



MISSION « FLASH » SUR LA GESTION FINANCIÈRE DES EHPAD

À la suite des révélations de Victor Castanet dans son livre *Les Fossoyeurs* sur le fonctionnement du groupe Orpea, la commission des affaires sociales a souhaité faire le bilan de la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par le biais de quatre missions « flash », dont une consacrée spécifiquement à la gestion financière des EHPAD.

Les rapporteurs de cette mission, Caroline Janvier, Jeanine Dubié et Pierre Dharréville, ont procédé à une dizaine d'auditions d'acteurs ayant travaillé sur cette question, qu'il s'agisse d'acteurs institutionnels, d'experts comptables ou de spécialistes. Ces auditions ont mis en lumière **les faiblesses du système actuel de tarification et de contrôle des dépenses des EHPAD qui ont permis le développement de pratiques financières contestables voire choquantes.**

Le secteur privé lucratif, qui s'est financiarisé au cours de ces dernières décennies, a vu se creuser un gouffre entre, d'une part, les bénéfices générés par certains groupes et les rémunérations astronomiques de certains dirigeants et, d'autre part, la prise en charge des résidents et les conditions de travail des personnels des EHPAD, soumis à des exigences toujours croissantes. Une telle situation doit nous conduire à nous interroger collectivement sur le « modèle » des EHPAD privés lucratifs : **la quête permanente de profits de la part d'entreprises cotées en bourse, même régulées dans leur fonctionnement, est-elle réellement compatible avec la prise en charge de nos aînés les plus fragiles ?** Pouvons-nous continuer à accorder des autorisations à ces groupes privés qui occupent une place de plus en plus importante dans le secteur, ou bien, au contraire, devrions-nous plutôt emprunter la voie ouverte par des pays comme le Danemark, où les EHPAD sont presque exclusivement publics ?

À l'issue de cette mission, les rapporteurs ont défini treize recommandations visant en particulier à **renforcer la transparence et le contrôle des comptes des EHPAD et des groupes auxquels ils appartiennent et à mieux encadrer leur activité, afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents.** Face à l'urgence de la situation, ils appellent le prochain Gouvernement à engager sans plus attendre **une réforme ambitieuse du secteur et, plus largement, en faveur du soutien à l'autonomie.** Trop souvent laissées de côté par notre société, les personnes âgées méritent plus que jamais toute notre attention et un accompagnement à la hauteur du défi démographique qui est devant nous.



Rapporteur

M. Pierre DharrévilleDéputé des Bouches-du-Rhône
(Gauche démocrate
et républicaine)

Rapporteuse

Mme Jeanine DubiéDéputée des Hautes-Pyrénées
(Libertés
et Territoires)

Rapporteuse

Mme Caroline JanvierDéputée du Loiret
(La République
en Marche)

I. UNE GESTION FINANCIÈRE SOUS FORTES CONTRAINTES

A. Un financement complexe

Le modèle actuel des 7 500 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui accueillent aujourd'hui environ 600 000 personnes, est issu de la loi du 24 janvier 1997. La création de cette catégorie d'établissements a été assortie de nouvelles modalités de tarification qui conduisent à lier les financements publics aux personnes accueillies et non plus au statut des établissements (publics, privés lucratifs et non lucratifs).

Prévu par un décret du 26 avril 1999, le financement des EHPAD se compose de trois forfaits : **un forfait « soins »** financé par l'assurance maladie *via* les agences régionales de santé (ARS), qui sert à payer les salaires des personnels soignants et le matériel médical ; **un forfait « dépendance »** financé majoritairement par les conseils départementaux au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) et en partie par les résidents, qui a vocation à régler les prestations d'aide et de surveillance des résidents ; **un forfait « hébergement »** pris en charge par les résidents et, pour les plus modestes, par les départements au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui finance les dépenses liées à l'hôtellerie, à la restauration, à l'entretien, à l'administration ou encore aux animations.

La tarification des enveloppes publiques dévolues aux EHPAD au titre des soins et de la dépendance, qui représentaient un peu plus de 11 milliards d'euros en 2019, repose sur des équations tarifaires. Le forfait dépendance dépend de l'état de dépendance moyen des résidents calculé à partir du GIR moyen pondéré (GMP), sur la base de la grille AGGIR. Le forfait soins

dépend à la fois de ce GMP et des besoins en soins requis déterminés à partir du référentiel PATHOS.

La tarification de l'hébergement est encadrée par les départements s'agissant des EHPAD (partiellement) habilités à l'aide sociale (HAS), essentiellement des EHPAD publics et associatifs, tandis qu'elle est libre dans les EHPAD non habilités à l'aide sociale (NHAS) ou dans certains EHPAD partiellement habilités.

B. Un pilotage assoupli

Auparavant prévu dans le cadre de conventions tripartites conclues entre EHPAD, ARS et conseils départementaux, le financement des EHPAD doit désormais être organisé, depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Conclu pour une durée de cinq ans entre les trois parties précitées, le CPOM laisse une marge de manœuvre bien plus importante aux gestionnaires pour organiser leur budget et ses différents forfaits (soins/dépendance/hébergement), ainsi que pour réaffecter les éventuels excédents d'une année sur l'autre, puisque ceux-ci ne sont pas repris par les autorités de tarification. **La mise en œuvre des CPOM repose donc sur la confiance et la souplesse de gestion pour les établissements.**

C. Des moyens financiers rationalisés

Les interlocuteurs auditionnés par la mission ont souligné **les contraintes fortes pesant sur les financements publics des EHPAD** au regard des besoins des publics accueillis, de plus en plus âgés et dépendants.

Les méthodes de calcul AGGIR et PATHOS conduisent à valoriser à hauteur variable l'ensemble des actes techniques (par

exemple, les toilettes) associés à la prise en charge de la personne dépendante. Ce faisant, ils ne valorisent pas ou peu les actes de prévention de la perte d'autonomie ou les temps d'échange avec les résidents et leurs familles.

Ce contexte financier a un impact direct sur le personnel soignant. En effet, la masse salariale constitue le premier poste budgétaire des EHPAD, à hauteur de 90 % de la dotation soins. Ainsi, le **taux d'encadrement en personnels soignants est insuffisant** dans les EHPAD. Si le taux d'encadrement, toutes catégories confondues (personnels administratifs compris), s'établit en moyenne à 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents, **le taux moyen d'encadrement des personnels soignants en EHPAD ne s'élève qu'à 31 ETP pour 100 résidents¹**.

Il s'ensuit **une spirale négative**, avec des « glissements de tâches » de nombreux personnels « faisant fonction » sans avoir le diplôme requis, une perte de sens du métier face à la trop forte rationalisation des tâches, une perte d'attractivité et des difficultés à recruter sur l'ensemble des métiers liés à la prise en charge en EHPAD.

Le **Ségur de la santé** a apporté une réponse bienvenue face à l'urgence de la situation des EHPAD, en procédant à une revalorisation salariale de 183 euros nets mensuels pour l'ensemble des personnels (160 euros dans les établissements privés lucratifs) et en lançant un plan d'investissements inédit, doté de 1,5 milliard d'euros sur cinq ans pour rénover ou créer des places en EHPAD et de 600 millions d'euros sur trois ans pour développer le numérique dans les EHPAD.

Les rapporteurs soulignent cependant le besoin persistant de mesures plus structurelles dans le financement des EHPAD, visant à **mobiliser des financements pérennes à la hauteur des enjeux liés au vieillissement de la population**. Il conviendra aussi de **simplifier les modalités de tarification des EHPAD** dans le cadre d'un **projet de loi « Grand âge et autonomie »** dont l'adoption devra être une priorité sous la *prochaine législature*.

Proposition n° 1 : Fusionner les forfaits soins et dépendance afin de simplifier la gestion financière des EHPAD.

II. UNE QUÊTE INSATIABLE DE RENTABILITÉ DANS LE SECTEUR COMMERCIAL

A. L'essor d'un secteur commercial de plus en plus financiarisé

Les rapporteurs ont été interpellés par la **privatisation croissante du secteur des EHPAD**. Si les EHPAD privés constituent aujourd'hui un peu plus de 20 % de l'offre au niveau national, cette part tend à croître en raison d'un tarissement de l'offre publique et de l'économie sociale. Dans certaines régions, le secteur lucratif est prépondérant : il représente 50 % de l'offre dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur !

Ce secteur se caractérise par une **concentration de plus en plus importante** autour de cinq groupes (Orpea, Korian, DomusVi, Colisée et Domidep) contre dix en 2011. Les trois premiers d'entre eux font partie des géants européens et se sont fortement développés à l'international au cours des dernières années.

¹Sources : DREES, enquête EHPA 2015, et rapport d'information présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat au nom de la commission des

affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mars 2018.

Ce développement va de pair avec une financiarisation croissante, comme en témoigne l'introduction en bourse d'Orpea et de Korian dans les années 2000 et le versement d'importants dividendes aux actionnaires. Cette financiarisation, qui se traduit par une place croissante des fonds de capital-investissement dans le secteur des EHPAD – trois des cinq premiers groupes français (DomusVI, Colisée et Domidep) sont détenus par des fonds d'investissement – a pour corollaire une quête de rentabilité incessante.

B. Une optimisation des dotations publiques

Les auditions ont mis en lumière l'existence de « zones grises » entre les trois forfaits du budget des EHPAD qui permettent à certains établissements de maximiser les dépenses prises en charge par les pouvoirs publics (forfaits soins et dépendance) afin de minimiser celles qui sont imputées sur le forfait hébergement et par conséquent d'accroître les bénéfices des EHPAD. Cela consiste par exemple à faire porter des dépenses de personnels du forfait hébergement aux forfaits soins et dépendance, à embaucher des personnels non diplômés, des accompagnants éducatifs et sociaux (AES), ou encore des agents de service hospitalier (ASH) « faisant fonction » d'aides-soignants de manière permanente, ce qui permet de réduire la masse salariale et d'optimiser les dotations publiques versées².

Proposition n° 2 : Mieux encadrer l'imputation des dépenses de personnel sur les différentes sections tarifaires en fonction de leur finalité.

² Ce type de pratique permet aux groupes de bénéficier d'un double gain : d'une part, la diminution du coût de la masse salariale (les personnels faisant fonction étant moins bien payés) et, d'autre part, en utilisant des personnels faisant

Les auditions ont par ailleurs confirmé le constat dressé par Victor Castanet sur l'existence de **remises de fin d'année (RFA)** importantes des fournisseurs aux groupes d'EHPAD à l'occasion de l'achat groupé de produits comme des protections pour incontinence. Il n'est pas admissible que des groupes « privatisent » des remises obtenues sur des produits financés par des dotations publiques qui ont vocation à bénéficier directement à la prise en charge des résidents. Ce mode de fonctionnement peut conduire à la dégradation de la qualité des produits achetés alors même que les remises consenties devraient contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge.

Proposition n° 3 : Faire apparaître dans les comptes des EHPAD et de leurs groupes les remises sur les achats et les obliger à réinvestir ces remises dans l'amélioration de la prise en charge des résidents, à due concurrence des achats réalisés par chaque établissement.

Proposition n° 4 : Rendre transparente la totalité des comptes de tous les EHPAD (publics, associatifs et commerciaux) et, le cas échéant, des groupes auxquels ils appartiennent, sans que ceux-ci ne puissent faire valoir le secret des affaires.

C. Une maximisation des recettes privées

La montée en puissance du secteur privé au détriment des autres modes d'accueil interpelle les rapporteurs, **pour son coût et le reste à charge qu'il implique pour les résidents et leurs familles**. Alors que la moyenne du prix de séjour tourne désormais autour de 2 000 euros par mois en France, celle-ci est d'environ 2 700 euros dans le secteur privé commercial, soit un écart de l'ordre de

fonction, les structures déclarent du temps d'aides-soignants, c'est-à-dire du temps relevant non plus majoritairement du forfait hébergement mais des forfaits soins et dépendance qui sont financés par de l'argent public (ARS et départements).

40 % par rapport au secteur public (1 900 euros par mois et 2 000 euros dans le secteur privé non lucratif) !

Les coûts immobiliers expliquent en partie la variabilité des tarifs (par exemple la différence de prix journalier entre un EHPAD à Paris et un EHPAD en zone rurale) mais la dispersion est d'abord **la conséquence de la liberté tarifaire laissée aux opérateurs non agréés à l'aide sociale à l'hébergement**, pour lesquels le prix de journée hébergement est normalement la seule source de bénéfice.

Paradoxalement, ces prix plus élevés **ne se traduisent pas par une meilleure prise en charge des résidents**. Les taux d'encadrement sont ainsi plus faibles dans le secteur privé commercial (ils se situent en effet en 2018 à 52,3 ETP pour 100 places contre 72,1 pour les EHPAD publics autonomes, soit un écart de 38 %)³. Par ailleurs, les **dépenses associées aux denrées alimentaires sont rationalisées, parfois à l'extrême, pour se situer entre 4 et 5 euros TTC par jour et par résident**.

Comment expliquer une telle situation ? L'affaire Orpea a démontré que les bénéfices générés sur le forfait hébergement alimentent, au-delà des dépenses habituelles (dépenses de fonctionnement et d'investissement), **des frais de siège et donc des rémunérations des cadres dirigeants qui atteignent des montants colossaux**. Ils servent aussi à rémunérer le capital et donc les actionnaires, système qui implique par nature de générer toujours plus de profits.

Les audits ont permis de lever le voile sur **des pratiques d'ingénierie financière et de spéculation sur le parc immobilier**. La revente d'établissements à des

investisseurs en quête de rentabilité peut aboutir à augmenter de manière substantielle le montant des loyers et donc les prix de journée, tout en déconnectant les intérêts des bailleurs de l'entretien des locaux. Ces pratiques font appel à des montages financiers complexes, dans lesquels interviennent de plus en plus de sociétés de capital-investissement.

Proposition n° 5 : Étudier l'impact :

- *d'une révision des modalités de gestion du parc immobilier des EHPAD, et plus largement dans le secteur médico-social, afin que les coûts, et donc indirectement le tarif hébergement facturé aux résidents, soient mieux maîtrisés ;*
- *d'une régulation des tarifs d'hébergement en tenant compte par exemple du niveau de vie des retraités ou de la localisation géographique, et le cas échéant en fixant un tarif plafond ;*
- *d'un versement obligatoire d'une redevance par les EHPAD commerciaux en cas de maintien de la liberté tarifaire.*

Proposition n° 6 : Supprimer les dispositifs de défiscalisation pour les investissements dans les EHPAD.

Proposition n° 7 : Revoir le régime des autorisations d'EHPAD, en particulier en cas de revente de tout ou partie de ces établissements (a minima informer les ARS et les départements des changements de propriétaires).

Proposition n° 8 : Engager une réflexion approfondie sur :

- *l'opportunité de suspendre la délivrance de nouvelles autorisations à des EHPAD commerciaux, au moins tant que toutes les leçons de la crise actuelle n'auront pas été tirées ;*

³ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018*, mai 2020.

– la pertinence du modèle des EHPAD commerciaux dans la prise en charge des personnes âgées.

III. UN CONTRÔLE FINANCIER ET UNE ÉVALUATION DE LA QUALITÉ À RENFORCER RAPIDEMENT

A. Un nécessaire renforcement du contrôle des EHPAD...

Les contrôles financiers des EHPAD reposent essentiellement sur des **contrôles sur pièces** par les départements et les ARS dont les effectifs ont fortement diminué ces dernières années (environ – 20% pour les ARS en dix ans). Cette situation explique en partie pourquoi **les contrôles sur place et inopinés demeurent trop peu fréquents, alors qu'ils sont les plus à même de détecter des anomalies**. Au-delà du manque d'effectifs, les acteurs auditionnés ont également évoqué le caractère éclaté de ces contrôles entre les différentes autorités compétentes et le manque d'expertise pour déceler les transferts entre forfaits et les manipulations budgétaires complexes face à des groupes souvent très bien organisés.

Proposition n° 9 : Renforcer le contrôle des EHPAD par les départements et les ARS en leur donnant davantage de moyens et en développant les collaborations avec les chambres régionales des comptes.

L'un des problèmes majeurs soulevés par Victor Castanet réside dans l'absence de vision d'ensemble des autorités sur les comptes des EHPAD privés lucratifs (non habilités à l'aide sociale) qui ne sont tenus de transmettre que des états prévisionnels et réalisés des recettes et des dépenses (EPRD et ERRD) simplifiés, ne comportant pas d'information sur les dépenses et recettes de la section hébergement.

Proposition n° 10 : Rendre obligatoire la transmission d'EPRD et ERRD complets, incluant la section hébergement, pour tous les EHPAD.

Proposition n° 11 : Mettre en place au niveau des groupes d'EHPAD des EPRD et ERRD consolidés afin de disposer d'une vision globale de leurs comptes.

En outre, **les CPOM semblent avoir offert trop de liberté aux gestionnaires d'EHPAD**. Tandis que la mise en place des CPOM a entraîné la suppression des tableaux d'effectifs, auparavant contrôlés à l'issue de chaque exercice comptable, il revient désormais aux gestionnaires de constituer leurs propres équipes en fonction des moyens alloués, sans avoir à respecter un ratio minimal d'encadrement.

Aussi ont-ils désormais **toute latitude pour faire des économies sur les dépenses de personnel** en jouant notamment sur « l'effet de noria », caractérisé par la baisse de la masse salariale lors du remplacement d'un salarié par un autre (recrutement de personnels avec une moindre ancienneté ou une autre qualification, vacances de postes). Dans la mesure où les excédents de résultat ne sont plus repris par les autorités de tarification depuis l'instauration des CPOM, pouvant ainsi alimenter d'autres postes de dépenses (provisions diverses, amortissements, etc.), les excédents dégagés sur la masse salariale, financée essentiellement par de l'argent public au titre des forfaits soins et dépendance, ne sont pas nécessairement réinvestis de manière à renforcer les effectifs, alors même qu'il serait certainement utile de le faire pour améliorer la prise en charge des résidents.

Proposition n° 12 : Rendre obligatoire, pour les EHPAD commerciaux, le report à nouveau des excédents réalisés sur les budgets soins et dépendance.

B. ... et des prestations proposées aux résidents, qui doivent pouvoir être mieux évaluées

La gestion financière des EHPAD ne peut se faire au détriment des prestations proposées aux résidents. **Les contrôles des directions départementales de la protection des populations, notamment, doivent être renforcés, en lien avec les autorités de tarification** afin de préserver les intérêts des résidents. **La gestion financière des EHPAD doit s'inscrire dans une démarche qui ne soit pas uniquement comptable, mais qui garantisse aussi la qualité des prestations proposées.** À cet égard, il est nécessaire que le nouveau référentiel de qualité pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), défini par la Haute Autorité de santé (HAS), puisse être utilisé dans un cadre juridique sécurisé comme le prévoyait l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, censuré par le Conseil constitutionnel comme « cavalier social ». Selon cet article, les organismes évaluateurs devaient être accrédités par le Comité français d'accréditation (Cofrac), qui est l'instance nationale d'accréditation, ou par tout organisme européen équivalent.

Proposition n° 13 : Mettre en œuvre le nouveau référentiel de qualité de la HAS pour les ESSMS dans un cadre juridique sécurisé.

ANNEXE : 13 PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA GESTION FINANCIÈRE DES EHPAD

1/ Fusionner les forfaits soins et dépendance afin de simplifier la gestion financière des EHPAD.

2/ Mieux encadrer l'imputation des dépenses de personnel sur les différentes sections tarifaires en fonction de leur finalité.

3/ Faire apparaître dans les comptes des EHPAD et de leurs groupes les remises sur les achats et les obliger à réinvestir ces remises dans l'amélioration de la prise en charge des résidents, à due concurrence des achats réalisés par chaque établissement.

4/ Rendre transparente la totalité des comptes de tous les EHPAD (publics, associatifs et commerciaux) et, le cas échéant, des groupes auxquels ils appartiennent, sans que ceux-ci ne puissent faire valoir le secret des affaires.

5/ Étudier l'impact :

– d'une révision des modalités de gestion du parc immobilier des EHPAD, et plus largement dans le secteur médico-social, afin que les coûts, et donc indirectement le tarif hébergement facturé aux résidents, soient mieux maîtrisés ;

– d'une régulation des tarifs d'hébergement en tenant compte par exemple du niveau de vie des retraités ou de la localisation géographique, et le cas échéant en fixant un tarif plafond ;

– d'un versement obligatoire d'une redevance par les EHPAD commerciaux en cas de maintien de la liberté tarifaire.

6/ Supprimer les dispositifs de défiscalisation pour les investissements dans les EHPAD.

7/ Revoir le régime des autorisations d'EHPAD, en particulier en cas de revente de tout ou partie de ces établissements (*a minima* informer les ARS et les départements des changements de propriétaires).

8/ Engager une réflexion approfondie sur :

– l'opportunité de suspendre la délivrance de nouvelles autorisations à des EHPAD commerciaux, au moins tant que toutes les leçons de la crise actuelle n'auront pas été tirées ;

– la pertinence du modèle des EHPAD commerciaux dans la prise en charge des personnes âgées.

9/ Renforcer le contrôle des EHPAD par les départements et les ARS en leur donnant davantage de moyens et en développant les collaborations avec les chambres régionales des comptes.

10/ Rendre obligatoire la transmission d'EPRD et ERRD complets, incluant le forfait hébergement, pour tous les EHPAD.

11/ Mettre en place au niveau des groupes d'EHPAD des EPRD et ERRD consolidés afin de disposer d'une vision globale de leurs comptes.

12/ Rendre obligatoire, pour les EHPAD commerciaux, le report à nouveau des excédents des budgets soins et dépendance.

13/ Mettre en œuvre le nouveau référentiel de qualité de la HAS pour les ESSMS dans un cadre juridique sécurisé.