réalisée par une collègue de Madame Xing-Bongioanni montre qu'en dessous de 60 places, l'EHPAD n'est pas viable. Néanmoins, ces petits EHPAD ont l'avantage d'avoir un accompagnement plus individualisé.

On constate aujourd'hui que de nombreux petits EHPAD ne sont pas forcément en capacité d'effectuer une facturation à jour, de compléter les documents financiers et encore moins de répondre à des appels à projets.

Selon Madame Xing-Bongioanni, une première étape pour faciliter la gestion des EHPAD notamment ceux de petites tailles serait de travailler sur des associations d'EHPAD en ayant un siège à l'instar des groupes privés. L'idée n'est pas de mutualiser les postes de direction des EHPAD mais plutôt d'avoir un siège avec une capacité d'expertise, capable de gérer les problématiques juridiques, financières, RH, de participer à des appels à projet. Dans ces associations, on constate une professionnalisation mais aussi une politisation de la direction de l'association (les directions stratégiques sont prises à ce niveau).

En outre, cela permet aussi à des EHPAD en zone rurale et un peu isolé d'avoir un appui.

Cela ne signifie pas que le Directeur d'EHPAD disparaisse mais qu'il devienne un Directeur de proximité. Le directeur peut alors se consacrer à des tâches / missions de terrain comme rencontrer les familles, être davantage à l'écoute des professionnels.

Dans le Département du Val-de-Marne (94), il existe des groupements ayant unifié les RH, les achats etc... dans le but de faire des économies. Certains de ces groupements auraient aussi réussi à mutualiser certains postes et avoir un pool de remplacement. Cela fonctionne bien dans le Val-de-Marne car il y a plus de main d'œuvre que dans les Côtes d'Armor.

Dans le Département du Nord, le degré de mutualisation / intégration est moins fort que dans le 94. Les établissements sont plus libres de choisir le degré d'intégration au groupement.

D'après Madame Xing-Bongioanni, le département des Côtes d'Armor a plus de similitudes avec le département du Nord qu'avec le département du Val-de-Marne. En Bretagne, le groupe Comète peut aussi être un bon exemple de ce qui pourrait être mis en œuvre dans le 22.

Ces coopérations / associations d'établissements avec un siège peuvent très bien fonctionner mais cela dépend aussi de la mise en œuvre politique du projet, de la bonne coopération entre les établissements et il faut ajouter que le degré de mutualisation est différent d'un territoire à l'autre. Il est, par ailleurs, nécessaire que les établissements intégrant un groupement soient dans la même dynamique et aient des orientations similaires.

A l'avenir, enfin, il sera nécessaire de changer l'image des EHPAD. Comment rendre attractifs les métiers des EHPAD alors même que l'image de ces établissements est négative ?

Un travail de médiatisation et de communication positive est à effectuer pour redorer l'image des EHPAD auprès du public (prendre exemple sur ce qui se fait à Kersalic). Cela passe par l'impulsion de la direction des EHPAD (la directrice de Kersalic, par exemple, est très impliquée dans la médiatisation et la communication pour rendre attractif son EHPAD).

V – Les ratios d'encadrement en EHPAD

L'étude réalisée par Madame Xing-Bongioanni montre qu'il faut distinguer 2 périodes concernant les ratios d'encadrement :

-avant covid : avoir plus de moyens pour avoir suffisamment de postes. Le discours des directeurs de l'époque était de dire que les autorités de tarification ne donnaient pas assez de moyens pour avoir suffisamment de postes.

-après covid : il y a eu plus de postes créés mais désormais il y a aussi plus de postes vacants (50 % des EHPAD interrogés, aujourd'hui, ont au moins un poste vacant.)

93% des EHPAD interrogés ont du mal à recruter.

Il est, de fait, nécessaire de jouer sur l'attractivité des métiers tout en fidélisant les professionnels des EHPAD.

Audition Collectif « Territoires en résistance »

Le 14 juin 2024

Présents :

Membres de la mission :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Véronique CADUDAL – Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA

Secrétariat de la mission :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par interim
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Collectif des maires :

- Madame Annie BRAS-DENIS – Maire de PLOUARET - Présidente du CCAS de PLOUARET - Secrétaire Association « Territoires en résistance pour le Grand Age »
- Monsieur Jean-Louis EVEN - Maire de LA ROCHE JAUDY - Président du CCAS de LA ROCHE JAUDY - Vice-Président Association « Territoires en résistance pour le Grand Age »
- Monsieur Xavier COMPAIN – Maire de PLOUHA – Président du CCCAS de PLOUHA – Président de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age »

I. Situation des EHPAD

1/ Le cas de l'EHPAD « Résidence Kerembellec » de LA ROCHE JAUDY

Avant le COVID et comme beaucoup d'EHPAD, la « Résidence Kerembellec » était à l'équilibre financier. Alors que la gestion n'a pas changé, l'établissement s'est retrouvé en déficit après le COVID. Et la Trésorerie qui était de 600 000 € avant le COVID n'est aujourd'hui que d'environ 150 000 €.

Plusieurs éléments expliquent ces déficits :

- les mesures prises par l'État, mais pas entièrement financées (SEGUR1 et 2, Primes Grand Age, évolutions du point d'indice, l'Allocation de Retour à l'Emploi désormais possible pour les fonctionnaires, la Période Préparatoire au Reclassement)
- le coût du recours à l'intérim du fait des difficultés de recrutement rencontrées par les EHPAD depuis le COVID
- le coût des arrêts qui n'est pas intégralement compensé par les assurances de prévoyance (10 à 15 jours de carence...) et qui n'est pas non plus pris en compte ni par l'ARS, ni par le Département

- l'inflation, notamment sur les dépenses énergétiques, même si pour l'EHPAD Kerembellec la chaudière à bois lui a permis d'amoindrir l'augmentation de ce poste.

Une grande partie de ces éléments impactent directement la section hébergement. Tout comme l'incidence du bâti sur les recettes de fonctionnement de l'établissement, notamment en cas de chambres de doubles dans l'EHPAD.

Sur les remplacements, Monsieur EVEN alerte sur l'outil HUBLO préconisé par l'ARS car il a été confronté à un agent qui enchaînait les journées et nuits de travail, au mépris de la réglementation du travail et de la qualité et sécurité de l'accompagnement des résidents.

Par ailleurs, la politique de financement de l'ARS, avec des Crédits Non Reconductibles (CNR) accordés en fin d'année, ne facilite pas la gestion des établissements. En 2023, les CNR accordés en août par l'ARS ne l'ont été qu'en réponse au mouvement de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age ».

Et dans le cas de l'EHPAD « Résidence Kerembellec », Monsieur EVEN indique que la destination des CNR accordés par l'ARS en 2023 a été modifiée en cours d'année. Ils étaient affichés initialement pour les augmentations de dépenses d'énergie et les dépenses d'intérim, donc en plus des CNR habituels. Et ils ont été finalement déduits de ceux-ci.

Il est également fait état de difficultés liées à l'estimation du PATHOS et des financements qui en découlent, de l'octroi de ces moyens supplémentaires en décalage avec la constatation du nouveau PATHOS et aussi parfois de retards dans les versements de l'Aide Sociale à l'Hébergement.

Les conséquences de toutes les difficultés des EHPAD sont diverses :

- les établissements ont de la peine à recruter des Directions ce qui est d'autant plus problématique avec le turn-over important sur ces postes
- les fondamentaux de l'accompagnement des résidents ne peuvent plus être assurés en lien avec l'absentéisme et le taux d'encadrement pour des personnes de plus en plus dépendantes
- des sollicitations d'EHPAD privés pour reprendre la gestion de l'établissement en mettant en avant qu'ils n'ont pas les mêmes contraintes de statut que les EHPAD publics (ce n'est pas eux qui supportent le coût du chômage ou des arrêts par exemple)
- les banques qui refusent d'accorder des prêts ou des lignes de trésorerie aux établissements sans la caution du gestionnaire, la Mairie pour les EHPAD territoriaux
- le personnel et les élus qui s'inquiètent de la pérennité de leur établissement
- un préjudice d'image pour les élus pour les EHPAD territoriaux.

Il est à noter que des établissements, en grandes difficultés, sont amenés à ne plus acquitter certaines factures comme l'électricité par exemple.

Enfin, l'EHPAD « La Résidence Kerembellec » a augmenté son prix de journée hébergement en 2023 et 2024. Le coût mensuel hébergement de l'établissement est aujourd'hui de 2 200 €.

Or, le montant moyen des pensions de retraite est de 1 400 €. L'augmentation de celles-ci à hauteur de 5 % représente donc 70 €.

Si l'établissement avait augmenté son prix de journée hébergement de 10 % en 2024, l'incidence aurait été de 200 €, soit une augmentation nette pour le résident de 130 €.

Monsieur EVEN fait remarquer que certaines personnes âgées restent à domicile dans des conditions inadaptées et certains établissements voient des dossiers d'inscription retirés en lien avec les coûts d'hébergement. Au-delà de ces éléments financiers, Monsieur EVEN indique que la dépendance continue de s'accroître dans les établissements.

2/ Le cas de l'EHPAD « Résidence Melchonnec » de PLOUARET

L'EHPAD géré par le CCAS de PLOUARET est un établissement de 57 places. Il est la propriété de Terres d'Armor Habitat et l'entretien est réalisé par le personnel communal. Les relations de l'établissement avec son bailleur sont satisfaisantes.

C'est une structure qui était déjà en difficulté en 2014. C'est la raison pour laquelle il a été décidé en 2019 de séparer le budget de la cuisine centrale qui était jusque là porté par l'EHPAD. En contrepartie, la Mairie, au titre de la solidarité locale, a apporté une subvention de 150 000 € au budget de la cuisine centrale considérée à 1/3 pour l'accompagnement de la cantine scolaire, 1/3 pour le portage de repas et 1/3 pour l'EHPAD. Cette séparation du budget de la cuisine centrale a permis une amélioration notoire de la situation financière de l'EHPAD.

Le taux d'occupation de l'EHPAD « Résidence Melchonnec » est de 97,5 %, avec une liste d'attente importante composée de personnes âgées provenant du territoire proche de PLOUARET. Madame BRAS-DENIS insiste donc sur le fait que les déficits ne sont pas forcément liés au taux d'occupation contrairement à ce qui peut parfois être opposé aux EHPAD pour expliquer les déficits.

Globalement, tous les établissements ont un socle de difficultés communes comme par exemple les mesures gouvernementales qui ne sont pas intégralement compensées. Et, l'incidence de ces difficultés se fait davantage ressentir sur un établissement qui était déjà en fragilité.

Toutefois concernant le remplacement du personnel, et alors que beaucoup d'établissements sont aujourd'hui confrontés à un recours à l'intérim important, l'EHPAD « Résidence Melchonnec » n'y a que peu recours car il réussit à maintenir un volant de personnel fidèle.

Madame BRAS-DENIS se montre préoccupée sur la situation de son EHPAD, en particulier en attendant les CNR qui ne seront versés par l'ARS qu'en fin d'année. D'autant que l'établissement s'est vu refuser une ligne de trésorerie par la banque et la seule variable d'ajustement sera le paiement de la redevance locative.

De la même manière, l'établissement s'est également vu refuser un prêt d'environ 26 000 € pour le renouvellement d'une machine à laver.

Il a donc envisagé d'externaliser le traitement du linge mais a abandonné cette alternative en raison des problèmes soulevés : la nécessité de 3 fois plus de linge pour les résidents et de plus grandes pertes de linge ou d'accessoires restés dans les poches.

L'établissement a bénéficié d'un soutien financier du Département et de l'ARS en 2022 suite aux alertes de Mme BRAS-DENIS sur la situation de son EHPAD.

En 2023, des aides de l'ARS ont également été accordés à plusieurs EHPAD (dont la « Résidence Melchonnec ») grâce au mouvement de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age ».

II. Les leviers possibles

1/ Le groupe de travail de la banque des territoires

Sur le territoire breton, beaucoup d'établissements sont locataires auprès de différents bailleurs. Ces bailleurs sociaux ont réussi à faire remonter les préoccupations des EHPAD. Ainsi, un groupe de travail national s'est constitué avec la banque des territoires pour rechercher des solutions afin d'améliorer le bâti et donc réduire les coûts de fonctionnement, notamment les coût énergétiques.

2/ La subvention d'équilibre de la collectivité gestionnaire de l'EHPAD

Monsieur EVEN précise que le versement d'une subvention d'équilibre par la Mairie est interdit. Suite au COVID, la loi de finance avait prévu cette possibilité pour 2022, mais uniquement pour 2022.

Madame BRAS-DENIS complète avec l'exemple de PLOUARET :

- le budget de la commune est de 2 000 K€
- le budget de l'EHPAD est de 3 000 K€
- le budget du CCAS est de 10 K€

La Mairie ne pourra donc pas pallier un manque de financement pérenne permettant d'assainir la situation financière de l'EHPAD.

3/ Les mutualisations et regroupements

A/ Les mutualisations

Les établissements sont ouverts aux mutualisations de compétences, entre établissements de proximité, pour une sécurisation et la rupture d'isolement des Directions notamment. Un autre exemple de mutualisation possible, présenté par Madame BRAS-DENIS, est l'étude des dossiers d'admission de deux établissements proches géographiquement par un seul médecin coordonnateur plutôt que deux médecins coordonnateurs qui regardent tous les dossiers d'admission, avec souvent des dossiers communs.

Par ailleurs, des mutualisations sont déjà mises en œuvre entre établissements de proximité. L'EHPAD de PLOUARET par exemple travaille déjà étroitement avec les deux EHPAD de PLESTIN-LES-GREVES et celui de PLOUMILLIAU.

Des établissements répondent aussi ensemble à des Appels à Manifestation d'Intérêt.

Enfin, la mutualisation est justement l'objectif de l'Association Trégor Goélo qui rassemble beaucoup d'établissements du territoire. Il s'agit de mutualisations de compétences ou de grouper des achats afin d'obtenir des économies d'échelle.

Monsieur COMPAIN précise que finalement les mutualisations se font déjà, que c'est du « bon sens », mais que ça ne permet pas aux établissements de sortir des difficultés actuelles.

B/ Les rapprochements

L'exemple des EHPAD de CHATELAUDREN et PLOUAGAT est présenté à la mission, tout en précisant que ce rapprochement n'a pas permis d'améliorer la situation financière de ces établissements.

Face aux difficultés financières et de recrutement d'une Direction, un rapprochement a également été envisagé entre l'EHPAD de LA ROCHE JAUDY et celui de PONTRIEUX dans le cadre de la construction d'un EHPAD adapté à l'accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs. Mais, Monsieur EVEN précise que les établissements se sont heurtés aux difficultés juridiques liées notamment à la constitution d'un GCSMS.

Par ailleurs, un « seuil de rentabilité » est affiché par l'ARS à 80 places. Or, un établissement du département d'Ille et Vilaine au sein de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age », affiche un déficit de 1 000 K€ pour un budget de 8 000 K€ alors qu'il a une capacité de 130 places. Cela montre bien qu'une grosse capacité n'est pas une garantie d'équilibre financier grâce à des économies d'échelle, bien au contraire.

III. L'action et les attentes de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age »

1/ Le contexte

L'État a engagé une politique domiciliaire basée sur le « Bien vieillir chez soi ». Seulement il n'est pas possible de maintenir toutes les personnes âgées à domicile avec l'accompagnement adéquat, un accès aux soins ou encore l'accès à la culture.

Le maintien à domicile et l'EHPAD sont deux réponses qui doivent coexister sur le territoire. En effet, les EHPAD répondent à un besoin réel de la population au vu des listes d'attente de chacun. Il répondent également au besoin des établissements de santé pour l'accueil de résidents qui ne peuvent pas retourner à domicile et que le Centre Hospitalier ne peut pas garder de manière prolongée.

Les EHPAD sont donc nécessaires. Mais, aujourd'hui 7 EHPAD sur 10 sont en difficultés financières. Certains établissements ont des Trésoreries très faibles et sont obligés d'avoir recours à une ligne de Trésorerie pour fonctionner.

Les représentants de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age » insistent sur le fait que les déficits des EHPAD ne peuvent donc pas être imputés qu'à des fautes de gestion.

Par ailleurs, paradoxalement le maintien de l'autonomie des résidents n'est pas valorisé dans les équations tarifaires puisqu'il faut avoir des résidents dépendants pour avoir des moyens supplémentaires.

Il faudrait réussir à financer la 5ème branche pour garder un système pérenne et universel. Pour cela, il y a un besoin de financement d'environ 10 à 12 Milliards d'euros pour assainir la situation des EHPAD.

Or, le Ministère a d'ores et déjà annoncé que les financements apportés par l'État sont suffisants et le Président de la République ne souhaite pas de taxation supplémentaire sur les salaires ou les revenus du capital.

Des représentants de l'Association des « Territoires en résistance pour le Grand Age » ont déjà rencontré deux ministres successifs. Ils avaient eu le sentiment d'avoir été entendus par Madame BERGE avant qu'elle ne quitte son ministère. Depuis l'arrivée de Madame KHATTABI, il n'y a plus d'ouverture en matière de loi Grand Age, ce qui a incité les membres de l'Association à engager des recours gracieux.

A noter qu'une des craintes des représentants de l'Association est qu'en l'absence de solution pérenne pour les EHPAD et Résidences Autonomie, le lucratif prenne le pas sur le non lucratif. Ils souhaitent maintenir le modèle actuel des établissements des Côtes d'Armor principalement gérés par un CCAS ou une Association, dont l'objectif n'est pas la rémunération de capitaux ou d'actionnaires.

Le mouvement de l'Association a permis de mettre en évidence la problématique des EHPAD à l'échelle nationale.

2/ L'action de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age »

Les représentants de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age » ont le sentiment qu'au début de leur mouvement, le gouvernement n'a pas pris au sérieux l'ampleur de la contestation et a cru qu'ils allaient « s'essouffler ».

Depuis, l'Association a été créée et 3 300 collectivités de Bretagne ont pris des délibérations d'intention politique à l'automne dernier. Cela représente 5 000 élus qui ont été invités à délibérer sur ce sujet.

Et, aujourd'hui l'Association continue de s'étendre. Des collectivités extérieures à la Bretagne, l'UNIOPPSS ou encore des sections syndicales de la Fonction Publique Hospitalière souhaitent également la rejoindre.

Monsieur COMPAIN insiste sur le fait qu'il s'agit de revendications partagées et que ce n'est pas un mouvement politique puisqu'il est composé d'élus de tous bords.

Aujourd'hui, 15 recours gracieux ont été adressés à l'ARS Bretagne et aux Départements, les demandes d'indemnités préalables arrivant à échéance le 15 juillet prochain.

3/ Les attentes de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age »

Les représentants de l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age » souhaiteraient que le Département des Côtes d'Armor intente une procédure d'appel en garantie contre l'État sur le motif qu'il ne lui permet pas, dans le cadre de la péréquation, de financer à la juste hauteur la section Dépendance.

Monsieur COMPAIN estime que si une telle action était intentée par le Département, le nombre de dossiers en cours serait triplé et le gouvernement serait peut-être plus à l'écoute des revendications de l'Association.

En fait, l'action en indemnité préalable est présentée comme un outil permettant de donner un écho au mouvement, une interpellation publique à l'intention de l'État.

L'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age » souhaiterait également obtenir le soutien des parlementaires pour peut-être qu'enfin une Loi Grand Age soit inscrite dans les priorités du gouvernement.

En parallèle de son action en indemnité préalable, l'Association « Territoires en résistance pour le Grand Age » envisage une étude économique qui démontrerait notamment qu'un renfort de moyens humains dans les EHPAD permettrait des économies au système de santé (des fauteuils roulants qui ne seraient pas nécessaires si on mobilisait davantage les résidents) et qu'une journée d'EHPAD a un coût inférieur à une journée d'hospitalisation.

Par ailleurs, au-delà de l'aspect financier Monsieur EVEN informe que l'Association souhaite également aborder la qualité de l'accompagnement et les conditions de travail des agents et a recueilli des témoignages de professionnels et de résidents.

Enfin, les membres de l'Association n'excluent pas d'avoir des actions symboliques fortes et annoncent ne peut-être plus pouvoir assurer la gestion de leurs établissements si aucune solution n'est apportée.

IV. L'accès aux soins

L'accès aux soins pour les résidents devient problématique pour les EHPAD en raison du manque de médecins traitants, dentistes, ophtalmologie et ORL sur le territoire.

Par ailleurs, il est fait état de difficultés avec les services d'urgence. Monsieur EVEN prend en exemple le cas d'un résident victime d'un AVC et pour lequel les services d'urgence ont refusé de se déplacer au cours de la nuit.

Enfin, Monsieur EVEN s'inquiète que les établissements en viennent un jour à peut-être sélectionner les résidents à l'entrée en fonction de la prise en charge de leur pathologie, pour ne pas en être impactés financièrement alors qu'ils sont déjà en difficultés financières.

Audition de BSB et Terre d'Armor Habitat

19 Juin 2024

Présents :

Membres de la mission EHPAD :

- Madame Véronique CADUDAL – Vice-Présidente déléguée à l'autonomie, Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL.
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la mission EHPAD.
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission EHPAD.
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN

Secrétariat mission EHPAD :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par intérim
- Monsieur Nicolas DESANEAUX – Chargé de suivi des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Terres d'Armor Habitat :

- Monsieur Jean-Denis MEGE, Directeur général de Terre d'Armor Habitat.

BSB-Les Foyers :

- Monsieur Yann LE MENTEC, Directeur Hébergements spécifiques, BSB – Les foyers.

I-Présentation de Terres d'Armor Habitat

Terres d'Armor Habitat est propriétaire de 109 établissements dont 50 EHPAD et 14 résidences autonomie. Une équipe entière de professionnels est dédiée aux EHPAD et Résidences autonomie chez TAH, effectuant le suivi des projets et des demandes courantes.

TAH a beaucoup de projets en cours concernant la gestion des EHPAD, dans un contexte de difficultés financières pour les établissements accueillant des personnes âgées.

Une analyse concernant le décret tertiaire a débuté chez TAH. En outre, le bailleur a engagé une démarche de certification quali-HLM® et a réalisé une enquête à laquelle une quarantaine d'établissements ont répondu. Cela permettra à TAH de suivre certains critères de l'enquête. TAH va s'engager, dans ce cadre, à faire une veille juridique, à apporter des réponses plus rapidement aux gestionnaires et à mettre à leur disposition une plateforme documentaire.

Quelques EHPAD sont en situation d'impayés de loyers envers TAH. Sur les Côtes d'Armor et concernant les établissements pour personnes âgées, le montant des loyers impayés serait d'environ 1 million d'€ mais concentré sur très peu d'établissements.

Certains établissements annoncent des factures d'électricité qui ont explosé. TAH s'efforce de collecter des données à ce sujet auprès des gestionnaires et des travaux seront étudiés dans ces établissements. La rénovation permettrait alors de diminuer les charges et de compenser en partie les surcoûts énergétiques récents supportés par les gestionnaires. En outre, même si ce levier thermique pourrait être employé cela ne permettra pas de relever complètement la situation financière de certains établissements.

TAH est en train, par ailleurs, de préparer un plan d'investissement et de développer des outils d'analyse économique de la situation des EHPAD.

Sur le territoire, certaines structures gérées par TAH sont plus anciennes que d'autres et doivent être remises au goût du jour. Le patrimoine des années 1970 n'est plus adapté, il a été pensé à une époque qui ne correspond plus aux besoins d'aujourd'hui.

Par ailleurs, le territoire Costarmoricain est particulier car il est couvert par de nombreux EHPAD territoriaux permettant une offre de proximité pour les personnes. Néanmoins, cela ne facilite pas les rapprochements entre établissements.

II-Présentation de BSB – Les Foyers

BSB – Les Foyers est une entreprise sociale pour l'habitat (ESH) qui gère 10 000 logements dont 6 000 sont des structures Foyers.

Cela représente 145 établissements, dont 50 EHPAD / Résidences autonomie sur toute la Bretagne. Dans les Côtes d'Armor BSB – Les Foyers est propriétaire de 11 EHPAD qui représentent 560 logements dont 3 associatifs (à but non lucratif) et 4 publics.

Monsieur Le Mentec est l'interlocuteur principal des gestionnaires, notamment des EHPAD / Résidences autonomie sur l'ensemble des thématiques relatives à la relation bailleur-gestionnaire.

Monsieur Le Mentec intervient en lien transverse avec les directions opérationnelles de l'ESH, notamment la direction du patrimoine qui effectue les travaux de maintenance ou encore la direction maîtrise d'ouvrage en ce qui concerne les projets de construction ou réhabilitation.

BSB – Les Foyers a très peu d'impayés en structure Foyers (les impayés ne concernent pas les EHPAD ni les Côtes d'Armor, ce sont surtout des Résidences autonomie d'autres Départements).

III-Les projets de construction, reconstruction et mise aux normes.

Sur le champ des personnes âgées, notamment les projets concernant les EHPAD, il y a de grandes difficultés voir il est quasi impossible de mettre aux normes les bâtiments sans impacter la capacité d'accueil pendant le chantier. Ces projets de Réhabilitation génèrent des pertes d'exploitation importante pour les gestionnaires sur des durées de chantier très longue (logique d'opération de réhabilitation en tiroir).

Pour ces raisons, les projets de mises aux normes et de réhabilitation sont souvent plus compliqués à mettre en œuvre que les projets de reconstruction neuve.

Dans ce type de projet, le résultat final peut parfois être décevant pour le fonctionnement et le travail des personnels accompagnants.

En effet, beaucoup des EHPAD actuels sont des foyers-logements personnes âgées construit dans les années 1970-1990. L'organisation architecturale, la distribution des locaux entre les parties dédiées aux logements et les parties dédiées aux espaces collectifs et communs sont souvent difficilement adaptables aux exigences et contraintes de fonctionnement actuelles des établissements (exemples : unité Alzheimer, espaces soins, unités de vie de 12/14 places,...).

BSB – Les Foyers privilégie donc assez souvent (mais pas exclusivement) la reconstruction d'un établissement plutôt que la mise aux normes pour éviter des pertes d'exploitation trop importantes pour les EHPAD.

Les anciens bâtiments ne sont pas forcément détruits par la suite mais peuvent être reconvertis pour accueillir d'autres activités (par exemple en centre d'hébergement d'urgence, ou hébergement jeunes, résidence accueil, ...).

Ces sujets sont systématiquement travaillés en partenariat étroit avec les gestionnaires.

La stratégie sur le devenir des établissements et la mise en œuvre des projets sont définies de façon conjointe entre le bailleur et le gestionnaire.

Les autorités de tutelle (CD et ARS) sont également associées afin de donner leurs accords sur les travaux et les incidences sur la tarification.

Idéalement, il faut que les gestionnaires sachent clairement ce qu'ils veulent faire.

Le programme de travaux (organisation, surfaces, interaction entre locaux, ...) est exprimé par le gestionnaire.

Il y a souvent plus de facilités à se projeter sur la stratégie du patrimoine EHPAD avec des associations qu'avec des petits CCAS.

Certains projets en Côtes-d'Armor sont en discussion depuis des années et n'avancent pas car il n'y a pas de volonté forte des gestionnaires ou un blocage des autorités de tutelle.

La question de la taille de certaines structures (40 à 50 places) est un élément qui complexifie la stratégie sur le devenir des établissements lorsqu'il y a des gros travaux de réhabilitation à prévoir ou la mise en œuvre d'un projet de reconstruction.

Les logiques de regroupement d'établissements pour atteindre une taille critique (80 à 100 places) sont également très difficiles à mettre en œuvre.

Les bailleurs sociaux ne peuvent pas s'engager pas sur des projets dont ils ne sont pas sûrs de la viabilité et de la pérennité de l'établissement, d'autant que ces projets sont amortis sur 40 ans.

En outre, l'ARS ne compte pas financer des projets pour des petits EHPAD mais privilégie surtout les projets sur des EHPAD hospitaliers ou les EHPAD d'au moins 80 places.

L'ARS et le Conseil Départemental doivent s'associer et se mettre d'accord sur les projets qui seront financés pour éviter de disperser les subventions.

Concernant les coûts de construction :

Ces dernières années, les coûts des projets de construction ont fortement augmenté à cause de l'inflation des prix et des normes règlementaires (de l'ordre de + 30 % en 3 à 4 ans).

Un exemple, BSB – Les Foyers vient de lancer en travaux en juin 2024 un projet de reconstruction d'un EHPAD avec HSTV à Tinténiac (88 places).

Le coût du projet est de 15,4M€

Le coût du projet ramené à la place est, aujourd'hui, d'environ 175 000 € par place alors qu'il y a quelques années le coût à la place était de l'ordre de 120 000 €/140 000 € pour un projet similaire. A Tinténiac, le projet a été subventionné à 37 % par de l'argent public (CD35 et ARS) et le loyer immobilier est d'environ 17 € par jour et par place.

La surface totale d'un projet EHPAD neuf divisée par le nombre de places d'hébergement est comprise idéalement entre 55 et 60 m² alors que la chambre du résident ne fait qu'entre 21 et 23 m². Cela montre que seulement 1/3 du projet est consacré aux logements, les 2/3 sont dédiées aux services accompagnements et soins.

L'importance de ces surfaces communes et collectives a un impact important sur le prix de revient de l'opération et donc le loyer immobilier.

IV-Les loyers facturés par les bailleurs sociaux aux gestionnaires d'établissement pour personnes âgées

Les loyers facturés comprennent:

- le coût de la construction (remboursement des emprunts..)
- Frais de gestion (servant à payer les charges du bailleur : frais de personnel etc...)
- Taxe foncière, taxe ménagère
- Annuité PGR (provision grosses réparations, qui sert à assurer les travaux d'entretien dans le temps)

Yann Le Mentec souhaite également repréciser les ordres de grandeur des tarifications dans les EHPADs et recontextualiser la part du loyer immobilier dans ces tarifs.

Prix de journée global EHPAD : 110 à 130 €/j/place

Dont au titre de l'hébergement : entre 60 et 70 €/j/pl (financé par le résident)

Dont au titre de la dépendance : entre 17 et 20 €/j/pl (financé par le résident et le CD)

Dont au titre des soins : entre 35 et 40€/j/pl (financé par l'ARS)

Le loyer immobilier du bailleur compris entre 10 et 13€/j/pl « pèse » donc 8 à 10 % du budget (parc ancien)

Le loyer immobilier du bailleur compris entre 15 et 17€/j/pl « pèse » donc 12 à 13 % du budget (projet neuf)

A noter que certains projets dépassent largement les 200 000 € par place dans les Côtes d'Armor.

BSB – Les Foyers précise qu'il est parfois nécessaire de « brider » certains gestionnaires concernant la surface du projet car il faut aussi que le projet soit financable pour les pouvoirs publics.

Au-delà de 60m²/ place, BSB – Les Foyers considère que le programme édité par le gestionnaire est « trop riche » en surface.

A noter que le CD 35 a édité un guide référentiel sur les projets EHPAD – EAM- FV. Ce guide préconise, par exemple, les surfaces des projets, soit à la place un ratio de l'ordre de 50 à 56m²/place.

V-Concernant les différences d'entretien d'un établissement à l'autre

L'état bâtementaire est un sujet préoccupant pour les directeurs et le personnel d'EHPAD. Certains gestionnaires d'EHPAD ont remarqué des différences d'entretiens entre les établissements gérés par un même bailleur.

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les gestionnaires d'EHPAD ont signé des conventions différentes avec le bailleur et à des périodes différentes. Ainsi, d'un établissement à l'autre, la répartition des tâches d'entretien entre le gestionnaire et le bailleur peut varier. Les tâches d'entretien incombant au gestionnaire dépendent aussi du niveau de polyvalence et de technique de l'agent chargé de l'entretien, ce qui parfois explique les différences d'un établissement à l'autre.

Le Conseil départemental du Finistère avait essayé, il y a quelques années, de formaliser une convention type entre les bailleurs, les gestionnaires et le Conseil Départemental. Cette convention avait pour but de formaliser et d'uniformiser les pratiques sur le territoire départemental en dressant une liste de travaux et de tâches d'entretien précisant ce qu'il incombe au gestionnaire et au bailleur.

VI-Le modèle économique des établissements pour personnes âgées

Concernant les résidences autonomie, le modèle économique est très difficile à tenir car dès l'instant où il y a des difficultés de remplissage, le manque à gagner est important.

La problématique est de trouver un modèle économiquement viable sur des projets de travaux. Aujourd'hui, même avec des subventions publiques et en répercutant le coût des travaux sur le tarif hébergement cela ne permet pas d'avoir une santé financière saine, les tarifs explosent.

Peut-être qu'il faudrait envisager des projets alternatifs aux EHPAD comme les EHPAD hors les murs ou l'habitat inclusif. Néanmoins, la réglementation est, pour le moment, un frein aux projets d'habitat inclusif notamment sur les normes de sécurité incendie.

Audition Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Le 19 Juin 2024

Présents :

Membres de la mission EHPAD :

- Madame Véronique CADUDAL – Vice-Présidente déléguée à l'autonomie, Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL.
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la mission EHPAD.
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission EHPAD.
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN

Secrétariat mission EHPAD :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par intérim
- Monsieur Nicolas DESANEAUX – Chargé de suivi des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

CNSA :

- Madame Virginie MAGNANT – Directrice Générale de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
- Monsieur Romain SIBILLE – Chef du pôle budgétaire à la Direction du financement de l'offre de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

I- Les finances de la CNSA

Le financement des EHPAD est tripartite, il repose sur 3 enveloppes, 3 types de dépenses qui sont financés par des financeurs différents :

- Enveloppe soin relevant des ARS qui reçoivent des crédits de la CNSA : le soin est financé par la branche autonomie à 100 %.
- Enveloppe dépendance relevant de la compétence des Conseils Départementaux partiellement soutenu par la CNSA (au travers du concours APA que la CNSA alloue aux Conseils départementaux). Servant à financer aussi bien l'APA à domicile que l'APA en établissement.
- Enveloppe hébergement, la CNSA n'intervient pas du tout. La personne âgée est le principal financeur de cette enveloppe. Le Conseil départemental est aussi financeur de cette enveloppe dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement.

Ce mode de financement des EHPAD est une reproduction du modèle d'intervention auprès de la personne âgée à domicile.

Le financement du soin et de la dépendance a été revu au moment de la loi ASV. Le financement du soin est forfaitaire, c'est une dépense qui repose sur des travaux un peu anciens (conduit au milieu des années 2000) qui ont conduit à une équation tarifaire reposant sur une appréciation des besoins de soins des personnes âgées (ordonnances, temps de passage de professionnels de santé). Cette équation tarifaire repose sur une valeur de point

Après la loi ASV, de 2015 à 2020, la période de convergence était de 7 ans. Ensuite il a été décidé de la faire passer à 5 ans car le rythme de la convergence était considéré comme trop lent mettant en difficulté certains établissements.

II-La crise du COVID et l'impact sur la situation financière des EHPAD.

La crise sanitaire a produit 2 effets :

- Immédiat : chute des taux d'occupation avec les confinements notamment
- Au terme de la crise COVID : les accords du SEGUR conduisant à revaloriser de manière significative les salaires de l'ensemble des professionnels exerçant en EHPAD financés intégralement par la branche autonomie. Dans le budget de la CNSA, les revalorisations SEGUR représentent 4 milliards d'€.

Pendant le COVID, les ARS ont compensé financièrement la sous occupation des EHPAD liées aux mesures de confinement. Il s'agissait de compenser le manque à gagner produit par les confinements.

Postérieurement à la crise COVID, il y a eu un effort très important pour revaloriser les professionnels de secteurs parmi lesquels il y avait un grand nombre de travailleurs pauvres.

Parallèlement à ça, le contexte économique a été marqué par la crise de confiance envers les EHPAD (affaire ORPEA) qui a joué sur les taux d'occupation qui ne sont d'ailleurs pas revenus à leurs niveaux d'avant COVID, dans tous les EHPAD.

Les EHPAD sont aussi touchés par l'inflation depuis 2022 ce qui explique aussi leurs difficultés financières.

C'est principalement la section hébergement qui est impactée par l'inflation tandis que les sections dépendance et soin sont principalement composées de charges de personnel.

Les EHPAD non habilités à l'aide sociale ont augmenté leurs tarifs hébergement pour répercuter l'inflation sur le prix de journée.

A contrario, les tarifs des EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, tarifés par les Conseils départementaux, n'ont pas été augmentés suffisamment pour compenser l'inflation.

La CNSA collecte chaque année, les prix de journée de tous les EHPAD et constate qu'il y a une corrélation entre les difficultés financières de certains EHPAD et les augmentations tarifaires. Ainsi les EHPAD habilités sont plus souvent en difficultés que ceux ayant augmenté leurs tarifs librement, en compensation de l'inflation.

A partir de cette année, la CNSA pourra récupérer les comptes des établissements privés lucratifs, qui étaient, jusqu'à présent, protégés par le secret des affaires.

En début d'année 2024, la CNSA a participé à une enquête sénatoriale dans laquelle il est mis en évidence que la situation financière des EHPAD s'est fortement dégradée en 2021/ 2022 surtout dans les EHPAD publics et hospitaliers.

Les membres de la mission soulignent que le territoire des Côtes d'Armor est particulier car les tarifs d'EHPAD des Côtes d'Armor sont parmi les plus faibles de France dans un souci d'accessibilité car les personnes âgées du département ont des petites retraites. Plus les prix d'EHPAD montent, plus le remplissage est difficile surtout pour faire venir des personnes qui n'ont pas forcément beaucoup de moyens mais qui ne peuvent pas, non plus, bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement.

La CNSA partage le fait qu'il est nécessaire de s'interroger sur le modèle économique des EHPAD qui repose à 50 % sur un financement du résident. Les EHPAD permettent d'avoir un niveau de surveillance continu des personnes ce qui n'est pas le cas à domicile. De fait cela est répercuté dans le coût d'un EHPAD et donc sur le prix payé par les personnes.

Comment les EHPAD peuvent rester financièrement accessibles aux personnes avec un prix moyen de 2 000 € au-dessus du niveau moyen des pensions ?

Pour répondre à la problématique des moyens financiers des personnes âgées ne leur permettant pas forcément de payer l'EHPAD, plusieurs aides sont prévues par la loi, notamment les APL, Aide sociale à l'hébergement, réduction d'impôts.

Le reste à charge pour la personne peut être faible en fonction de ces aides.

Le prix des EHPAD n'est pas, en général, le prix payé in fine par la personne, selon Madame MAGNANT. Ces personnes peuvent effectivement bénéficier d'aides qui allègent le reste à charge pour le résident.

La loi ASV a posé 3 principes concernant le prix de l'hébergement :

- garantir la transparence complète sur le prix des EHPAD.
- le prix de l'EHPAD comprend un panier de service décrit avec précision
- développer un calculateur de reste à charge pour les personnes souhaitant entrer en EHPAD

III -Le cas des Côtes d'Armor

Les tarifs des EHPAD des Côtes-d'Armor (très majoritairement habilités) sont particulièrement bas. En effet, le Département fait partie des 25 départements les moins chers de France en tarif d'EHPAD. Par contre, le Département des Côtes d'Armor dispose d'un nombre de place habilités à l'aide sociale important par rapport à d'autres départements.

Le département, et plus particulièrement le tarifificateur, doit arrêter le tarif à un niveau qui équilibre le budget. Le tarif est là pour couvrir des charges, ni plus, ni moins. Autrement dit, selon Madame MAGNANT, la situation financière des personnes âgées ne doit pas être prise en considération dans la tarification de l'hébergement.

Néanmoins, Madame CADUDAL fait remarquer que, plus le tarif hébergement augmente, plus il y a d'aides sociaux ce qui joue sur les finances du Département. Il y a donc un lien entre niveau de ressources des personnes âgées et augmentation du tarif hébergement. Pour éviter cela il faut que le prix de l'EHPAD reste accessible aux personnes.

Madame MAGNANT indique que les revenus des retraités ont progressé autant que l'inflation alors que les tarifs d'EHPAD n'ont pas été assez augmentés.

La loi « Bien vieillir » permettra aux EHPAD habilités à l'aide sociale à l'hébergement de bénéficier d'une souplesse concernant les tarifs en ayant des tarifs différenciés. Le décret d'application de la loi est en cours de rédaction.

Audition des Organisations syndicales

19 Juin 2024

Présents :

Membres de la mission EHPAD :

- Madame Véronique CADUDAL – Vice-Présidente déléguée à l'autonomie, Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL.
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la mission EHPAD.
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission EHPAD.
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN

Secrétariat mission EHPAD :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par intérim
- Monsieur Nicolas DESANEAUX – Chargé de suivi des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Représentants des syndicats de personnel d'EHPAD :

- Madame Valérie ROUSSEL – Secrétaire générale de la section CFDT du Centre hospitalier de Lamballe
- Monsieur Maxence FORESTIER – Secrétaire de la section CFDT du Centre hospitalier Yves Le Foll
- Madame Carine LE TERTRE – Secrétaire Départementale de la branche santé Force Ouvrière et Secrétaire du syndicat Force Ouvrière du CH de Saint-Brieuc Paimpol Tréguier
- Madame Laëtitia GUEGOU – Secrétaire du syndicat Force Ouvrière du CH2P et Secrétaire Adjointe Départementale de la branche santé Force Ouvrière

(Les cinq organisations syndicales représentatives ont été sollicitées pour l'audition. Seule la CFDT et FO ont répondu).

I-Constats et difficultés que rencontrent les professionnels d'EHPAD.

La charge de travail pour les personnels d'EHPAD est très importante, beaucoup de professionnels sont épuisés physiquement, psychologiquement et les conditions de travail font fuir les personnels. Les soignants sont formés pour respecter le rythme de vie des résidents, lors des actes de soins et d'accompagnement mais en réalité cela n'est plus possible.

Il arrive fréquemment que des résidents soient levés à 8h du matin mais que leur toilette ne soit faite qu'à 11H ou 12H et que, pendant ce temps, ils/elles patientent dans des conditions déplorables. Les personnels peuvent éprouver un sentiment de honte vis-à-vis de leur métier quand

l'accompagnement des personnes âgées n'est plus assuré dans de bonnes conditions. L'espérance de vie professionnelle diminue. Ceux-ci aiment leur métier mais pas la manière dont ils l'exercent. Les professionnels ne sont plus en capacité d'assurer toutes les tâches et de manière qualitative pour les résidents.

Les soignants ont l'impression d'être devenues « robotisés » car ils effectuent le travail rapidement résident par résident et n'ont pas le temps de rester discuter avec le résident ou sa famille. Pour gagner du temps, certains actes / tâches sont « bâclés » et nuisent à l'accompagnement (exemples : repas servis en vitesse, couchers dès 15H, toilettes très rapides...).

S'ajoutent à ces difficultés pour le personnel des modes dégradés de plus en plus fréquents (car les professionnels ne sont pas remplacés) ce qui ne donne pas envie de continuer à travailler en EHPAD. Face à l'absentéisme et au turn-over du personnel, les cadres font énormément de gestion de planning et il n'y a plus cette proximité avec les agents qu'il pouvait y avoir auparavant.

Certains des budgets des EHPAD continuent de diminuer faisant baisser la qualité d'accompagnement pour les résidents et la qualité de vie au travail des professionnels. Il est nécessaire de mettre des moyens à la hauteur des besoins c'est-à-dire fidéliser les professionnels en place (leur donner de la reconnaissance et de l'importance, leur proposer une augmentation du point d'indice et non des primes qui ne sont pas prises en compte pour la retraite), recruter du personnel mais aussi former les personnels déjà présents en établissement n'ayant aucune formation. Cela passe par l'augmentation des budgets mais aussi des places dans les instituts de formation.

Les classes pour former les aides-soignantes ne sont plus remplies et le niveau a baissé. Souvent les nouveaux professionnels ne sont que peu formés, quand ils arrivent dans un établissement et sont, bien souvent, laissés seuls à faire des toilettes aux résidents. Ils ne bénéficient (hormis AS et ISG) peu ou pas de temps dit « en doublure » auprès des résidents, les Agents de Services Hospitaliers dont le travail qui leur est demandé n'est pas leur mission première sont laissés seuls auprès des résidents .

Ces constats étaient déjà présents avant le COVID mais la crise n'a fait qu'accélérer les choses.

Concernant l'état bâtementaire des EHPAD, il y en a des plus récents, adaptés aux besoins des résidents et des professionnels. Mais il y en a d'autres qui sont vieillissants et ne répondent plus aux besoins d'aujourd'hui. Il y a aussi des bâtiments récents avec des longs couloirs pas forcément adaptés au personnel de l'EHPAD. Les professionnels peuvent faire 10 à 15 km par jour à faire des allers – retours entre les chambres et les chariots de soins dans des longs couloirs.

Dans certains EHPAD, il n'y a plus de salle d'animation, les salles à manger ne sont pas adaptées, il n'y a plus de petits salons pour accueillir les résidents et leurs familles.

Beaucoup d'EHPAD, notamment hospitaliers, ne sont plus des lieux de vie.

Il faut aussi pointer le manque de matériel (exemple : un EHPAD ayant des rails sans moteurs. Les soignants doivent se faire passer un moteur pour pouvoir utiliser les rails).

Les professionnels notent aussi que la traçabilité, certes importante en EHPAD, leur prend énormément de temps (faire des Projet de Vie Personnalisé qui ne serviront pas puisque les professionnels n'en n'ont pas le temps). Ce temps pourrait être utilisé pour accompagner le résident de manière plus qualitative.

II-Le maintien à domicile du point de vue des professionnels d'EHPAD

Le maintien à domicile a ses limites aussi surtout quand la dépendance s'installe. Aujourd'hui, les personnes arrivent de plus en plus tard en EHPAD et de plus en plus dépendante. Auparavant, les personnes qui arrivaient en EHPAD n'étaient pas forcément très dépendantes mais venaient chercher la sécurité tout en cassant leur isolement à domicile. Le coût de l'EHPAD, aujourd'hui, peut aussi faire peur aux personnes qui repoussent leur entrée en établissement.

Pour ces raisons, les EHPAD accueillent désormais des personnes très âgées et dépendantes présentant des multi-pathologies. Cela est d'autant plus vrai dans les EHPAD hospitaliers car ils sont, généralement, moins chers et disposent d'un accompagnement médical plus spécialisé, et d'un point de vue éthique, ne sélectionnent pas les entrées.

En outre, avec les évolutions de la société, le maintien à domicile peut devenir compliqué. Auparavant, les familles étaient très présentes pour les personnes âgées, aujourd'hui c'est moins le cas. Les familles sont plus dispersées sur le territoire national. L'EHPAD est indispensable car il assure, grâce à son personnel, une surveillance et un accompagnement des résidents, ce que le maintien à domicile n'a pas.

III-L'accès aux soins des résidents

Dans les cas d'urgence, certains médecins, SAMU ou pompiers demandent l'âge et le GIR de la personne avant de lancer ou non l'intervention. Il y a des situations pour lesquelles il y aurait besoin d'un transfert à l'hôpital par les pompiers qui, faute de personnel et de temps, refusent de se déplacer.

La nuit, il n'y a pas d'infirmière en EHPAD et l'aide-soignante de nuit n'est pas forcément en capacité de s'occuper d'une urgence médicale.

A contrario, certains professionnels du SDIS disent s'être déplacés en EHPAD pour aider à relever une personne ayant chuté parce que le personnel de l'établissement n'y arrivait pas.

IV-Les augmentations de tarifs

Les professionnels du CH2P sont montés au créneau concernant les augmentations de tarifs car cela n'améliore pas les conditions de travail et ça ne donne pas de prestations supplémentaires aux résidents.

Les familles peuvent monter « au créneau » pour faire part de leur insatisfaction, en première ligne, ce sont les soignants qui reçoivent cette colère.

Du point de vue des professionnels, il est difficile de voir le prix payé par les résidents pour l'hébergement par rapport à la qualité de l'accompagnement avec certaines personnes qui ne sont pas levées le week-end, par exemple, par manque de personnel.

Avec l'expérience, les professionnels remarquent aussi une baisse de qualité dans les produits donnés aux résidents à cause des contraintes budgétaires.

V-Le recours à des bénévoles / volontaires

Certains EHPAD font déjà appel à des bénévoles pour la vie sociale de l'établissement. Ces bénévoles peuvent proposer des animations, passer dans les chambres discuter avec les résidents.

Les bénévoles n'ont, cependant, pas vocation à remplacer les professionnels car ils ne sont pas formés, sont souvent eux-mêmes âgés et la principale difficulté du bénévolat est qu'il repose sur la volonté du bénévole.

Les élus questionnent :

Faut-il alors se tourner vers le volontariat comme dans la protection civile ? Cela semble compliqué car il y a beaucoup de contraintes. Le bénévolat et le volontariat ne doivent, cependant, pas avoir vocation à remplacer le personnel mais plutôt à le compléter.

VI-Les priorités pour améliorer la situation des professionnels et des résidents

-Recrutement massif et personnel formé.

Faciliter l'accès aux professionnels déjà en poste. C'est incompréhensible que sur plusieurs centaines d'agents seulement 3 ou 4 ASH deviennent aides-soignantes en 1 an. Ces formations permettent, en outre, de fidéliser le personnel. Les EHPAD ne disposent pas d'enveloppes financières assez conséquentes dédiées aux formations.

Par ailleurs, un autre constat sur les formations apparaît : lorsque des agents contractuels décident de partir en formation externe à l'issue de leur contrat, ils décident donc de ne pas signer de nouveau contrat avec leur employeur malgré une proposition de ce dernier. Les agents sont, dans ce cas, considérés comme démissionnaires et ne peuvent pas prétendre aux ARE pendant plusieurs mois. Il y a un travail à effectuer sur ce point, d'après les professionnels auditionnés.

Par ailleurs, les écoles de formation d'aide-soignante vont de Septembre à Juillet. Néanmoins, les personnes sortant de formation n'arrivent sur le marché du travail qu'en Septembre ou Octobre car après leur formation, elles ne veulent pas travailler directement et prennent un temps de vacances en Juillet ou Août. Cela décale, l'afflux de nouveaux professionnels sur le marché du travail. Pour remédier à cela il faudrait peut-être décaler la rentrée scolaire de certaines écoles, sur l'ensemble de l'année.

-Communication sur l'image de la personne âgée

Il est important de changer l'image de la gériatrie. Beaucoup de professionnels ne veulent pas travailler en gériatrie à cause d'une mauvaise image qu'elle renvoie. L'État doit impulser des campagnes de communication positive. A l'heure actuelle, il n'y a aucune communication sur la gériatrie. Il faut redonner envie aux gens de travailler en gériatrie.

Changer la vision des EHPAD (exemple : Kersalic, les agents n'ont pas de tenue « hospitalière » évitant de rappeler le côté médicalisé de l'EHPAD)

-Intégrer le personnel aux groupes de travail

Le personnel a besoin d'être associé aux prises de décision. Il faut que le vécu de terrain des agents soit pris en considération pour les projets de service. Souvent ce n'est pas le cas ou alors on propose des choses aux professionnels mais on ne les laisse pas être acteur de la prise de décision (« entre ça et ça, qu'est-ce que vous préférez ? Mais peut-être qu'il y avait une 3^{ème} solution plus appropriée qui ne sera pas retenue »)

-Redonner une importance aux métiers paramédicaux

Pour exemple :

La nutrition est un soin très important pour les personnes âgées. Il y a un vrai axe d'amélioration à ce sujet. Il faut recruter plus de diététiciens / diététiciennes en EHPAD pour pouvoir prescrire des compléments alimentaires.

Il est aussi nécessaire que les soignants aient plus de temps pour nourrir les résidents car c'est un temps de partage avec la personne. Par ailleurs une bonne alimentation pourrait favoriser la cicatrisation de certaines plaies, entres autres.

L'Art thérapie (exemple dans un EHPAD diminution des médicaments et de surcroît baisse des dépenses médicamenteuses), les kinés, maintien de l'autonomie.

VII- Synthèse

La situation des EHPAD est connue et le constat est partagé par les personnes auditionnées. A l'avenir, il faut trouver des solutions parce que nos aînés le méritent et que personne ne voudrait être traité comme le sont certaines personnes âgées aujourd'hui. Les professionnels et les résidents ont besoin de retrouver un sens à leurs vies, un sens à leur métier.

Cela passe par des recrutements de personnel et de la formation permettant un accompagnement qualitatif en donnant plus de temps aux professionnels pour s'occuper des résidents.

Les professionnels ont, par ailleurs, besoin de reconnaissance et que les directeurs et directrices soient plus transparents avec eux sur certains sujets. Néanmoins, il faut aussi que les Directrices et directeurs disposent de plus de latitude, de souplesse et de moyens financiers pour assurer la gestion des établissements dans de bonnes conditions.

Une autre grande priorité mise en avant par les syndicats de professionnels est de mettre l'accent sur la communication positive du monde gériatrique. Il faut donner envie aux futurs professionnels de travailler en EHPAD.

La vigilance sur les achats doit aussi être une priorité dans le contexte actuel.

Audition de l'UDCCAS

19 juin 2024

Présents :

Membres de la mission :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Véronique CADUDAL – Conseillère Départementale du Canton de PAIMPOL, Vice-Présidente chargée de l'autonomie
- Madame Béatrice LE COUSTER – Conseillère Départementale du Canton de CALLAC, Présidente de la mission
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Monsieur Jean-Marc DEJOUE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN
- Monsieur Loïc ROSCOUET – Conseiller Départemental du Canton de GUERLEDAN
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission

Secrétariat de la mission :

- Monsieur Jean-François GIUNTI – Directeur Général Adjoint des Solidarités Humaines par interim
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

UDCCAS :

- Monsieur Morgan RASLE ROCHE, Président de l'UDCCAS 22

I. Situation des EHPAD

L'UDCCAS est une association qui représente les CCAS et les CIAS, à l'échelle nationale et départementale. Certains d'entre eux ont en gestion des établissements d'accompagnement pour personnes âgées (Résidence Autonomie, EHPAD et parfois les 2). L'UDCCAS a donc une vision employeur, gestionnaire des établissements.

En 2000, des lois portant sur l'autonomie ont créé l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et à l'époque les Etablissements pour Personnes Agées (EHPA). C'est le point de départ de la législation sur la prise en charge du vieillissement, et notamment de son modèle économique, qui est compliqué pour les gestionnaires.

Selon des critères établis par le législateur, les établissements d'accompagnement pour personnes âgées ont eu le choix ou pas de devenir EHPAD ou EHPA. Pour certains établissements, le statut décidé par le législateur s'est donc imposé aux communes ou intercommunalités comme gestionnaires. Aujourd'hui, les établissements et les gestionnaires sont toujours impactés par les décisions de l'État, du législateur et de l'ARS.

Il y a 2 ans, l'UNCCAS a fait un mouvement au niveau national sur la question de la Loi Grand Age, et notamment les difficultés des Résidences Autonomies et des EHPAD. En effet, pour Monsieur RASLE ROCHE, il est important d'établir que la question dépasse les seuls EHPAD. C'est la question de la prise en charge du vieillissement et quel que soit le statut, les établissements hospitaliers étant eux aussi en grande difficulté.

Globalement, ce qu'on constate c'est que le modèle économique et le modèle de prise en charge aujourd'hui ne sont pas adaptés, même s'il ne faut pas écarter le fait que certains établissements étaient déjà en difficultés avant la crise COVID ou l'inflation.

II. Les difficultés des EHPAD

1/ La santé financière

Sur le volet économique également, le gestionnaire subit les décisions du législateur. Le SEGUR de la Santé, par exemple, est une décision de l'État sans que les financements ne soient adéquats et donc avec un impact sur la santé financière des établissements. Il en est de même d'ailleurs pour le passage des Aides-Soignants de la catégorie C à la catégorie B il y a 2 ans.

Par ailleurs, les établissements ont également subi l'inflation notamment sur l'électricité ou encore l'alimentation avec une incidence directe sur la section hébergement.

Enfin, les bailleurs qui ont eux-aussi leurs contraintes, augmentent les loyers des établissements parfois de manière conséquente.

Ces trois éléments notamment impactent les résultats des établissements et dégradent progressivement leur trésorerie.

2/ Le bâtiminaire

La grande majorité des établissements (environ 3/4) sont gérés par un bailleur social, et souvent Terres d'Armor Habitat.

Ce qui est complexe, c'est que dès que l'établissement souhaite engager des travaux structurels (création de chambres, extension ...), il doit engager des négociations avec son bailleur. Or, ce sont des montages qui datent parfois de 20 ou 25 ans et qui nécessitent aujourd'hui des réhabilitations.

Il est également à noter que les bâtiments sont parfois construits sur des terrains communaux, avec des baux emphytéotiques. Mais, les futurs élus pourraient décider, à la fin du bail, de reprendre le terrain dans le domaine public.

3/ Le personnel

Les établissements ont aussi des difficultés liées à la gestion du personnel, pour les fiabiliser et les fidéliser.

Il y a des établissements qui ont un fort turn-over, parfois lié à des difficultés de prise en charge des résidents en lien avec le niveau de dépendance de l'établissement. Parfois, des professionnels préfèrent travailler dans un Service d'Aide A Domicile (SAAD) plutôt que rester agent d'hébergement à 25h dans un EHPAD.

Par ailleurs, les établissements gérés par une collectivité territoriale ont également des contraintes liées au statut des professionnels. Par exemple, si le gestionnaire souhaite baisser sa capacité pour des raisons économiques, la difficulté au-delà de la question bâtiminaire, est le maintien des effectifs.

Enfin, de manière générale, les établissements sont confrontés à des difficultés de recrutement.

III. Quelques leviers possibles

1/ Les Mutualisations

Généralement, les mutualisations évoquées portent sur les Directions communes. Or, ce sont des postes sur lesquels les professionnels sont déjà en difficultés. La position de Monsieur RASLE ROCHE est que plutôt

que mutualiser des postes sur lesquels les professionnels sont déjà en difficultés, il serait peut-être plus pertinent de mutualiser les postes en tensions : le personnel soignant et le personnel d'hébergement. Il pourrait aussi être envisagé des mutualisations avec les services d'aide à domicile puisqu'ils ont les mêmes fonctions principales que les EHPAD : aides-soignants et agents d'hébergement.

Le statut et les contrats des agents, aujourd'hui, limitent ces mutualisations. Mais, si elles pouvaient se mettre en place, elles pourraient permettre des remplacements de dernière minute par des professionnels d'un établissement de proximité et auraient également un impact sur l'attractivité des métiers car elles permettraient de proposer des temps complets aux agents alors que ce sont aujourd'hui les catégories d'emploi qui sont le plus souvent confrontées aux temps partiels.

Pour les mutualisations, la question du statut se pose également. Cela devient effectivement plus compliqué juridiquement sur des établissements de statuts différents. C'est pourquoi il serait intéressant que le législateur intervienne pour simplifier les rapprochements d'établissements, quel que soit leur statut juridique, au travers de la loi Grand Age par exemple.

2/ L'apport du Centre De Gestion

Suite à une réunion organisée en septembre entre l'UDCCAS, l'ARS, le Département et le Centre de Gestion sur les coopérations et les difficultés des établissements gérés par des collectivités territoriales, ce dernier a proposé son expertise pour accompagner les CCAS et les communes sur les difficultés RH dans les établissements.

La mission d'appui du Centre de Gestion auprès des établissements et donc sa connaissance fine du statut de la fonction publique territoriale et du fonctionnement des EHPAD, lui a permis de créer un outil pour réaliser un audit organisationnel à un coût raisonnable de 2 000 €. Cela sera une alternative intéressante aux cabinets très onéreux alors même que ceux-ci ne sont pas toujours des experts sur le médico-social ou la fonction publique.

Cette proposition du Centre De Gestion a été accueillie positivement par l'UDCCAS et la FNADEPA.

3/ La différenciation des tarifs

Monsieur RASLE ROCHE adhère au principe de tarification en fonction du service proposé en lien avec les besoins de la personne accueillie.

Madame CADUDAL insiste sur l'importance d'être vigilant à ce que les établissements ayant mis en place une tarification différenciée n'écartent pas les personnes en fonction de leurs revenus pour assurer leurs recettes de tarification.

Audition de l'ARS

8 juillet 2024

Membres de la mission :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller Départemental du Canton de PLESLIN-TRIGAVOU
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA

Secrétariat de la mission :

- Madame Anne SIMON – Directrice des Personnes Agées et Personnes Handicapées par intérim
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Agence régionale de Santé :

- Monsieur François NEGRIER – Directeur de la Délégation Départementale des Côtes d'Armor de l'ARS Bretagne

I. Le contexte des Côtes d'Armor

Le département des Côtes d'Armor compte une centaine d'EHPAD avec des capacités et des statuts variables.

Toutefois, la particularité du département est que la grande majorité des établissements sont des établissements publics rattachés à un CCAS et avec de « petites » capacités, environ 2/3 des EHPAD.

A noter que comparativement aux autres départements bretons, et notamment le département du Morbihan, le département des Côtes d'Armor semble mieux doté en termes de places d'EHPAD. L'enjeu commun du Conseil Départemental et de l'ARS est donc d'anticiper le vieillissement de la population et de maintenir les capacités d'EHPAD sur le département.

Cependant, compte tenu de l'absence de création de places d'EHPAD classiques et comme certains établissements du département ont des places vacantes, il est privilégié de profiter d'opérations de travaux pour travailler à un redéploiement de places à l'échelle du département.

II. La tarification des EHPAD et la dotation soins

1/ La tarification ternaire et la section soins

La réglementation prévoit la tarification ternaire des EHPAD, basée donc sur 3 sections : la section hébergement, la section dépendance et la section soins. Les sections hébergement et dépendance relèvent de la compétence du Conseil Départemental alors que la section soins relève de la compétence de l'ARS.

Les charges imputées sur la section soins sont les dépenses médicales, les dépenses pharmaceutiques, les petits matériels médicaux, mais ce sont surtout des dépenses de personnel : médecins coordonnateurs, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants.

2/ La dotation soins

Le financement de la section soins par l'ARS se fait par le versement de la dotation soins.

Celle-ci est calculée à partir du GMPS. Il s'agit du GMP moyen pondéré, qui tient compte de l'évaluation de la dépendance, le GMP, et de l'évaluation des pathologies et des soins requis, le Pathos. Les évaluations des médecins des établissements sur ces deux éléments sont validées par les médecins de l'ARS en lien avec les médecins du Conseil Départemental pour la partie dépendance.

La dotation soins est ensuite le résultat d'une formule de calcul, appelée équation tarifaire :
 $(GMP + PMP) \times 2,59 \text{ €}$.

Une bonne préparation des évaluations du GMP et du Pathos par les établissements est donc essentielle. Il s'agit d'un enjeu majeur en termes de financements.

L'ARS se base sur les dotations soins des établissements pour demander tous les ans les crédits nécessaires auprès de la CNSA, et ainsi constituer ses enveloppes budgétaires.

C'est pour cela qu'il peut y avoir un décalage entre l'évaluation d'une augmentation du GMP ou du Pathos et la répercussion de celle-ci sur la dotation soins perçue de l'ARS. L'ARS verse ensuite la dotation soins aux établissements selon leur équation tarifaire, et à l'euro près.

Par contre, alors qu'il était prévu par la réglementation qu'une convergence négative puisse être appliquée sur la dotation soins en cas de baisse du GMP ou du Pathos, le dispositif Ricordeau mis en place par le Ministère est venu geler cette mesure qui n'a donc jamais été appliquée. Aucun établissement n'a vu sa dotation soins baisser.

A noter qu'il n'y a pas de normes établies en termes de répartition des effectifs par catégories d'emplois, c'est à la libre appréciation des directions.

Au niveau national, les crédits de médicalisation sont passés de 8 à 12 milliards d'euros entre 2019 et 2023, soit une progression de 50 %. Et la même évolution est constatée sur le Département des Côtes d'Armor, avec des crédits qui sont passés de 129 à 193 millions d'euros.

3/ Les Crédits Non Reconductibles

Tous les ans, l'ARS accorde des Crédits Non Reconductibles aux établissements. Mais le versement intervient en fin d'année et ne permet pas aux établissements d'avoir une visibilité sur le budget de l'année.

Cependant, il s'agit de la répartition de soldes d'enveloppes budgétaires dont l'ARS ne peut évidemment connaître les niveaux de consommation qu'en fin d'année.

4/ L'expérimentation du transfert de la section dépendance à l'ARS

Le modèle ternaire et sa complexité sont régulièrement réinterrogés, notamment au travers de missions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales qui n'ont jusque là pas vraiment abouti.

Cette année, l'État a ouvert la possibilité aux Conseils Départementaux qui le souhaitent de faire porter la tarification de la dépendance sur l'ARS. 23 Départements se sont positionnés dans ce sens, dont 3 en Bretagne parmi lesquels le Département des Côtes d'Armor.

La difficulté pour l'ARS est de reprendre la tarification de la dépendance, sans forcément récupérer les moyens, et sans personnel supplémentaire.

Il y a également des enjeux en termes de coupes GMP, de valeur du point départemental et d'équation tarifaire.

III. Le Plan d'aide à l'investissement

L'ARS vient, au même titre que le Conseil Départemental, en soutien aux établissements pour financer leurs opérations de travaux par le biais du plan d'aide à l'investissement, d'environ 5 à 7 millions d'euros.

Le plan de financement d'un projet de travaux doit donc tenir compte : des aides de l'ARS et du Conseil Départemental, des apports en fonds propres, des capacités d'emprunt et des éventuelles contributions des collectivités. Les collectivités peuvent en effet venir en soutien d'un établissement pour la réalisation de son projet de travaux.

La difficulté actuelle est que l'inflation des dernières années a généré une augmentation du coût des travaux. Du coup, alors que l'ARS pouvait soutenir 2 à 3 opérations auparavant, elle ne peut aujourd'hui aider d'un seul projet et revoir les opérations qui étaient déjà engagées mais qui subissent elles-aussi l'inflation sur les coûts de construction.

Sur des opérations concernant des EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier, le sujet est parfois plus vaste que le seul EHPAD.

Dans le cas de l'EHPAD rattaché au Centre Hospitalier de Guingamp par exemple, un bâtiment de l'EHPAD en particulier mérite des travaux. Mais il y a également des sujets pour le moyen séjour, la chirurgie et toute l'activité hospitalière.

Le Conseil Départemental a d'ores et déjà accordé une subvention de 1 800 K€ pour l'EHPAD, subvention qui prévoyait une mise en œuvre du projet avant 2025. Mais, même si l'ARS apportait la même aide, le projet de 20 à 25 millions d'euros serait loin d'être financé. D'autant que le Centre Hospitalier de Guingamp n'a pas la capacité d'emprunter une somme aussi importante.

Le problème étant plus vaste que le seul EHPAD, une aide du SEGUR Hospitalier est envisagée sur cette structure.

IV. Les difficultés des EHPAD et les solutions apportées ou proposées par l'ARS

1/ Les difficultés

A/ L'inflation sur les dépenses d'électricité

Globalement, les établissements ont tous subi une forte augmentation de leurs dépenses d'électricité.

L'incidence a été variable d'un établissement à l'autre selon la qualité de l'isolation et les superficies des bâtiments notamment. Cependant, elle a été très forte pour certains qui ont vu ce compte de charges tripler ou quadrupler.

B/ Les difficultés de recrutement et le recours à l'intérim

Depuis le COVID, le secteur de l'accompagnement du vieillissement connaît de fortes difficultés de recrutement.

Globalement, un manque d'attractivité est constaté sur l'emploi en EHPAD, et en particulier sur les postes aides-soignants et infirmiers.

Pour autant, il est souligné des situations de professionnels contraints à démissionner et se retrouver sans ressources pour suivre une formation, par manque de financement de celle-ci. En effet, un agent en formation doit être remplacé. Le coût de l'agent en formation et celui de son remplaçant sont donc à la charge de l'EHPAD, ce qui est difficilement supportable en l'absence de financement supplémentaire.

Par ailleurs, la création de SSIAD vient aussi renforcer les difficultés de recrutement des EHPAD car certains professionnels préfèrent travailler à domicile qu'en établissement, les contraintes étant différentes.

Enfin, comme dans d'autres branches professionnelles, des changements de métiers sont constatés. Ils sont d'ailleurs facilités par le marché de l'emploi favorable aujourd'hui.

Face à ces difficultés, beaucoup d'EHPAD ont recours à l'intérim. C'était encore plus frappant en 2022.

A noter également que des professionnels préfèrent aujourd'hui être en intérim pour choisir ses conditions de travail (périodes, week-end ...). Des établissements constatent par exemple que de jeunes professionnels ne souhaitent pas travailler le week-end alors qu'il s'agit d'une contrainte du métier.

C/ L'état du bâti

Certains établissements du département ont des places vacantes qui peuvent s'expliquer par un manque d'attractivité en terme de qualité hôtelière.

Ainsi, des établissements vieillissants ont toujours un nombre conséquent de chambres doubles, notamment des établissements rattachés à des Centres Hospitaliers comme Loudéac ou Tréguier. Même si un projet de travaux est à venir, cela impacte aujourd'hui le taux d'occupation de ces établissements.

Les chambres doubles donc, mais également les salles de bains mal ou pas équipées en douches freinent l'attractivité de l'établissement et ont donc une incidence sur ses recettes de tarification.

D/ La taille de l'EHPAD

Les établissements de petite capacité autorisée ont les mêmes contraintes que les autres établissements, en particulier la continuité de soins. Ils sont donc plus impactés par l'absentéisme car il sont dans l'obligation de remplacer les agents.

E/ Les différences de statut entre la Fonction Publique Territoriale et la Fonction Publique Hospitalière

La réglementation est différente entre la Fonction Publique Territoriale et la Fonction Publique Hospitalière, plus avantageuse.

A titre d'exemple, une organisation du travail sur plus de 10 heures par jour est possible sur la FPH, mais pas sur la FPT.

Il en est de même au niveau des concours. Alors que le concours est exigé en plus du diplôme sur la FPT, ce n'est pas le cas pour la FPH.

F/ Le SEGUR

Depuis 2020, les budgets des EHPAD ont été impactés par des mesures nationales portant sur des revalorisations salariales : les Primes Grand Age et le SEGUR. Les dépenses de personnel ont ainsi augmenté de 20 %.

Elles ont été compensées par l'ARS, ce qui explique la progression des dotations soins sur la période 2019 à 2023, même si l'ARS n'a pas forcément obtenu les enveloppes budgétaires qu'elle avait demandé auprès de la CNSA.

Certains établissements estiment ne pas avoir été compensés intégralement sur ces mesures, et notamment le SEGUR. Mais, il faudrait étudier les situations des établissements au cas par cas parce que certains EHPAD intègrent des éléments qui ne relèvent pas du SEGUR dans leurs évaluations, comme les congés de longue durée ou l'absentéisme par exemple. L'ARS considère avoir compensé le SEGUR, pour les personnels qui relèvent de sa compétence.

A noter que même si le dispositif a été étendu à plusieurs reprises pour concerner davantage d'établissements et catégories de personnels, il reste toujours des structures qui ne sont pas financées au titre du SEGUR. Cela crée une disparité et une concurrence en termes d'attractivité des professionnels. L'exemple d'un SAD associatif et la concurrence à laquelle il doit faire face avec des écarts de 150 à 300 € sur certains postes est présenté.

2/ Les solutions

A/ L'intervention du Service Départemental de l'Energie

L'ARS s'est rapproché du Service Départemental de l'Energie dans le but de demander à tous les établissements d'activer les dispositifs amortisseurs et boucliers tarifaires, même si ces dispositifs ne sont pas simples.

A noter que certains établissements ont fait le choix de ne pas payer les factures d'électricité. Ce n'est pas une solution parce qu'ils s'exposent à des lettres de rappel, mais surtout d'éventuelles pénalités de retard.

B/ Hublo

Un dispositif d'appel et de remplacement a été mis en place. Il s'agit de la plateforme Hublo qui permet de mettre en contact des structures qui recherchent des agents et des professionnels qui recherchent des postes.

Certains établissements ont également créé en interne un vivier de personnel leur permettant d'assurer les remplacements sans avoir recours à l'intérim.

C/ Les mesures mises en œuvre pour l'attractivité des postes aides-soignants et infirmiers

Les quotas de formation ont été augmentés de 25 à 30 % dans les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants. La conséquence négative de cette mesure est que le niveau de sélection à l'entrée de ces écoles a du coup baissé.

Par ailleurs, des dispositions nationales ne permettent plus aux infirmiers sortant de formation de commencer leur vie professionnelle par de l'intérim ou une activité libérale.

Enfin, l'ARS peut apporter des budgets spécifiques pour le financement du remplacement d'agents en formation.

D/ Les rapprochements et mutualisations

Pour l'ARS, d'un point de vue économique, la capacité minimale d'un établissement devrait être de 80 places.

C'est pourquoi ils incitent les petites structures à se rapprocher et à mutualiser certaines fonctions (administratives, logistiques, de soins). L'objectif est d'avoir des fusions, des directions communes avec des relais sur chaque établissement afin d'assurer une continuité de fonctionnement en interne et baisser les coûts de fonctionnement.

Monsieur NEGRIER insiste également sur l'intérêt de la formation D3S (Directeur d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux) très complète pour les Directeurs d'établissements.

D/ L'offre de service du Centre de Gestion

Un travail est actuellement en cours avec le Centre de Gestion qui a fait une offre de service sur deux prismes :

- l'aide à la décision sur les ressources humaines (diagnostic, aide à la décision et plan d'action)
- les coopérations et regroupements entre établissements.

L'objectif est de mettre en œuvre cette offre de service dès la fin d'année 2024.

4/ Le Fonds d'urgence 2023 de l'ARS

Devant les difficultés financières des établissements, un fonds d'urgence a été mis en place par l'État en 2023. Ce fonds d'urgence représentait 1 278 000 € pour la Bretagne.

Cependant, le décalage de la mise en œuvre de la réforme des services autonomes, fusions des SAD et des SSIAD, a permis à l'ARS Bretagne de mobiliser plus de 9 millions d'euros pour venir en soutien aux établissements en difficultés. Il s'agissait clairement d'un contexte conjoncturel favorable qui ne se répétera pas cette année.

Seuls les établissements en difficultés financières avérées ont pu bénéficier de ce fonds d'urgence. Un sentiment d'injustice a pu être ressenti par d'autres établissements qui ne sont pas aujourd'hui en difficultés financières, mais dont la situation se détériore au fil des ans.

Dans le prolongement de ce fonds d'urgence, la Ministre des Solidarités et des Familles avait souhaité mettre en place des commissions des établissements en difficultés.

Cette commission s'est réunie à deux reprises sur le département des Côtes d'Armor. Elle est composée de l'ARS, du Conseil Départemental, de la Direction Générale des Finances Publiques et de l'URSSAF. Il a été décidé d'élargir la composition de cette commission avec deux représentants de l'Association des Maires de France (Monsieur COMPAIN et Monsieur KERDRAON) et deux représentants de l'Association des Maires Ruraux de France.

En amont de ces commissions, les établissements qui présentent des ruptures de trésorerie sont rencontrés par les services de l'ARS et du Conseil Départemental afin d'étudier leur situation et d'envisager les leviers possibles comme l'activation des créances d'aide sociale. Les établissements doivent d'abord mettre en œuvre tous les leviers à leur disposition avant qu'un soutien financier puisse lui être accordé.

V. L'évolution du modèle de prise en charge du vieillissement – Le virage domiciliaire

L'évolution des GMP et des Pathos attestent l'entrée de plus en plus tardive des résidents en EHPAD. La durée moyenne de séjour en établissement n'est d'ailleurs que de 3 ans.

Cela démontre le souhait des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile. L'État a donc décidé de favoriser les dispositifs d'accompagnement pour le maintien à domicile.

C'est pour cela qu'il n'y a plus de création de places d'EHPAD classiques et que tout un écosystème a été mis en place ces dernières années en termes de préparation de sorties d'hospitalisation ou d'aide aux aidants par exemple.

Pour permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, les dispositifs suivants ont été mis en place :

- les filières gériatriques pour notamment travailler avec les EHPAD sur les sorties d'hospitalisations
- les Dispositifs d'Appui à la Coordination qui travaillent en lien avec les Maisons du Département, les services sociaux et les CLICS pour trouver des solutions d'hébergement
- les Centres de Ressources Territoriaux, ou encore « EHPAD à domicile », qui font le lien entre les EHPAD et les SAD et pour lesquels trois Appels A Projets ont été organisés par l'ARS
- les plateformes de répit pour le soutien des aidants
- les SSIAD renforcés et les équipes de soins spécialisées Alzheimer.

Les créations de places d'hébergement temporaire et d'Accueil de Jour ont également été privilégiées.

Des places d'hébergement temporaire post-hospitalisation ont notamment été créées dans 21 EHPAD du département. C'est un dispositif qui fonctionne en lien avec la filière gériatrique et pour lequel une partie importante du financement est assurée par l'ARS, donc avec un coût intéressant pour l'utilisateur.

Concernant l'Accueil de Jour, les conditions ont été renforcées au fil du temps. Aujourd'hui, il faut une capacité minimum de 6 places dans le cas d'un Accueil de Jour rattaché à un EHPAD et de 10

places pour les Accueils de Jour autonomes. Il faut également qu'il y ait un vrai projet de vie rédigé par la structure.

A noter qu'il existe 3 Accueils de Jour autonomes : 2 gérés par l'ADMR et celui de la MAJI, l'Accueil de Jour itinérant. Il est géré par le SAD du Corong en partenariat avec d'autres, et intervient sur Carhaix, Bourbriac et Quintin.

Une autre priorité des dernières années a été le Plan Alzheimer, et donc les dispositifs de prise en charge des pathologies neurodégénératives.

Il a ainsi été créé :

- des PASA, Pôles d'Activités et de Soin Adaptés. Il s'agit de prendre en charge des résidents de l'EHPAD ayant des troubles modérés et de leur proposer des activités adaptées à la journée, avec notamment un projet spécifique et une cuisine thérapeutique. L'objectif est de freiner l'évolution de la maladie
- des UHR, Unités d'Hébergement Renforcé. Elles doivent permettre d'accueillir des usagers extérieurs à l'établissement et sont destinées aux personnes ayant des troubles avancés de la pathologie.

S'il n'y a plus de créations de places d'EHPAD classiques, il y a des mesures nouvelles sur tous les autres segments : SSIAD, UHR, PASA, Centres de Ressources Territoriaux...

Audition de la DDFIP

08/07/2024 - 14h00

Présents :

Membres de la mission EHPAD :

- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA, Vice-Président de la mission EHPAD.
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP, rapporteur de la mission EHPAD.
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Monsieur Jean-Marc DEJOUÉ – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN

Secrétariat mission EHPAD

- Madame Anne SIMON – Directrice Personnes âgées, Personnes Handicapées par intérim
- Monsieur Nicolas DESANEAUX – Chargé de suivi des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Direction Départementale des Finances Publiques (DDFIP)

- Monsieur Alexis PEILLOUX, Directeur Adjoint à la DDFIP, responsable du pôle Pilotage, ressources, secteur public local
- Monsieur Gaëtan LÉBOUCHER, Conseiller aux décideurs locaux sur le secteur de Saint-Brieuc, DDFIP

La direction départementale des finances publiques (DDFIP) est interrogée dans le cadre de la mission EHPAD car son rôle est important auprès des décideurs publics locaux.

La DDFIP précise que son rôle varie selon la nature des EHPAD :

- les EHPAD privés qui sont contribuables c'est-à-dire qu'ils payent des impôts mais la DDFIP n'intervient pas auprès de ces établissements en dehors des relations usuelles avec les contribuables professionnels ;
- les EHPAD publics territoriaux, publics autonomes et hospitaliers. La DDFIP intervient en tant que comptable dans ces structures et a aussi avoir un rôle de conseil auprès des établissements et des décideurs locaux.

Le département des Côtes d'Armor a la particularité de compter une grande majorité d'EHPAD publics territoriaux. La DDFIP est donc naturellement un partenaire majeur de bon nombre d'EHPAD du territoire.

Le suivi des EHPAD publics, par la DDFIP, peut se faire de deux façons :

- en tant que comptable
- en tant que conseiller

D'une manière générale, il est nécessaire de préciser que la DDFIP ne se substitue pas aux gestionnaires et ordonnateurs des établissements

I-La mission de conseil de la DDFiP.

Cette mission a évolué dans son offre aux ordonnateurs en Côtes-d'Armor en 2021 et est généralisée à l'ensemble du territoire français. Elle est exercée par des Conseillers aux décideurs locaux dont les postes ont été créés spécialement pour cette mission.

Les fonctions de comptable et de conseiller sont donc deux fonctions distinctes.

Dans les Côtes d'Armor, il y a en 2024 14 Conseillers aux décideurs locaux. La palette de service proposée par ces conseillers est assez large :

- conseil budgétaire et comptable
- conseil financier
- conseil fiscal
- conseil patrimonial

Les conseillers sont généralement saisis par les élus locaux ou leurs services, qui peuvent par exemple leur demander une analyse financière de leur EHPAD à un moment donné (document d'analyse financière développée). Cela permet aux élus d'avoir une photographie de la situation financière de l'établissement.

Les conseillers peuvent aussi être amenés à travailler avec les ordonnateurs lorsque l'EHPAD a des projets particuliers.

La mission de conseil de la DGFIP est également assurée par la mission de conseil aux décideurs publics de la direction régionale des finances publiques, sur des projets d'une importance ou complexité particulière (exemple : la direction régionale des finances publiques a conseillé un établissement qui prévoyait une rénovation importante).

S'agissant spécifiquement des EHPAD, l'expertise de la mission de conseil de la DDFiP ne va pas jusqu'à l'accompagnement sur le développement de stratégies financières avec les établissements concernant le niveau de dépendance des résidents, par exemple. La DDFiP a une approche plus générale de la situation d'un établissement.

II-La mission de comptable de la DDFiP.

Cette mission est la principale mission de la DDFiP auprès des EHPAD publics. Il s'agit des missions exercées par le comptable public à savoir, en synthèse, après avoir procédé aux contrôles requis, mandater les dépenses et titrer les recettes.

III-Une vision globale sur la situation des EHPAD.

De manière globale, la DDFiP 22 a pu constater une dégradation plus nette de la situation financière des établissements avec la période de COVID et avec les difficultés de remplissage de certains établissements. Ces difficultés se sont accentuées avec l'augmentation des prix des énergies et avec les nouvelles mesures de revalorisations salariales. Certains établissements sont plus en difficultés que d'autres ; certains établissements présentent toujours, toutefois, une situation financière saine. Les EHPAD des Côtes d'Armor sont surtout des EHPAD publics territoriaux, et

non autonomes, avec beaucoup de « petites » structures (50 / 60 lits). La question de la taille des EHPAD peut se poser au regard des difficultés financières auxquelles ils font face. Il y a très peu d'EHPAD présentant une situation de surendettement avérée. Néanmoins, la capacité d'autofinancement des EHPAD, de manière générale, suit une tendance baissière.

La DDFIP avait beaucoup accompagné les EHPAD du 22 sur la mise en place du bouclier tarifaire, en lien avec le SDE 22.

La DDFIP est, par ailleurs, partie prenante de la commission ESMS en difficulté financière et apporte son analyse aux échanges avec l'ARS et le Conseil départemental. Cela permet d'éclairer les autorités de tarification ou de financement sur le contexte budgétaire de certains établissements.

IV- Qui va financer les déficits des EHPAD ?

Selon la DDFIP, les résultats déficitaires des EHPAD semblent provenir essentiellement de la section hébergement, pour les raisons sus-évoquées (inflation de l'énergie ; mesures salariales ; vacances de place parfois).

Le tarif hébergement fixé par le CD est supposé permettre d'équilibrer la section hébergement.

Quelles conséquences pour les établissements qui ne payent plus leurs factures d'électricité ?

Ces établissements et les ordonnateurs se mettent dans des positions très délicates vis-à-vis d'EDF s'ils décident d'arrêter de payer leurs factures, dès lors que celles-ci sont conformes aux contrats signés et à la consommation constatée. EDF est régulièrement sollicité sur des modalités d'étalement des paiements.

Le versement de subventions d'équilibre par les budgets des CCAS et CIAS peut être constaté dans certaines situations. Cette mécanique ne devrait pas être systématisée, masquant l'absence de réponse à une difficulté structurelle de l'établissement. Elle peut également interroger sur la nature du financeur, *in fine*, de l'établissement, entre le contribuable (subvention d'équilibre) ou l'utilisateur (tarification de l'hébergement).

Plus largement, s'agissant de l'absence de trésorerie des établissements pour honorer certains paiements, l'ordonnateur peut procéder – et cela arrive régulièrement – à établir, en lien avec le comptable, un ordre de priorité des paiements (par exemple, verser les paies puis attendre un peu pour payer certaines autres dépenses).

S'agissant, enfin, de la question des mécanismes d'alerte du comptable, la DDFiP rappelle, tout d'abord, que les ordonnateurs sont en contact régulier avec les conseillers aux décideurs locaux et les comptables et disposent de toutes les informations leur permettant d'analyser la situation financière de leur établissement. Par ailleurs, il existe un droit d'alerte du comptable public dans le cas d'une situation susceptible d'engager la responsabilité au sens du régime de responsabilité des gestionnaires publics. Lorsque c'est, plus généralement, la situation financière structurelle de l'établissement qui interroge, le Code de l'action sociale et des familles prévoit à son article R.314-62 la possibilité pour le Préfet de diligenter une mission d'enquête budgétaire et financière lorsqu'un établissement dont la tarification relève de l'Etat ou de l'ARS connaît des difficultés financières, de fonctionnement ou de gestion budgétaire. Lorsque la tarification est partagée par le conseil départemental, celui-ci est convié à participer aux travaux de la mission. La DDFiP peut être conviée également à participer aux travaux de la mission. La nomination d'administrateur provisoire semble également être une possibilité à la main des autorités de tutelle.

A titre d'illustration, en comparant avec le fonctionnement observé lorsqu'une collectivité territoriale est « mise sous tutelle » après saisine du Préfet de la Chambre régionale des comptes, le budget de l'établissement serait orienté principalement sur les dépenses obligatoires et les recettes (tarifs notamment) augmentés autant que faire se peut. Ceci pourrait concrètement impacter le quotidien des résidents (par exemple sur les activités qui leur sont proposées).

V-Préconisations de la DDFIP / DGFIP.

En complément des mesures qui pourraient être principalement suggérées par les autorités de tutelle (ARS et Conseil départemental), la DDFiP pourrait proposer d'analyser les éléments suivants :

1. Sur le fonctionnement courant des établissements

-tarif hébergement : s'assurer que les tarifs pratiqués dans les établissements sont adaptés au besoin de financement de l'établissement. Madame Anne Simon (CD22) rappelle que le Département fixe les tarifs pour les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Les établissements habilités partiellement à l'aide sociale sont tarifés par les gestionnaires pour les places non habilités et le département fixe un tarif pour les places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Enfin les établissements qui ne sont pas habilités sont entièrement tarifés par le gestionnaire dans la limite d'un taux d'évolution ministériel fixé annuellement.

Il faut que les établissements appliquent les tarifs qu'ils ont le droit d'appliquer.

Une réforme du mode de financement des EHPAD relèverait du législateur.

- En matière de marchés publics, étudier l'opportunité de recourir plus fortement à ces centrales d'achat ou à des groupements de commande ;

- En matière RH, étudier l'opportunité d'accroître la mutualisation du personnel, de la cuisine (ex : cuisine centrale) sur certains territoires, et de manière générale essayer de diminuer le recours à l'intérim pour assurer la continuité de service.

2. Sur le maillage territorial

-il n'est pas observé de lien strict, direct, entre la taille de l'établissement et les difficultés financières de la structure. Il y a aussi des grosses structures en difficulté ou de petites structures en bonne santé financière. Toutefois, un travail conjoint des autorités de tutelle sur le maillage et le dimensionnement de l'offre sur le territoire pourrait sembler intéressant à mener, y compris pour intégrer les perspectives futures quant aux besoins du territoire (vieillesse de la population ; enjeux bâtimentaires, etc.).

VI-La reprise de certaines structures par des groupes privés

Le Département indique que certains gestionnaires d'EHPAD publics ont d'ores et déjà été contactés par des groupes privés pour une reprise d'activité.

Pour la DDFiP, la décision relève plutôt de l'ARS et du CD22 (transfert d'autorisation avec validation de l'ARS et du CD). La DDFIP pourrait néanmoins accompagner de tels projets sur la détermination de l'actif et du passif des structures et des conditions de transfert de l'actif et du passif.

Audition de l'ARS

8 juillet 2024 à 10h30

Membres de la mission :

- Madame Isabelle GORE-CHAPEL – Conseillère Départementale du Canton de BROONS
- Madame Graziella SEGONI – Conseillère Départementale du Canton de TREGUIER
- Monsieur Thierry ORVEILLON – Conseiller Départemental du Canton de PLESLIN-TRIGAVOU
- Monsieur Guillaume LOUIS – Conseiller Départemental du Canton de GUINGAMP
- Monsieur Damien GASPAILLARD – Conseiller Départemental du Canton de SAINT-BRIEUC Ouest
- Monsieur Jean-Marc DEJOUE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUFRAGAN
- Monsieur Thierry SIMELIERE – Conseiller Départemental du Canton de PLOUHA

Secrétariat de la mission :

- Madame Anne SIMON – Directrice des Personnes Agées et Personnes Handicapées par intérim
- Madame Catherine GUEGUEN – Chargée de suivi des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

Agence régionale de Santé :

- Monsieur François NEGRIER – Directeur de la Délégation Départementale des Côtes d'Armor de l'ARS Bretagne

I. Le contexte des Côtes d'Armor

Le département des Côtes d'Armor compte une centaine d'EHPAD avec des capacités et des statuts variables.

Toutefois, la particularité du département est que la grande majorité des établissements sont des établissements publics rattachés à un CCAS et avec de « petites » capacités, environ 2/3 des EHPAD.

A noter que comparativement aux autres départements bretons, et notamment le département du Morbihan, le département des Côtes d'Armor semble mieux doté en termes de places d'EHPAD. L'enjeu commun du Conseil Départemental et de l'ARS est donc d'anticiper le vieillissement de la population et de maintenir les capacités d'EHPAD sur le département.

Cependant, compte tenu de l'absence de création de places d'EHPAD classiques et comme certains établissements du département ont des places vacantes, il est privilégié de profiter d'opérations de travaux pour travailler à un redéploiement de places à l'échelle du département.

II. La tarification des EHPAD et la dotation soins

1/ La tarification ternaire et la section soins

La réglementation prévoit la tarification ternaire des EHPAD, basée donc sur 3 sections : la section hébergement, la section dépendance et la section soins. Les sections hébergement et dépendance relèvent de la compétence du Conseil Départemental alors que la section soins relève de la compétence de l'ARS.

Les charges imputées sur la section soins sont les dépenses médicales, les dépenses pharmaceutiques, les petits matériels médicaux, mais ce sont surtout des dépenses de personnel : médecins coordonnateurs, cadres de santé, infirmiers et aides-soignants.

2/ La dotation soins

Le financement de la section soins par l'ARS se fait par le versement de la dotation soins.

Celle-ci est calculée à partir du GMPS. Il s'agit du GMP moyen pondéré, qui tient compte de l'évaluation de la dépendance, le GMP, et de l'évaluation des pathologies et des soins requis, le Pathos. Les évaluations des médecins des établissements sur ces deux éléments sont validées par les médecins de l'ARS en lien avec les médecins du Conseil Départemental pour la partie dépendance.

La dotation soins est ensuite le résultat d'une formule de calcul, appelée équation tarifaire :

$(GMP + PMP) \times 2,59 \text{ €}$.

Une bonne préparation des évaluations du GMP et du Pathos par les établissements est donc essentielle. Il s'agit d'un enjeu majeur en termes de financements.

L'ARS se base sur les dotations soins des établissements pour demander tous les ans les crédits nécessaires auprès de la CNSA, et ainsi constituer ses enveloppes budgétaires.

C'est pour cela qu'il peut y avoir un décalage entre l'évaluation d'une augmentation du GMP ou du Pathos et la répercussion de celle-ci sur la dotation soins perçue de l'ARS. L'ARS verse ensuite la dotation soins aux établissements selon leur équation tarifaire, et à l'euro près.

Par contre, alors qu'il était prévu par la réglementation qu'une convergence négative puisse être appliquée sur la dotation soins en cas de baisse du GMP ou du Pathos, le dispositif Ricordeau mis en place par le Ministère est venu geler cette mesure qui n'a donc jamais été appliquée. Aucun établissement n'a vu sa dotation soins baisser.

A noter qu'il n'y a pas de normes établies en termes de répartition des effectifs par catégories d'emplois, c'est à la libre appréciation des directions.

Au niveau national, les crédits de médicalisation sont passés de 8 à 12 milliards d'euros entre 2019 et 2023, soit une progression de 50 %. Et la même évolution est constatée sur le Département des Côtes d'Armor, avec des crédits qui sont passés de 129 à 193 millions d'euros.

3/ Les Crédits Non Reconductibles

Tous les ans, l'ARS accorde des Crédits Non Reconductibles aux établissements. Mais le versement intervient en fin d'année et ne permet pas aux établissements d'avoir une visibilité sur le budget de l'année.

Cependant, il s'agit de la répartition de soldes d'enveloppes budgétaires dont l'ARS ne peut évidemment connaître les niveaux de consommation qu'en fin d'année.

4/ L'expérimentation du transfert de la section dépendance à l'ARS

Le modèle ternaire et sa complexité sont régulièrement réinterrogés, notamment au travers de missions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales qui n'ont jusque là pas vraiment abouti.

Cette année, l'État a ouvert la possibilité aux Conseils Départementaux qui le souhaitent de faire porter la tarification de la dépendance sur l'ARS. 23 Départements se sont positionnés dans ce sens, dont 3 en Bretagne parmi lesquels le Département des Côtes d'Armor.

La difficulté pour l'ARS est de reprendre la tarification de la dépendance, sans forcément récupérer les moyens, et sans personnel supplémentaire.

Il y a également des enjeux en termes de coupes GMP, de valeur du point départemental et d'équation tarifaire.

III. Le Plan d'aide à l'investissement

L'ARS vient, au même titre que le Conseil Départemental, en soutien aux établissements pour financer leurs opérations de travaux par le biais du plan d'aide à l'investissement, d'environ 5 à 7 millions d'euros.

Le plan de financement d'un projet de travaux doit donc tenir compte : des aides de l'ARS et du Conseil Départemental, des apports en fonds propres, des capacités d'emprunt et des éventuelles contributions des collectivités. Les collectivités peuvent en effet venir en soutien d'un établissement pour la réalisation de son projet de travaux.

La difficulté actuelle est que l'inflation des dernières années a généré une augmentation du coût des travaux. Du coup, alors que l'ARS pouvait soutenir 2 à 3 opérations auparavant, elle ne peut aujourd'hui aider d'un seul projet et revoir les opérations qui étaient déjà engagées mais qui subissent elles-aussi l'inflation sur les coûts de construction.

Sur des opérations concernant des EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier, le sujet est parfois plus vaste que le seul EHPAD.

Dans le cas de l'EHPAD rattaché au Centre Hospitalier de Guingamp par exemple, un bâtiment de l'EHPAD en particulier mérite des travaux. Mais il y a également des sujets pour le moyen séjour, la chirurgie et toute l'activité hospitalière.

Le Conseil Départemental a d'ores et déjà accordé une subvention de 1 800 K€ pour l'EHPAD, subvention qui prévoyait une mise en œuvre du projet avant 2025. Mais, même si l'ARS apportait la même aide, le projet de 20 à 25 millions d'euros serait loin d'être financé. D'autant que le Centre Hospitalier de Guingamp n'a pas la capacité d'emprunter une somme aussi importante.

Le problème étant plus vaste que le seul EHPAD, une aide du SEGUR Hospitalier est envisagée sur cette structure.

IV. Les difficultés des EHPAD et les solutions apportées ou proposées par l'ARS

1/ Les difficultés

A/ L'inflation sur les dépenses d'électricité

Globalement, les établissements ont tous subi une forte augmentation de leurs dépenses d'électricité.

L'incidence a été variable d'un établissement à l'autre selon la qualité de l'isolation et les superficies des bâtiments notamment. Cependant, elle a été très forte pour certains qui ont vu ce compte de charges tripler ou quadrupler.

B/ Les difficultés de recrutement et le recours à l'intérim

Depuis le COVID, le secteur de l'accompagnement du vieillissement connaît de fortes difficultés de recrutement.

Globalement, un manque d'attractivité est constaté sur l'emploi en EHPAD, et en particulier sur les postes aides-soignants et infirmiers.

Pour autant, il est souligné des situations de professionnels contraints à démissionner et se retrouver sans ressources pour suivre une formation, par manque de financement de celle-ci. En effet, un agent en formation doit être remplacé. Le coût de l'agent en formation et celui de son remplaçant sont donc à la charge de l'EHPAD, ce qui est difficilement supportable en l'absence de financement supplémentaire.

Par ailleurs, la création de SSIAD vient aussi renforcer les difficultés de recrutement des EHPAD car certains professionnels préfèrent travailler à domicile qu'en établissement, les contraintes étant différentes.

Enfin, comme dans d'autres branches professionnelles, des changements de métiers sont constatés. Ils sont d'ailleurs facilités par le marché de l'emploi favorable aujourd'hui.

Face à ces difficultés, beaucoup d'EHPAD ont recours à l'intérim. C'était encore plus frappant en 2022.

A noter également que des professionnels préfèrent aujourd'hui être en intérim pour choisir ses conditions de travail (périodes, week-end ...). Des établissements constatent par exemple que de jeunes professionnels ne souhaitent pas travailler le week-end alors qu'il s'agit d'une contrainte du métier.

C/ L'état du bâti

Certains établissements du département ont des places vacantes qui peuvent s'expliquer par un manque d'attractivité en terme de qualité hôtelière.

Ainsi, des établissements vieillissants ont toujours un nombre conséquent de chambres doubles, notamment des établissements rattachés à des Centres Hospitaliers comme Loudéac ou Tréguier. Même si un projet de travaux est à venir, cela impacte aujourd'hui le taux d'occupation de ces établissements.

Les chambres doubles donc, mais également les salles de bains mal ou pas équipées en douches freinent l'attractivité de l'établissement et ont donc une incidence sur ses recettes de tarification.

D/ La taille de l'EHPAD

Les établissements de petite capacité autorisée ont les mêmes contraintes que les autres établissements, en particulier la continuité de soins. Ils sont donc plus impactés par l'absentéisme car il sont dans l'obligation de remplacer les agents.

E/ Les différences de statut entre la Fonction Publique Territoriale et la Fonction Publique Hospitalière

La réglementation est différente entre la Fonction Publique Territoriale et la Fonction Publique Hospitalière, plus avantagée.

A titre d'exemple, une organisation du travail sur plus de 10 heures par jour est possible sur la FPH, mais pas sur la FPT.

Il en est de même au niveau des concours. Alors que le concours est exigé en plus du diplôme sur la FPT, ce n'est pas le cas pour la FPH.

F/ Le SEGUR

Depuis 2020, les budgets des EHPAD ont été impactés par des mesures nationales portant sur des revalorisations salariales : les Primes Grand Age et le SEGUR. Les dépenses de personnel ont ainsi augmenté de 20 %.

Elles ont été compensées par l'ARS, ce qui explique la progression des dotations soins sur la période 2019 à 2023, même si l'ARS n'a pas forcément obtenu les enveloppes budgétaires qu'elle avait demandé auprès de la CNSA.

Certains établissements estiment ne pas avoir été compensés intégralement sur ces mesures, et notamment le SEGUR. Mais, il faudrait étudier les situations des établissements au cas par cas parce que certains EHPAD intègrent des éléments qui ne relèvent pas du SEGUR dans leurs évaluations, comme les congés de longue durée ou l'absentéisme par exemple. L'ARS considère avoir compensé le SEGUR, pour les personnels qui relèvent de sa compétence.

A noter que même si le dispositif a été étendu à plusieurs reprises pour concerner davantage d'établissements et catégories de personnels, il reste toujours des structures qui ne sont pas financées au titre du SEGUR. Cela crée une disparité et une concurrence en termes d'attractivité des professionnels. L'exemple d'un SAD associatif et la concurrence à laquelle il doit faire face avec des écarts de 150 à 300 € sur certains postes est présenté.

2/ Les solutions

A/ L'intervention du Service Départemental de l'Energie

L'ARS s'est rapproché du Service Départemental de l'Energie dans le but de demander à tous les établissements d'activer les dispositifs amortisseurs et boucliers tarifaires, même si ces dispositifs ne sont pas simples.

A noter que certains établissements ont fait le choix de ne pas payer les factures d'électricité. Ce n'est pas une solution parce qu'ils s'exposent à des lettres de rappel, mais surtout d'éventuelles pénalités de retard.

B/ Hublo

Un dispositif d'appel et de remplacement a été mis en place. Il s'agit de la plateforme Hublo qui permet de mettre en contact des structures qui recherchent des agents et des professionnels qui recherchent des postes.

Certains établissements ont également créé en interne un vivier de personnel leur permettant d'assurer les remplacements sans avoir recours à l'intérim.

C/ Les mesures mises en œuvre pour l'attractivité des postes aides-soignants et infirmiers

Les quotas de formation ont été augmentés de 25 à 30 % dans les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants. La conséquence négative de cette mesure est que le niveau de sélection à l'entrée de ces écoles a du coup baissé.

Par ailleurs, des dispositions nationales ne permettent plus aux infirmiers sortant de formation de commencer leur vie professionnelle par de l'intérim ou une activité libérale.

Enfin, l'ARS peut apporter des budgets spécifiques pour le financement du remplacement d'agents en formation.

D/ Les rapprochements et mutualisations

Pour l'ARS, d'un point de vue économique, la capacité minimale d'un établissement devrait être de 80 places.

C'est pourquoi ils incitent les petites structures à se rapprocher et à mutualiser certaines fonctions (administratives, logistiques, de soins). L'objectif est d'avoir des fusions, des directions communes avec des relais sur chaque établissement afin d'assurer une continuité de fonctionnement en interne et baisser les coûts de fonctionnement.

Monsieur NEGRIER insiste également sur l'intérêt de la formation D3S (Directeur d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux) très complète pour les Directeurs d'établissements.

D/ L'offre de service du Centre de Gestion

Un travail est actuellement en cours avec le Centre de Gestion qui a fait une offre de service sur deux prismes :

- l'aide à la décision sur les ressources humaines (diagnostic, aide à la décision et plan d'action)
- les coopérations et regroupements entre établissements.

L'objectif est de mettre en œuvre cette offre de service dès la fin d'année 2024.

4/ Le Fonds d'urgence 2023 de l'ARS

Devant les difficultés financières des établissements, un fonds d'urgence a été mis en place par l'État en 2023. Ce fonds d'urgence représentait 1 278 000 € pour la Bretagne.

Cependant, le décalage de la mise en œuvre de la réforme des services autonomes, fusions des SAD et des SSIAD, a permis à l'ARS Bretagne de mobiliser plus de 9 millions d'euros pour venir en soutien aux établissements en difficultés. Il s'agissait clairement d'un contexte conjoncturel favorable qui ne se répétera pas cette année.

Seuls les établissements en difficultés financières avérées ont pu bénéficier de ce fonds d'urgence. Un sentiment d'injustice a pu être ressenti par d'autres établissements qui ne sont pas aujourd'hui en difficultés financières, mais dont la situation se détériore au fil des ans.

Dans le prolongement de ce fonds d'urgence, la Ministre des Solidarités et des Familles avait souhaité mettre en place des commissions des établissements en difficultés.

Cette commission s'est réunie à deux reprises sur le département des Côtes d'Armor. Elle est composée de l'ARS, du Conseil Départemental, de la Direction Générale des Finances Publiques et de l'URSSAF. Il a été décidé d'élargir la composition de cette commission avec deux représentants de l'Association des Maires de France (Monsieur COMPAIN et Monsieur KERDRAON) et deux représentants de l'Association des Maires Ruraux de France.

En amont de ces commissions, les établissements qui présentent des ruptures de trésorerie sont rencontrés par les services de l'ARS et du Conseil Départemental afin d'étudier leur situation et d'envisager les leviers possibles comme l'activation des créances d'aide sociale. Les établissements doivent d'abord mettre en œuvre tous les leviers à leur disposition avant qu'un soutien financier puisse lui être accordé.

V. L'évolution du modèle de prise en charge du vieillissement – Le virage domiciliaire

L'évolution des GMP et des Pathos attestent l'entrée de plus en plus tardive des résidents en EHPAD. La durée moyenne de séjour en établissement n'est d'ailleurs que de 3 ans.

Cela démontre le souhait des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile. L'État a donc décidé de favoriser les dispositifs d'accompagnement pour le maintien à domicile.

C'est pour cela qu'il n'y a plus de création de places d'EHPAD classiques et que tout un écosystème a été mis en place ces dernières années en termes de préparation de sorties d'hospitalisation ou d'aide aux aidants par exemple.

Pour permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, les dispositifs suivants ont été mis en place :

- les filières gériatriques pour notamment travailler avec les EHPAD sur les sorties d'hospitalisations
- les Dispositifs d'Appui à la Coordination qui travaillent en lien avec les Maisons du Département, les services sociaux et les CLICS pour trouver des solutions d'hébergement
- les Centres de Ressources Territoriaux, ou encore « EHPAD à domicile », qui font le lien entre les EHPAD et les SAD et pour lesquels trois Appels A Projets ont été organisés par l'ARS
- les plateformes de répit pour le soutien des aidants
- les SSIAD renforcés et les équipes de soins spécialisées Alzheimer.

Les créations de places d'hébergement temporaire et d'Accueil de Jour ont également été privilégiées.

Des places d'hébergement temporaire post-hospitalisation ont notamment été créées dans 21 EHPAD du département. C'est un dispositif qui fonctionne en lien avec la filière gériatrique et pour lequel une partie importante du financement est assurée par l'ARS, donc avec un coût intéressant pour l'utilisateur.

Concernant l'Accueil de Jour, les conditions ont été renforcées au fil du temps. Aujourd'hui, il faut une capacité minimum de 6 places dans le cas d'un Accueil de Jour rattaché à un EHPAD et de 10

places pour les Accueils de Jour autonomes. Il faut également qu'il y ait un vrai projet de vie rédigé par la structure.

A noter qu'il existe 3 Accueils de Jour autonomes : 2 gérés par l'ADMR et celui de la MAJI, l'Accueil de Jour itinérant. Il est géré par le SAD du Corong en partenariat avec d'autres, et intervient sur Carhaix, Bourbriac et Quintin.

Une autre priorité des dernières années a été le Plan Alzheimer, et donc les dispositifs de prise en charge des pathologies neurodégénératives.

Il a ainsi été créé :

- des PASA, Pôles d'Activités et de Soin Adaptés. Il s'agit de prendre en charge des résidents de l'EHPAD ayant des troubles modérés et de leur proposer des activités adaptées à la journée, avec notamment un projet spécifique et une cuisine thérapeutique. L'objectif est de freiner l'évolution de la maladie
- des UHR, Unités d'Hébergement Renforcé. Elles doivent permettre d'accueillir des usagers extérieurs à l'établissement et sont destinées aux personnes ayant des troubles avancés de la pathologie.

S'il n'y a plus de créations de places d'EHPAD classiques, il y a des mesures nouvelles sur tous les autres segments : SSIAD, UHR, PASA, Centres de Ressources Territoriaux...

Trombinoscope des membres de la mission

Membres de la mission EHPAD

TITULAIRES



M^{me} LE COUSTER
Présidente de la mission



M. SIMELIÈRE
Vice-président de la mission



M. LOUIS
Rapporteur de la mission



M. GASPAILLARD



M^{me} CADUDAL



M^{me} SEGONI



M. ORVEILLON



M^{me} GORE-CHAPEL

SUPLÉANTS



M^{me} PELAN



M^{me} NOWAK



M. ROSCOUET



M. GUEGUEN



M. DEJOUE



M^{me} L'ECHELARD



M. PHILIPPE



M. LEON

Glossaire

AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources
AF	Accueil Familial
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
AJ	Accueil de jour
ARDH	Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (minimum vieillesse)
ASV	Adaptation de la Société au Vieillessement
BP	Budget Primitif
CA	Compte Administratif
CAF	Capacité d'Autofinancement
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRT	Centre de ressources territorial
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDFIP	Direction Départementale des Finances Publiques
DRFIP	Direction Régionale des Finances Publiques
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipes Mobiles de Gériatrie
ENI	Extension Non Importante
EPP	Equipe Pluri Professionnelle
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses
ERRD	Etat Réalisé des Ressources et des Dépenses
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico Sociaux
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
HI	Habitat inclusif
HT	Hébergement Temporaire
OA	Obligé Alimentaire
PA	Personnes âgées
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés

PATHOS	Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées en EHPAD
PH	Personnes handicapées
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PMP	Pathos Moyen Pondéré
RA	Résidence Autonomie
RAPO	Recours Administratif Préalable Obligatoire
RDAS	Règlement départemental d'Aide Sociale
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SM	Services Ménagers
TAH	Terres d'Armor Habitat
USLD	Unités de Soins de Longue Durée



Département des Côtes d'Armor
Direction personnes âgées et personnes handicapées
9 place du Général de Gaulle I CS 42371
22023 Saint-Brieuc cedex 1