



# **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE**

## **CONTRÔLE FLASH RELATIF À LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) LES HIRONDELLES DE DORDIVES (Département du Loiret)**

Exercices 2020 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 29 septembre 2023



## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| SYNTHÈSE .....                                                                                                             | 6         |
| RECOMMANDATIONS .....                                                                                                      | 8         |
| INTRODUCTION.....                                                                                                          | 9         |
| <b>1 UN ÉTABLISSEMENT DISPOSANT DE RÉELS ATOUTS EN DÉPIT<br/>D'UNE INSERTION INSUFFISANTE DANS LE RÉSEAU DE SANTÉ.....</b> | <b>10</b> |
| 1.1 Les atouts de l'établissement.....                                                                                     | 10        |
| 1.1.1 Une situation géographique favorable.....                                                                            | 10        |
| 1.1.2 Les taux d'occupation .....                                                                                          | 10        |
| 1.1.3 Le positionnement concurrentiel et l'architecture du bâtiment.....                                                   | 11        |
| 1.1.4 Une entrée plus tardive en établissement .....                                                                       | 12        |
| 1.2 Une insertion insuffisante dans le réseau de santé .....                                                               | 14        |
| 1.2.1 L'absence de médecin coordonnateur .....                                                                             | 14        |
| 1.2.2 L'intervention des médecins libéraux .....                                                                           | 15        |
| 1.2.3 Les autres acteurs de santé .....                                                                                    | 15        |
| <b>2 UN DÉFAUT DE PILOTAGE QUI CONTRIBUE À LA PERSISTANCE<br/>DES DÉSORDRES BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES .....</b>            | <b>16</b> |
| 2.1 Des défaillances dans le pilotage de l'établissement.....                                                              | 17        |
| 2.1.1 Une direction commune non stabilisée .....                                                                           | 17        |
| 2.1.2 L'absence de projet d'établissement actualisé .....                                                                  | 18        |
| 2.1.3 Une convention tripartite devenue caduque .....                                                                      | 18        |
| 2.1.4 Un fonctionnement institutionnel insatisfaisant.....                                                                 | 19        |
| 2.1.5 Une stratégie immobilière dans l'impasse .....                                                                       | 19        |
| 2.2 La persistance de désordres budgétaires et comptables .....                                                            | 22        |
| 2.2.1 L'impact limité du plan de retour à l'équilibre .....                                                                | 22        |
| 2.2.2 Un suivi budgétaire très approximatif.....                                                                           | 22        |
| 2.2.3 Des anomalies dans l'affectation des résultats .....                                                                 | 23        |
| 2.2.4 Les charges non rattachées et non payées .....                                                                       | 23        |
| 2.2.5 La procédure de facturation des frais d'hébergement .....                                                            | 24        |
| 2.2.6 Le niveau élevé des restes à recouvrer .....                                                                         | 25        |
| 2.2.7 Des provisions non constituées .....                                                                                 | 26        |
| 2.2.8 Un suivi défaillant du patrimoine.....                                                                               | 26        |
| <b>3 UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI DEVIENT PRÉOCCUPANTE.....</b>                                                            | <b>27</b> |
| 3.1 Un déséquilibre financier structurel .....                                                                             | 28        |
| 3.1.1 Une progression des dépenses plus rapide que celle des produits .....                                                | 28        |
| 3.1.2 L'évolution de la masse salariale .....                                                                              | 29        |
| 3.1.3 Des résultats comptables déficitaires .....                                                                          | 30        |
| 3.1.4 Un déficit structurel qui s'est accentué en 2022 .....                                                               | 31        |
| 3.1.5 Une situation bilancielle compromise .....                                                                           | 32        |
| 3.1.6 L'absence d'endettement mais un recours à une ligne de trésorerie.....                                               | 32        |
| 3.1.7 Un faible niveau d'autofinancement brut.....                                                                         | 33        |

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2 Un financement très encadré et de plus en plus contraint .....                                                          | 34 |
| 3.2.1 Un secteur gériatrique en tension financière .....                                                                    | 34 |
| 3.2.2 Vue d'ensemble du financement de l'EHPAD de Dordives .....                                                            | 35 |
| 3.2.3 L'impact de la crise sanitaire et de l'inflation.....                                                                 | 35 |
| 3.2.4 Des dépenses contraintes partiellement compensées .....                                                               | 36 |
| 3.2.5 Les retards dans l'actualisation de « coupes » devenues obsolètes.....                                                | 36 |
| 3.2.6 Une hausse modérée de la dotation globale de soins .....                                                              | 37 |
| 3.2.7 Une baisse du financement de la section dépendance en 2022 .....                                                      | 38 |
| 3.2.8 Une évolution modérée des tarifs d'hébergement.....                                                                   | 39 |
| 4 DANS UN CONTEXTE DE TENSIONS SUR LA RESSOURCE<br>INTERNE, L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS PRÉSENTE DES<br>FRAGILITÉS ..... | 40 |
| 4.1 Des tensions sur la ressource interne en personnel .....                                                                | 41 |
| 4.1.1 La gestion du temps de travail.....                                                                                   | 41 |
| 4.1.2 Un recours excessif aux astreintes et aux heures supplémentaires .....                                                | 42 |
| 4.1.3 Une contrainte forte sur l'encadrement paramédical .....                                                              | 42 |
| 4.1.4 Une gestion optimisée des remplacements.....                                                                          | 43 |
| 4.1.5 Un volant important de contractuels .....                                                                             | 43 |
| 4.1.6 Une charge de travail conséquente .....                                                                               | 44 |
| 4.1.7 Un enjeu autour de la professionnalisation .....                                                                      | 44 |
| 4.1.8 Un collectif de travail en difficulté .....                                                                           | 45 |
| 4.2 Les conditions d'admission et de vie des résidents .....                                                                | 45 |
| 4.2.1 Un contrat de séjour du résident à actualiser.....                                                                    | 45 |
| 4.2.2 L'information des résidents sur les personnes qualifiées .....                                                        | 46 |
| 4.2.3 Une participation insuffisante des résidents .....                                                                    | 46 |
| 4.2.4 Une activité d'animation sans budget spécifique .....                                                                 | 47 |
| 4.2.5 Un circuit de traitement des réclamations à fiabiliser .....                                                          | 48 |
| 4.2.6 La sous-déclaration des événements indésirables graves (EIG) .....                                                    | 48 |
| 4.2.7 La prévention sanitaire et la fin de vie .....                                                                        | 49 |
| 4.2.8 Une structure bâtementaire vieillissante .....                                                                        | 49 |
| 4.3 L'évaluation de qualité du service rendu à partir des indicateurs publics.....                                          | 51 |
| 4.3.1 Un taux d'encadrement réel inférieur à celui autorisé .....                                                           | 51 |
| 4.3.2 Un taux de rotation important des personnels .....                                                                    | 52 |
| 4.3.3 Un taux d'absentéisme dans la moyenne nationale.....                                                                  | 53 |
| 4.3.4 Une démarche d'évaluation incomplète .....                                                                            | 54 |
| 4.3.5 Un plateau technique a minima.....                                                                                    | 54 |
| 4.3.6 Des chambres individuelles à rénover.....                                                                             | 55 |
| 4.3.7 Le service de restauration.....                                                                                       | 56 |
| 4.3.8 Une habilitation totale à l'aide sociale .....                                                                        | 56 |
| 4.3.9 L'absence de médecin coordonnateur et d'infirmière de nuit.....                                                       | 57 |
| 4.3.10 Un partenariat à développer avec le réseau de santé .....                                                            | 57 |
| 5 DES INTERROGATIONS POUR L'AVENIR .....                                                                                    | 58 |
| 5.1 Un socle minimal d'exigences à satisfaire .....                                                                         | 59 |
| 5.1.1 La réalisation des travaux structurels en attente.....                                                                | 59 |
| 5.1.2 La mise en place d'une direction stable .....                                                                         | 60 |

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1.3 La médicalisation accrue de l'établissement .....                                                | 60 |
| 5.1.4 La nécessité de restaurer l'équilibre du modèle économique et financier.....                     | 61 |
| 5.2 Quatre scénarios identifiés .....                                                                  | 61 |
| 5.2.1 Le scénario (n° 1) d'adaptation et de maintien de l'autonomie juridique de l'établissement ..... | 61 |
| 5.2.2 Le scénario (n° 2) d'une fusion avec un centre hospitalier .....                                 | 61 |
| 5.2.3 Le scénario (n° 3) d'une reprise de l'activité .....                                             | 62 |
| 5.2.4 Le scénario (n° 4) de fermeture de l'établissement, évoqué en dernier ressort .....              | 64 |
| ANNEXES .....                                                                                          | 66 |
| Annexe n° 1. Procédure.....                                                                            | 67 |
| Annexe n° 2. Le contexte territorial .....                                                             | 68 |
| Annexe n° 3. Les tarifs d'hébergement.....                                                             | 70 |
| Annexe n° 4. Les conditions de cession du bâtiment.....                                                | 72 |
| Annexe n° 5. Plan du bâtiment.....                                                                     | 73 |
| Annexe n° 6. Les différentes options tarifaires .....                                                  | 74 |
| Annexe n° 7. Quels besoins de places en EHPAD.....                                                     | 75 |
| Annexe n° 8. Glossaire.....                                                                            | 76 |
| Annexe n° 9. Réponse .....                                                                             | 78 |

## SYNTHÈSE

### **L'essentiel**

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Dordives est un établissement public autonome, géré en direction commune avec le centre hospitalier de l'agglomération montargoise (CHAM). Sollicitée conjointement par le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) et le président du département du Loiret, la chambre régionale des comptes a conduit un contrôle flash sur la gestion de cet établissement confronté à de fortes tensions financières et à des interrogations sur son devenir.

### ***Un établissement qui présente des atouts malgré une insertion insuffisante dans le réseau de santé***

L'EHPAD de Dordives bénéficie de réels atouts. Il a notamment su tirer parti de sa situation géographique aux confins de deux départements, tout en proposant des tarifs attractifs. Son taux d'occupation est supérieur à la moyenne départementale.

Toutefois, son insertion dans le réseau de soins reste insuffisante et se limite à l'intervention de médecins libéraux et à quelques conventions passées pour la fourniture de médicaments et la réalisation de prestations biologiques ou radiologiques. En particulier, l'établissement n'a pas signé de conventions permettant une collaboration avec des structures de soins ni développé de partenariats, par exemple, avec des cabinets dentaires afin de faciliter l'accès aux soins dentaires de ses résidents.

### ***Un défaut de pilotage contribuant à la persistance de désordres budgétaires et comptables***

Le pilotage de l'établissement est très largement marqué par une forte rotation de l'encadrement. Depuis la mise en place d'une direction commune avec le CHAM (2020), de nombreux directeurs se sont succédé. Outre la désorganisation administrative qui peut en résulter, la rotation de l'encadrement de l'EHPAD est une situation potentiellement anxiogène pour les personnels de l'établissement.

Si les désordres budgétaires et comptables préexistaient à la mise en place de la direction commune, celle-ci n'a pas permis d'y remédier ni de mettre un terme à des pratiques comptables qui ont pour effet d'altérer la sincérité des comptes de l'établissement.

### ***Une situation financière préoccupante***

La situation financière de l'EHPAD devient préoccupante. Malgré quelques efforts pour redresser les comptes, les tensions financières de l'établissement trouvent leur source, pour une

large part, dans les désordres budgétaires et organisationnels mais aussi, pour une autre part, dans un resserrement des financements publics, notamment en 2022.

Les dépenses de personnel de l'EHPAD de Dordives, qui ont progressé de 8 % entre 2020 et 2022, représentent en moyenne 77 % des dépenses totales de fonctionnement. Elles se situent au-dessus de la moyenne nationale (70 %). Ce constat s'explique en partie par le poids moindre des charges de structure - l'EHPAD n'est pas propriétaire des murs - mais aussi par le coût de l'absentéisme et un recours excessif aux heures supplémentaires.

En prenant en compte la ligne de trésorerie et après déduction des crédits non reconductibles (CNR), le déficit structurel s'élèverait, dans une première approche, à environ 0,6 M€ en 2022. Toutefois, ce déficit est plus important en tenant compte, d'une part, des factures en attente qui n'ont pas été payées faute de moyens et, d'autre part, des provisions à constituer pour apurer les créances douteuses. Dans cette seconde approche, le déficit structurel serait de 0,85 M€ en 2022, soit près de 23 % des produits en fonctionnement.

### ***Des fragilités dans la qualité du service rendu***

À l'issue de ses investigations, la chambre dresse le constat de fragilités dans la qualité du service rendu. En effet, l'EHPAD est confronté à un cumul de difficultés qui peut donner lieu à de réels problèmes de qualité de prise en charge. Ainsi, l'absence de médecin coordonnateur, l'association insuffisante des usagers, le taux de rotation du personnel, le niveau de l'absentéisme, la prévalence des chutes des résidents, le manque de personnel qualifié, la suspension des travaux de rénovation, la sous-déclaration des événements indésirables constituent autant de signes de fragilités dans la qualité de la prise en charge des résidents. Aucune évaluation externe de l'activité n'est intervenue depuis plus de dix ans. L'amélioration de la qualité de la prise en charge passe aussi par une amélioration de l'organisation du travail ainsi que par un renforcement de la qualification et de la formation des personnels, afin de limiter le glissement de tâches entre professionnels.

### ***Des interrogations pour l'avenir***

S'il ne revient pas à la chambre de formuler une quelconque préconisation sur le devenir de l'EHPAD, ce qui relève d'un choix stratégique de l'établissement, la chambre est en revanche fondée à éclairer les conditions de ce choix.

Parce que la situation actuelle ne peut perdurer sans compromettre la sécurité des personnes et la qualité des soins, la chambre a défini un socle minimal d'exigences à satisfaire et, sans préjuger du scénario d'évolution qui sera retenu, a formulé sept recommandations de gestion. Les quatre scénarios identifiés pourront être étudiés par l'établissement et les autorités de tutelle et de tarification, au regard notamment de la capacité des gestionnaires envisagés à mettre en œuvre ce socle.

La chambre insiste également sur la nécessité de fixer rapidement l'avenir de cet établissement afin, d'une part, de rassurer les résidents, les familles et les personnels et, d'autre part, de remédier de manière pérenne aux différents risques décrits dans le présent rapport.

## RECOMMANDATIONS

Dans un contexte marqué par des interrogations fortes sur le devenir de l'établissement, la chambre a identifié quatre scénarios d'évolution. Sans préjuger du scénario qui sera retenu par les autorités de contrôle et de tarification, la chambre a identifié un socle minimal d'exigences indispensable à la poursuite d'activité et formule sept recommandations complémentaires à l'issue de son contrôle.

### Le socle minimal d'exigences

- **Réaliser les travaux structurels et, par suite, lever le blocage lié au transfert de propriété du bâtiment.**
- **Mettre en place une direction stable.**
- **Accroître le niveau de médicalisation de l'établissement.**
- **Restaurer l'équilibre du modèle économique et financier.**

**Recommandation n° 1 :** Élaborer un nouveau projet d'établissement conformément à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

**Recommandation n° 2 :** Respecter les règles comptables relatives au provisionnement, aux rattachements des charges et au suivi du patrimoine.

**Recommandation n° 3 :** Respecter le régime juridique relatif aux astreintes et aux heures supplémentaires.

**Recommandation n° 4 :** Assurer la maintenance des bâtiments et des installations conformément aux dispositions des articles D. 312.159-2 et D. 342-3 du code de l'action sociale et des familles qui fixent le socle des prestations minimales relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD.

**Recommandation n° 5 :** Élaborer les projets personnalisés des résidents conformément à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles.

**Recommandation n° 6 :** Assurer la traçabilité des réclamations et déclarer de manière exhaustive les événements indésirables graves afin de renforcer la démarche qualité.

**Recommandation n° 7 :** Mettre en place des actions de prévention des chutes des résidents.

## INTRODUCTION

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 211-4 du code des juridictions financières (CJF), la chambre régionale des comptes contrôle les collectivités territoriales et les établissements publics locaux.

L'article L. 211-3 du même code définit les modalités selon lesquelles les chambres régionales des comptes procèdent au contrôle des comptes et examinent la gestion des organismes relevant de leur compétence. Il précise que cet examen porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'organisme délibérant.

Sollicitée conjointement par le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) et le président du département du Loiret, la chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire a conduit un contrôle flash de l'EHPAD les Hirondelles à Dordives, portant notamment sur l'insertion de l'établissement dans son territoire de santé, sa gouvernance, sa situation financière, la qualité de la prise en charge des résidents et son devenir. Ce contrôle a été ajouté au programme de la chambre 2023.

Ce type de contrôle, qui respecte la procédure des articles L. 211-3 et suivants précités, a vocation à analyser et rendre publiques des données sur un sujet délimité et dans des délais raccourcis. Le contrôle de l'EHPAD les Hirondelles a été mené en grande partie par entretiens avec les différentes parties prenantes et s'est intéressé à la période la plus récente, à compter de janvier 2020.

Rapide pour éclairer les décideurs publics face à une situation qui nécessite des prises de décisions, il n'a ni pour ambition ni pour effet d'être aussi complet que les contrôles de gestion menés habituellement par la chambre ; il fait le point d'une situation à un moment donné.

Les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le CJF sont présentées en annexe n° 1 « Procédure ».

# **1 UN ÉTABLISSEMENT DISPOSANT DE RÉELS ATOUTS EN DÉPIT D'UNE INSERTION INSUFFISANTE DANS LE RÉSEAU DE SANTÉ**

## **1.1 Les atouts de l'établissement**

### **1.1.1 Une situation géographique favorable**

L'EHPAD les Hirondelles est situé sur la commune de Dordives, au Nord-Est du département du Loiret. Située à 20 km de Montargis, la commune avec ses 3 300 habitants est la seconde commune de la communauté de communes des Quatre Vallées (CC4V). Elle est accessible en train à 1h30 en voiture du centre de Paris tout en restant éloignée de la préfecture du Loiret.



L'établissement a su tirer parti de sa situation géographique aux confins de deux départements. Ainsi, en 2022, l'établissement accueille 62 % de résidents originaires du département du Loiret, dont 12 % de Dordivois, 20 % de résidents originaires de Seine-et-Marne. Près de 34 % des résidents sont originaires de la région parisienne.

### **1.1.2 Les taux d'occupation**

L'établissement développe son activité dans le cadre du schéma départemental de cohésion sociale, adopté par le département du Loiret, et du projet régional de santé mis en place par l'ARS. L'autorisation, qui permet au gestionnaire d'exercer une activité d'EHPAD, est délivrée conjointement par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental<sup>1</sup>. Cette autorisation a été renouvelée par un arrêté du 7 septembre 2018 pour une durée de 15 ans à compter du 3 janvier 2017. La capacité totale de la structure est portée à 82 places habilitées à l'aide sociale dont deux places en hébergement temporaire. Par ailleurs, l'établissement a été autorisé (2012) à ouvrir un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) d'une capacité de 14 places.

---

<sup>1</sup> L'autorisation initiale avait été délivrée au SIVOM qui n'existe plus aujourd'hui.

Depuis la crise sanitaire, les EHPAD du département connaissent un fort taux de vacance de places. Sur un échantillon de seize EHPAD implantés dans le montargois, le nombre de places vacantes, en 2022, est en moyenne de 139 places (soit 10 % de la capacité autorisée) pour une moyenne départementale de 13,04 %. Tous établissements confondus (publics et privés), environ 700 places restent vacantes dans les EHPAD du département<sup>2</sup>.

Les taux d'occupation de l'établissement avoisinent les 90 % sur la période contrôlée, ce qui le situe un peu au-dessus de la moyenne départementale (86 %). Au moment du contrôle, le taux d'occupation était de 96 %, proche de son niveau antérieur à la pandémie de la covid 19. Ces données, fournies par l'établissement – et communiquées au département – doivent toutefois être analysées avec prudence, les comptes d'administratifs et les rapports d'activité n'ayant pas été établis.

**Tableau n° 1 : Taux d'occupation de l'établissement**

| <i>Résidents</i>                                    | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| <i>Nombre de places installées</i>                  | 82   | 82   | 82   |
| <i>Nombre de places vacantes en moyenne</i>         | 8    | 10   | 8    |
| <i>Taux d'occupation de l'hébergement permanent</i> | 90 % | 88 % | 90 % |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données du département du Loiret.

### 1.1.3 Le positionnement concurrentiel et l'architecture du bâtiment

L'établissement est attractif au plan tarifaire en comparaison avec les tarifs pratiqués dans les autres EHPAD<sup>3</sup> situés dans un rayon de 25 kms autour de l'EHPAD les Hirondelles.

**Tableau n° 2 : Les tarifs des établissements à proximité (avril 2023)**

| <i>Communes</i>                                 | Département | AS* (O/N)  | Places    | Tarifs            |
|-------------------------------------------------|-------------|------------|-----------|-------------------|
| <i>Montargis (La Boisserie)</i>                 | 45          | Partiel    | 103       | 3 247 €           |
| <i>Nemours (Résidence F. Villon)</i>            | 77          | Non        | 76        | 2 929 €           |
| <i>Château-Landon (Domaine Jallemain)</i>       | 77          | Oui        | 96        | 2 600 €           |
| <i>Cheroy (Abbé Charron)</i>                    | 89          | Oui        | 80        | 2 291 €           |
| <i>Château-Landon (Saint Séverin)</i>           | 77          | Oui        | 85        | 2 272 €           |
| <b><i>Dordives (les Hirondelles)</i></b>        | <b>45</b>   | <b>Oui</b> | <b>82</b> | <b>1 919 €</b>    |
| <i>Montargis (Notre Foyer)</i>                  | 45          | Oui        | 98        | 1 879 €           |
| <i>Amilly (Althaéa)</i>                         | 45          | Oui        | 80        | 1872 €            |
| <i>St-Pierre-les-Nemours (jardins du Loing)</i> | 77          | Non        | 70        | Prix non transmis |

<sup>2</sup> Chiffres communiqués par le département à partir des données remontées à la CPAM.

<sup>3</sup> Source : portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches.

| Communes                    | Département | AS* (O/N) | Places | Tarifs            |
|-----------------------------|-------------|-----------|--------|-------------------|
| Saint-Pierre de Nemours     | 77          | Oui       | 61     | Prix non transmis |
| Amilly (La clairière- CHAM) | 45          | Oui       |        | Prix non transmis |
| Montargis (Au fil de l'eau) | 45          | Oui       | 98     | Prix non transmis |

Source : portail national d'information.

(\*) AS : Aide sociale.

En effet, le tarif hébergement de l'EHPAD de Dordives<sup>4</sup> reste inférieur au tarif médian pratiqué dans les EHPAD publics du Loiret, ainsi qu'aux tarifs des établissements situés dans un rayon de 25 kms<sup>5</sup>.

Enfin, au plan architectural, l'EHPAD présente l'avantage d'être un établissement de plain-pied, entouré d'espaces verts (cf. annexe n° 5). Cette architecture est relativement bien adaptée à la prévalence croissante de troubles neurocognitifs et comportementaux chez les résidents d'EHPAD.



Source : livret d'accueil des résidents.

#### 1.1.4 Une entrée plus tardive en établissement

Avec le renforcement des dispositifs de maintien à domicile, dénommé « virage domiciliaire », l'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive. L'âge moyen des résidents de l'EHPAD de Dordives est de 90 ans pour les femmes et de 86 ans pour les hommes. L'EHPAD compte en moyenne 70 % de femmes et 30 % d'hommes<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Le tarif de 1 919 € se compose du prix de journée (58,81 € x 30 j) et du tarif GIR 5-6 (5,12 € x 30 j).

<sup>5</sup> Le tarif est aussi attractif car l'EHPAD supporte moins de charges de structure en tant que locataire du bâtiment.

<sup>6</sup> Source : dossier de synthèse 2023 fourni par le cadre de santé.

La population accueillie au sein de l'établissement se caractérise notamment par son niveau de dépendance, exprimé par le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement et par la pathologie moyenne des résidents (PMP). La tarification des EHPAD est modulée en fonction de deux indicateurs caractérisant les résidents : l'évaluation de la perte d'autonomie et les besoins en soins des résidents. Plus le niveau reconnu de dépendance et de besoin en soins des résidents est élevé, plus l'établissement nécessitera de moyens, notamment humains, pour les prendre en charge.

#### Le Pathos moyen pondéré (PMP)

Le niveau de soins requis pour la prise en charge des pathologies des résidents est mesuré à l'aide de l'outil Pathos. Une évaluation médicale à partir d'un référentiel permet d'attribuer à chaque résident un indicateur Pathos. Le PMP est une moyenne des indicateurs de chaque résident présent dans l'établissement à un instant donné.

Le GMP et le PMP (Pathos moyen pondéré) recueillis dans le tableau n° 3, correspondent à ceux calculés par l'établissement. Ils sont à prendre avec prudence en l'absence de médecin coordonnateur. Il faut les distinguer de ceux validés par les autorités de tarification et qui n'ont pas été réévalués depuis plusieurs années. Ainsi le PMP fixé en 2017 par la tutelle s'établit à 197 points.

**Tableau n° 3 : Caractéristiques de la population accueillie**

| <i>Résidents</i>        | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------------------------|------|------|------|
| <i>GMP moyen</i>        | 645  | 613  | 616  |
| <i>PMP</i>              | 233  | 156  | 281  |
| <i>Nombre de places</i> | 82   | 82   | 82   |

Source : données de l'établissement.

Les résidents sont classés selon leur niveau de dépendance dans un des six groupes iso-ressources (GIR) selon leur degré de perte d'autonomie. Le GIR 1 regroupe les résidents les plus lourds en termes de dépendance, le GIR 6 les plus légers. Seuls les quatre premiers GIR (1 à 4) ouvrent droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Selon la cotation réalisée par l'établissement<sup>7</sup>, le GMP, qui traduit le niveau de dépendance moyen des résidents de l'EHPAD, s'est légèrement amoindri entre 2020 et 2022 passant de 645 à 616 points, avec une majorité de résidents en GIR 3-4.

Pour autant, l'EHPAD accueille 61,6 % de résidents GIR 1 à 3 et 31,5 % de résidents GIR 1 et 2<sup>8</sup>, pourcentages bien supérieurs aux seuils minimums mentionnés dans le décret du 27 mai 2016 qui précise que : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se caractériseront à l'avenir par l'accueil de plus de 15 % de résidents classés dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 3 ; de plus de 10 % de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ».

<sup>7</sup> Cette mesure doit être prise avec précaution car elle n'a pas été réalisée par un médecin.

<sup>8</sup> Cf. annexe n° 3.

Inversement, les besoins en soins médicaux, tels qu'ils ont été évalués par l'établissement et mesurés par le PMP, connaissent une évolution significative, passant de 233 en 2020 à 281 en 2022.

Enfin, comme de nombreux EHPAD, l'établissement accueille un nombre important de résidents (environ 60 %) souffrant de troubles de démence et atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour cela, il dispose d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), mais pas d'une unité fermée, pour le suivi de ces résidents. De plus, il accueille au moins quatre personnes âgées en situation de handicap<sup>9</sup>.

## **1.2 Une insertion insuffisante dans le réseau de santé**

Un EHPAD, notamment lorsqu'il est en tarif partiel<sup>10</sup> comme l'EHPAD de Dordives, n'est pas organisé pour assurer seul la prise en charge médicale de ses résidents. Pour que celle-ci soit réalisée de manière optimale, il doit s'inscrire dans un réseau de soins qui permette d'organiser un parcours sécurisé pour les personnes dépendantes. Si des professionnels de santé libéraux interviennent dans l'établissement, son insertion dans le réseau de soins reste cependant insuffisante.

### **1.2.1 L'absence de médecin coordonnateur**

L'obligation pour tous les EHPAD de disposer d'un médecin coordonnateur (MEDEC) a été introduite par le décret du 27 mai 2005. Cette fonction, dont la quotité est fixée par l'article D. 312-156 du CASF, est manquante à l'EHPAD de Dordives. Confronté à une pénurie de médecins généralistes, l'ordonnateur déclare ne pas parvenir à en recruter.

En effet, depuis le départ du médecin coordonnateur en 2021, le poste est resté vacant, ce qui complique nécessairement la coordination de l'action des médecins libéraux qui interviennent dans l'établissement. Le MEDEC est, en principe, le principal chef d'orchestre de la coordination des soins internes et externes.

En outre, la présence d'un MEDEC permet de sécuriser le suivi médical des résidents ne disposant pas de médecins traitants. Les avantages attendus tiennent à la fois au suivi de l'iatrogénie<sup>11</sup>, à la réduction des hospitalisations évitables, à l'amélioration de la prévention et de la vaccination, à la satisfaction des usagers et de leurs familles disposant ainsi d'un interlocuteur médical dans l'établissement et à des économies globales sur les dépenses de santé.

---

<sup>9</sup> L'établissement est confronté à la question de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

<sup>10</sup> Cf. annexe n° 6.

<sup>11</sup> L'iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

Comme l'a souligné un rapport récent des juridictions financières, la moitié des EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur ou bien le nombre d'heures effectuées par ce médecin est insuffisant<sup>12</sup>.

### 1.2.2 L'intervention des médecins libéraux

La médicalisation des prises en charge dans l'établissement repose essentiellement sur l'intervention des médecins traitants qui continuent de prendre en charge leurs patients. Mais l'EHPAD est tributaire du tissu de professionnels de santé disponibles et de leur volonté de s'impliquer ou pas dans le fonctionnement de l'équipe de soins. D'une manière générale, sept médecins généralistes<sup>13</sup> interviennent régulièrement dans l'établissement.

Toutefois, les médecins libéraux, dont deux d'entre eux vont bientôt partir à la retraite, suivent principalement leurs patients. Leur nombre peut sembler insuffisant au regard du nombre de résidents même si l'un de ces médecins, qui se rend deux fois par semaine dans l'établissement, accepterait d'examiner tous les résidents dont l'état de santé le justifie. Il n'en demeure pas moins que la question des résidents sans médecin traitant perdure et pourrait être en partie réglée si l'établissement parvenait à salarier un médecin coordonnateur. Le problème risque de s'accroître dans les prochaines années avec le départ prévisible en retraite d'une part conséquente des médecins traitants d'ici dix ans.

### 1.2.3 Les autres acteurs de santé

Pour l'essentiel, le partenariat avec les autres acteurs de santé se limite aux conventions passées pour la fourniture de médicaments et la réalisation de prestations biologiques ou radiologiques. L'absence de MEDEC ne facilite pas le lien avec le réseau de santé.

**Tableau n° 4 : Les relations formalisées par des conventions**

| <i>Acteurs du réseau de santé</i>          | <i>Convention formalisée</i> |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| <i>Pharmacie, laboratoires, radiologie</i> | Oui                          |
| <i>Les hôpitaux</i>                        | Non                          |
| <i>Un centre médicopsychologique (CMP)</i> | Non                          |

Source : CRC Centre-Val de Loire.

L'établissement n'a pas signé de conventions permettant la collaboration avec des structures de soins et des équipes mobiles de soins palliatifs. Force est de constater que la mise en place d'une direction commune avec le centre hospitalier de l'agglomération montargoise

<sup>12</sup> Cour des comptes, « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », Rapport public annuel 2022, p. 84.

<sup>13</sup> Trois médecins ayant leur cabinet dans le département du Loiret et quatre dans le département de Seine-et-Marne.

(CHAM) n'a pas donné lieu à la formalisation de coopérations, par exemple pour le traitement des urgences des résidents. Malgré un nombre significatif d'hospitalisations<sup>14</sup>, la direction de l'établissement estime que cette absence de coopération n'a pas eu d'incidence sur la qualité des soins.

De même, il n'a pas passé de convention avec un centre médicopsychologique (CMP) alors que, compte tenu de la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes âgées, l'organisation de partenariats avec le secteur psychiatrique revêt une importance particulière.

Enfin, le conseil d'administration a évoqué les difficultés d'accès aux soins dentaires pour les résidents. Ainsi, « l'établissement n'arrive pas à trouver de dentistes équipés pour les nombreux résidents en fauteuil roulant qui ont des problèmes dentaires. <sup>15</sup>»

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*L'EHPAD bénéficie d'atouts indéniables en dépit d'une insertion insuffisante dans le réseau de santé. L'établissement a su tirer parti de sa situation géographique tout en proposant des tarifs attractifs. Son taux d'occupation est supérieur à la moyenne départementale.*

*Toutefois, son insertion dans le réseau de soins reste limitée à l'intervention de médecins libéraux et à quelques conventions passées pour la fourniture de médicaments et la réalisation de prestations biologiques ou radiologiques.*

*En particulier, l'établissement n'a pas signé de conventions permettant la collaboration avec des structures de soins ni développé de partenariat avec des cabinets dentaires afin de faciliter l'accès aux soins dentaires de ses résidents.*

---

## **2 UN DÉFAUT DE PILOTAGE QUI CONTRIBUE À LA PERSISTANCE DES DÉSORDRES BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES**

L'EHPAD de Dordives est un établissement public autonome, présidé par le maire de la commune d'implantation, en direction commune avec le CHAM. Le pilotage de l'établissement est très largement marqué par une forte rotation de l'encadrement. Si les désordres budgétaires et comptables existaient antérieurement à la mise en place d'une direction commune, force est de constater que ces désordres persistent et que la direction commune n'a pas permis d'y remédier.

---

<sup>14</sup> Quarante et une hospitalisations ont été pratiquées en 2022.

<sup>15</sup> Source : compte-rendu de la réunion du conseil d'administration du 28 juillet 2021.

## 2.1 Des défaillances dans le pilotage de l'établissement

La politique générale de l'établissement est définie par le conseil d'administration qui délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, le règlement de fonctionnement notamment.

### 2.1.1 Une direction commune non stabilisée

Par arrêté du centre national de gestion (CNG) du 14 avril 2020, Monsieur Jean-Luc Davigo, directeur d'hôpital, directeur des centres hospitaliers de l'agglomération montargoise (CHAM) à Amilly-Montargis et de Beaune-la-Rolande, est également nommé directeur de l'EHPAD « les Hirondelles » de Dordives, dans le cadre d'une convention de direction commune qui a été signée le 30 mars 2020.

Le pilotage de l'établissement est très largement marqué par une forte rotation de l'encadrement. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'EHPAD a connu cinq directeurs, qui se sont succédé sur de courtes périodes, le plus souvent à temps non complet. Cette instabilité constitue une difficulté pour le management des équipes, le dialogue avec les familles et la mise en œuvre du projet d'établissement. Elle ne répond pas à l'engagement pris devant le conseil d'administration, selon lequel la direction commune « aura l'avantage pour l'établissement d'avoir un directeur délégué à temps plein et qui bénéficiera de l'appui technique des directions fonctionnelles du CHAM. <sup>16</sup>»

Au moment du contrôle, le directeur affecté à la direction de l'EHPAD ne consacre qu'un temps limité à la gestion de cet établissement, soit une journée par semaine en moyenne, alors même que l'ordonnateur reconnaît que la taille de l'établissement justifie une direction à temps plein. Interrogé à ce sujet, le directeur du CHAM a évoqué les difficultés dans sa propre équipe de direction qui comporte plusieurs emplois vacants<sup>17</sup>. Il souligne aussi que les publications de poste ont été infructueuses.

De plus, la mise en place d'une direction commune ne s'est pas accompagnée d'un mouvement d'intégration des fonctions supports (gestion de la paie, gestion financière etc.), ni de la mise en place d'un comité de direction. Or, la convention de direction commune précitée prévoit que « l'équipe de direction commune comprend un directeur, un directeur adjoint chargé des relations sociales et des ressources humaines, une directrice adjointe. <sup>18</sup>» Elle indique également que « la direction commune s'attache à mettre en cohérence les projets d'établissement des établissements dans le cadre des orientations nationales, régionales et départementales en santé publique etc. »

Outre le manque de continuité administrative qui peut en résulter, le turn-over dans la gouvernance de l'EHPAD est une situation potentiellement anxiogène pour les personnels de

---

<sup>16</sup> Source : compte-rendu de la réunion du conseil d'administration du 5 mars 2020.

<sup>17</sup> Soit trois postes vacants.

<sup>18</sup> Article 1 de la convention de direction commune.

l'établissement<sup>19</sup>. La rotation des cadres de direction fragilise l'équipe administrative sur place dont le fonctionnement est, par ailleurs, jugé trop « autarcique » par la direction du CHAM.

L'équipe administrative, sur laquelle s'appuie la direction du CHAM, se réduit à deux agents administratifs<sup>20</sup> et un cadre de santé, ce dernier assurant de fait la fonction de direction au quotidien<sup>21</sup>. La marge de manœuvre de l'équipe administrative de l'EHPAD se limite strictement au fonctionnement quotidien de l'établissement et, en particulier, à la gestion des ressources humaines de proximité (gestion des plannings et des absences, encadrement de l'équipe soignante), à l'admission des nouveaux résidents et à la relation avec les familles. Les contrats de travail ainsi que les pièces relatives à la commande publique sont signés par le directeur délégué de l'établissement.

L'établissement n'a donc pas bénéficié des effets attendus d'une mutualisation et d'un partage de ressources et d'expertise. La chambre souligne cependant que son contrôle n'a pas porté sur le CHAM lui-même.

### **2.1.2 L'absence de projet d'établissement actualisé**

Obligatoire depuis 2002, le projet d'établissement définit, selon l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF), des objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement.

L'établissement n'a pas actualisé son projet d'établissement<sup>22</sup> qui est arrivé à son terme en 2018. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce défaut d'actualisation. Une raison conjoncturelle, la crise sanitaire a mobilisé l'établissement sur d'autres priorités. Une raison structurelle, le turn-over des cadres de direction ne facilite pas l'engagement dans ce type de projet. Considérant qu'il s'agit d'un outil utile pour fixer notamment des pistes d'amélioration de la prise en charge des résidents, la chambre recommande à l'EHPAD d'élaborer un nouveau projet d'établissement.

### **2.1.3 Une convention tripartite devenue caduque**

Prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la convention tripartite a vocation à définir les axes stratégiques d'évolution de l'établissement<sup>23</sup>. La dernière convention tripartite (CTP) a été signée en 2012. Établie pour cinq ans, elle fixe des objectifs par fiches actions constituant pour les parties prenantes des engagements contractuels et comporte les moyens humains à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. La

---

<sup>19</sup> Comme cela est ressorti de la réunion avec les personnels organisée en mai 2023.

<sup>20</sup> Un adjoint des cadres chargé de la GRH et un agent administratif chargé de la facturation et des admissions.

<sup>21</sup> Juridiquement, cette équipe administrative ne serait pas placée sous l'autorité du directeur du CHAM, et la convention de direction commune n'est pas aussi précise sur ce point.

<sup>22</sup> Le dernier projet d'établissement couvrait la période allant de 2013 à 2018.

<sup>23</sup> L'établissement a ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> mai 1995.

CTP, échue en 2018, est aujourd'hui caduque et n'a pas été suivie d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Or, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'article L. 313-12 du CASF rend obligatoire la conclusion, avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS, d'un CPOM, en substitution des conventions tripartites. Il ressort de l'arrêté n° 2022 de l'Agence régionale de santé et du département du Loiret, que le CPOM de l'établissement n'est programmé qu'en 2025.

#### 2.1.4 Un fonctionnement institutionnel insatisfaisant

La chambre a vérifié la périodicité des réunions statutaires qui n'appelle pas d'observation particulière, à l'exception notable du conseil de la vie sociale (CVS) - instance associant les usagers - dont le rythme de trois réunions annuelles minimum n'est pas respecté.

**Tableau n° 5 : Fréquence des réunions des instances**

|               | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------|------|------|------|
| CTE/CHSCT/CSE | 3    | 5    | 2    |
| CA            | 3    | 4    | 3    |
| CVS           | 2    | 2    | 1    |

Source : procès-verbaux des instances.

Il ressort des comptes rendus des réunions du conseil d'administration (CA) et du conseil technique d'établissement (CTE), que certains sujets sont évoqués à plusieurs reprises (pannes de chaudières, travaux à réaliser, difficultés avec la cuisine, absence de direction à temps plein etc.) sans que des solutions concrètes soient apportées, ce qui tendrait à montrer les limites du dialogue au sein de ces instances.

Le département constate, pour le déplorer, que souvent un projet doit être présenté et validé par le CTE pour pouvoir être inscrit à l'ordre du jour du conseil d'administration. Le CTE jouerait ainsi un rôle de filtre, ce qui lui donnerait une position prééminente dans la gouvernance, alors que la consultation préalable du CTE n'est pas prévue par la réglementation.

#### 2.1.5 Une stratégie immobilière dans l'impasse

L'EHPAD présente la particularité d'être un établissement dont le bâtiment appartient au conseil départemental<sup>24</sup>. Il verse un loyer annuel de 47 000 € au département.

Un plan de rénovation, pris en charge par le propriétaire, a été engagé à partir de 2015. En février 2018, le département a défini « un accord-cadre de programmation pour les opérations de travaux sur les bâtiments du département ». Il comporte un programme technique

<sup>24</sup> Deux autres EHPAD sont dans ce même cas, à Malesherbes et Outarville.

qui dresse la liste des travaux de rénovation pour l'EHPAD de Dordives : révision de la couverture, ravalement de la façade, aménagements extérieurs (dalles extérieures notamment) et intérieurs (carrelage, faïences, huisseries, VMC, châssis de désenfumage), système de chauffage, rénovation de la cuisine.

Ce plan de rénovation a été suspendu en 2018, faute d'un accord sur les conditions de rachat du bâtiment par le gestionnaire. Le montant des travaux restant à réaliser était estimé, en février 2021 par la maîtrise d'œuvre, à 1 252 733,27 € TTC.

Les cahiers des clauses techniques particulières (CCTP) de six lots de travaux de gros entretien et renouvellement de l'EHPAD ont été élaborés en février 2021. Le montant actualisé des travaux ne sera disponible qu'à l'issue des réponses aux différents appels d'offres.

Le conseil départemental du Loiret souhaite, de longue date, se séparer des murs de l'EHPAD dont il est propriétaire. Dès 2009 le conseil d'administration de l'EHPAD a rendu un avis favorable au projet de transfert de propriété<sup>25</sup>. Les modalités de ce projet ont été précisées dans un avis de la commission des affaires sociales et culturelles du conseil départemental du Loiret du 4 février 2010, qui prévoyait « de rétrocéder les immeubles à l'euro symbolique en vue de confier la gestion effective des bâtis auprès des ESMS. »

Plus récemment, le principe du rachat a été acté par le conseil d'administration de l'EHPAD<sup>26</sup> sous la forme d'une cession sans emprunt bancaire avec un différé de remboursement.

La proposition de rachat pour un montant de 2,125 M€, a été formalisée par le département dans un premier courrier adressé au président du conseil d'administration de l'EHPAD le 20 mai 2019, suivi d'une délibération du conseil départemental dans sa séance du 12 décembre 2019. Celle-ci prévoit « un règlement du prix étalé sur une période de 20 années après écoulement d'une franchise de 5 années, stipulé sans intérêts, par annuités constantes de 106 250 € payables pour commencer le 30 janvier 2026 et ainsi de suite chaque année à date identique jusqu'à complet apurement du prix ».

**Tableau n° 6 : Les conditions du rachat du bâtiment**

| Année     | Montant                                | Remboursement                                                                                                                                                                                      | Restant dû  |
|-----------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2020/2025 | 2 125 000 €                            | Prise d'effet à compter de 2026 (date de fin du plan de retour à l'équilibre). Le loyer annuel actuellement versé de 46,7 milliers d'euros courra prorata temporis jusqu'au transfert de propriété | 2 125 000 € |
| 2026/2046 | 106 250 €, soit 2 125 000 € sur 20 ans |                                                                                                                                                                                                    | 0 € en 2047 |

Source : délibération du conseil départemental du 12 décembre 2019.

<sup>25</sup> Source : lettre du 15 décembre 2009 adressée à la direction de l'EHPAD par le département.

<sup>26</sup> Délibérations des 22 et 31 octobre 2019.

Cette proposition de rachat a été réitérée par deux courriers des 12 janvier 2021 et 6 avril 2021. Le prix de cession brut évoqué dans ces courriers est alors de 2,5 M€ après estimation du service des domaines.

Si ces courriers indiquent que le prix de journée hébergement comprendra un montant de 0,23 € (0,3 % du prix de cession)<sup>27</sup> afin de constituer une provision pour gros entretien, la chambre constate que la charge d'amortissement du bâtiment n'est pas prise en compte.

Selon la direction du CHAM, si le projet de transfert de la propriété des bâtiments à la structure gestionnaire est cohérent et mis en œuvre dans d'autres départements, l'analyse économique mérite d'être poussée plus avant pour deux sujets :

- le recensement de l'ensemble des travaux nécessaires, dans le contexte particulier d'un défaut de maintenance du bâtiment depuis sa construction et leur prise en compte au plan financier ;
- l'impact financier du coût de l'emprunt, lequel ne devrait pas être supérieur au loyer actuel.

Par ailleurs, il semble que le département et l'EHPAD s'étaient entendus en 2019 pour constituer des provisions conformément au tableau n° 7 afin d'anticiper l'impact de l'acquisition du bâtiment<sup>28</sup>.

**Tableau n° 7 : Évolution du prix de journée avec constitution d'une provision**

|                             | 2019      | 2020      | 2021      | 2022      |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Activité</i>             | 29 350    |           |           |           |
| <i>Montant</i>              | 291 900 € | 296 500 € | 287 789 € | 289 433 € |
| <i>Impact sur PJ</i>        | 9,94 €    | 10,10 €   | 9,80 €    | 9,86 €    |
| <i>Prix de journée (PJ)</i> | 47,66 €   | 48,01 €   | 48,69 €   | 48,95 €   |

Source : données communiquées par le département.

Constituées dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2019 sur le compte c/6815 pour un montant de 183 535 €, ces provisions ont ensuite été annulées par une décision modificative de la même année. Aucune provision n'a été constituée depuis.

La nécessité de mettre en œuvre rapidement les travaux de gros entretien et de rénovation de l'établissement doit amener les parties prenantes à trouver un accord autour de la propriété du bâtiment. De plus, le transfert de propriété du bâtiment à l'organisme gestionnaire entraînera automatiquement une augmentation des charges de structure (gros entretien, amortissement, etc.) dont l'incidence devra être prise en compte dans les tarifs d'hébergement.

<sup>27</sup> Cf. annexe n° 4 sur les conditions de cession du bâtiment.

<sup>28</sup> Cette provision a pour but de lisser le prix d'acquisition et est distincte de celle évoquée plus haut qui concerne la gestion patrimoniale du bâtiment une fois que la propriété aura été transférée à l'EHPAD.

## 2.2 La persistance de désordres budgétaires et comptables

Si la plupart de ces désordres budgétaires et comptables préexistaient à la mise en place de la direction commune, cette dernière n'a pas permis d'y remédier, ni de mettre un terme à des pratiques comptables qui ont pour effet d'altérer la sincérité des comptes de l'établissement.

### 2.2.1 L'impact limité du plan de retour à l'équilibre

Face à la forte dégradation de la situation budgétaire et financière de l'établissement, une mission d'audit a été réalisée en 2019 à la demande de l'ARS et du département. Le rapport d'audit trace une trajectoire financière de retour à l'équilibre sur une période de cinq ans. Pour l'essentiel, le plan de retour à l'équilibre (PRE) avait identifié six pistes d'économies, qui devaient permettre un gain financier estimé à 0,3 M€.

Selon l'ARS, « Le plan de retour à l'équilibre (PRE) défini en 2019 n'a pas fait l'objet d'une mise en œuvre par l'établissement. Le contexte de crise sanitaire n'a pas été facilitant. <sup>29</sup> ».

Si la mise en œuvre de ce PRE n'a pas produit tous les résultats attendus, plusieurs mesures d'économies ont été mises en œuvre. Son application a aussi été contrariée par la survenance de la crise sanitaire en 2020.

**Tableau n° 8 : Suivi du plan de retour à l'équilibre**

| <i>Six actions</i>                                             | <i>Observations</i>                                  |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <i>12 départs à la retraite (gains sur GVT)</i>                | Oui départs à la retraite effectués                  |
| <i>Fin du double financement de l'animatrice</i>               | Oui départ à la retraite de la précédente animatrice |
| <i>Fin des contrats aidés</i>                                  | Non mais forte diminution                            |
| <i>Fin des heures supplémentaires</i>                          | Non                                                  |
| <i>Remboursement des formations effectives</i>                 | Oui remboursement par ANFH                           |
| <i>Refonte de l'organisation du temps de travail (cuisine)</i> | Oui car 7h30 en semaine et 11h30 le week-end         |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données communiquées par l'EHPAD.

### 2.2.2 Un suivi budgétaire très approximatif

Les documents budgétaires ne sont ni adoptés ni transmis aux autorités de tutelle dans les délais réglementaires. En mai 2022, les services de la DDFIP de Montargis restaient en attente de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) pour les années 2021 et 2022. De plus, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2022 a été voté en fin d'année malgré la date butoir du 30 juin de l'année d'exécution.

L'établissement n'a pas déposé les cadres réglementaires ERRD 2021 sur la plateforme CNSA. Seul le compte de résultat principal (CRP) a été adressé à l'ARS sous version papier en

<sup>29</sup> Source : lettre de l'ARS du 16 mai 2023.

date du 14 juin 2022. L'activité, les effectifs, le bilan financier ainsi que le rapport d'activité n'ont pas été transmis.

Dans ces conditions, l'ARS n'a pas été en mesure de produire les documents d'analyses habituels ni d'exercer les contrôles qui lui incombent.

L'absence de suivi fiable des résultats comptables pour chacune des sections tarifaires constitue une autre illustration du manque de rigueur dans la gestion budgétaire. En effet, le tableau des résultats, tel que communiqué par l'établissement, n'est pas concordant avec les résultats comptables agrégés figurant aux comptes de gestion de l'EHPAD<sup>30</sup>. Les services du département ont fourni un début d'explication à cette discordance qui proviendrait notamment du rejet, par les autorités de tutelle, de certaines dépenses, qui sont alors imputées sur une autre section tarifaire, ce qui modifie les résultats des sections tarifaires.

### **2.2.3 Des anomalies dans l'affectation des résultats**

Entre 2012 et 2021, la procédure d'affectation des résultats comptables est entachée de plusieurs anomalies que le comptable public a entrepris de régulariser au début de l'année 2022, en lien avec le service gestionnaire de l'établissement. En octobre 2022, le conseil d'administration de l'établissement a adopté une délibération de régularisation à cet effet<sup>31</sup>.

Selon le tableau des régularisations communiqué par le comptable public, les anomalies concernent plusieurs exercices et portent parfois sur des montants significatifs comme en 2016 et 2017. Elles trouvent leur origine, selon les années, soit dans l'absence de délibération sur l'affectation des résultats, soit dans une affectation erronée ou incohérente qui a été rejetée en tout ou partie par le département<sup>32</sup>.

### **2.2.4 Les charges non rattachées et non payées**

Aux termes de l'instruction codificatrice M22, toute dépense relevant des comptes de résultat prévisionnels régulièrement engagée mais non mandatée à la clôture d'un exercice, constitue une charge de cet exercice dès lors que son montant est évaluable et qu'elle correspond à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice. L'analyse des comptes de gestion révèle l'absence de rattachements pour les charges. S'agissant des produits, 55 107 € ont été rattachés en 2020 et 36 974 € en 2021.

Le conseil d'administration du 17 octobre 2022 a évoqué en ces termes les irrégularités de la procédure de rattachement des charges : « les rattachements de charges sur les exercices antérieurs n'ont pas été correctement effectués. (...) Les bilans n'étaient peut-être pas sincères en raison des problèmes de rattachement d'exercice ». Ce constat est confirmé par la comptable publique qui indique qu'aucune opération n'a été rattachée en 2022, et que seuls les produits l'ont été en 2021.

---

<sup>30</sup> En principe, la somme des résultats des trois sections tarifaires devrait correspondre aux résultats qui figurent au compte de gestion.

<sup>31</sup> Le mouvement sur le compte 114 est lié à cette régularisation.

<sup>32</sup> Les résultats non affectés se retrouvent comptablement dans le report à nouveau.

Lors de la réunion du conseil d'administration du 30 mars 2021, l'agent en charge des finances de l'EHPAD expliquait l'augmentation des dépenses du groupe 2 notamment par les reports de charges d'années antérieures (2015, 2016, 2017 etc.) qui auraient été réglées depuis.

De plus, les factures non payées sont nombreuses avec notamment la prédominance des règlements d'EDF à effectuer, ainsi que du loyer de bâtiment. À la demande de la chambre, la direction de l'établissement a communiqué la liste exhaustive des factures impayées dont le montant est d'environ 0,2 M€. Plusieurs factures d'énergie d'EDF d'un montant de 112 000 € n'étaient pas payées au 14 juin 2023. Ces factures concernent les exercices 2022 et 2023 notamment une facture conséquente de 54 269 € du 19 mai 2022.

Enfin, l'ARS a transmis quelques exemples d'engagement d'une procédure de mandatement d'office à l'encontre de l'EHPAD de Dordives suite à certains impayés.

Cette situation révèle un défaut de suivi des factures et de gestion de la trésorerie.

### **2.2.5 La procédure de facturation des frais d'hébergement**

Depuis 2019, tous les contrats de séjour prévoient que les frais d'hébergement sont désormais réglés par prélèvement automatique, à l'exception des résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour tous les résidents, le paiement s'effectue à terme échu, c'est-à-dire au début du mois suivant. Bien que la facturation à échoir soit en général préconisée, l'établissement est en train de passer tous les contrats de séjours sur un modèle de termes échus ; il indique en effet que faire cohabiter plusieurs modes de facturation résident (hébergement permanent, hébergement temporaire, terme échu, terme à échoir), requiert une technicité qui lui fait défaut et génère des erreurs.

L'absence de commission d'admission ne permet pas toujours un examen approfondi de la solidité financière du dossier d'admission même si le volet financier (donc le niveau de ressources du demandeur), doit théoriquement être validé par la direction du CHAM avant toute décision d'admission.

Le contrat de séjour est systématiquement signé le jour de l'admission du résident contrairement à certains établissements qui ont mis en place une procédure de préadmission pour se prémunir notamment contre les risques d'impayés.

En 2020, la régie de recettes a été fermée<sup>33</sup>. Mais le contrat de séjour précise que « le dépôt des sommes d'argent, titres, livrets de caisse d'épargne peut être effectué auprès de Madame X, régisseur auprès de la trésorerie de Ferrières en Gâtinais. » Selon le service gestionnaire de l'établissement, les chèques de caution sont adressés directement au comptable de l'établissement. La restitution des cautions s'opère dans des délais rapides sauf lorsqu'un acte notarié est nécessaire ce qui peut retarder la procédure de restitution (six à huit mois dans ce cas).

---

<sup>33</sup> Pour autant, l'établissement dispose d'un coffre où sont entreposés les objets de valeur même si les familles sont invitées à venir les récupérer rapidement.

## 2.2.6 Le niveau élevé des restes à recouvrer

Aucune convention de partenariat n'a été signée avec les services de la DRFIP Centre-Val de Loire et aucune analyse financière, évaluation ou audit n'a été élaborée par la comptable de l'établissement.

Avec un encours moyen de 0,6 M€ de 2020 à 2022, le volume des créances restant à recouvrer au profit de l'EHPAD a progressé de 33,6 %, ce qui n'est pas sans conséquences sur le besoin en fonds de roulement (BFR) et la trésorerie de l'établissement.

**Tableau n° 9 : L'évolution des restes à recouvrer 2020-2022**

| en €                                                                               | 2020           | 2021           | 2022           | Var. annuelle<br>moyenne<br>2022/2020 | Évolution<br>2022/2020 |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------------------|------------------------|
| <i>Restes à recouvrer amiables (a)</i>                                             | 397 428        | 662 591        | 469 553        | 8,7 %                                 | 18,1 %                 |
| <i>dont les usagers</i>                                                            | 329 508        | 351 154        | 270 771        | -9,3 %                                | -17,8 %                |
| <i>Restes à recouvrer contentieux (b)</i>                                          | 58 097         | 56 499         | 138 877        | 54,6 %                                | 139,0 %                |
| <i>dont les usagers</i>                                                            | 49 819         | 53 189         | 97 035         | 39,6 %                                | 94,8 %                 |
| <b><i>Restes à recouvrer amiable et contentieux<br/>(c= a+b)</i></b>               | <b>455 525</b> | <b>719 090</b> | <b>608 430</b> | <b>15,6 %</b>                         | <b>33,6 %</b>          |
| <i>Produits (d)</i>                                                                | 3 603 005      | 3 868 186      | 3 738 100      | 1,9 %                                 | 3,7 %                  |
| <b><i>Taux de restes à recouvrer e (c/d)</i></b>                                   | <b>13 %</b>    | <b>19 %</b>    | <b>16 %</b>    | <b>13,5 %</b>                         | <b>28,7 %</b>          |
| <i>Taux de restes à recouvrer contentieux e bis<br/>(b/d)</i>                      | 1,6 %          | 1 %            | 3,7 %          | 51,8 %                                | 130,4 %                |
| <i>Dépréciation des comptes de redevables (f)</i>                                  | -              | -              | -              | -                                     | -                      |
| <b><i>Taux de provisionnement des restes à<br/>recouvrer contentieux (f/b)</i></b> | <b>0 %</b>     | <b>0 %</b>     | <b>0 %</b>     | <b>-</b>                              | <b>-</b>               |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement.

La majorité des titres en souffrance concerne des rejets par des départements en raison d'erreurs de facturation sur le montant ou le nombre de jours facturés<sup>34</sup>. L'ordonnateur fait d'ailleurs part de difficultés de recouvrement auprès de certains départements de la région parisienne.

Les comptes-rendus du conseil d'administration montrent que le sujet de la qualité de la facturation et, par suite, des impayés, est régulièrement évoqué. Face à cette difficulté, un agent du CHAM accompagne, à raison d'une demi-journée par mois, l'agent de l'EHPAD en charge de la facturation.

La comptable publique partage ce constat et indique qu'au regard des états de restes, de nombreuses côtes sont prescrites et devraient être admises en non-valeur. Ces éléments révèlent les défaillances dans le circuit de facturation et de recouvrement qui pèsent sur les recettes de l'établissement.

<sup>34</sup> Source : échange du rapporteur avec la comptable publique le 13 juin 2023.

### 2.2.7 Des provisions non constituées

Les EHPAD appliquant la nomenclature comptable M22 sont tenus de constituer plusieurs types de provisions. Or, l'EHPAD de Dordives n'a constitué aucune des provisions prévues par les textes, de sorte que le principe comptable de prudence demeure non appliqué. Les provisions pour compte épargne temps (CET), pour dépréciation des comptes de tiers et pour gros entretien n'ont pas été constituées. Au regard de ce qui précède, la chambre estime que cette pratique comptable affecte la sincérité des résultats des exercices 2020 à 2022 et ne saurait être justifiée par les résultats déficitaires de l'établissement comme le soutient à tort l'ordonnateur.

### 2.2.8 Un suivi défaillant du patrimoine

L'obligation de rapprochement inventaire-actif-comptabilité assure au bilan et dans la comptabilité générale l'image fidèle attendue. Cependant le comptable public confirme que ce rapprochement n'a pas été fait.

L'instruction M22 prévoit l'obligation de tenir un inventaire des biens meubles et immeubles. Ce document établi annuellement rassemble toutes les informations actualisées issues de la gestion des fiches d'immobilisations. En toute logique, l'inventaire et l'état de l'actif doivent correspondre. L'inventaire doit être tenu par l'ordonnateur et être rapproché régulièrement de la comptabilité générale et de l'état de l'actif tenus par le comptable.

Or, l'établissement a indiqué que l'inventaire est actuellement tenu par le comptable et que le rapprochement avec l'état de l'actif n'était pas réalisé.

Si l'état de l'actif 2020 ne présente pas de discordance avec les soldes correspondant aux valeurs brutes des immobilisations du compte financier 2020, des écarts apparaissent au niveau de la valeur nette de l'actif et des amortissements. La différence de montant des amortissements entre l'état de l'actif et le compte de gestion s'élève à – 140 390,88 €.

**Tableau n° 10 : La concordance entre l'état de l'actif 2020 et le compte de gestion 2020**

| en €                                                 | Actif 2020<br>(valeur brute) | Amortissements     | Valeur comptable<br>nette |
|------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------------|
| <i>État de l'actif</i>                               | 1 728 902,31                 | 1 247 801,45       | 481 100,86                |
| <i>Compte de gestion (actif immobilisé du bilan)</i> | 1 728 902,31                 | 1 388 192,33       | 340 709,98                |
| <b>Différence</b>                                    | <b>0,00</b>                  | <b>-140 390,88</b> | <b>140 390,88</b>         |

Source : État de l'actif 2020 et compte de gestion 2020.

Interrogé sur ce point, la comptable a répondu que : « L'état de l'actif joint au compte de gestion est celui édité dans hélios et ne correspond certainement pas à l'inventaire de l'ordonnateur. Aussi, les amortissements ne peuvent être conformes et rapprochés des fiches biens. »

La chambre souligne que l'établissement doit veiller à enregistrer l'intégralité des opérations comptables dès leur fait générateur dans une optique de fiabilité des états financiers

(principe de l'image fidèle). Il doit notamment veiller aux provisionnements, au rattachement des charges et au suivi de son patrimoine.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Le pilotage de l'établissement est marqué par une forte rotation de l'encadrement. Depuis la mise en place d'une direction commune avec le CHAM en avril 2020, plusieurs directeurs se sont succédé, souvent sur de courtes périodes. Outre le manque de continuité administrative qui peut en résulter, cette situation est potentiellement anxiogène pour les personnels.*

*Au moment du contrôle de la chambre, l'établissement n'avait pas encore conclu de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), pourtant obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ni actualisé son projet d'établissement. La conclusion d'un CPOM n'est envisagée par les tutelles qu'en 2025.*

*Par ailleurs les travaux de gros entretien et de rénovation nécessaires à la sécurité des personnels et résidents et à la qualité de l'accueil sont reportés depuis plusieurs années faute d'accord entre le département du Loiret et l'établissement sur les modalités de transfert de la propriété du bâtiment.*

*Si les désordres budgétaires et comptables préexistaient à la mise en place de la direction commune, celle-ci n'a pas permis d'y remédier ni de mettre un terme à des pratiques comptables qui ont pour effet d'altérer la sincérité des comptes de l'établissement. Or, la fiabilité des comptes de l'établissement constitue un enjeu majeur dans un contexte de forte dégradation de sa situation financière. La constitution de provisions, le rattachement des charges, la qualité de la facturation et du recouvrement sont autant de points d'attention.*

*Par ailleurs, le plan de retour à l'équilibre mis en place en 2019 n'a été que partiellement mis en œuvre et n'a pu produire tous les effets qui en étaient attendus.*

---

## **3 UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI DEVIENT PRÉOCCUPANTE**

Les tensions financières de l'établissement, malgré quelques efforts pour redresser les comptes, trouvent leur source, pour une large part, dans les désordres budgétaires et organisationnels mais aussi, pour une autre part, dans un resserrement des financements publics, notamment en 2022.

### 3.1 Un déséquilibre financier structurel

#### 3.1.1 Une progression des dépenses plus rapide que celle des produits

Les produits progressent moins rapidement que les charges, soit 1,9 % contre 6,2 % pour les charges, en variation moyenne annuelle, au cours de la période de 2020 à 2022. L'effet de ciseaux, du fait des évolutions contraires des recettes et des dépenses, est particulièrement sensible en 2022.

**Tableau n° 11 : Évolution du résultat d'exercice**

| <i>en €</i>                          | 2020          | 2021            | 2022             | <i>Var. annuelle<br/>moyenne 2022/2020</i> |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|--------------------------------------------|
| <i>Total des produits</i>            | 3 603 005     | 3 868 186       | 3 738 100        | 1,9 %                                      |
| <i>Total des charges</i>             | 3 582 357     | 3 885 177       | 4 036 730        | 6,2 %                                      |
| <b><i>Résultat de l'exercice</i></b> | <b>20 648</b> | <b>- 16 991</b> | <b>- 298 630</b> |                                            |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD fourni par l'établissement.

Les produits de la tarification constituent la principale ressource de l'établissement (95 % en moyenne). Ils ont augmenté dans une moindre proportion que l'ensemble des produits de fonctionnement et environ quatre fois moins que le total des charges de fonctionnement.

**Tableau n° 12 : Évolution par groupe de recettes**

| <i>en €</i>                                                                                | 2020             | 2021             | 2022             | <i>Var. annuelle<br/>moyenne<br/>2022/2020</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------------------------|
| <i>Groupe 1 - Produits de la tarification</i>                                              | 3 359 098        | 3 708 467        | 3 464 793        | 1,6 %                                          |
| <i>- en % des produits totales</i>                                                         | 93,2 %           | 95,9 %           | 89,6 %           |                                                |
| <i>Groupe 2 - Autres produits relatifs à l'exploitation</i>                                | 207 113          | 151 721          | 273 307          | 14,9 %                                         |
| <i>- en % des produits totales</i>                                                         | 5,7 %            | 3,9 %            | 7,1 %            |                                                |
| <i>Groupe 3 - Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables</i> | 36 794           | 7 998            | -                |                                                |
| <i>- en % des produits totales</i>                                                         | 1,0 %            | 0,2 %            | 0,0 %            |                                                |
| <b><i>Total des produits de fonctionnement</i></b>                                         | <b>3 603 005</b> | <b>3 868 186</b> | <b>3 738 100</b> | <b>1,9 %</b>                                   |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD 2022 fourni par l'établissement.

Les charges de fonctionnement ont évolué de 12,7 % (6,2 % en moyenne annuelle), au cours de la période 2020 à 2022.

**Tableau n° 13 : Évolution des charges de fonctionnement**

| en €                                           | 2020             | 2021             | 2022             | Var. annuelle<br>moyenne<br>2022/2020 |
|------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------------------|
| Groupe 1 - Charges afférentes à l'exploitation | 415 810          | 446 364          | 624 394          | 22,5 %                                |
| - en % des dépenses totales                    | 11,6 %           | 11,5 %           | 16,1 %           |                                       |
| Groupe 2 - Charges de personnel                | 2 877 532        | 3 064 382        | 3 088 301        | 3,6 %                                 |
| - en % des dépenses totales                    | 80,3 %           | 78,9 %           | 79,5 %           |                                       |
| Groupe 3 - Charges afférentes à la structure   | 289 015          | 374 431          | 324 036          | 5,9 %                                 |
| - en % des dépenses totales                    | 8,1 %            | 9,6 %            | 8,3 %            |                                       |
| <b>Total des charges de fonctionnement</b>     | <b>3 582 357</b> | <b>3 885 177</b> | <b>4 036 730</b> | <b>6,2 %</b>                          |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD 2022 fourni par l'établissement.

Sur la même période, les charges d'exploitation (groupe 1) du total ont progressé de 50 %. S'agissant des charges d'entretien et réparations (c/615), le montant annuel s'élève en moyenne à 58 583 € passant de 62 270 € en 2020 à 55 411 € en 2022 (soit – 11 %). Une faible charge financière liée aux intérêts de la ligne de trésorerie est constatée en 2021 (environ 2 000 €). Tous les autres emprunts ont été remboursés.

### 3.1.2 L'évolution de la masse salariale

En structure, les dépenses de personnel de l'EHPAD de Dordives représentent en moyenne 77 % des dépenses totales de fonctionnement.<sup>35</sup>

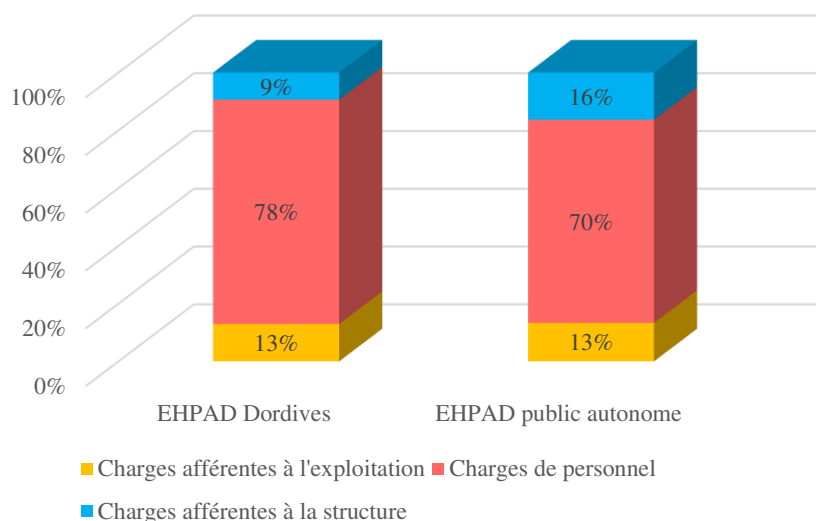
**Tableau n° 14 : Les charges de personnel**

| en €                                               | 2020          | 2021          | 2022          | Var. annuelle<br>moyenne<br>2022/2020 |
|----------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------------------|
| Groupe 2 - Charges de personnel (Net)              | 2 683 020     | 2 931 787     | 2 889 347     | 3,8 %                                 |
| dont atténuation des charges de personnel (crédit) | 194 512       | 132 594       | 198 953       | 1,1 %                                 |
| <b>en % des dépenses totales</b>                   | <b>79,2 %</b> | <b>78,1 %</b> | <b>74,3 %</b> | <b>-3,2 %</b>                         |
| Total des charges de fonctionnement (Net)          | 3 387 845     | 3 752 582     | 3 889 869     | 7,2 %                                 |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD 2022 fourni par l'établissement.

Ces dépenses se situent au-dessus de la moyenne nationale (70 %). Ce constat s'explique en partie par le poids moindre des charges de structure - l'établissement n'est pas propriétaire de ses locaux - mais aussi par le coût de l'absentéisme et le recours aux heures supplémentaires.

<sup>35</sup> S'agissant des charges de personnel, il convient de retraiter des charges brutes le remboursement sur rémunération (atténuation des charges correspond aux dépenses réalisées par l'établissement qui doivent être réduites, ex : remboursement des indemnités journalières de la sécurité sociale, remboursement des emplois aidés) enregistré en crédit (comptes 64x) afin d'obtenir le net des charges de personnel et les comparer avec le total des charges de fonctionnement.

**Graphique n° 1 : La répartition des charges de fonctionnement**

Source : Le rapport de la CNSA, mai 2020 - les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD 2022 fourni par l'établissement.

En tendance, la masse salariale progresse de 8 % sur la période examinée, quand les effectifs ont globalement diminué, passant de 66,92 ETP<sup>36</sup> en 2020 à 54,10 ETP payés en 2022 (La chambre ne dispose cependant pas des données en ETPT). L'examen de quelques situations individuelles montre qu'une douzaine d'agents parmi les mieux rémunérés, ont connu des augmentations de rémunération supérieures à 10 % en trois ans.

### 3.1.3 Des résultats comptables déficitaires

Sur la période examinée, les résultats comptables sont déficitaires pour les exercices de 2021 et 2022. Ces chiffres masquent en réalité des disparités selon les sections tarifaires.

**Tableau n° 15 : Évolution des résultats comptables (hors régularisation en cours)**

| en €               | 2020                    |                              |                                              | 2021                    |                              |                                              | 2022                    |                              |                                              |
|--------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|
| SECTION            | Résultat d'exploitation | RAN (+, c/110) ou (-, c/119) | Résultat à affecter au titre de l'exercice N | Résultat d'exploitation | RAN (+, c/110) ou (-, c/119) | Résultat à affecter au titre de l'exercice N | Résultat d'exploitation | RAN (+, c/110) ou (-, c/119) | Résultat à affecter au titre de l'exercice N |
| Hébergement        | - 142 741               | - 74 400                     | - 217 141                                    | - 9 540                 | - 217 141                    | - 226 681                                    |                         | - 226 681                    |                                              |
| Dépendance, soins  | 163 389                 | 40 658                       | 204 047                                      | - 7 451                 | 204 047                      | 196 596                                      |                         | 196 596                      |                                              |
| <b>Sous -Total</b> | <b>20 648</b>           | <b>- 33 742</b>              | <b>- 13 094</b>                              | <b>- 16 991</b>         | <b>- 13 094</b>              | <b>- 30 085</b>                              | <b>- 298 630</b>        | <b>- 30 085</b>              | <b>- 328 715</b>                             |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD 2022 fourni par l'établissement.

<sup>36</sup> Source : données ARS, tableau des effectifs et des rémunérations (exercice 2020).

Les sections relatives aux soins et à la dépendance sont globalement excédentaires contrairement à la section hébergement qui est structurellement déficitaire. Ce constat tendrait à démontrer, s'il en était besoin, que le tarif hébergement, comparativement au tarif du soin, est sensiblement plus contraint.

Il convient également de souligner que les sections « soins » et « dépendance » auxquelles ressortissent les soignants sont, en effet, à l'équilibre pour des raisons qui tiennent notamment aux vacances de postes et au manque d'attractivité des métiers du soin exercés en EHPAD<sup>37</sup>.

### 3.1.4 Un déficit structurel qui s'est accentué en 2022

En prenant en compte la ligne de trésorerie, et après déduction des crédits non reconductibles (CNR) et du fonds d'intervention régionale (FIR), le déficit structurel s'élèverait, dans une première approche, à environ 0,6 M€ en 2022 (soit 16 % des produits en fonctionnement). Toutefois, ce déficit est plus important en ajoutant, d'une part, le montant des factures en attente, non payées faute de moyens, que l'on peut estimer à 200 000 € en moyenne chaque année et, d'autre part, des provisions à constituer à hauteur de 50 000 € pour apurer les créances douteuses. Dans cette seconde approche, le déficit structurel serait au sens large de - 0,85 M€ en 2022, soit près de 23 % des recettes de la structure.

Mais il est difficile d'approcher la situation réelle de l'établissement sans une estimation précise des factures en attente de paiement. La comptable de l'EHPAD pointe que « Le mandatement des dépenses est depuis, au moins 2016, très aléatoire et le plan de trésorerie que l'établissement devait fournir aux tutelles ne reflétait pas les factures en attente de mandatement. Cette situation n'a jamais permis d'avoir une vision claire de la situation réelle de l'établissement. ».

**Tableau n° 16 : Évolution du déficit structurel de 2020 à 2022**

| en €                                      | 2020             | 2021             | 2022             |
|-------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Résultats clôture</i>                  | - 13 094         | - 30 085         | - 328 715        |
| <i>CNR + FIR</i>                          | 322 258          | 258 460          | 171 236          |
| <i>Ligne de trésorerie</i>                |                  | 100 000          | 98 000           |
| <i>Factures en attente non payées</i>     | 200 000          | 200 000          | 200 000          |
| <i>Provisions pour créances douteuses</i> | 50 000           | 50 000           | 50 000           |
| <b>Déficit</b>                            | <b>- 585 352</b> | <b>- 638 545</b> | <b>- 847 951</b> |

Source : Données de l'ARS ; état du compte 519.3 et comptes financiers de l'établissement ; estimation de la comptable publique du 20 juin 2023.

<sup>37</sup> Le poste de MEDEC est vacant depuis deux ans et pénurie de personnel soignant.

### 3.1.5 Une situation bilancielle compromise

L'établissement est confronté à une situation bilancielle durablement déséquilibrée. Le fonds de roulement est insuffisant par rapport au besoin en fonds de roulement, ce qui entraîne de très fortes tensions sur la trésorerie avec des difficultés récurrentes pour verser les salaires.

En raison du manque de fiabilité des comptes (l'absence des rattachements et de provisions, factures en attente de mandatement), l'analyse bilancielle ne peut être que partielle mais permet, cependant, de dégager une tendance. L'audit de l'établissement réalisé en 2019 signalait déjà que la trésorerie n'assurait que trois jours de fonctionnement. Les données extraites des comptes de gestion 2020 à 2022 à l'aide de l'outil des juridictions financières confirment cette analyse.

**Tableau n° 17 : Les données bilancielles (au 31 décembre)**

| <i>en €</i>                                    | 2020           | 2021          | 2022          |
|------------------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| <i>Fonds de roulement net global</i>           | 547 380        | 561 042       | 252 238       |
| <i>- Besoin en fonds de roulement global</i>   | 337 909        | 520 698       | 210 096       |
| <b>= Trésorerie nette</b>                      | <b>209 471</b> | <b>40 344</b> | <b>42 142</b> |
| <i>En nombre de jours de charges courantes</i> | 23             | 4             | 4             |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement.

Face aux tensions sur la trésorerie, l'établissement a sans doute été contraint de retarder le mandatement de certaines charges, entraînant ainsi des reports, ce qui se confirme pour les années sous revue.

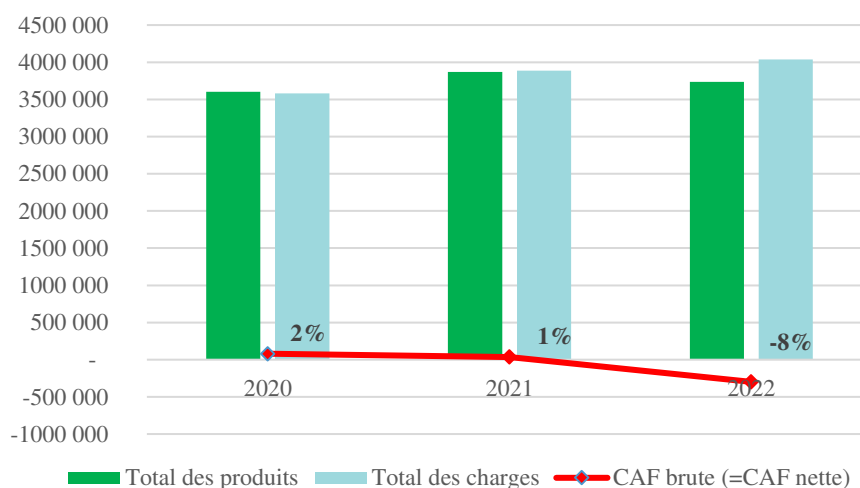
### 3.1.6 L'absence d'endettement mais un recours à une ligne de trésorerie

Au 31 décembre 2022, aucun encours de dette n'est constaté dans les comptes de l'établissement. L'EHPAD ne porte que des dettes non financières (cautions des résidents, dettes fournisseurs...). L'absence d'endettement doit être relativisée en raison du recours accru à des lignes de trésorerie. La comptable de l'EHPAD précise pour l'exercice 2022 : « La ligne de trésorerie a été remboursée le 27 juillet 2022 pour être à nouveau sollicitée. Elle n'a pas été remboursée à la fin de l'exercice. » Or, l'ouverture d'une ligne de crédit a pour objet principal de faire face à un besoin ponctuel de disponibilités et non pas de couvrir un besoin de financement structurel.

### 3.1.7 Un faible niveau d'autofinancement brut

Sur la période 2020 à 2022, la capacité d'autofinancement (CAF) brute<sup>38</sup> est quasi inexistante, voire négative en 2022.

**Graphique n° 2 : L'évolution de la CAF brute (en euros)**



Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement et l'ERRD 2022 fourni par l'établissement.

La CAF brute donne une information utile sur la capacité de l'établissement à financer par lui-même ses opérations d'investissement<sup>39</sup>. Plusieurs études ont montré qu'il existait un niveau d'investissement courant relativement incompressible de l'ordre de 3 % des produits d'exploitation<sup>40</sup>.

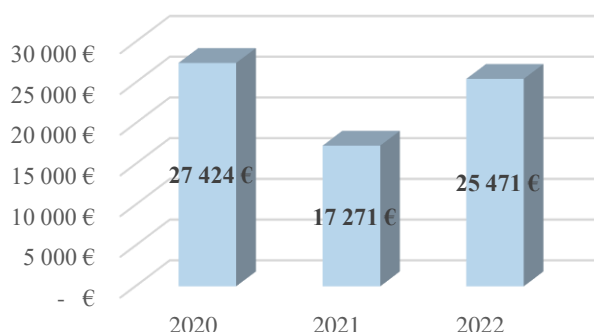
La situation de l'EHPAD de Dordives se caractérise par une absence du financement d'investissement courant avec un taux de vétusté des immobilisations courantes de 69,57 %. Dans le cas particulier de l'EHPAD de Dordives, le niveau d'investissement est faible, car les travaux les plus importants sont à la charge du département du Loiret qui est propriétaire du bâti<sup>41</sup>.

<sup>38</sup> La CAF brute est le résultat de fonctionnement augmentée des produits réels financiers et exceptionnels et diminuée des charges réelles financières et exceptionnelles de fonctionnement.

<sup>39</sup> Plus la CAF est importante, moins l'établissement dépend des financements extérieurs (emprunts, subventions) pour financer son programme d'investissement. Il assure donc son indépendance financière.

<sup>40</sup> Source : instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016.

<sup>41</sup> Ils n'apparaissent pas dans les comptes. Les travaux à la charge du « locataire » sont aussi financés sur le compte 615.

**Graphique n° 3 : L'évolution des dépenses d'équipement**

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers de l'établissement.

### 3.2 Un financement très encadré et de plus en plus contraint

Les tarifs dépendance et hébergement sont fixés par le président du conseil départemental pour une durée d'un an. Très encadrée, l'évolution des tarifs laisse peu de marges de manœuvre budgétaires à l'établissement.

#### 3.2.1 Un secteur gériatrique en tension financière

La situation financière et budgétaire des EHPAD publics est aujourd'hui très dégradée comme cela apparaît de manière significative dans l'enquête de la fédération hospitalière de France (FHF)<sup>42</sup> sur leur situation budgétaire en fin d'exercice 2022. Cette enquête fait notamment état de la généralisation des situations déficitaires dans près de 85 % des EHPAD contre 45 % en 2019 et d'une nette aggravation du niveau de déficit prévisionnel qui dépasse les 3 000 € par place. À cela s'ajoute des difficultés de court terme de trésorerie pour 40 % des EHPAD en 2022. L'enquête met également en avant une accélération de la désindexation entre les dépenses et les recettes d'hébergement.

Dans le même sens, en janvier 2023, une enquête de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap) concluait que 92 % des structures étaient en « mauvaise santé financière » et 77,5 % en déficit. De l'ordre de 256 000 €, le déficit moyen a été multiplié par huit en quatre ans.

Dans la droite ligne de la fédération hospitalière de France (FHF) et de la Fehap, la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) a présenté en juin 2023 les résultats d'une nouvelle enquête menée auprès de ses adhérents. D'après les retours réalisés par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) répondants, 66 % des EHPAD étaient déficitaires fin 2022. Le montant moyen

<sup>42</sup> Source : enquête de la FHF « situation budgétaire des EHPAD publics en fin d'exercice 2022 ».

de ce déficit est de 154 000 €. Selon cette enquête, la pénurie de personnel est observable dans plus de quatre structures sur cinq.

Selon l'ordonnateur, ce contexte n'est pas propice à une gestion financière satisfaisante de l'établissement.

### 3.2.2 Vue d'ensemble du financement de l'EHPAD de Dordives

Le financement des EHPAD est assuré par l'assurance maladie pour les soins, par le département pour la dépendance et par les résidents pour l'hébergement. Depuis la réforme entrée en application en 2017, le budget alloué aux EHPAD pour les soins et pour la dépendance est déterminé par deux équations tarifaires reposant sur une évaluation de l'état de santé et de dépendance des résidents. Cette évaluation est effectuée par un médecin du département. En principe, le nombre de points obtenus est le reflet de la population accueillie par l'établissement et du besoin de financement qui permet d'accueillir les résidents dans des conditions satisfaisantes. Enfin, les dépenses d'hébergement sont financées, à partir d'un prix de journée arrêté par le département, payé par les résidents ou par le département lorsque les résidents sont éligibles à l'aide sociale.

Concernant l'EHPAD de Dordives, le financement de la structure est assuré, à titre principal, par les usagers (50,73 %) et l'assurance maladie (42,88 %), tandis que le financement du département demeure plus modeste (6,38 %)<sup>43</sup>.

**Tableau n° 18 : Ressources par financeur**

| <i>en €</i>                                             | 2020             | 2021             | 2022             | <i>Moyenne</i>   |
|---------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b><i>Dotations et produits de tarification</i></b>     | <b>3 359 098</b> | <b>3 708 467</b> | <b>3 441 934</b> | <b>3 503 167</b> |
| <i>dont produits à la charge de l'usager</i>            | <i>1 838 686</i> | <i>1 850 445</i> | <i>1 643 072</i> | <i>1 777 401</i> |
| <i>dont produits à la charge de l'assurance maladie</i> | <i>1 319 579</i> | <i>1 629 739</i> | <i>1 557 290</i> | <i>1 502 202</i> |
| <i>dont produits à la charge du département</i>         | <i>200 834</i>   | <i>228 284</i>   | <i>241 572</i>   | <i>223 563</i>   |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données communiquées par l'établissement.

### 3.2.3 L'impact de la crise sanitaire et de l'inflation

La crise de la Covid a eu un impact significatif sur le taux d'occupation et la dynamique d'activité au sein de l'EHPAD. Cette baisse conjoncturelle d'activité a entraîné une baisse de ressources qui fragilise l'équilibre budgétaire de l'établissement. Cette situation n'est pas propre à l'EHPAD les Hirondelles. En effet, par rapport au taux d'occupation constaté en 2019, la FHF<sup>44</sup> estime que la baisse d'activité est de 2,75 %.

<sup>43</sup> Il convient néanmoins d'ajouter les dépenses de travaux financés en direct par le département.

<sup>44</sup> Source : enquête précitée de la FHF (2022).

Par ailleurs, le contexte inflationniste actuel a des impacts différents selon les sections tarifaires. Concernant les postes de dépenses hôteliers (alimentation, fluide, électricité) l'inflation inédite de l'année 2022 pèse davantage sur les charges de la section hébergement.

Le département a tenu à souligner « un fort dépassement du coût des fluides du fait de l'absence d'une nouvelle contractualisation en 2021 sur un marché négocié ». L'établissement a effectivement renégocié directement sans passer par une offre de groupement comme auparavant. Toutefois, cette renégociation s'est opérée à des conditions désavantageuses qui se traduisent par une facture litigieuse de 54 269 € non encore réglée<sup>45</sup>. Récemment, l'établissement a mis un terme à ce contrat et renouvelé son adhésion à deux groupements de commandes.

### **3.2.4 Des dépenses contraintes partiellement compensées**

Outre l'inflation, la progression des dépenses en 2022 résulte aussi de plusieurs augmentations salariales comme la revalorisation du point d'indice de 3,5 % dans la fonction publique appliquée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2022, la mise en place du second volet des accords Ségur, etc. Ces augmentations ont été en partie compensées par l'ARS à hauteur de 26 901,13 € au titre de la revalorisation du point d'indice et de 52 569,71 € au titre de mesures nouvelles portant notamment sur la prime Grand âge.

En revanche, le taux directeur d'évolution de la dotation et la valeur moyenne du point GIR fixée par le département ne permettent pas en 2022 de compenser les évolutions budgétaires liées à la revalorisation du point d'indice et à l'inflation. Toutefois, pour l'année 2023, le département a adopté une série de mesures compensatrices. Ainsi, les évolutions des charges courantes et de structure sont revalorisées à hauteur de l'inflation courante, soit + 6 % par rapport aux données autorisées en 2022. De plus, il est appliqué un taux plafond de 2,73 % sur les charges salariales de 2022 permettant de répondre notamment aux effets annuels du glissement vieillissement technicité (GVT) et une revalorisation indiciaire (3,50 %). À cela s'ajoutent, une compensation des accords Ségur affectant les EHPAD dans les dotations soins<sup>46</sup> et une revalorisation volontariste du point dépendance départemental affectant la convergence en EHPAD à 6,84 €.

### **3.2.5 Les retards dans l'actualisation de « coupes » devenues obsolètes**

Depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015, le financement des EHPAD doit être calibré en fonction de la réalité de la population accueillie, au moyen d'un système d'évaluation – dénommé « coupes » - utilisé par les professionnels de santé pour définir les pathologies et le niveau de dépendance des résidents. Le niveau de

---

<sup>45</sup> Voir facture EDF du 19 mai 2022.

<sup>46</sup> Pour l'ensemble des EHPAD du département, ces mesures représentent un effort financier supplémentaire de 4,27 M€ en 2023.

financement doit donc refléter l'état de santé et de dépendance des résidents et donc le niveau de services que l'EHPAD doit leur apporter.

La périodicité de révision des GMP et PMP est fixée réglementairement à environ trois ans<sup>47</sup>. Toutefois, la dernière cotation par les autorités de tutelle remonte à 2017. Comme dans de nombreuses régions, des retards sont constatés, dans la cotation des soins, du fait de l'insuffisance des ressources médicales propres aux ARS. En conséquence, le directeur de l'établissement souligne que le PATHOS n'est probablement pas suffisamment valorisé.

Si les évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies dans les EHPAD doivent être réalisées par l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur<sup>48</sup>, il convient de rappeler que ces évaluations doivent être validées par les médecins de l'ARS<sup>49</sup>. En l'absence de MEDEC, l'EHPAD de Dordives ne dispose pas des compétences médicales nécessaires pour procéder à la préparation des éléments nécessaires à cette révision.

Alors même que le besoin en soins évolue au sein des EHPAD, les retards pris pour réaliser effectivement les « coupes » est susceptible de priver l'établissement de ressources complémentaires. Ainsi, le financement n'est plus réellement en adéquation avec le profil des résidents d'aujourd'hui. L'obsolescence des « coupes » conduit à accentuer l'écart entre les crédits alloués et les financements nécessaires.

### **3.2.6 Une hausse modérée de la dotation globale de soins**

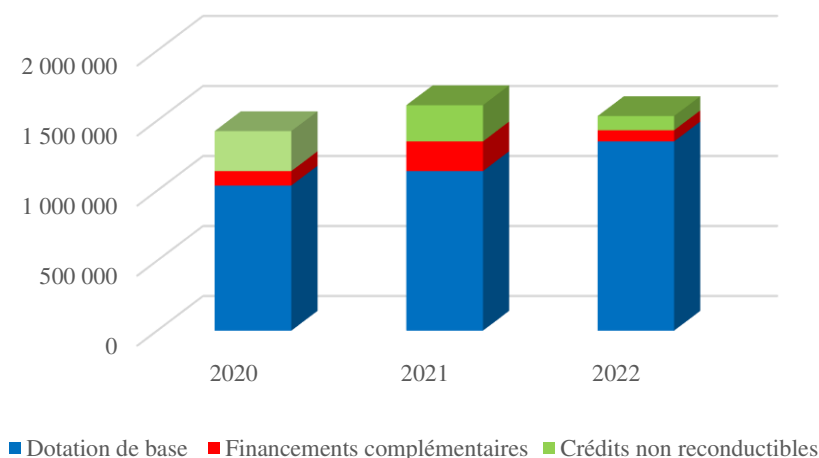
La dotation globale de soins a augmenté de 7,5 % entre 2020 et 2022 en raison de l'attribution, d'une part, de financements complémentaires notamment dans le cadre du Ségur de la santé et, d'autre part, de crédits non reconductibles (CNR) qui sont néanmoins en diminution sur la période.

---

<sup>47</sup> Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>48</sup> Article R 314-170 du CASF.

<sup>49</sup> Arrêté du 15 novembre 2013 relatif aux modalités d'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies dans les EHPAD.

**Graphique n° 4 : Évolution du forfait global de soins (en euros)**

Source : données de l'ARS de la région Centre-Val de Loire.

Comme pour la plupart des établissements, les produits d'exploitation comprennent des crédits non reconductibles (CNR). Entre 2015 et 2022, l'établissement a perçu 1 495 263 € au titre des CNR. Ces crédits, qui ont fait l'objet d'arrêtés tarifaires, ont fortement diminué en 2022. Ils ont notamment pour objet le financement de mesures telles que les conséquences de la crise sanitaire, le soutien à la trésorerie des établissements en difficulté, la sécurisation du système d'information et le retour à l'équilibre financier.

### 3.2.7 Une baisse du financement de la section dépendance en 2022

La dotation globale dépendance à la charge du département, déduction faite de la participation des usagers, a progressé de 2,6 % entre 2020 et 2022, passant de 200 833 € à 206 064 €. Plus précisément, le forfait global versé par le département du Loiret augmente de 7 % entre 2019 et 2022, avec cependant une baisse significative en 2022. Ces évolutions n'ont pas permis de compenser les revalorisations statutaires et le niveau de l'inflation. Les tarifs des GIR 5 et 6, payés par tous les résidents quel que soit leur degré d'autonomie, ont augmenté sur la période, à la différence des tarifs des autres GIR qui ont baissé en moyenne de 7 %.

**Tableau n° 19 : Évolution des tarifs en section de dépendance**

| en €                               | 1 <sup>er</sup> juillet 2019<br>(arrêté 2019) | 1 <sup>er</sup> mai 2020<br>(arrêté 2020) | 1 <sup>er</sup> mai 2021<br>(arrêté 2021) | 1 <sup>er</sup> mai 2022<br>(arrêté 2022) | Var.<br>annuelle<br>moyenne<br>2022/2019 | Évolution<br>2022/2019 |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| GIR 1-2                            | 20,24                                         | 20,15                                     | 20,19                                     | 18,73                                     | -2,6 %                                   | -7 %                   |
| GIR 3-4                            | 12,84                                         | 12,80                                     | 12,81                                     | 11,89                                     | -2,5 %                                   | -7 %                   |
| GIR 5-6                            | 4,77                                          | 5,76                                      | 5,27                                      | 5,12                                      | 2,4 %                                    | 7 %                    |
| <b>Forfait global<br/>du CD 45</b> | <b>193 154,60</b>                             | <b>200 833,73</b>                         | <b>214 240,24</b>                         | <b>206 063,34</b>                         | <b>2,2 %</b>                             | <b>7 %</b>             |

Source : arrêtés annuels du conseil départemental du Loiret.

### 3.2.8 Une évolution modérée des tarifs d'hébergement

La période entre 2020 et 2022 se caractérise par une relative stabilité du budget prévisionnel de la section d'hébergement, tel qu'il est arrêté annuellement par le département du Loiret.

**Tableau n° 20 : Évolution du budget prévisionnel – section hébergement**

| <i>en €</i>     |                                  | 2020             | 2021             | 2022             |
|-----------------|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Dépenses</b> | Groupe 1 – exploitation courante | 285 757          | 285 757          | 290 043          |
|                 | Groupe 2 – personnel             | 1 041 744        | 1 050 078        | 1 056 904        |
|                 | Groupe 3 – structure             | 460 746          | 452 035          | 455 389          |
|                 | <b>Total</b>                     | <b>1 788 247</b> | <b>1 787 870</b> | <b>1 802 336</b> |
| <b>Recettes</b> | Groupe 1 - tarification          | 1 704 352        | 1 715 330        | 1 725 946        |
|                 | Groupe 2 – autres produits       | 125 560          | 125 560          | 125 560          |
|                 | Groupe 3 – produits financiers   | 1 500            | 1 500            | 1 500            |
|                 | <b>Total</b>                     | <b>1 831 412</b> | <b>1 842 390</b> | <b>1 853 006</b> |

Source : décisions tarifaires du département du Loiret.

Le prix journée moyen du Loiret a évolué de 3,3 % entre 2019 et 2022 et celui de l'établissement de 2,1 %. En 2022, le tarif de l'EHPAD est légèrement inférieur au tarif moyen départemental. Toutefois, il convient de prendre en compte le fait que l'EHPAD bénéficie d'un avantage tarifaire dans la mesure où son prix de journée est mécaniquement minoré par les faibles charges de structure. Ainsi, selon le département du Loiret, ces charges s'élèveraient à environ 1,63 € par jour contre 15 € en moyenne pour les autres EHPAD. En conséquence, la chambre rappelle que le transfert de propriété du bâtiment à l'organisme gestionnaire constitue un point de vigilance car il entraînera une augmentation des charges de structure (gros entretien, amortissement etc.) dont l'incidence devra être prise en compte dans les tarifs d'hébergement.

**Tableau n° 21 : Évolution du prix de journée payé par les résidents**

| <i>en €</i>                      | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>Produits tarifaires</i>       | 1 683 612,07 | 1 704 352    | 1 715 330    | 1 725 947    |
| <i>Dont résultat déficitaire</i> | 38 471       | 43 165       | 54 520       | 50 671       |
| <b>Prix de journée (PJ)</b>      | <b>57,61</b> | <b>58,11</b> | <b>58,50</b> | <b>58,86</b> |
| <i>PJ moyen du Loiret</i>        | 57,16        | 57,75        | 58,58        | 59,07        |

Source : arrêtés annuels du conseil départemental du Loiret.

---

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

*Les tarifs dépendance et hébergement sont fixés par le président du conseil départemental pour une durée d'un an. Ils sont théoriquement établis au regard de l'état de santé et de dépendance des résidents, mais les dernières évaluations sont anciennes (2017) et ne correspondent plus forcément à la population accueillie. Très encadrée, l'évolution des tarifs laisse peu de marges de manœuvre budgétaires à l'établissement.*

*Le transfert de la propriété du bâtiment à l'organisme gestionnaire constitue un point de vigilance car il entrainera une augmentation des charges de structure (gros entretien, amortissement etc.) dont l'incidence devra être prise en compte dans les tarifs d'hébergement.*

*La situation financière de l'EHPAD devient préoccupante. Les tensions financières de l'établissement, malgré quelques efforts pour redresser les comptes, trouvent leur source, pour une large part, dans les errements budgétaires et organisationnels (facturation défailante notamment) mais aussi, pour une autre part, dans un resserrement des financements publics, notamment en 2022.*

*Les dépenses de personnel de l'EHPAD de Dordives représentent en moyenne 77 % des dépenses totales de fonctionnement. Le niveau des dépenses de personnel est au-dessus de la moyenne nationale (70 %). Ce constat s'explique en partie par le poids moindre des charges de structure mais aussi par le coût de l'absentéisme et le recours aux heures supplémentaires.*

*En prenant en compte la ligne de trésorerie, et après déduction des crédits non reconductibles (CNR), le déficit structurel s'élèverait, dans une première approche, à environ 0,6 M€ en 2022. Toutefois, ce déficit est plus important en ajoutant, d'une part, des factures en attente non payées faute de moyens et, d'autre part, des provisions à constituer pour apurer les créances douteuses. Dans cette seconde approche, le déficit structurel serait de 0,85 M€ en 2022, soit près de 23 % des produits en fonctionnement.*

---

## 4 DANS UN CONTEXTE DE TENSIONS SUR LA RESSOURCE INTERNE, L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS PRÉSENTE DES FRAGILITÉS

La question de l'adéquation des moyens à une prise en charge de qualité dans les EHPAD occupe, depuis de nombreuses années, le débat public. La succession de réformes d'envergure s'est accompagnée de la prise de conscience, collective, d'une insuffisance des moyens au sein des EHPAD et d'un défaut d'articulation avec les autres acteurs de la prise en charge sanitaire. La pandémie de la Covid a remis au cœur de l'actualité ces constats.

Si le présent rapport a principalement pour objet d'analyser les risques et les possibles dysfonctionnements au sein de l'établissement, ces insuffisances n'entachent en rien l'engagement réel de nombreux professionnels.

## 4.1 Des tensions sur la ressource interne en personnel

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines<sup>50</sup>, dont tous les experts s'accordent à dire qu'il est essentiel pour la bonne prise en charge des résidents, le manque d'attractivité et les difficultés de recrutement pèsent sur l'organisation du travail. En effet, la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD dépend tant du nombre et des qualifications des professionnels présents que de leur bonne coordination.

### 4.1.1 La gestion du temps de travail

À ce jour, le règlement intérieur du 29 janvier 2016, relatif à l'organisation du temps de travail, reste en vigueur. Aucun autre document actualisé, récapitulant les durées de travail effectives par catégorie de personnel, n'a été adopté officiellement par l'EHPAD.

L'organisation du travail au sein de l'établissement repose sur plusieurs cycles horaires dont le rythme de travail en 12h00 qui a été maintenu uniquement pour le personnel infirmier au motif que cet aménagement du temps de travail constituerait un facteur d'attractivité. Le personnel soignant se compose d'une équipe du matin de six agents (7h/14h30), d'une équipe de l'après-midi de cinq agents (13h30/21h) et d'une équipe de nuit de deux agents (21h/7h).

L'établissement pratique la journée continue sans « coupure » en journée avec, cependant, une pause repas de 20 minutes qui n'est pas décomptée du temps de travail pour les soignants. Le temps de chevauchement (1h) entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi s'explique par les temps de transmissions et la pause repas.

Le rythme de travail des infirmiers, organisé sur un cycle de 21 jours<sup>51</sup>, n'est pas conforme à la réglementation du temps de travail (60h)<sup>52</sup>. Si l'EHPAD justifie ce régime dérogatoire par le souci de fidéliser le personnel infirmier, il peut être source de fatigue supplémentaire pour les agents. Les infirmiers travaillent un week-end sur trois. Les aides-soignants travaillent avec un cycle de quatre semaines et un week-end sur deux.

**Tableau n° 22 : Indicateurs de temps de travail**

| Indicateurs                                        | Observations                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <i>Horaires dérogatoires en 12h</i>                | Catégorie des infirmiers                    |
| <i>Horaires en 10h</i>                             | Agents de nuit                              |
| <i>Horaires en 7h30 sans coupure</i>               | Les autres catégories de personnel          |
| <i>Régime des RTT</i>                              | 14 jours de RTT                             |
| <i>Temps de pause décompté du temps de travail</i> | Non pour les soignants (20 minutes)         |
| <i>Temps de transmission entre les équipes</i>     | Plus long pour la prise de poste après-midi |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les documents de l'établissement.

<sup>50</sup> L'effectif de l'EHPAD compte une cinquantaine d'agents.

<sup>51</sup> Soit : deux jours de travail, deux jours de repos, trois jours de travail, deux jours de repos, deux jours de travail et jours de repos.

<sup>52</sup> Le plafond, qui est fixé à 48 h par semaine, est dépassé (12h x 5 jours = 60 h/semaine).

#### **4.1.2 Un recours excessif aux astreintes et aux heures supplémentaires**

Quelques agents effectuent des astreintes administratives alors que ceux-ci sont en principe réservées aux cadres de direction. Dans une note interne, le directeur des ressources humaines du CHAM souligne que pour contourner la réglementation limitant la durée des astreintes à 72 heures pour 15 jours, l'établissement applique « le forfait de 72 heures par mois + paiement de 6 heures (supplémentaires) par tranche de 24 heures pour contourner la règle de 144 heures maxi par mois avec un week-end + un jour férié ».

Ainsi, les heures supplémentaires sont effectuées en plus du temps d'astreinte (au-delà du plafond de 144 h). Les agents rappelés sur leur temps de repos pour faire des remplacements sont également payés en heures supplémentaires. Selon l'ordonnateur, le volume des heures supplémentaires s'expliquerait « par le fort taux d'absentéisme. » De plus, certains agents dépassent le contingent de 20 heures supplémentaires par mois.

La direction de l'EHPAD n'a pas été en mesure de fournir la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes et leurs conditions d'organisation établies par le chef d'établissement (décret de 2002). Ainsi, cette organisation particulière des astreintes, avec leur transformation partielle en heures supplémentaires, n'a pas été validée par les instances.

La direction reconnaît « les limites réglementaires » de cette organisation en soulignant que « la raison principale est qu'un établissement doit faire reposer ses astreintes sur le directeur principalement, et qu'à l'heure actuelle il n'y a pas de directeur à temps plein en capacité d'assumer cette disponibilité. »

#### **4.1.3 Une contrainte forte sur l'encadrement paramédical**

Comme de nombreux EHPAD, l'établissement peine à recruter des personnels diplômés, infirmiers ou aides-soignants. Dans ces conditions, l'encadrement réalisé par les seuls paramédicaux apparaît plus faible comparé aux données nationales (ANAP et CNSA).

Ainsi, le taux d'encadrement par des personnels soignants de l'EHPAD ne s'élève qu'à 20,06 ETP pour 100 résidents, contre 26,58 ETP pour la moyenne départementale et 28,81 ETP pour 100 résidents en EHPAD au niveau national. L'EHPAD est surtout « sous-doté » dans la catégorie des aides-soignants. La priorité pour l'établissement est donc de renforcer le taux de l'encadrement soignant, dans le sens des récentes orientations ministérielles<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Source : instruction ministérielle précitée du 15 mai 2023.

**Tableau n° 23 : Le taux d'encadrement paramédical**

|                             | Taux d'encadrement paramédical |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <i>EHPAD de Dordives</i>    | 20,60 ETP                      |
| <i>ANAP Loiret (2021)</i>   | 26,58 ETP                      |
| <i>ANAP National (2021)</i> | 28,81 ETP                      |
| <i>CNSA (2018)</i>          | 33,34 ETP                      |

Source : données de l'établissement et rapport de la CNSA.

Pour remédier à cette carence, comme d'autres gestionnaires, l'établissement a recours à des titulaires de diplômes intermédiaires (bacs professionnels, BEP carrières sanitaires et sociales etc.), recrutés en tant qu'agents des services hospitaliers (ASH) mais faisant-fonction d'aides-soignants.

#### 4.1.4 Une gestion optimisée des remplacements

La gestion des remplacements est réalisée dans une logique d'optimisation des moyens. Aux dires du cadre de santé, l'EHPAD a un protocole de fonctionnement en mode dégradé, c'est-à-dire sans remplacement, pour des situations constatées en dernière minute et si l'effectif minimum est respecté.

Pour les autres absences, le cadre de santé ou une autre infirmière assure directement les remplacements lorsqu'ils concernent la catégorie des infirmières. Pour les autres catégories de personnel, le cadre de santé sollicite en première intention des salariés de l'EHPAD qui peuvent, sur la base du volontariat, ainsi bénéficier d'heures supplémentaires. Cette démarche présente l'avantage majeur de faire intervenir des personnels qui connaissent déjà les résidents. À défaut, le cadre de santé s'appuie sur l'existence d'un vivier de vacataires connus qui permet de pallier les absences sans recourir à des prestations coûteuses d'intérim.

#### 4.1.5 Un volant important de contractuels

Sur la période 2020-2022, l'effectif des agents titulaires diminue. Cette réduction de l'emploi titulaire est compensée, de manière concomitante, par une augmentation de l'emploi contractuel. Fin avril 2023, sur un effectif présent de 49 agents, 22 agents étaient contractuels, dont 17 en contrat à durée indéterminée (CDI)<sup>54</sup>, soit près de 45 % de l'effectif total. Des agents sont recrutés directement en contrat à durée indéterminée (CDI) alors même que leur mission de remplacement est par nature temporaire. Ce développement de la contractualisation alimente un turn over du personnel. L'établissement ne s'est pas doté des moyens de fidéliser son personnel.

---

<sup>54</sup> Ils sont qualifiés de « remplaçants » et recrutés en CDI pour des missions d'une durée supérieure à un mois, à la différence des « vacataires » recrutés en CDD pour des missions d'une durée inférieure à un mois.

#### **4.1.6 Une charge de travail conséquente**

Les conditions d'exercice sont rendues plus difficiles par l'accroissement du niveau de dépendance des résidents. La réalisation des toilettes est une illustration concrète de la charge de travail des aides-soignantes. Dans l'établissement, la répartition de la charge correspondante est évaluée sur la base d'un quota de 20 mn par résident. Dans les faits, le nombre de toilettes à effectuer par aide-soignant est important<sup>55</sup>. La moyenne est d'environ 13 toilettes par agent. Afin de tenir compte des moments où les besoins sont les plus importants, pour les toilettes notamment, les équipes du matin sont renforcées.

Certains résidents ont suffisamment d'autonomie pour effectuer seuls leur toilette avec une simple surveillance, d'autres nécessitent une prise en charge totale. Mais la charge de travail reste importante, du fait de la présence d'une majorité de résidents relevant des GIR 1 à 4.

Concernant la restauration, plus de 30 résidents nécessitent une aide pour l'installation dans leur fauteuil et 18 résidents ont besoin d'être aidés pour le déjeuner et le dîner. Enfin, environ 70 résidents ont besoin d'une aide pour le coucher.

#### **4.1.7 Un enjeu autour de la professionnalisation**

Au-delà du nombre de professionnels, leur qualification et leur formation constituent deux enjeux essentiels pour la qualité de la prise en charge des résidents.

En raison des difficultés pour recruter du personnel qualifié, des glissements de tâches sont observés entre les professionnels soignants. Ainsi, 12 des 19 ASH de l'EHPAD font fonction d'aide-soignant (AS) sans en avoir la qualification. Dans les faits, la pratique des « faisant fonction » se retrouve dans de nombreux EHPAD comme le relevait le rapport précité de la Cour des comptes<sup>56</sup>.

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

Ces pratiques présentent un risque en matière de qualité et de sécurité des soins, par exemple lorsque « les ASH du service bionettoyage assurent la distribution des médicaments » alors que cette tâche ne relève pas de leurs prérogatives.

Par ailleurs, le plan de formation n'est pas formalisé et se concentre sur quelques actions, alors même que la direction du CHAM reconnaît qu'il existe des besoins non satisfaits. L'établissement a produit un simple tableau de suivi des actions de formation dont ont bénéficié quelques agents en 2022. Hormis trois agents engagés dans une formation de promotion

---

<sup>55</sup> Une seule douche par semaine.

<sup>56</sup> Cour des comptes, « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », Rapport public annuel 2022, p. 84.

professionnelle<sup>57</sup>, une vingtaine d'agents a suivi une action de formation de courte durée pour un montant estimé à 15 000 €. Parmi les formations dispensées, aucune ne semble porter sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, la prévention et prise en charge des escarres, la bientraitance, la démarche palliative ou le risque suicidaire.

Enfin, l'établissement ne s'est pas non plus engagé dans une action volontariste de promotion de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

#### **4.1.8 Un collectif de travail en difficulté**

Le collectif de travail est en réelle difficulté dans plusieurs secteurs. Dans le secteur logistique, au début 2023, l'EHPAD a été victime d'actes de malveillance de la part d'un membre du personnel. Ces actes ont donné lieu à un dépôt de plainte de la part du département. Par ailleurs, à la suite d'un différend entre deux agents employés à la cuisine, une procédure disciplinaire a été engagée qui a conduit à leur licenciement<sup>58</sup>.

De plus, selon la direction de l'établissement, certains personnels seraient potentiellement exposés à des risques psychosociaux, soit en raison d'une charge de travail qui peut les exposer à « un risque de burn-out » (secteur administratif), soit du fait de situations de harcèlement moral (secteur des soins).

## **4.2 Les conditions d'admission et de vie des résidents**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fixé de nouvelles règles relatives aux droits des usagers, et prescrit aux établissements du champ médico-social des documents obligatoires : livret d'accueil décrivant l'organisation de la structure<sup>59</sup>, contrat de séjour définissant les obligations réciproques, règlement de fonctionnement notamment.

### **4.2.1 Un contrat de séjour du résident à actualiser**

Le contrat de séjour de l'EHPAD les Hirondelles définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident. Il précise la durée, les objectifs, les conditions de séjour et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. La charte des droits et libertés de la personne accueillie, fixée par l'arrêté du 8 septembre 2003, est bien annexée au contrat de séjour. Le contrat de séjour détaille la liste des prestations qui restent à la charge du résident et qui ne sont donc pas comprises dans le

---

<sup>57</sup> Il s'agit de trois ASH qui suivent une formation d'aide-soignant d'une durée d'un an avec maintien du salaire.

<sup>58</sup> L'un des deux a été réintégré à la suite d'un référé administratif.

<sup>59</sup> L'établissement dispose bien d'un livret d'accueil.

forfait soins ni dans le forfait hébergement. Le décret du 28 avril 2022 comporte de nouvelles dispositions applicables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Plusieurs écarts à la réglementation ont été constatés :

- aux termes de l'article R. 314-149 du CASF, l'établissement a la faculté de demander un dépôt de garantie aux résidents dont le délai de restitution est fixé à trente jours après la sortie du résident ; toutefois, le contrat de séjour applicable ne prévoit pas les modalités de restitution de la caution, en contradiction avec les dispositions règlementaires susvisées ;
- le contrat de séjour indique que le dépôt des sommes d'argent, titres, livrets de Caisse d'épargne peut être effectué auprès d'un régisseur alors que cette fonction de régisseur a été supprimée ;
- le contrat de séjour ne mentionne pas l'accès à internet dans les prestations minimales ni les tarifs annuels applicables.

La chambre invite l'établissement à actualiser annuellement son contrat de séjour.

#### **4.2.2 L'information des résidents sur les personnes qualifiées**

Conformément à l'article L. 311-5 du CASF, « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social (...) peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. »

Les personnes qualifiées sont choisies par les autorités pour leur connaissance de l'organisation administrative et judiciaire, des politiques publiques, leur expertise et leur expérience dans le secteur social et médico-social. Elles présentent des garanties d'indépendance vis-à-vis des établissements et services avec lesquels elles pourraient être amenées à engager une procédure de médiation. Elles interviennent bénévolement. La personne qualifiée peut être saisie par un résident ou un membre de sa famille dans un contexte de rupture de dialogue avec l'équipe de l'EHPAD ou dans une situation conflictuelle.

Ce dispositif est en cours de mise en place dans le Loiret, en raison d'importantes difficultés à trouver des volontaires. Suite à de nombreuses démarches, quatre personnes vont finalement être prochainement identifiées. Selon l'ARS, « les ESMS du Loiret ne peuvent donc être tenus actuellement pour responsables de l'absence de communication de ce dispositif auprès des usagers et de leurs familles. »

#### **4.2.3 Une participation insuffisante des résidents**

La loi précitée du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit à l'article L. 311-3 du CASF des principes qui garantissent à chaque personne l'exercice des droits et libertés individuels, dont notamment le respect de sa dignité, l'information sur ses droits fondamentaux, la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la

conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Ces garanties ont été complétées par le décret du 25 avril 2022<sup>60</sup>.

Au regard de ces textes, plusieurs écarts à la réglementation ont été constatés :

- l'EHPAD n'a pas mis en place les plans d'accompagnement personnalisé (PAP), qui doivent être réalisés dans un délai d'un mois pour les nouveaux entrants et réévalués chaque année ; leur élaboration est une obligation mais également un outil nécessaire à l'établissement d'un dialogue de qualité avec le résident et/ou sa famille ;
- il n'assure pas le suivi de la satisfaction des résidents, pour les années sous contrôle, alors même que le livret d'accueil prévoit qu'une « enquête de satisfaction est proposée aux résidents, leur famille et aux personnels une fois par an » ; pourtant, les résultats de ces enquêtes permettraient de faire évoluer et de parfaire les prestations fournies ; une enquête de satisfaction serait en cours pour l'année 2023 ;
- enfin, le rythme de trois réunions annuelles minimum du conseil de la vie sociale (CVS) n'est pas respecté<sup>61</sup> ; concernant le formalisme et le contenu des réunions, il est à noter que les procès-verbaux ne sont pas signés par les membres, et les échanges sont essentiellement informatifs et descendants entre le gestionnaire de l'EHPAD et les résidents et leurs familles.

Ainsi les écarts observés ne sont pas de nature à donner une place suffisante aux résidents et aux familles dans le fonctionnement de l'établissement et dans l'amélioration de leurs conditions de vie et de prise en charge.

#### **4.2.4 Une activité d'animation sans budget spécifique**

L'animation est assurée par une aide-soignante, qui occupe la fonction d'animatrice à plein temps, et par une association créée à l'initiative des soignants. L'animatrice organise des activités de loisirs, avec le concours des bénévoles, auxquelles les résidents participent sur la base du volontariat<sup>62</sup>. Des activités sont proposées dans la salle d'animation prévue à cet effet.

Toutefois, l'animatrice ne dispose d'aucun budget spécifique pour les activités d'animation<sup>63</sup> ce qui est régulièrement évoqué dans les instances. Pour remédier à cette situation, une association a été créée pour contribuer à l'animation de l'établissement. Elle regroupe des membres du personnel (cinq agents) et quelques résidents. Outre les cotisations des adhérents, elle peut percevoir des recettes provenant de certaines activités (marché de Noël, brocante etc.). Ces activités ont lieu le plus souvent le week-end et les jours fériés en dehors du temps de travail des personnels concernés mais donnent droit jusqu'à huit jours de récupération<sup>64</sup>.

---

<sup>60</sup> La composition du conseil a été élargie, notamment aux élus et aux médecins coordonnateurs, les attributions des CVS ont été complétées pour mieux l'associer au fonctionnement de l'établissement, et l'élaboration d'un règlement intérieur et d'un rapport d'activité a été introduite.

<sup>61</sup> La présidence du conseil de vie sociale (CVS) est assurée par la fille d'un résident.

<sup>62</sup> Les activités d'animation proposées figurent dans le livret d'accueil.

<sup>63</sup> Lorsqu'une enveloppe est prévue en début d'année (1 500 €), celle-ci est redéployée en cours d'année.

<sup>64</sup> Ce qui revient de fait à imputer ces activités sur le temps de travail, soulevant des critiques de la part des autorités de tutelle.

Pour les activités physiques quotidiennes, une association intervient tous les jeudis sur une matinée, en plus des ateliers de gymnastique douce, organisés deux fois par mois, par le service d'animation. Les résidents qui le souhaitent peuvent être accompagnés pour une promenade dans le jardin selon la disponibilité du personnel, et les plus autonomes peuvent sortir à leur guise.

#### **4.2.5 Un circuit de traitement des réclamations à fiabiliser**

La procédure de recueil des plaintes et de leur traitement n'est pas formalisée dans un protocole écrit. De plus, l'établissement n'assure pas un suivi systématique des plaintes et des réclamations. Les plaintes ou réclamations des familles sont adressées directement au directeur sans que le cadre de santé n'en ait toujours connaissance. À ce sujet, le directeur indique « de mon mandat d'intérimaire, une seule plainte m'est parvenue ; elle a fait l'objet d'un partage en toute transparence avec ARS et le département. Mais effectivement, la priorité n'a pas été sur la formalisation d'un outil de suivi des plaintes. »

S'agissant du rôle des agents, les fiches de postes d'infirmiers détaillent de manière précise les missions qui leur sont confiées. Ils doivent aider « à la prise en charge des résidents en cas de manque de personnel (toilettes, repas, réfection des lits) » et ont une « obligation de signalement des actes de maltraitance à la direction ou aux instances compétentes. » En pratique, cette obligation n'est pas mise en œuvre.

Par ailleurs, l'établissement a élaboré en 2019 un livret de bientraitance. Il précise que « En ce qui concerne les résidents et les familles, la charte permet de répondre à leurs questions, de prendre connaissance également des nombreuses tâches que réalisent le soignant et les agents tout au long de la journée. La charte de bientraitance est un document accessible à tous, elle permet d'améliorer la qualité de vie en communauté. »

Ainsi, la chambre constate l'absence de traitement systématique et formalisé des réclamations alors même qu'elles peuvent constituer des signaux dont l'analyse pourrait être utile à la prévention des risques.

#### **4.2.6 La sous-déclaration des événements indésirables graves (EIG)**

Conformément à l'article L. 331-8-1 du CASF, les établissements médico-sociaux ont l'obligation de signaler tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, dont les cas de maltraitance présumés, aux autorités administratives. L'article L. 1413-14 du code de la santé publique (CSP) impose par ailleurs à tout professionnel de santé l'obligation de signaler à l'ARS un événement indésirable grave (EIG). Ces déclarations doivent intervenir « sans délai »<sup>65</sup>. L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements et le contenu de l'information à transmettre aux autorités administratives. Il comporte en annexe une fiche de transmission.

---

<sup>65</sup> Article R. 331-8 du CASF.

Or, depuis le départ du MEDEC notamment (2021), l'établissement n'assure plus de suivi régulier des événements indésirables graves comme l'a admis le cadre de santé de l'EHPAD. Pour sa part, l'ARS a communiqué un tableau de suivi qui montre le faible nombre de signalements sur la période (neuf au total). Au moins deux d'entre eux font état d'une possible situation de maltraitance. De son côté, le département a été destinataire de sept signalements d'EIG sur la période 2020-2022. Ce constat traduit une sous-déclaration manifeste des événements indésirables graves<sup>66</sup> à laquelle il convient de remédier.

L'ARS met pourtant à disposition des établissements médico-sociaux des ressources permettant de signaler sur son site internet tout événement menaçant ou compromettant la santé et la sécurité des personnes accueillies au sein de la structure.

#### **4.2.7 La prévention sanitaire et la fin de vie**

Pour l'EHPAD, le montant des dépenses relatives aux protections, couches et alèses<sup>67</sup> s'élève à 20 084 € en 2021 et à 23 664 € en 2022. Afin de réduire les coûts et de ne plus être limité en volume d'achat, l'établissement a changé de fournisseur en 2020.

Par ailleurs, les mesures de prévention des risques sanitaires prises par l'EHPAD font l'objet de protocoles dont l'établissement a communiqué la liste. Cependant, la prévention des chutes mériterait d'être sensiblement renforcée car leur nombre apparaît élevé, avec 494 chutes en 2021 et 387 chutes en 2022. Selon les données communiquées par le cadre de santé, de nombreuses chutes ont lieu au cours de la marche. Face à ce risque, l'établissement a engagé une démarche de sensibilisation auprès des familles sur la fourniture de chaussures adaptées. Elle a également sollicité les services d'une association pour mener des actions de prévention des chutes. Néanmoins, les efforts entrepris méritent d'être intensifiés et l'établissement devrait adopter un plan de prévention comportant des mesures préventives et correctrices pour éviter la survenue ou la récurrence de chutes.

Enfin, l'établissement a défini un protocole pour un « accompagnement du résident en fin de vie » qui précise notamment les pratiques visant à soulager les douleurs physiques du patient et de prendre en compte sa souffrance psychologique. L'intervention du médecin traitant et des équipes soignantes de l'EHPAD peut être ponctuellement complétée par la mobilisation de l'équipe mobile spécialisée dans les soins palliatifs du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO). Cette équipe est amenée à renseigner par téléphone l'équipe soignante de l'EHPAD mais elle ne se déplace pas dans l'établissement.

#### **4.2.8 Une structure bâimentaire vieillissante**

Une note interne de septembre 2022 alerte « sur les besoins relativement urgents en termes de travaux de rénovation et de mise en conformité à l'EHPAD de Dordives. »

---

<sup>66</sup> En 2019, l'EHPAD avait mis en place un comité de retour d'expérience (CREX) pour le traitement des événements indésirables mais ce comité a été rapidement supprimé.

<sup>67</sup> Elles sont imputées sur le compte 606261.

Par un arrêté municipal du 9 juin 2022, l'établissement a été autorisé à poursuivre son exploitation sous la condition de réaliser les prescriptions émises par la commission de sécurité de l'arrondissement de Montargis, qui a émis un avis favorable le 25 mai 2022.

**Tableau n° 24 : État des locaux et des matériels**

|    | <i>Locaux et matériels</i>                                               | <i>Observations</i>                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <i>Accessibilité externe</i>                                             | Faible car établissement dans une cuvette                                                                                      |
| 2  | <i>Accessibilité interne</i>                                             | Oui possibilité d'accéder au jardin depuis les ailes du bâtiment                                                               |
| 3  | <i>Sécurité physique des locaux</i>                                      | Fugues peu fréquentes mais pas d'espace fermé pour les résidents « déambulants »                                               |
| 4  | <i>Conformité incendie</i>                                               | Certificat incendie mais départ de feu en décembre 2022                                                                        |
| 5  | <i>État des matériels (fauteuils roulants, lits, lève-personne etc.)</i> | Lève-personne dans chaque chambre mais pas d'achat de fauteuils depuis quatre ans et quelques lits en location faute de moyens |
| 6  | <i>Bilan thermique des locaux et chauffage</i>                           | Déperdition importante d'énergie ; chaudière pouvant dysfonctionner                                                            |
| 7  | <i>Système de chauffage</i>                                              | Vétusté des chaudières et d'une partie des radiateurs                                                                          |
| 8  | <i>État des chambres</i>                                                 | Spacieuses et en rez-de-jardin ; rénovation des salles de bains à prévoir ; isolation des fenêtres à revoir                    |
| 9  | <i>Cuisines</i>                                                          | Vétusté des locaux et des matériels                                                                                            |
| 10 | <i>Salles climatisées</i>                                                | Deux grandes salles à manger climatisées                                                                                       |
| 11 | <i>Toitures, aménagements extérieurs, sols, couloirs et plafonds</i>     | Travaux de rénovation à prévoir ; toiture amiantée                                                                             |

Source : CRC Centre-Val de Loire suite à la visite des locaux le 9 mai 2023.

L'établissement a, par ailleurs, été confronté à deux départs d'incendies en décembre 2022 qui ont révélé la faiblesse du circuit électrique du bâtiment. En outre, pendant plusieurs semaines, les chambres froides ont été inutilisables, occasionnant des coûts annexes non négligeables, ainsi que des réorganisations de fortune, avec l'appui du CHAM, afin de poursuivre l'activité propre au socle de prestations hôtelières que l'établissement a l'obligation de dispenser.

L'établissement a été réactif, notamment pour la remise en service des chambres froides durant le mois de janvier, faisant intervenir plusieurs organismes de contrôle. Ces interventions ont été diligentées en urgence en décembre 2022 et au premier trimestre de l'année 2023.

Au-delà des dégradations dues à d'éventuelles négligences ou malveillances, le défaut d'entretien régulier du bâtiment ou des équipements occasionne des pannes ou dysfonctionnements qui génèrent un surcoût pour l'EHPAD.

La chambre recommande à l'établissement de bien veiller à la maintenance des bâtiments et des installations conformément aux dispositions des articles D. 312-159-2 et D. 342-3 du code de l'action sociale et des familles qui fixent le socle des prestations minimales relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD.

### 4.3 L'évaluation de qualité du service rendu à partir des indicateurs publics

Depuis 2015, le portail national pour les personnes âgées et leurs proches apporte des informations et des services utiles pour faire face à une situation de perte d'autonomie. Dans un souci de transparence, le plan d'action gouvernemental présenté en mars 2022 prévoit que chaque fiche signalétique d'établissement s'enrichisse d'indicateurs clés publiés annuellement et ayant vocation à figurer sur le portail internet géré par la CNSA, quel que soit le statut de l'EHPAD.

Parmi les dix indicateurs du plan d'action gouvernemental, la transmission par les établissements de cinq indicateurs a été rendue obligatoire par le décret du 28 avril 2022, tandis que l'arrêté du 13 décembre 2022 précise les modalités de calcul des indicateurs mentionnés à l'article D. 312-211 du code de l'action sociale et des familles (CASF). La chambre a examiné chacun de ces indicateurs qui doivent désormais être suivis par l'EHPAD de Dordives.

#### 4.3.1 Un taux d'encadrement réel inférieur à celui autorisé

##### Les taux d'encadrement

Selon l'étude de la Drees de décembre 2020, entre 2011 et 2015, le taux d'encadrement dans les Ehpads est passé de 59 à 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 places installées, soit une augmentation moyenne de 6,5 %, touchant principalement les postes d'aides-soignants, dont le ratio est passé de 17 ETP pour 100 places à 20, soit les trois quarts de l'augmentation du taux d'encadrement, et les postes d'infirmiers, dont le ratio est passé de 5 à 6. Pour l'ensemble du personnel soignant, ce taux s'établissait à 31 ETP (39 ETP en comptant 30 % du temps d'agent de service). L'ensemble des politiques menées depuis 2015 vise à renforcer cet encadrement. Selon le ministère, la réforme tarifaire instaurée par la loi ASV et la modification des modalités de calcul des dotations ont permis une augmentation du taux d'encadrement de 3,76 ETP pour 100 lits entre 2015 et 2021.

*Source : rapport de la Cour des comptes (2022).*

Alors que le tableau des effectifs de la convention tripartite modifiée en 2015 prévoit 56,43 ETP hors contrats aidés, l'effectif réellement pourvu serait de 48,95 agents en 2023. Au final, l'EHPAD les Hirondelles emploie moins de personnel que l'effectif autorisé par les autorités de tutelle. En 2023, environ 7,5 postes étaient d'une certaine manière « gelés » par rapport à l'effectif autorisé. Toutefois, le nombre d'agents rémunérés est de 54,10 ETP, compte tenu notamment des agents en congé de longue maladie ou de longue durée.

Le taux d'encadrement de l'établissement est de 60 ETP<sup>68</sup> présents pour 100 places. Par comparaison, selon les données de l'ANAP (2021), ce taux d'encadrement est inférieur au taux national (65,2 ETP) ainsi qu'aux taux régional (68,6 ETP) et départemental (64,7 ETP).

<sup>68</sup> Soit :  $48,95 \text{ ETP pourvus} \times 100/82 = 59,69 \text{ ETP}$ .

Tableau n° 25 : Taux d'encadrement par fonction

| ETP                                          | ETP autorisés | ETP présents 2023 | ETP payés 2023 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------|----------------|
| <b>Personnel de direction/administration</b> |               |                   |                |
| <i>Total</i>                                 | 3,00          | 2,20              | 3,00           |
| <b>Services généraux/cuisine</b>             |               |                   |                |
| <i>Services généraux - cuisine</i>           | 8,50          | 7,00              | 9,00           |
| <b>Services de soins et hôtellerie</b>       |               |                   |                |
| <i>Animation</i>                             | 1,00          | 1,00              | 0,00           |
| <i>AS/AMP</i>                                | 15,00         | 12,35             | 14,20          |
| <i>ASG</i>                                   | 3,00          | 2,00              | 2,00           |
| <i>Psychologue</i>                           | 0,30          | NON               | NON            |
| <i>Diététicien</i>                           | 0,30          | 0,60              | 0,60           |
| <i>Ergothérapeute/ Psychomotricien</i>       | 0,33          | NON               | NON            |
| <i>IDE</i>                                   | 4,50          | 3,80              | 3,80           |
| <i>Cadre de santé</i>                        | 1,00          | 1,00              | 1,00           |
| <i>Médecin coordonnateur</i>                 | 0,50          | NON               | NON            |
| <i>ASH</i>                                   | 19,00         | 19,00             | 20,50          |
| <b>Emplois aidés</b>                         |               |                   |                |
| <i>Total</i>                                 | 7,00          | 0,57              | 0,57           |
| <b>Total ETP (hors emplois aidés)</b>        | <b>56,43</b>  | <b>48,95</b>      | <b>54,10</b>   |
| <b>Taux encadrement</b>                      | <b>0,69</b>   | <b>0,60</b>       |                |

Source : CTP et chiffres d'établissement communiqués le 9 mai 2023.

### 4.3.2 Un taux de rotation important des personnels

L'établissement rencontre des difficultés pour fidéliser son personnel. En rapportant l'effectif sortant au cours de l'année 2022 (25 agents) à l'effectif moyen employé (49 agents) cette même année, le taux de rotation du personnel est de 51 %, ce qui est manifestement élevé en comparaison de la moyenne des EHPAD (12,9 %)<sup>69</sup>. S'agissant des motifs de sortie de l'effectif, 17 agents contractuels ont quitté l'établissement car leur CDD n'a pas été renouvelé et huit agents titulaires sont partis à la retraite ou ont obtenu leur mutation.

Au-delà des tensions sur le recrutement, un taux de rotation aussi important pose aussi la question du mode de management des équipes de soins<sup>70</sup>. Ce sujet a été évoqué en ces termes par le directeur lors d'une réunion du conseil d'administration, « au niveau du management l'établissement est également en défaut. Il y a un mal-être au quotidien remonté par le CSE auprès des autorités. Des agents ont eu la sensation d'être persécutés ».

<sup>69</sup> Source : ANAP « état des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social ». Cf. page 34, valeur 2018.

<sup>70</sup> Le nombre d'abandons doit être élevé. D'autant que le nombre de départs de personnel est de 19 en 2021 et de 35 en 2020.

### 4.3.3 Un taux d'absentéisme dans la moyenne nationale

En 2022, le taux d'absentéisme (hors formation) était de 11,5 % contre 11,94 % au niveau national (médiane) et 12,23 % au niveau départemental<sup>71</sup>. Le motif prépondérant d'absence est la maladie ordinaire. Avec 2 368 jours d'absence pour raison de santé en 2022, chaque agent est absent en moyenne 48 jours par an.

**Tableau n° 26 : Absentéisme de l'établissement**

| <i>Journées pas type d'absences</i>                       | 2020         | 2021         | 2022         |
|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>Accidents du travail</i>                               | 262          | 85           | 283          |
| <i>Maternité</i>                                          | 219          | 165          | 141          |
| <i>Maladie ordinaire</i>                                  | 1066         | 1107         | 1134         |
| <i>Disponibilité d'office pour raison de santé</i>        | 426          | 806          | 550          |
| <i>CLM/CLD</i>                                            | 830          | 483          | 260          |
| <b><i>TOTAL absences pour raison de santé</i></b>         | <b>2 803</b> | <b>2 646</b> | <b>2 368</b> |
| <i>Absences pour événements familiaux/enfants malades</i> | 30           | 44           | 36           |
| <i>Absences injustifiées</i>                              | 60           | 20           | 3            |
| <i>Absences études promotionnelles</i>                    | 119          | 21           | 318          |
| <i>Grèves</i>                                             | 9            | 0            | 0            |
| <b><i>Total autres absences</i></b>                       | <b>218</b>   | <b>85</b>    | <b>357</b>   |
| <b><i>Total journées absences</i></b>                     | <b>3 021</b> | <b>2 731</b> | <b>2 764</b> |
| <i>ETP payés</i>                                          | 56,43        | 56,43        | 56,43        |
| <i>Journées brutes (ETP x 365)</i>                        | 20 596,95    | 20 596,95    | 20 596,95    |
| <b><i>Taux absentéisme santé</i></b>                      | <b>13,61</b> | <b>12,85</b> | <b>11,50</b> |
| <b><i>Taux absentéisme total</i></b>                      | <b>14,67</b> | <b>13,26</b> | <b>13,42</b> |

Source : données de l'établissement.

Alors qu'en 2018 l'EHPAD comptait plus de 1 000 journées d'absences au titre des études promotionnelles, celles-ci ont été sensiblement réduites sur la période. De même, le nombre des jours d'absences pour cause de congé de longue durée ou de longue maladie est en forte diminution. Certains des agents concernés ont été placés en disponibilité à l'issue de ces congés.

Les causes de l'absentéisme sont multiples. L'usure professionnelle est la principale explication avancée par l'établissement. D'autres facteurs interviennent : l'entrée toujours plus tardive des résidents en EHPAD renforce le caractère physiquement et psychologiquement éprouvant des métiers. Les conditions d'exercice plus difficiles et l'augmentation de l'âge moyen des équipes exposent plus facilement les personnels à la fatigue ou aux accidents du travail.

<sup>71</sup> Source : ANAP « tableau de bord – campagne 2022 (sur les données 2021) », extraction juin 2023.

#### 4.3.4 Une démarche d'évaluation incomplète

Les activités et la qualité des prestations des EHPAD sont soumises à des évaluations externes et internes, introduites par la loi du 2 janvier 2002 et codifiées à l'article L. 312-8 du CASF. Le nouveau dispositif d'évaluation élaboré par la Haute autorité de santé (HAS), à la suite des modifications introduites par la loi du 24 juillet 2019 et le décret du 22 avril 2022, prévoit désormais que les évaluations externes devront être actualisées tous les cinq ans par un organisme indépendant selon un référentiel national défini par l'ARS.

L'article 11 de la convention tripartite (CTP) précitée prévoit également une évaluation externe, en plus de l'auto-évaluation, en vue de vérifier si les objectifs poursuivis et mentionnés dans cette convention ont été atteints.

La dernière évaluation interne de l'établissement remonte à 2017 et a été réalisée au moyen d'un référentiel spécifique. La dernière évaluation externe date de 2012. Ainsi, aucune évaluation externe n'est intervenue depuis plus de dix ans.

#### 4.3.5 Un plateau technique a minima

L'EHPAD les Hirondelles ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) mais a passé une convention avec une pharmacie de ville qui assure la préparation et la livraison des médicaments trois fois par semaine. De plus, il dispose d'un chariot d'urgence pour éviter toute rupture dans l'administration des médicaments.

En l'absence de médecin attaché à l'EHPAD, l'établissement ne propose pas de consultation gériatrique. Une kinésithérapeute intervient en tant que de besoin dans l'établissement<sup>72</sup>.

Par ailleurs, l'article D. 312-155-4-2 du code de la santé publique impose aux EHPAD d'aménager un local ou une pièce équipé d'un système fixe de rafraîchissement de l'air. Cette obligation est respectée puisqu'en cas de forte chaleur, deux salles rafraichies peuvent être mises à disposition des résidents de l'EHPAD.

**Tableau n° 27 : Composantes du plateau technique**

| Composantes                                 | Observations                                            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Pharmacie à usage interne                   | Non mais convention avec pharmacie de ville             |
| Consultation gériatrique                    | Non en l'absence de médecin                             |
| Radiologie                                  | Non mais soit EPS soit radiologie mobile à domicile     |
| Balnéothérapie                              | Oui baignoire balnéo avec un espace pédicure            |
| Coiffure                                    | Oui convention avec coiffeur ½ j par semaine            |
| Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) | Oui avec cuisine aménagée pour les activités            |
| Cuisine thérapeutique                       | Oui                                                     |
| Salle climatisée                            | Oui en cas de canicule mis à disposition de deux salles |
| Hospitalisation à domicile                  | Oui                                                     |
| Salle kinésithérapie                        | Non mais barres parallèles pour travailler la mobilité  |

Source : réponse de l'ordonnateur.

<sup>72</sup> Dans ce cas, l'intervention donne lieu à une feuille individuelle de soins pour le remboursement.

Dans le cadre de la prise en charge des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées, un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est ouvert depuis 2013 au sein de l'établissement. Le PASA est un dispositif qui contribue à une prise en charge renforcée des résidents présentant un trouble du comportement modéré résultant d'une maladie neurodégénérative.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est possible au sein de l'établissement. Une équipe médicale du service HAD peut intervenir, de manière ponctuelle, sur prescription du médecin traitant ou à la suite d'une hospitalisation. La prise en charge se fait en partenariat avec l'équipe, permettant aux résidents de rester dans l'établissement en bénéficiant de soins relevant du secteur hospitalier. Ces intervenants assurent une prise en charge nuit et jour, en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de la résidence.

#### 4.3.6 Des chambres individuelles à rénover

L'établissement est pourvu de 70 chambres individuelles à l'exception de six chambres doubles (soit 7,9 % de la capacité) et de deux lits d'hébergement temporaire. Elles sont toutes accessibles en fauteuil roulant et disposent d'un cabinet de toilette intégré. Les chambres individuelles sont assez spacieuses (de 18 à 20 m<sup>2</sup>) mais les peintures murales nécessitent d'être rafraîchies. Si les résidents peuvent apporter leur mobilier, celui-ci est néanmoins fourni lorsque le résident n'en dispose pas. Le mobilier est ancien et un membre du conseil d'administration a demandé « de prévoir une enveloppe pour changer tout le mobilier des chambres, et insiste sur le fait que c'est très urgent. »

Toutes les chambres sont en rez-de-jardin dans un cadre verdoyant et l'architecture d'ensemble du bâtiment, entièrement conçue de plain-pied, facilite les déplacements et la mobilité des résidents qui peuvent accéder librement aux espaces verts qui entourent la résidence. Chaque chambre possède une prise T.V, trois sonneries d'appel en cas de besoin ainsi qu'une prise téléphonique. Chaque résident possède sa clé de chambre.

**Tableau n° 28 : Configuration des chambres**

| <i>Chambres/logements</i>                                                          | <b>1 place</b> | <b>2 places</b> | <b>Total</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------------|
| <b><i>Nombres de chambres/logements</i></b>                                        | <b>70</b>      | <b>6</b>        | <b>76</b>    |
| <i>Dont accessibles en fauteuil roulant</i>                                        | 70             | 6               | 76           |
| <i>Dont disposant d'un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaire)</i> | 70             | 6               | 76           |
| <i>Dont disposant d'un cabinet de toilette intégré accessible en fauteuil</i>      | 70             | 6               | 76           |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les documents communiqués par l'établissement.

Cependant, les salles de bains des chambres des résidents ont besoin d'être rénovées (remplacement du sol gondolé, peinture des murs, remplacement de la plomberie, installation de WC suspendus selon les nouvelles normes actuelles, remplacement des meubles en bois). Deux chambres ont été sinistrées à la suite d'un départ de feu en décembre 2022.

#### 4.3.7 Le service de restauration

L'intégralité des repas est fournie par l'établissement dans le respect des régimes alimentaires prescrits médicalement. Depuis la crise sanitaire, ils sont servis de préférence dans les petits salons situés dans chaque aile du bâtiment et, subsidiairement, en salle à manger. Aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée auprès des résidents et des familles.

Les dépenses de denrées alimentaires sont rationalisées. Ainsi, le coût unitaire du repas est estimé par la direction de l'EHPAD à 4,80 € TTC par jour et par résident. Ce prix couvre le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner et, le cas échéant, la collation nocturne.

Le service de restauration fait l'objet de critiques récurrentes dans les instances à la fois sur la qualité ou la température des plats servis aux résidents. Ainsi, lors de la réunion du 30 mars 2021, un membre du CA évoque « la dénutrition importante chez beaucoup de personnes âgées dû au budget insuffisant octroyé à la cuisine. Cela engendre l'achat de compléments alimentaires qui affectent le budget soin. » La directrice en fonction en 2021 mentionne le fait, lors d'une réunion du CA, que « les problèmes d'organisation en cuisine sont de plus en plus fréquents. »

#### 4.3.8 Une habilitation totale à l'aide sociale

Si toutes les places de l'établissement sont habilitées à l'aide sociale (HAS), en pratique le nombre de résidents qui en bénéficie est faible. Ce constat peut être fait dans la grande majorité des EHPAD au plan national. Si on retient les chiffres de 100 040 bénéficiaires de l'aide sociale en EHPAD<sup>73</sup> et de 582 400 résidents en EHPAD<sup>74</sup>, seuls 17,2 % des résidents d'EHPAD bénéficient en pratique de l'aide sociale, en France.

Pour ce qui concerne l'EHPAD de Dordives, sur une capacité d'hébergement de 82 lits, seuls sept résidents ont bénéficié de l'aide sociale à l'hébergement en 2022. L'établissement se situe dans la moyenne départementale (8,50 %).

**Tableau n° 29 : Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale**

|                     | 2019                                      | 2020   | 2021   | 2022   |
|---------------------|-------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Bénéficiaires       | 7                                         | 6      | 5      | 7      |
| %                   | 8,53 %                                    | 7,22 % | 6,09 % | 8,53 % |
| Reprises/Ressources | 900 € par mois et par usager bénéficiaire |        |        |        |

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les documents de l'établissement.

Il n'a pas été mis au jour de pratiques visant à écarter des bénéficiaires de l'aide sociale de l'accès à l'EHPAD.

<sup>73</sup> DREES Etudes et résultats n° 1129 octobre 2019.

<sup>74</sup> DREES Etudes et résultats n° 1015 juillet 2017.

#### 4.3.9 L'absence de médecin coordonnateur et d'infirmière de nuit

Les missions du médecin coordonnateur (MEDEC) sont définies à l'article D. 312-158 du CASF, modifié par le décret du 5 juillet 2019. Il supervise la politique de vaccination de l'établissement. En tant que professionnel de santé<sup>75</sup>, concurremment avec la responsabilité du directeur d'établissement<sup>76</sup>, il doit signaler les infections et les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins. Compte tenu de l'absence de MEDEC depuis février 2021<sup>77</sup>, l'établissement a désigné un agent en qualité d'infirmière qui assure de fait un rôle d'infirmière coordonnatrice (IDEC).

Par ailleurs, l'équipe de nuit est composée de deux agents mais il n'y a pas d'infirmière de nuit pour la prise en charge des résidents. L'alourdissement des pathologies et des niveaux de dépendance pose avec acuité la question de la soutenabilité d'un fonctionnement où aucune infirmière n'est présente la nuit. Le directeur souligne toutefois le coût élevé d'une infirmière de nuit pour un établissement de cette taille.

Enfin, l'établissement est en tarif partiel. Or, la dernière instruction ministérielle relative à la campagne budgétaire prévoit des crédits pour accompagner la dynamique de passage au tarif global, afin de renforcer la médicalisation des EHPAD. À moyen terme, comme dans de nombreux EHPAD, se posera donc la question de l'adoption du tarif global<sup>78</sup>. Cette option tarifaire permet en effet de financer l'ensemble de l'activité médicale sous forme de forfait pour l'établissement et facilite le recours au médecin salarié. Cela se traduit, pour les établissements qui en bénéficient, par un moindre recours aux hospitalisations et une moindre consommation médicamenteuse.

#### 4.3.10 Un partenariat à développer avec le réseau de santé

En complément de ce qui a été exposé précédemment, il convient d'ajouter que les relations avec les structures hospitalières sont peu formalisées alors même que le nombre annuel de résidents hospitalisés reste important.

**Tableau n° 30 : Nombre annuel d'hospitalisations**

| <i>Hospitalisations</i>           | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| <i>Nombre d'hospitalisation</i>   | 28   | 37   | 41   |
| <i>Jours d'hospitalisation/an</i> | 103  | 223  | 286  |

Source : état fourni par l'établissement.

Il convient aussi d'ajouter que si le plan bleu de l'établissement détaille les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, il ne prévoit pas de

<sup>75</sup> Cf. article L. 1413-14 du code de la santé publique.

<sup>76</sup> Articles R. 331-8 et 331-9 du CASF.

<sup>77</sup> Le tableau des effectifs prévoit 0,5 ETP de médecin.

<sup>78</sup> Source : « USLD et EHPAD », rapport de mission, Pr Claude Jeandel et Pr Olivier Guérin, juin 2021.

convention avec un établissement de santé proche, notamment le CHAM qui assure pourtant la direction de l'EHPAD.

Or, selon l'arrêté du 7 juillet 2005 qui fixe le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le plan bleu doit prévoir « la mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables. » En pratique, cela implique de définir un protocole de prise en charge des résidents avec un établissement de santé disposant d'un plateau technique complet.

---

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

*À l'issue de ses investigations, la chambre dresse le constat de fragilités dans la qualité du service rendu. En effet, l'EHPAD est confronté à un cumul de difficultés qui peut donner lieu à de réels problèmes de qualité de prise en charge. Ainsi, l'absence de médecin coordonnateur, l'association insuffisante des usagers, le taux de rotation du personnel, le niveau de l'absentéisme, la prévalence des chutes, le manque de personnel qualifié, la suspension des travaux de rénovation, ou la sous-déclaration des événements indésirables constituent autant de signes de fragilités dans la prise en charge des résidents. Aucune évaluation externe de l'activité n'est intervenue depuis plus de 10 ans. L'amélioration de la qualité de la prise en charge passe aussi par une amélioration de l'organisation du travail ainsi que par un renforcement de la qualification et de la formation des personnels pour limiter le glissement de tâches entre professionnels.*

---

## 5 DES INTERROGATIONS POUR L'AVENIR

Différentes options sont en cours d'expertise par les autorités de tutelle et de tarification. Il ne revient pas à la chambre de formuler une quelconque préconisation sur le devenir de l'EHPAD, qui relève d'un choix stratégique de l'établissement et des autorités tarificatrices et de contrôle.

En revanche, la chambre est fondée à éclairer les conditions et les implications de la mise en œuvre de tel ou tel scénario. La chambre insiste également sur la nécessité de fixer rapidement l'avenir de cet établissement afin, d'une part, de rassurer les résidents, les familles et les personnels et, d'autre part, de remédier de manière pérenne aux différents risques décrits dans le présent rapport.

La chambre a identifié quatre scénarios d'évolution ainsi que des exigences qui lui paraissent constituer un socle minimal à satisfaire pour garantir la pérennité de l'établissement.

Les différents scénarios pourront être étudiés par l'établissement et les autorités de tutelle et de tarification, au regard de la capacité de chaque gestionnaire envisagé à mettre en œuvre ce socle.

Une fois le scénario choisi, l'établissement pourra également s'attacher à mettre en œuvre les recommandations complémentaires au socle de base, formulées au début du présent rapport et qui découlent des constats opérés par la chambre.

## **5.1 Un socle minimal d'exigences à satisfaire**

À l'issue de son contrôle, la chambre a identifié plusieurs éléments qui lui semblent constituer un prérequis à la poursuite de l'activité de l'EHPAD au regard des exigences de viabilité financière, de sécurité des résidents et des personnels, comme de qualité de service rendu.

### **5.1.1 La réalisation des travaux structurels en attente**

La réalisation de ces travaux répond à un triple impératif : garantir la qualité de l'accueil et la sécurité des personnels et des résidents ; assurer l'attractivité de l'établissement et donc le niveau de ses recettes ; limiter les coûts générés par le défaut de maintenance.

En effet, faute d'être effectués de manière régulière et préventive, les travaux d'entretien et de maintenance qui incombent au locataire engendrent des surcoûts. À cette fin, l'établissement doit rapidement disposer de contrats de maintenance.

Par ailleurs, les travaux plus lourds, estimés à 1 252 733,27 € TTC (valeur février 2021), qui sont à la charge du département, propriétaire des bâtiments, sont suspendus depuis plusieurs années.

La réalisation de ces travaux, indispensables à la poursuite de l'activité dans des conditions de sécurité et de qualité d'accueil satisfaisantes, est actuellement subordonnée à un accord sur les modalités de transfert de la propriété du bâtiment. Comme indiqué au point 2.1.5 ce projet déjà ancien (2009) a été réitéré en 2019 et 2021 selon des modalités différentes qui induisent une charge supplémentaire par rapport au loyer annuel payé par l'EHPAD au département. Le prix de vente et les modalités de financement, notamment la durée de son étalement dans le temps devront être précisés au regard de leur soutenabilité.<sup>79</sup>

L'impact du rachat du bâtiment sur le modèle économique de l'EHPAD, dont l'activité est déjà déficitaire, devra être apprécié et au besoin pris en compte dans la tarification.

Quel que soit le scénario de poursuite d'activité, les travaux indispensables à cette poursuite sont donc subordonnés à la capacité de la direction de l'EHPAD, d'une part, et du département, d'autre part, à trouver un accord sur les modalités de transfert de la propriété du bâtiment.

---

<sup>79</sup> L'une des propositions faites par le département est d'étaler le paiement du bâtiment sur 20 ans. Le projet présenté par une association prévoit un étalement de la charge du rachat du bâtiment sur une durée de 30 à 40 ans via l'intervention d'un organisme de logement social.

### **5.1.2 La mise en place d'une direction stable**

Tous les interlocuteurs rencontrés s'accordent à considérer que la taille de l'établissement justifie l'emploi d'un cadre de direction à temps plein. La situation actuelle qui se caractérise par une instabilité de l'encadrement de direction ne peut perdurer sans compromettre le bon fonctionnement de l'établissement.

Les constats opérés par la chambre mettent en lumière les difficultés engendrées par l'absence d'une direction stable et présente à temps plein. La gestion des projets immobiliers, la gestion des ressources humaines, la gestion budgétaire et comptable, les relations avec les autorités de tutelle et de tarification, la mise en place de coopérations avec les professionnels de santé et les établissements de soins du territoire, requièrent la présence à temps plein d'un directeur, ou à tout le moins pour un temps supérieur à une journée par semaine comme c'est actuellement le cas.

Devant la difficulté à attirer des candidats sur le poste, une solution palliative consistant à recruter un cadre supérieur de santé a été un temps envisagé. La chambre rappelle que le recrutement d'un cadre de direction par la voie contractuelle reste possible lorsque le poste n'a pas pu être pourvu par un titulaire.

### **5.1.3 La médicalisation accrue de l'établissement**

Les soins prodigués en EHPAD se décomposent en deux catégories : d'une part, les soins de base quotidiens assurés par les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de vie sociale (AVS/AES) et les aides médicopsychologiques (AMP/AES) et, d'autre part, les soins médico-techniques qui requièrent une plus grande technicité et sont effectués à partir d'une prescription médicale.

Les soins médico-techniques sont censés être prodigués, selon les cas, par des infirmiers, médecins, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens, rééducateurs en psychomotricité et diététiciens.

Le profil des résidents de l'EHPAD montre que les personnes accueillies requièrent des soins médico-techniques importants. L'entrée plus tardive en établissement ne pourra qu'accentuer ce besoin. Or actuellement, les soins médico-techniques de l'établissement se limitent pour l'essentiel à ceux dispensés par les infirmiers.

Par ailleurs, l'absence de MEDEC pose la question de l'accès des résidents à un médecin traitant. La présence d'une infirmière de nuit contribuerait à élever le niveau de médicalisation de l'établissement, de même que l'augmentation du ratio d'encadrement en aides-soignants en limitant les faisant fonction.

À moyen terme, comme dans de nombreux EHPAD, se posera la question de l'adoption du tarif global. Cette option tarifaire permet en effet de financer l'ensemble de l'activité médicale sous forme de forfait pour l'établissement et facilite le recours au médecin salarié. Cela se traduit, pour les établissements qui en bénéficient, par un moindre recours aux hospitalisations et une moindre consommation médicamenteuse.

### **5.1.4 La nécessité de restaurer l'équilibre du modèle économique et financier**

Un dialogue doit pouvoir s'engager sur la tarification, de façon à prendre en compte une évaluation actualisée de l'état de santé et de dépendance des personnes accueillies aux Hirondelles, ainsi que, le cas échéant, l'impact du rachat du bâtiment. En contrepartie des efforts de gestion doivent permettre de contenir l'évolution des charges, celle de la masse salariale notamment.

## **5.2 Quatre scénarios identifiés**

Les quatre scénarios identifiés pourront être examinés par les autorités de tutelle et l'établissement au regard, notamment, de leur capacité à satisfaire ce socle minimal d'exigences.

### **5.2.1 Le scénario (n° 1) d'adaptation et de maintien de l'autonomie juridique de l'établissement**

Dans ce scénario dit d'adaptation, privilégié par les représentants du personnel de l'établissement, l'EHPAD conserverait son autonomie juridique et se donnerait tous les moyens pour recruter un cadre de direction à temps plein, au besoin par la voie contractuelle.

Selon la direction du CHAM, le poste de directeur est régulièrement publié au journal officiel à destination des directeurs d'établissement médico-sociaux (D3S), mais suscite peu de candidatures. La direction du CHAM a manifesté un certain scepticisme à l'égard de ce scénario qui apparaît « très difficile à tenir ».

De manière plus générale, les EHPAD autonomes ont de plus en plus de difficulté à assumer seuls les problématiques liées à la santé, la sécurité et même le bien-être de leurs résidents. Comme le souligne un rapport récent de la Cour des comptes<sup>80</sup>, l'insertion au sein d'un réseau constitué d'autres acteurs de santé ou d'un groupe d'envergure régionale ou nationale conditionne l'amélioration de la qualité de leur prise en charge et permet de rompre avec l'isolement dont souffrent encore certaines structures. L'intervention de professionnels médicaux et médicotechniques pourrait être facilitée par la mutualisation de leur exercice sur plusieurs établissements. Ce constat amène à identifier les scénarios 2 et 3.

### **5.2.2 Le scénario (n° 2) d'une fusion avec un centre hospitalier**

Compte tenu des défis importants que l'EHPAD doit relever, la fusion avec le CHAM pourrait lui permettre de retrouver des marges de manœuvre, étant cependant observé que la

---

<sup>80</sup> Source : « La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD », rapport public thématique de la Cour des comptes, février 2022.

mise en place d'une direction commune, qui peut théoriquement constituer une étape vers une fusion, a montré ses limites.

La chambre rappelle cependant que son contrôle n'a pas porté sur le CHAM, dont la situation en termes de ressources et de moyens, en personnel notamment, devrait être étudiée au regard de ce scénario.

Ce scénario de fusion avec le CHAM laisse également ouverte la possibilité de confier la gestion de l'EHPAD à un opérateur privé (associatif ou non) sous la forme d'une concession de service public après mise en concurrence de préférence.

Dans certains cas, la constitution d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)<sup>81</sup>, entre le centre hospitalier et le gestionnaire de l'EHPAD, peut permettre d'approfondir la dynamique de coopération en inscrivant l'établissement dans une stratégie de prise en charge commune et graduée des résidents (organisation en amont de la filière d'admission, insertion dans la filière gérontologique locale, etc.)<sup>82</sup>.

### 5.2.3 Le scénario (n° 3) d'une reprise de l'activité

Dans le secteur médicosocial, la tendance actuelle au regroupement des activités ainsi que les fortes contraintes budgétaires et réglementaires pesant sur celles-ci, en particulier s'agissant de l'accueil des personnes âgées dépendantes, peuvent inciter les collectivités ou établissements publics autonomes à transférer la gestion de leurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à d'autres organismes publics ou privés.

D'une manière générale, l'appartenance des EHPAD « à un groupement à l'échelon local ou national leur permet de bénéficier d'une expertise dans leur organisation et d'importants moyens à l'appui de leur activité. <sup>83</sup> ».

Une telle reprise peut permettre à l'établissement de bénéficier via une mutualisation de moyens entre plusieurs établissements, de temps de direction, d'expertise, voire de temps médical.

Ce scénario pose la question de la procédure de choix du repreneur. Le code de l'action sociale et des familles n'organisant pas la procédure au terme de laquelle les autorités peuvent procéder au choix de l'organisme repreneur, le juge en a déduit qu'elles avaient toute latitude en la matière. Elles ont ainsi la possibilité d'organiser une procédure transparente d'appel à candidatures et de sélection repreneur<sup>84</sup> sans que cela constitue une obligation.

La reprise d'activité nécessite un transfert d'autorisation. La réglementation en vigueur dispose que « l'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer, qui s'assure que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil dans le respect de l'autorisation préexistante, le cas échéant au regard des conditions dans lesquelles il gère déjà, conformément

---

<sup>81</sup> Il convient de mentionner l'initiative en cours de l'ARS visant à constituer un GCSMS regroupant tous les EHPAD publics autonomes du Loiret.

<sup>82</sup> Voir le GCSMS créé par le centre hospitalier du Forez à Montbrison avec une association qui a repris la gestion d'un EHPAD, rapport d'activité 2021 du Groupe SOS Seniors, p. 22.

<sup>83</sup> Rapport précité de la Cour des comptes (2022).

<sup>84</sup> CE, 5 octobre 2015, req. N° 372470.

aux dispositions du présent code, d'autres établissements, services ou lieux de vie et d'accueil. » En pratique, la plupart des organismes cessionnaires gérant déjà des établissements, l'incapacité du cessionnaire à remplir les conditions de gestion d'un établissement est difficile à démontrer.

Ce scénario soulève également la question du transfert des personnels d'un EHPAD public vers un opérateur privé : les règles varient selon que le personnel est contractuel de droit public ou fonctionnaire.

Les agents contractuels de droit public deviennent des salariés dont le statut est régi par le code du travail et la convention collective<sup>85</sup>.

S'agissant des fonctionnaires, l'article L. 441-1 du code général de la fonction publique (CGFP), issu de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, a ouvert aux employeurs publics la possibilité de procéder au détachement d'office des fonctionnaires affectés à une activité transférée à une personne morale de droit privé. Le détachement au sein de l'organisme d'accueil s'effectue sur un contrat de travail à durée indéterminée, comprenant une rémunération brute au moins égale à celle antérieurement versée à l'agent. Les modalités du détachement et les conditions d'emploi du fonctionnaire détaché ont été précisées par le décret n° 2020-714 du 11 juin 2020 relatif au détachement d'office.

Toutefois, si ces dispositions trouvent facilement à s'appliquer lorsqu'une collectivité publique transfère l'une de ses activités à un organisme privé, elles semblent moins adaptées au cas d'espèce qui se caractérise par la disparition de l'entité juridique elle-même. En effet, des agents titulaires ne peuvent matériellement pas être détachés d'un établissement qui disparaît en tant qu'entité juridique.

Selon cette logique, la mutation, dans un premier temps, des agents titulaires au CHAM dans le cadre d'une procédure de reclassement pourrait être étudiée. Ils pourraient alors disposer d'un droit d'option entre poursuivre leur activité à l'hôpital ou être détachés ou mis à disposition à titre onéreux du repreneur. Ce montage juridique permettrait aux agents titulaires de continuer à cotiser à la caisse de retraite publique. Dans cette hypothèse, le statut et les acquis des agents de la fonction publique hospitalière, détachés ou mis à disposition auprès d'un organisme privé, devraient pour l'essentiel être préservés.

Un tel montage doit cependant être étudié au regard des capacités, notamment financières, du CHAM à accueillir les personnels de l'EHPAD qui soit décideraient de rester au CHAM, soit seraient amenés à y retourner au terme de leur contrat avec le repreneur.

Par une délibération du 8 septembre 2023, le conseil d'administration de l'établissement a choisi de confier un mandat temporaire de gestion (six mois) à une association, période au cours de laquelle cette dernière a l'intention d'engager des discussions avec les autorités de contrôle, mettre en place une direction de transition à temps complet, élaborer un projet d'établissement et, enfin, consolider le partenariat avec la filière gérontologique locale notamment.

La chambre observe que le modèle économique de ce repreneur intègre un surloyer solidaire et conditionne son projet à l'intégration dans le prix de journée de l'impact du prix de vente du bâtiment et du montant des travaux à réaliser. Sans se prononcer sur ce projet, la chambre relève que, d'une façon générale, la question de l'adéquation des tarifs à l'état de santé et de dépendance des résidents, mais aussi aux charges induites par le rachat et l'entretien du

---

<sup>85</sup> En l'occurrence, la convention collective des établissements à but non lucratifs, CCN 51 FEHAP.

bâtiment se pose dans les trois scénarios de poursuite d'activité. Il en est de même des efforts de gestion à mettre en œuvre.

#### **5.2.4 Le scénario (n° 4) de fermeture de l'établissement, évoqué en dernier ressort**

Les décisions de fermeture administrative sont soumises au contrôle du juge. Aux termes du I de l'article L. 313-16 du code de l'action sociale et des familles : « Lorsque la santé, la sécurité, ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies sont menacés ou compromis, et s'il n'y a pas été remédié dans le délai fixé par l'injonction prévue à l'article L. 313-14 (...), l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation peut décider la suspension ou la cessation de tout ou partie de l'activité de l'établissement (...) ». La décision de fermeture s'effectue sous le contrôle du juge qui vérifie si les conditions posées par les textes sont bien réunies<sup>86</sup>.

Sous réserve de l'appréciation des autorités de tutelle, la persistance des manquements relevés par la chambre, notamment ceux consécutifs à un entretien insuffisant des équipements et des locaux, ne manquerait pas d'avoir à terme des conséquences préjudiciables à la sécurité et à la qualité des soins dispensés aux résidents. C'est pourquoi la rénovation et la sécurisation des locaux devraient constituer une priorité pour l'établissement et les autorités de tutelle.

En cas de fermeture de l'établissement il reviendrait aux autorités de tutelle de prendre en compte le devenir des résidents et des personnels. En effet, si de façon purement arithmétique, les places actuellement disponibles dans les EHPAD du Loiret permettraient l'accueil des résidents des Hirondelles en cas de fermeture, un tel calcul ne prend évidemment pas en compte les conséquences, sur les résidents et leurs familles, générées par l'éloignement géographique ou les différences tarifaires du nouvel établissement d'accueil. De façon toute aussi arithmétique et compte tenu des postes vacants dans ce secteur, les personnels pourraient probablement être redéployés dans d'autres établissements.

La chambre attire cependant l'attention sur le fait que le « virage domiciliaire » ne remet pas nécessairement en cause le besoin pérenne de places en EHPAD dans les années à venir.

Certes, suivant la demande très majoritaire des français de vieillir à domicile, les pouvoirs publics au niveau national affichent une priorité pour le maintien à domicile. Celle-ci, a pour effet de limiter l'évolution du nombre de places en EHPAD davantage que de réduire sa place dans l'offre d'accompagnement<sup>87</sup>.

Dans le département du Loiret, le niveau des places vacantes dans les EHPAD, et notamment dans la zone de Montargis (10 % de la capacité), permettrait sans doute, à court terme, de répondre aux besoins de la population.

Cependant, à terme, ce choix pose question au regard du défi du Grand âge. En effet trois rapports récents de la direction de la recherche et des études statistiques (Drees)<sup>88</sup>, de la commission des affaires sociales du Sénat<sup>89</sup> et de la Société française de gériatrie et

---

<sup>86</sup> Voir en ce sens la décision récente du Conseil d'État, 1<sup>re</sup> chambre, 13 avril 2023.

<sup>87</sup> Voir aussi « Vieillissement de la société française : réalités et conséquences », Haut-Commissariat au plan, février 2023.

<sup>88</sup> Drees, *Études et Résultats*, n° 1172, décembre 2020.

<sup>89</sup> Rapport d'information de la commission des affaires sociales, Sénat, juillet 2022.

gérontologie concluent tous au besoin de places supplémentaires en EHPAD dans les années à venir au regard du vieillissement de la population.

Dans ce contexte, et alors même que les nouvelles générations de seniors affichent une préférence pour un autre type d'habitat que celui proposé par les EHPAD, il est rendu plus difficile de réduire le nombre des EHPAD lorsqu'ils hébergent aujourd'hui plus de 700 000 personnes âgées et que le nombre des personnes de 85 ans et plus va exploser à partir de 2030 (cf. annexe n° 7).

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Il ne revient pas à la chambre de formuler une quelconque préconisation sur le devenir de l'EHPAD, lequel relève d'un choix stratégique de l'établissement et des autorités tarifcatrices et de contrôle.*

*À l'issue de son contrôle et des entretiens menés, la chambre a identifié quatre scénarios d'évolution possibles qui pourront être expertisés par les autorités de tutelle, notamment au regard d'un socle minimal d'exigences que l'établissement devrait satisfaire pour garantir sa pérennité.*

*Une décision rapide permettrait non seulement de rassurer les résidents, les familles et les personnels de l'établissement sur l'avenir, mais aussi de contenir de manière pérenne les risques décrits dans le présent rapport.*

*Dans ce sens, par une délibération du 8 septembre 2023, le conseil d'administration de l'établissement a choisi de confier un mandat temporaire de gestion (six mois) à une association. La chambre observe que le modèle économique de ce repreneur intègre un surloyer solidaire et conditionne son projet à l'intégration dans le prix de journée de l'impact du prix de vente du bâtiment et du montant des travaux à réaliser.*

---

## ANNEXES

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Annexe n° 1. Procédure.....                             | 67 |
| Annexe n° 2. Le contexte territorial .....              | 68 |
| Annexe n° 3. Les tarifs d'hébergement.....              | 70 |
| Annexe n° 4. Les conditions de cession du bâtiment..... | 72 |
| Annexe n° 5. Plan du bâtiment.....                      | 73 |
| Annexe n° 6. Les différentes options tarifaires .....   | 74 |
| Annexe n° 7. Quels besoins de places en EHPAD.....      | 75 |
| Annexe n° 8. Glossaire.....                             | 76 |
| Annexe n° 9. Réponse .....                              | 78 |

### Annexe n° 1. Procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

| <i>Objet</i>                                              | <i>Dates</i>                                  | <i>Destinataires</i>                                      | <i>Dates de réception des réponses éventuelles</i> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>         | 14 avril 2023<br>reçue le<br>27 avril 2023    | M. Jean-Luc Davigo, ordonnateur<br>depuis le 30 mars 2020 |                                                    |
|                                                           | 3 mai 2023<br>reçue le<br>10 mai 2023         | M. Régis Etronnier, ancien<br>ordonnateur                 |                                                    |
| <i>Entretiens fin de contrôle</i>                         | 20 juin 2023                                  | M. Jean-Luc Davigo                                        |                                                    |
|                                                           | 21 juin 2023                                  | M. Régis Etronnier                                        |                                                    |
| <i>Délibéré de la chambre</i>                             | 6 juillet 2023                                |                                                           |                                                    |
| <i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>  | 2 août 2023<br>reçu le<br>4 août 2023         | M. Jean-Luc Davigo                                        | 5 et 6 septembre 2023                              |
|                                                           | 2 août 2023<br>reçu le<br>4 août 2023         | M. Régis Etronnier                                        | néant                                              |
| <i>Délibéré de la chambre</i>                             | 29 septembre 2023                             |                                                           |                                                    |
| <i>Envoi du rapport d'observations définitives (RODI)</i> | 23 octobre 2023<br>reçu le<br>26 octobre 2023 | M. Jean-Luc Davigo                                        | 23 novembre 2023                                   |
|                                                           | 23 octobre 2023<br>reçu le<br>30 octobre 2023 | M. Régis Etronnier                                        | néant                                              |

## Annexe n° 2. Le contexte territorial

### Un département en croissance démographique

Avec près de 670 000 habitants, le département du Loiret est le plus peuplé de la région. Il représente près de 26 % de la population régionale et occupe le 34<sup>e</sup> rang des départements métropolitains les plus peuplés. Le poids de la population du Loiret dans la population régionale n'a cessé de progresser depuis 30 ans. Outre l'axe ligérien, les croissances démographiques les plus importantes sur la période récente sont toutes situées dans les franges nord du département, sous influence de l'aire francilienne.

### Un vieillissement plus marqué qu'au niveau national

La population de la région Centre-Val de Loire connaît un vieillissement plus marqué qu'au niveau national : la part des 65-74 ans (9 %) et des 75 ans et plus (10 %) est supérieure au niveau national (respectivement de 8 % et 9 %)<sup>90</sup>. Selon l'INSEE, la projection de la population du Loiret en 2040 prévoit une forte augmentation de la population totale du Loiret (728 000 habitants). Cette augmentation de la population concerne également la tranche d'âge des personnes âgées de 65 ans et plus qui représente plus du quart de la population du Loiret en 2020. À l'horizon 2040, la projection de la population indique une augmentation de 73 % dans le Loiret.

Malgré tous les moyens engagés pour réussir le virage domiciliaire, le besoin de places en EHPAD va continuer à s'accroître dans les années à venir en France. La population de personnes âgées dépendantes, estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, pourrait atteindre 4 millions en 2050. Si la dépendance évolue de façon plus optimiste, il faudrait ouvrir 56 000 places en EHPAD d'ici 2030<sup>91</sup>.

### Un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale

La région Centre-Val de Loire compte 28 840 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), auxquelles s'ajoutent 3 193 logements en logements-foyers et 67 places en maisons de retraite non EHPAD. Le taux d'équipement régional en EHPAD est de 106,0 ‰ personnes âgées de 75 ans et plus (contre 100,4 ‰ au niveau national). L'offre en région Centre-Val de Loire est complétée par 1 349 lits et places en unité de soins de longue durée (USLD).

Le département du Loiret compte 7 819 places, soit 126,2 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus<sup>92</sup> avec d'importantes disparités territoriales en termes d'offre dédiée à l'accueil des personnes âgées<sup>93</sup>. Le Loiret compte 89 structures d'accueil pour personnes âgées dont 70 établissements d'hébergement et 19 établissements assimilés à du domicile (accueil de jour, résidence autonomie, maison d'accueil rural pour personnes âgées).

Pour ce qui concerne les EHPAD, le département du Loiret a le deuxième plus faible taux d'équipement en places installées (103,3 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus), après l'Indre-et-Loire (100,5), même si ces taux sont supérieurs à la moyenne nationale.

<sup>90</sup> Source : schéma régionale de santé.

<sup>91</sup> Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2022.

<sup>92</sup> Schéma gérontologique départemental.

<sup>93</sup> Le site internet du département donne une estimation légèrement inférieure, soit 6 935 lits et places.

### **Le schéma de cohésion sociale du département du Loiret**

Le schéma de cohésion sociale 2017-2021 du département du Loiret privilégie le maintien à domicile des Loirétains en l'inscrivant dans le projet du territoire. À cet égard, le schéma prévoit la création de 100 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans le cadre du programme régional de santé (PRS), considérant que si le taux d'équipement en établissements médicalisés est au-dessus de la moyenne nationale, celui des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide à domicile (SPASAD) est inférieur à la moyenne nationale. Ainsi, au regard de ces tendances lourdes, le schéma départemental privilégie les actions en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Il envisage une pause de la création de nouvelles places et prône le renforcement des moyens au sein des EHPAD existants. Arrivé à échéance, le schéma de cohésion sociale n'a pas été actualisé.

### **Le plan de rénovation des établissements gériatriques**

Le département du Loiret a lancé en 2015 un plan solidaire visant à améliorer l'hébergement des personnes âgées dépendantes par la reconstruction ou la restructuration de 24 EHPAD habilités à l'aide sociale à l'hébergement, sur les 68 EHPAD que compte le Loiret. Ce projet baptisé plan « Loiret Bien Vieillir » (LBV) est non seulement un outil de programmation financière, mais aussi un outil d'actualisation et d'adaptation de l'offre d'accompagnement en EHPAD.

Le département du Loiret est propriétaire de trois EHPAD : « Les Hirondelles » à Dordives, « Saint Martin » à Malesherbes et « Pierre Mondine » à Outarville. Ces structures spécialisées ont pour activité l'accueil de personnes âgées en pension complète. Les trois EHPAD du début des années 1990 sont organisés sur le même schéma, à savoir des sites de plain-pied avec des espaces résidentiels évoluant autour d'un cœur de bâtiment regroupant l'ensemble des services proposés (activités, restauration, etc.).

Aujourd'hui, les EHPAD sont confrontés à une population vieillissante, fragile, éprouvant de plus en plus de difficultés à pratiquer des activités ou à se déplacer. Des besoins techniques (climatisation, amélioration des distributions d'eau, amélioration des conditions d'exploitation notamment en vide sanitaire...) et d'adaptation des espaces (protection des murs contre le frottement des fauteuils roulants, adaptation du mobilier...) se font ressentir afin d'améliorer les conditions de vie des résidents mais également les conditions de travail du personnel. Une remise en état et à niveau est aujourd'hui nécessaire afin de garantir le confort des résidents et de valoriser le patrimoine.

### Annexe n° 3. Les tarifs d'hébergement

**Tableau n° 31 : Tarifs hébergement par mois des EHPAD du Loiret (2018)**

| <i>Loiret</i>          | Nombre d'EHPAD | Premier décile (D1) | Premier quartile (Q1) | Médiane        | Troisième quartile (Q3) | Neuvième décile (D9) | Rapport inter décile |
|------------------------|----------------|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| 1 - Public             | 31             | 1 760 €             | 1 800 €               | 1 871 €        | 1 970 €                 | 2 035 €              | 1,16                 |
| 2 - Privé non lucratif | 14             | 1 836 €             | 1 952 €               | 2 301 €        | 2 520 €                 | 2 586 €              | 1,41                 |
| 3 - Privé commercial   | 20             | 2 373 €             | 2 607 €               | 2 711 €        | 3 048 €                 | 3 271 €              | 1,38                 |
| <b>TOUS STATUTS</b>    | <b>65</b>      | <b>1 798 €</b>      | <b>1 867 €</b>        | <b>2 035 €</b> | <b>2 606 €</b>          | <b>2 991 €</b>       | <b>1,66</b>          |

Source : fichier Excel CNSA fourni par l'établissement.

La détermination du forfait global dépendance (FGD) et du forfait global dépendance du Loiret (FGDL) pour l'exercice 2020 tient compte des données suivantes.

**Tableau n° 32 : Forfait global dépendance 2020**

| <i>en €</i>                                                                                                                                            | 2020                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Valeur du point GIR départemental (1)                                                                                                                  | 6,63 €              |
| Total de points GIR issus du GMP validé (2)                                                                                                            | 66 480 €            |
| Forfait global dépendance théorique (art. R. 314-173 du CASF) (3) = (1) x (2)                                                                          | 440 762,40 €        |
| Charges nettes 2019 de l'hébergement permanent ou FGD 2019 sans reprise de résultat (4)                                                                | 415 767,50 €        |
| 1/4° de la fraction de la différence entre (3) et (4) = (5)                                                                                            | 2 546,38 €          |
| Reprise des résultats pour l'exercice 2019 (6)                                                                                                         | - 34 459,08 €       |
| <b>FGD issu de l'équation tarifaire de l'article R314-173 du CASF tenant compte de la convergence et de la reprise de résultat (7) = (4) + (5)-(6)</b> | <b>456 475,31 €</b> |

Source : documents du département.

Ainsi, pour l'année 2020, le forfait global dépendance (FGD) issu de l'équation tarifaire de l'article R. 314-173 du CASF tenant compte de la convergence tarifaire et de la reprise des résultats est 456 475 € en 2020. Ce montant sert de base pour le calcul des tarifs 2020 afférents à la dépendance.

**Tableau n° 33 : Forfait global dépendance à la charge du département**

| <i>en €</i>                                                                                                                                              | 2020                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>FGD issu de l'équation tarifaire de l'article R. 314-173 du CASF tenant compte de la convergence et de la reprise de résultat (7) = (4) + (5)-(6)</b> | <b>456 475,31 €</b> |
| Montant prévisionnel participation des « résidents » - GIR 5-6                                                                                           | 153 799,32 €        |
| Montant prévisionnel « résidents » - 60 ans                                                                                                              | 0 €                 |
| Participation des autres départements pour les résidents GIR 1-2 bénéficiaires et non bénéficiaires de l'APA                                             | 67 879,50 €         |
| Participation des autres départements pour les résidents GIR 3-4 bénéficiaires et non bénéficiaires de l'APA                                             | 33 962,76 €         |
| <b>Forfait Global dépendance du Loiret (FGDL)</b>                                                                                                        | <b>200 833,73 €</b> |

Source : documents du département.

Tableau n° 34 : Détail de la cotation des six groupes iso-ressources (GIR)

| <i>Groupe ISO ressources GIR</i>                          | Nombre de résidents<br>2020 | Nombre de résidents<br>2021 | Nombre de résidents<br>2022 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <i>GIR I</i>                                              | 5                           | 7                           | 6                           |
| <i>GIR II</i>                                             | 21                          | 18                          | 17                          |
| <i>GIR III</i>                                            | 11                          | 16                          | 22                          |
| <i>GIR IV</i>                                             | 17                          | 32                          | 26                          |
| <i>GIR V</i>                                              | 4                           | 2                           | 2                           |
| <i>GIR VI</i>                                             | 1                           | 0                           | 0                           |
| <b>Total</b>                                              | <b>59</b>                   | <b>75</b>                   | <b>73</b>                   |
| <b>Date de validation</b>                                 | <b>31/12/2020</b>           | <b>31/12/2021</b>           | <b>31/12/2022</b>           |
| <b>GIR moyen pondéré<br/>(cotation par les autorités)</b> | <b>645</b>                  | <b>613</b>                  | <b>616</b>                  |

Source : établissement.

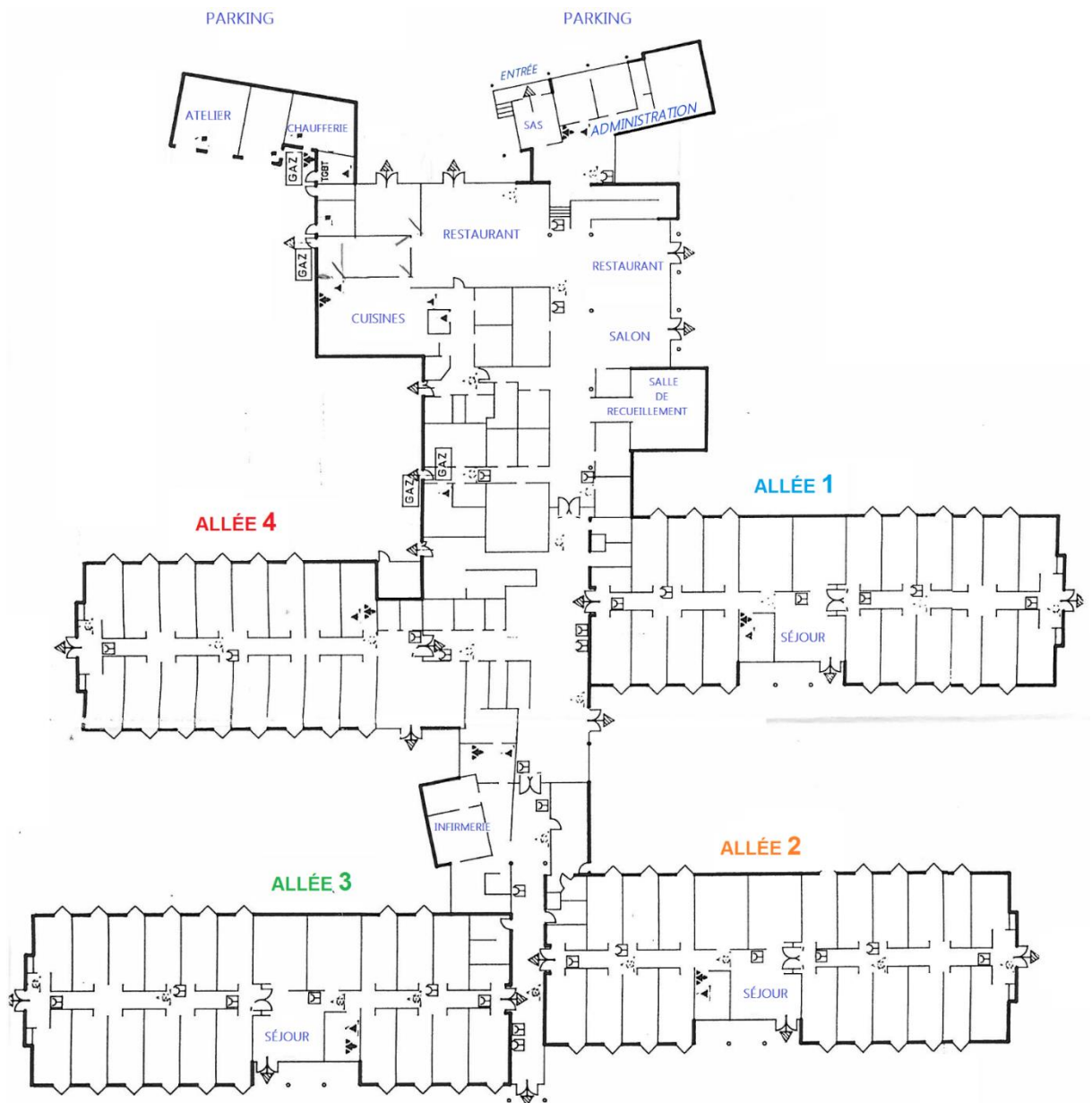
## Annexe n° 4. Les conditions de cession du bâtiment

**Tableau n° 35 : Les conditions de cession du bâtiment**

|                                                       | Impact         | Commentaires                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Prix de cession brut</i>                           | 2 500 000 €    | Valeur vénale estimée par la direction générale des finances publiques avec abattement de 15 % |
| <i>Marge (15 %)</i>                                   | -375 000 €     |                                                                                                |
| <i>Prix net</i>                                       | 2 125 000 €    |                                                                                                |
| <i>Prix net avec droit de mutation</i>                | 2 295 000 €    | 8 % de droit de mutation                                                                       |
| <i>Ingénierie financière/durée 20 ans</i>             | 114 750 € / an | Remboursement étalé auprès du département sans frais financier                                 |
| <i>Impact brut</i>                                    | + 3,90 €       | 29 350 journées/an (82 lits à 98 %/taux activité)                                              |
| <i>Abrogation du loyer actuel</i>                     | -1,60 €        | 47 000 € de charge locative                                                                    |
| <i>Reprise marge tarifaire actuelle</i>               | -2,53 €        | Écart entre le budget réel et le budget accordé                                                |
| <i>Provision annuelle pour gros entretien à créer</i> | + 0,23 €       | 0,3 % du prix de cession (base plancher)                                                       |
| <i>Impact net</i>                                     | 0 €            | Impact brut diminué des charges budgétaires/tarif                                              |
| <i>PJ après cession (estimation brute)</i>            | 55,22 €        | Tarif identique à celui arrêté par le département en 2018                                      |

Source : lettre du département adressée à la directrice de l'EHPAD (6 avril 2021).

## Annexe n° 5. Plan du bâtiment



## Annexe n° 6. Les différentes options tarifaires

Le tarif partiel (TP) n'intègre qu'une partie des dépenses de soins, le reste étant pris en charge à l'acte, dans le cadre de l'enveloppe de soins de ville. Sont pris en compte : les prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales ; les interventions du médecin coordonnateur, des infirmiers salariés ou libéraux, du pharmacien et d'auxiliaires médicaux salariés assurant les soins, à l'exception de celles des diététiciens ; les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux (concurrentement avec les produits relatifs à la dépendance) ; l'amortissement et la dépréciation du matériel médical.

Le tarif global (TG) intègre presque toutes les dépenses de soins : aux dépenses énumérées pour le tarif partiel s'ajoutent celles destinées à couvrir les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie (à l'exception des examens réalisés avec des équipements médicaux lourds, par exemple). Le tarif global, en salariant du temps médical, permet d'éviter les ruptures de soins entre résidents et médecins traitants libéraux (départs à la retraite non remplacés, etc.).

Ces deux tarifs varient suivant que l'établissement dispose ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Quand l'établissement dispose d'une PUI, le tarif comprend les médicaments selon une liste fixée réglementairement, qui exclut les médicaments à usage hospitalier.

La valeur du point des équations tarifaires, qui détermine le forfait global soins de l'EHPAD, tient compte de l'option tarifaire et de la présence ou non dans l'établissement d'une PUI. En 2021 les valeurs des points sont les suivantes : 12,44 € (tarif global sans PUI), 13,10 € (tarif global avec PUI), 10,48 € (tarif partiel sans PUI), 11,11 € (tarif partiel avec PUI). Au 31 décembre 2018, les EHPAD France entière et DOM se répartissent en 71 % en TP sans PUI, 1 % en TP avec PUI, 11 % en TG sans PUI et 17 % en TG avec PUI.

## Annexe n° 7. Quels besoins de places en EHPAD

Selon une étude de la direction de la recherche et des études statistiques (Drees)<sup>94</sup>, en 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Sur la base du modèle de projection « Lieux de vie et autonomie » (Livia), la Drees mentionne que « conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dans la durée le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires en EHPAD entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes ».

Dans le même sens, un rapport récent de la commission des affaires sociales du Sénat<sup>95</sup> affirme que le besoin de places en EHPAD va continuer à augmenter. La population des personnes âgées dépendantes, estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, pourrait atteindre 4 millions en 2050 et il faudrait ouvrir 56 000 places en EHPAD d'ici 2030.

Par ailleurs, il peut être utile de prendre en compte le contexte général tendant à restreindre les lits en gériatrie. Une enquête de la Société française de gériatrie et gérontologie, menée auprès de 792 services de gériatrie en janvier 2023, met en lumière le volume important des fermetures de lits. L'enquête recense 25,7 % de lits fermés dans les 278 unités gériatriques concernées par ces fermetures. Les services de soins médicaux et de réadaptation sont les plus touchés par ce phénomène. L'enquête porte aussi sur les courts séjours gériatriques, les unités de soins de longue durée et les EHPAD qui sont un peu moins touchés que les services hospitaliers.

---

<sup>94</sup> Drees, *Études et Résultats*, n° 1172, décembre 2020.

<sup>95</sup> Rapport d'information de la commission des affaires sociales, Sénat, juillet 2022.

**Annexe n° 8. Glossaire**

|       |                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| AJ    | Accueil de jour                                                            |
| AMP   | Aide médico-psychologique                                                  |
| APA   | Allocation personnalisée d'autonomie                                       |
| ARS   | Agence régionale de santé                                                  |
| AS    | Aide-soignant                                                              |
| ASG   | Assistant de soins en gérontologie                                         |
| ASH   | Agent de service hospitalier                                               |
| CA    | Conseil d'administration                                                   |
| CASF  | Code de l'action sociale et des familles                                   |
| CCAS  | Centre communal d'action sociale                                           |
| CC4V  | Communauté de communes des Quatre Vallées                                  |
| CET   | Compte épargne temps                                                       |
| CHAM  | Centre hospitalier de l'agglomération Montargoise                          |
| CHRO  | Centre hospitalier régional d'Orléans                                      |
| CHSCT | Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail                 |
| CHT   | Communauté hospitalière de territoire                                      |
| CJF   | Code des juridictions financières                                          |
| CMP   | Centre médicopsychologique                                                 |
| CNAM  | Caisse nationale d'assurance maladie                                       |
| CNG   | Centre national de gestion                                                 |
| CNR   | Crédits non reconductibles                                                 |
| CNSA  | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie                            |
| CPAM  | Caisse primaire d'assurance maladie                                        |
| CPOM  | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens                               |
| CRP   | Compte de résultat principal                                               |
| CSE   | Comité social et économique                                                |
| CSG   | Court séjour gériatrique                                                   |
| CSP   | Code de la santé publique                                                  |
| CTE   | Conseil technique d'établissement                                          |
| CTP   | Convention tripartite                                                      |
| CVS   | Conseil de la vie sociale                                                  |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes               |
| EIG   | Evènements indésirables graves                                             |
| EPP   | Évaluation des pratiques professionnelles                                  |
| EPRD  | État prévisionnel des recettes et des dépenses                             |
| ERRD  | État réalisé des recettes et des dépenses                                  |

|       |                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------|
| ESMS  | Établissements et services médico-sociaux              |
| ETP   | Équivalent temps plein                                 |
| FHF   | Fédération hospitalière de France                      |
| FIR   | Fonds d'intervention régionale                         |
| GCSMS | Groupement de coopération sociale et médico-sociale    |
| GIR   | Groupe iso-ressources                                  |
| GMP   | GIR moyen pondéré                                      |
| GVT   | Glissement vieillissement technicité                   |
| HAD   | Hospitalisation à domicile                             |
| HAS   | Haute autorité de santé                                |
| HP    | Hébergement permanent                                  |
| HT    | Hébergement temporaire                                 |
| IDE   | Infirmier diplômé d'État                               |
| MEDEC | Médecin coordonnateur                                  |
| PASA  | Pôle d'activités et de soins adaptés                   |
| PGFP  | Plan global de financement pluriannuel                 |
| PMP   | Pathos moyen pondéré                                   |
| PMSI  | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PRE   | Plan de retour à l'équilibre                           |
| PRS   | Projet régional de santé                               |
| PUI   | Pharmacie à usage intérieur                            |
| RAMA  | Rapport annuel d'activité médicale                     |
| RH    | Ressources humaines                                    |
| UHR   | Unité d'hébergement renforcée                          |
| USLD  | Unité de soins de longue durée                         |

**Annexe n° 9. Réponse**

**De:**  
**Envoyé:** jeudi 23 novembre 2023 19:10  
**À:** greffe-CVDL  
**Cc:** CHAM Direction Générale;  
**Objet:** Retour CHAM - rapport CRC "Contrôle flash relatif à la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Hirondelles de Dordives



Attention : ce courriel ne provient pas des JF, traitez-le avec prudence

Madame la présidente,

Je vous remercie de votre envoi du rapport d'observation relatif à la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les Hirondelles » de Dordives, pour les exercices 2020 et suivants. Je vous transmets par retour mes observations.

Le présent rapport apporte une perspective de perception par les intervenants du CH de l'agglomération montargoise. Le CHAM a établi la direction commune avec l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les Hirondelles » à la demande et en concertation avec les autorités de tutelle, au vu d'une situation complexe qui perdurait.

Dans le chapitre "Synthèse", le rapport de la chambre régionale des comptes note comme atout la situation géographique de l'établissement. Il faut souligner que 40% des résidents ne proviennent pas du département. La position géographique de l'établissement l'explique bien sûr, mais l'adéquation de l'offre médico-sociale aux besoins des habitants de ce secteur du département du Loiret est questionnée. Et la situation engendre en plus des flux financiers qui ne sont pas sans impacts en termes de trésorerie pour l'établissement, ce qui a été signalé. Le rapport mentionne également une insertion dans le réseau de soins insuffisante, en particulier concernant les soins dentaires. La problématique des soins dentaires se pose sur de nombreux territoires, en l'occurrence il n'y a pas de structure adaptée pour la gérontologie sur le secteur, en outre les centres dentaires existants prennent difficilement de nouveaux patients, concernant les adultes de manière générale.

Par ailleurs, les interventions des libéraux sont un recours généralisé pour les l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en tarif partiels.

Également, le rapport de la chambre régionale des comptes évoque le fait que la direction commune n'a pas permis d'améliorer les dites pratiques comptables. La situation dégradée de l'établissement est connue par les autorités de tutelle depuis près de dix ans. Un audit financier a ainsi été réalisé en 2018. De ce fait, l'établissement n'est pas attractif, et est même considéré par la profession de directeur d'établissements sociaux et médico-sociaux comme extrêmement difficile... Des avis de vacances de poste sont régulièrement publiés, sans candidats. Deux directrices à temps plein se sont succédé en 2020 et 2021, mais n'ont pu poursuivre leur action. Depuis lors, ce sont deux directeurs adjoints du CHAM et de

l'Hôpital/EHPAD de Beaune-la-Rolande qui ont réalisé l'intérim à 20%, et encore aujourd'hui.

La régularisation administrative et budgétaire, en particulier pour les délibérations financières, a néanmoins été enclenchée depuis le début de la direction commune. Elle se poursuit.

Et avec le contexte de la crise covid à partir de mars 2020, la mobilisation des ressources nécessaires au rétablissement d'un pilotage pérenne s'est avérée difficile. La situation épidémique très forte, avec les deux établissements en gestion de crise (avec pour le CHAM notamment le doublement de lits de soins critiques dans un laps de temps très court pour faire face à l'afflux de patients atteints par la covid) n'a pas permis tout l'appui attendu par l'EHPAD « les Hirondelles ».

Dans les recommandations, en fin de synthèse, il est évoqué en recommandation numéro 7 le nombre de chutes de résidents. Il nous appartient d'apporter un contraste sur cet état des lieux, en effet, toutes les chutes sont enregistrées et cotées, certaines d'entre elles sont des "glissades", d'autres sont des "chutes de plein pieds". Il serait intéressant de mettre en relation les scores cotés de l'établissement Les Hirondelles avec d'autres structures de tailles comparables.

J'ajoute plusieurs précisions complémentaires :

Le point "1.1.4 Une entrée plus tardive en établissement", il est important de préciser que le PATHOS évalué par la structure n'a pas été visé et validé par l'ARS, les instabilités de l'organisation ne permettant pas de programmer une coupe PATHOS validant. Cette incapacité de contexte est un potentiel poids économique considérable.

Le point "2.1.1 Une direction commune non stabilisée", le rapport énonce que la cadre de santé "assure de fait la fonction de direction au quotidien (...). Les contrats de travail ainsi que les pièces relatives à la commande publique sont signés par le directeur délégué de l'établissement"; la note de bas de page numéro 21 nous dit "Juridiquement, cette équipe administrative ne serait pas placée sous l'autorité du Directeur du CHAM, et la convention de direction commune n'est pas aussi précise sur ce point". Il convient d'apporter un éclairage sur ces énonciations : la direction du CHAM est en responsabilité sur le site de Dordives, le directeur délégué est arbitre des situations et problématiques, et opère les signatures des admissions, des mandats d'encaissements et de décaissements. L'équipe administrative est sous la hiérarchie directe du directeur délégué.

Le point "2.2.4 Les charges non rattachées et non payées" évoque une problématique de suivi de facturation et de gestion de trésorerie ; notamment elle évoque un impayé de 112 000 € au prestataire EDF. Il est important de clarifier ces informations : les factures EDF sont extrêmement instables dans leurs montants mensuels, pouvant passer de 0 € pour un mois, jusqu'à plus de 40 k€ pour le mois suivant. En l'attente d'un retour sur une mise en lien entre les consommations réelles de l'établissement, et le calcul de facturation, la direction, déjà en délicatesse de trésorerie, a opté pour une régularisation des factures jugées "normales" (entre 4000 et 6000€/mois), et un gel des factures au montant jugé trop élevé et irréaliste.

Le point "2.2.5 La procédure de facturation des frais d'hébergement" évoque l'absence de procédure d'admission, empêchant une étude approfondie sur la viabilité économique des

demandes d'admission. Il est important d'apporter une précision : les dossiers sont visés sur le plan du soin et le plan économique par les équipes soignantes et administratives, et soumis à validation au directeur délégué. Le risque de créances irrécouvrable est le même que dans d'autres structures, mais l'absence de commission n'est pas problématique sur ce plan-là. En outre, les modes de facturations ont été réduits, puisque toutes les facturations ont été passées en termes échus, notamment pour fluidifier le process.

Le point "4.3.9 L'absence de médecin coordonnateur et d'infirmière de nuit" énonce que l'équipe de nuit ne compte pas d'infirmière de nuit, ce qui est la situation ordinaire de la majorité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur le territoire national.

Fixer, rapidement, l'avenir de l'établissement est un impératif majeur. Des réunions sur l'évolution de la situation entre la direction, le Conseil départemental et l'ARS sont régulières. Et le suivi de l'action de l'association qui s'est vu donner un mandat de gestion est déjà conjointement enclenché avec elle.

Je vous prie de croire, madame la Présidente, en l'assurance de ma respectueuse considération.



Jean-Luc DAVIGO  
Directeur

CHAM  
658 rue des Bourgoins  
45200 AMILLY

Tél : 02 38 95 91 11  
Fax : 02 38 95 90 22  
[www.ch-montargis.fr](http://www.ch-montargis.fr)





**Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire**  
**15 rue d'Escures**  
**BP 2425**  
**45032 Orléans Cedex 1**  
**Tél. : 02 38 78 96 00**  
[centre-val-de-loire@crtc.ccomptes.fr](mailto:centre-val-de-loire@crtc.ccomptes.fr)  
<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire>