



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Contrôle de l'activité du groupe Medicharme

MARS 2024

Frédéric **LAVENIR**
Antonin **NGUYEN**
Lucile **WAQUET-AIRY**

Laurent **HABERT**
Dr. Claude **GADY-CHERRIER**
Agnès **JOSSSELIN**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Ministère délégué chargé des Comptes publics
Ministère du Travail, du plein Emploi et de l'Insertion
Ministère des Solidarités et des Familles

Inspection générale des finances

IGF N° 2023-M-080-04

Inspection générale des affaires sociales

IGAS N° 2023-077R

RAPPORT FINAL

CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ DU GROUPE MEDICHARME

Établi par

ANTONIN NGUYEN
Inspecteur des finances

LUCILE WAQUET-AIRY
Inspectrice des finances

Sous la supervision de
FRÉDÉRIC LAVENIR
Inspecteur général des finances

LAURENT HABERT
Inspecteur général des affaires sociales

Dr. **CLAUDE GADY-CHERRIER**
Médecin, membre de l'Inspection
générale des affaires sociales

AGNÈS JOSSELIN
Inspectrice des affaires sociales

Avec la participation de
LÉNA KOVALSKY
Stagiaire de l'IGAS

- MARS 2024 -

SYNTHÈSE

Par lettre du 1^{er} août 2023, le ministre du Travail, du plein emploi et de l'insertion, la ministre des Solidarités et des familles et le ministre délégué chargé des Comptes publics ont saisi le chef de l'Inspection générale des affaires sociales et la cheffe de l'Inspection générale des finances d'une demande de contrôle du groupe Médicharme, gestionnaire de structures médico-sociales hébergeant des personnes âgées. Cette saisine fait suite à des alertes émanant de plusieurs ARS sur le fonctionnement de certains établissements.

Avec 43 établissements d'hébergement pour personnes âgées, dont 32 EHPAD, le groupe Médicharme se situe, en France, en 8^{ème} position du classement des groupes d'EHPAD en fonction du nombre de lits, très loin derrière les cinq premiers acteurs qui concentrent, à eux seuls, 66 % des lits en France. Il a réalisé en 2022, un chiffre d'affaires d'environ 89 M€ hors activité immobilières et comptait 1 280 salariés. Depuis 2018, le groupe est détenu à 95 % par le fonds d'investissement G Square Capital.

La croissance externe rapide du groupe Médicharme est intervenue dans un contexte général de consolidation du secteur des EHPAD dans les années 2010 : le groupe, constitué début 2015, a acquis en moyenne près de quatre établissements par an, entre 2015 et 2022, et jusqu'à neuf établissements en 2019. Pour financer cette croissance, le groupe s'est endetté auprès du fonds d'investissement BlackRock et a revendu, en cession-bail, la quasi-intégralité de l'immobilier des établissements acquis, en lot à des acteurs institutionnels ou « à la découpe » à des centaines d'épargnants particuliers.

Ces opérations, bien que comptablement bénéficiaires, se sont avérées presque systématiquement financièrement déficitaires en raison notamment des frais d'intermédiation, du coût fiscal et du coût des travaux de mise aux normes. Elles ont, de ce fait, contribué à l'épuisement de la trésorerie du groupe. Par ailleurs, le niveau élevé des loyers consentis aux investisseurs-bailleurs, combiné aux modalités complexes du refinancement BlackRock, pèse désormais lourdement sur le résultat d'exploitation du groupe (à hauteur de près de 15 % du chiffre d'affaires). Enfin, en acceptant de signer des baux de 11 à 18 ans, Médicharme a figé la destination des murs de ses EHPAD pour des durées très longues, obérant toute perspective de regroupement ou de relocalisation géographique, alors même que de tels mouvements eussent été nécessaires compte tenu de la taille manifestement sous-critique de certains établissements.

Les investisseurs particuliers acquéreurs des chambres, ont été quant à eux amenés à s'engager, dans des conditions peu transparentes, sur des supports complexes et risqués. Plus que d'un investissement immobilier il s'agit en effet pour eux de faire « à l'aveugle » crédit à très long terme à un exploitant d'EHPAD, en s'exposant à l'éventualité d'un retrait ou d'un non renouvellement de l'autorisation administrative d'exploitation, voire d'une défaillance de l'entreprise.

Tant pour permettre les rapprochements et mobilités géographiques d'établissements en vue de viabiliser le modèle économique du secteur que par souci de protection des investisseurs non professionnels, la mission suggère ainsi d'envisager l'interdiction de la vente à la découpe des EHPAD.

Médicharme a tardé à maîtriser les implications organisationnelles de sa croissance dynamique et ne s'est doté que tardivement de certaines fonctions centrales essentielles : ainsi en particulier, alors que les fonctions financières, budgétaires et immobilières avaient été rapidement mises en place, la direction des ressources humaines (DRH) et la direction médicale n'ont été créées ou structurées que tardivement.

Rapport

Le groupe a également sous-estimé, dans un premier temps, le défi opérationnel que représentait la gestion des établissements acquis. Ceux-ci ont ainsi connu d'importants dysfonctionnements, relevés par les agences régionales de santé et les conseils départementaux à l'occasion de leurs contrôles, auxquels le groupe a commencé à remédier. La mission a d'abord constaté une instabilité du trio de gouvernance des EHPAD (direction, médecin et infirmier coordinateurs), ce *turnover* ne favorisant pas l'engagement, sur la durée, des démarches structurées d'amélioration de la qualité. L'instabilité des directions s'est doublée d'une absence ou d'un temps de présence insuffisant des médecins coordonnateurs. Par ailleurs, le groupe fait face à des difficultés, courantes dans le secteur, de recrutement d'aides-soignants : le taux moyen d'encadrement soignant y est inférieur de cinq points à ce qui est constaté dans le secteur des EHPAD à but lucratif, les agents de service hospitalier (ASH), recrutés en plus grand nombre s'y substituant pour partie. Plus généralement, les tutelles ont relevé de nombreuses carences de fonctionnement découlant de ces insuffisances : au 1^{er} novembre 2023, dans la suite de leurs contrôles, près de 30 % des injonctions et un peu moins de la moitié des prescriptions n'étaient pas considérées comme levées.

Le groupe Médicharme a réalisé des progrès visibles depuis deux ans, sous l'impulsion d'une direction renouvelée. Ainsi, les directions d'établissements, se stabilisent et des dispositions visant à améliorer la qualité de l'accompagnement ont été prises : recrutements de médecins coordonnateurs, recrutement d'infirmiers coordonnateurs, sécurisation du circuit du médicament, diffusion de procédures qualité à l'initiative de la direction médicale nouvellement créée, politique de formation en cours de structuration. Un logiciel de soins et de tarification commun, en cours de déploiement, Titan Groupe, permet d'améliorer la traçabilité et la coordination des soins. S'agissant spécifiquement des médecins coordonnateurs, la mission a pu constater l'intérêt, en cas l'absence d'autre possibilité, du recrutement de médecins coordonnateurs en distanciel. Cependant cette pratique, qui pourrait se développer compte tenu de l'évolution défavorable de la démographie médicale, mérite d'être encadrée. La mission constate qu'en dépit de ces avancées, il reste des progrès à accomplir pour structurer la démarche qualité dans le groupe et poursuivre l'appropriation par les équipes de la politique de bientraitance.

Ces efforts de mise à niveau, inévitablement générateurs de coûts supplémentaires, ont été réalisés dans une période où les difficultés de recrutement de personnel soignant, la hausse corrélative des coûts salariaux (suite notamment au Ségur de la santé), et la baisse des taux d'occupation des EPHAD (consécutive au Covid et à l'affaire ORPEA) fragilisaient le modèle économique de l'ensemble du secteur : ils ont ainsi ajouté des facteurs spécifiques aux facteurs généraux de dégradation des conditions d'exploitation.

Or le groupe Médicharme n'était pas en état de supporter financièrement une telle conjonction de facteurs défavorables, en raison du poids extrêmement élevé de sa base de coûts fixes quasi incompressibles: en tout premier lieu les frais financiers (dette bancaire et BlackRock) et immobiliers (loyers) liés à la stratégie de croissance et à ses modalités de financement décrites plus haut; mais également les frais de siège, disproportionnés à la taille du groupe ; et enfin les coûts fixes des établissements de taille souvent trop petite pour atteindre le point mort. À cet égard, la mission recommande le lancement d'une mission pour définir le capacitaire optimal des EHPAD dans les différents contextes géographiques, dans l'objectif de concilier qualité de l'accompagnement et viabilité du modèle économique et d'en tirer les conséquences éventuelles en termes de modulation des ressources allouées.

Rapport

Cette situation dégradée a conduit Médicharme dans une impasse : la direction générale a engagé fin 2022 une procédure de conciliation, puis fin 2023 une procédure de « *prepack cession* », c'est-à-dire de cession du groupe par appartements, prénégociée pendant une phase de conciliation puis arrêtée par le tribunal de commerce dans le cadre d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire. Cette procédure était en cours lors de la rédaction du présent rapport.

Aussi la mission s'est-elle abstenue de formuler des recommandations spécifiques à Médicharme, dans la mesure où le groupe n'existera plus (ou sera sur le point de disparaître) au moment du rendu du présent rapport. Elle considère toutefois que, quel que soit le devenir du groupe, les constats réalisés par les ARS et les conseils départementaux à l'occasion d'inspections, comme ceux mis en évidence par la mission elle-même, devront faire l'objet d'un suivi par les directions d'établissements sous la supervision des autorités de contrôle.

La mission s'est par ailleurs attachée à analyser les conditions d'utilisation des fonds publics alloués à Médicharme au titre principalement des dotations soins et dépendance, et d'élaboration des supports de contrôle (EPRD/ERRD).

Il s'avère à cet égard que le *reporting* de la gestion des dotations publiques effectué par le groupe relève d'un processus complexe, peu fiable et *in fine* contestable. Du fait notamment de ses difficultés à recruter du personnel soignant qualifié, auquel il substitue, comme cela semble répandu dans le secteur, des agents non diplômés, le groupe ne « sature » pas les dotations soins et dépendance et constitue des excédents. Afin de réduire cette sous-consommation, le groupe ajuste les clefs d'imputation de la masse salariale entre les différents financeurs¹. Ces clefs ne sont ni justifiables par le groupe, ni même parfois vraisemblables, et privent de sens le *reporting* financier dans son ensemble, dès lors que la masse salariale représente 95 % des montants financés. En outre, lorsque des excédents sont malgré tout constitués, ceux-ci sont traités dans la comptabilité des établissements comme totalement libres d'emploi et dès lors librement distribuables en dividendes.

Ces constats soulèvent la question de la pertinence du dispositif de contrôle des dotations publiques. En premier lieu, alors que les EPRD / ERRD devraient constituer le support du dialogue de gestion entre établissements et tutelles, ils sont en réalité, du fait de la complexité de leur remplissage, élaborés de manière centralisée au siège du groupe. En second lieu, les modalités manifestement arbitraires d'imputation de la masse salariale, observées au sein du groupe Médicharme comme dans un autre groupe de grande taille contrôlé par les pouvoirs publics, le caractère par conséquent complètement non significatif des excédents reportés, leur statut juridique ambigu et leur traitement comptable en produits libres d'affectation, mettent en évidence que ce *reporting* ne permet en aucun cas de contrôler, *a fortiori* de garantir un usage approprié des dotations publiques. En troisième lieu, les autorités de tarification ne disposent ni des effectifs qualifiés, ni des informations (notamment de niveau groupe) ni des outils (notamment des référentiels) permettant d'assurer un suivi adéquat de la situation financière des établissements.

À mi-chemin entre une logique d'affectation analytique des fonds publics et une logique de forfaitisation des dotations sur base de coûts standards, le dispositif actuel manque ainsi à l'essentiel des objectifs qui lui sont assignés : le contrôle de l'emploi des fonds public est inopérant et le suivi financier en pratique quasi inexistant.

¹ c.à.d. le groupe lui-même *via* les tarifs d'hébergement, l'assurance-maladie *via* le forfait soins et le département *via* le forfait dépendance

Rapport

La mission suggère, pour faire suite à ces constats, deux pistes d'évolution alternatives. La première consisterait à renforcer une nouvelle fois significativement les obligations de *reporting* et surtout d'auditabilité des affectations analytiques de charges des établissements ainsi que les moyens des ARS et conseils départementaux dévolus à l'analyse de ces données. La seconde, qui semble davantage s'inscrire dans l'évolution du financement public des EHPAD vers une logique forfaitaire, consisterait à opérer une simplification radicale du *reporting*, en renonçant à la présentation analytique de l'usage des dotations publiques et à la notion d'excédent sur dotation, pour recentrer le dispositif, d'une part sur le contrôle de la qualité et de la conformité des conditions physiques d'accueil des résidents au regard notamment des valeurs de référence retenues dans la construction des coûts standards pour le calcul des dotations, d'autre part sur le suivi de la situation financière des établissements. Les ATC, pourraient par ailleurs être dotées de la capacité de réduire les dotations publiques lorsque leurs prescriptions ne seraient pas respectées.

Enfin, le système de suivi financier des EHPAD, qui s'effectue aujourd'hui exclusivement à la maille des établissements, ne permet pas d'identifier l'appartenance d'un établissement à un groupe, *a fortiori* d'appréhender les flux intra-groupe ni la situation consolidée. Il est donc proposé d'une part de rendre obligatoire dans le *reporting* la mention d'appartenance à un groupe ; d'autre part de faire évoluer les règles applicables lors des opérations de cession, qui devraient faire l'objet d'une information préalable des ATC quelles qu'en soient les modalités ; enfin de créer une cellule nationale de suivi des groupes. Celle-ci serait chargée de centraliser, d'analyser et de restituer les éléments propres à la situation financière et à la stratégie de groupe, pour enrichir et mettre en perspective le suivi par établissement, lequel resterait assuré par les ATC (ARS et Départements).

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA CROISSANCE RAPIDE DU GROUPE A ETE MARQUEE PAR DES CHOIX STRATEGIQUES PEU MAITRISES ET UN PILOTAGE OPERATIONNEL DEFAILLANT JUSQUE FIN 2021.....	3
1.1. La croissance du groupe, intervenue dans un contexte général de consolidation du secteur, a été très rapide.....	3
1.2. Les choix de financement de la croissance du groupe, opérés en vue d'une revente à court terme, se sont avérés coûteux	7
1.3. Le groupe ne s'est doté que tardivement des fonctions centrales permettant le pilotage opérationnel de ses établissements.....	8
1.3.1. <i>Seules les fonctions financières et immobilières ont, dans un premier temps, été centralisées au siège.....</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>Certaines fonctions de pilotage pourtant essentielles n'ont été mises en place que tardivement et ont été développées par la nouvelle direction du groupe.....</i>	<i>9</i>
2. SI LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE INITIALEMENT TRES DYSFUNCTIONNELLES SONT EN AMELIORATION SENSIBLE, LES MODALITES DE GESTION DES DOTATIONS PUBLIQUES RESTENT CONTESTABLES.....	10
2.1. La stabilisation de la gouvernance des établissements et la diffusion de procédures ont permis une amélioration de l'accompagnement qui doit se poursuivre.....	10
2.1.1. <i>La gouvernance des établissements a longtemps été vacante ou instable</i>	<i>10</i>
2.1.2. <i>Le groupe rencontre des difficultés pour recruter des personnels soignants en nombre suffisant.....</i>	<i>11</i>
2.1.3. <i>Les tutelles ont relevé à de nombreuses reprises des carences de fonctionnement découlant de ces insuffisances.....</i>	<i>12</i>
2.1.4. <i>Le groupe a commencé à remédier à ses carences avec pour conséquence une amélioration de l'accompagnement des résidents.....</i>	<i>12</i>
2.2. Le reporting de la gestion des dotations publiques par le groupe, qui relève d'un processus complexe et peu fiable, paraît contestable.....	15
2.2.1. <i>L'élaboration des ERRD, entièrement réalisée au siège, repose sur un retraitement fastidieux de données de comptabilité générale imparfaitement traduites en comptabilité M 22</i>	<i>15</i>
2.2.2. <i>Le reporting RH de l'annexe activité de l'ERRD et le tableau des effectifs et des rémunérations semblent pilotés pour minimiser les excédents sur les dotations soins et dépendance.....</i>	<i>16</i>
2.2.3. <i>Les excédents sur dotations publiques et les crédits non reconductibles (CNR) sont traités dans la comptabilité des établissements comme totalement libres d'emploi, c'est-à-dire comme fonds propres librement distribuables en dividendes.....</i>	<i>17</i>

3. LES POUVOIRS PUBLICS NE DISPOSaient PAS DES OUTILS PERMETTANT D'ANTICIPER LA DEGRADATION DE LA SITUATION FINANCIERE DE MEDICHARME, QUI RESULTE A LA FOIS DE FACTEURS EXOGENES ET ENDOGENES.....	18
3.1. Un retraitement excluant les activités immobilières du groupe fait apparaître une exploitation déficitaire depuis 2019, certains établissements se trouvant désormais dans une situation critique.....	18
3.2. La situation financière du groupe s'explique d'une part par une baisse d'activité ayant touché l'ensemble du secteur... ..	22
3.3. ... et d'autre part par une augmentation des charges inhérentes à la stratégie du groupe.....	23
4. L'ANALYSE DES DIFFICULTES DU GROUPE MEDICHARME MET EN EVIDENCE CERTAINES FAIBLESSES DE LA POLITIQUE PUBLIQUE D'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES DANS LES EHPAD A BUT LUCRATIF	25
4.1. Le financement de la croissance des groupes d'EHPAD par la vente à la découpe des chambres à des particuliers menace la soutenabilité de leur modèle économique et expose les investisseurs à des risques financiers.....	25
4.1.1. <i>La vente de chambres à la découpe menace la soutenabilité du modèle économique des EHPAD et compromet leur capacité à se restructurer.....</i>	<i>25</i>
4.1.2. <i>Les particuliers investissant en LMNP prennent des risques qu'ils ne mesurent sans doute qu'imparfaitement</i>	<i>26</i>
4.2. La portée des règles applicables en matière d'autorisation administrative d'exploitation d'EHPAD pourrait être clarifiée.....	27
4.3. Le dispositif de contrôle de l'utilisation des dotations publiques est à la fois lourd et inopérant	30

INTRODUCTION

Par lettre du 1er août 2023, les ministres commanditaires ont saisi l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales d'une demande de contrôle du groupe Médicharme, gestionnaire de structures médico-sociales hébergeant des personnes âgées. Il s'agit du premier contrôle effectué en application des dispositions du 3° de l'article 62-1 de la LFSS 2023 du 23 décembre 2022. Cette saisine fait suite à des alertes émanant de plusieurs ARS concernant les pratiques de ce groupe.

À la date du contrôle, le groupe disposait d'une capacité de 1 936 places réparties entre 32 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), deux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), six résidences services seniors (RSS) et un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Les EHPAD disposaient d'un capacitaire de 1 765 places et accueillaient 1 628 résidents. **Fin 2022, Médicharme avait un chiffre d'affaires d'environ 89M€ hors activité immobilières** (156 M€ en incluant celles-ci) et comptait 1 280 salariés pour 1 160 équivalents temps plein (ETP). **Depuis 2018, le groupe est détenu à 95 % par le fonds d'investissement G Square Capital. Un autre fonds d'investissement, BlackRock, a financé sa croissance externe en souscrivant des obligations convertibles (80 M€)**, devenant le principal créancier de Médicharme. Le groupe a fait l'objet d'une procédure de conciliation suivie par le comité interministériel de restructuration industrielle (CIRI) au printemps 2023 et aboutissant à un accord en avril 2023.

La mission s'est déplacée dans sept établissements, de façon inopinée, après la notification du contrôle au groupe et un premier échange avec le siège de la société. Ces déplacements ont permis d'examiner les relations du groupe avec ses établissements (existence de procédures et appropriation de ces procédures, conditions de délégation et autonomie des directions, gestion des ressources humaines, etc.) ainsi que les conditions de prise en charge des résidents.

La mission de contrôle s'est déroulée dans un contexte particulier : dès la première réunion avec la direction de Médicharme, au début du mois d'octobre, il est apparu que le groupe traversait d'importantes difficultés financières susceptibles d'entraîner son placement en procédure préventive ou collective pendant la mission. La mission a immédiatement alerté les ministres commanditaires. Après un conseil de surveillance qui s'est tenu à la fin du mois d'octobre, **la direction de Médicharme a engagé une procédure de « prepack cession », c'est-à-dire de cession du groupe par appartements, prénégociée pendant une phase de conciliation puis arrêtée par le tribunal de commerce (TC) dans le cadre d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire.** Cette procédure était en cours lors de la rédaction du présent rapport. Plusieurs scénarios étaient alors envisagés : un scénario privilégié mais difficilement atteignable de vente en bloc du groupe *via* la prise de contrôle de sa holding de tête (société Médicharme), ou des scénarios de vente par lots – par exemple géographiques – par cession des titres des sociétés d'exploitation ou seulement des actifs nets de ces sociétés (afin de ne pas reprendre certains passifs).

Le groupe Médicharme devrait ainsi cesser d'exister en tant que tel dans les semaines suivant la remise du présent rapport à ses commanditaires. Par conséquent, malgré un diagnostic faisant apparaître tant les faiblesses de la stratégie de croissance du groupe que des enjeux de conformité à la réglementation de certaines de ses pratiques, la mission n'a pas jugé pertinent de formuler des recommandations que le groupe ne sera pas en mesure de mettre en œuvre à l'issue de la procédure collective. **Cependant, les non-conformités identifiées dans les annexes du rapport devront être traitées, quel que soit l'avenir du groupe et de chacun de ses établissements.**

Rapport

La mission a cependant souhaité analyser les circonstances et les choix ayant mené le groupe dans cette impasse, afin d'en tirer des enseignements plus généraux quant à la politique publique d'accueil et de prise en charge des personnes âgées. La mission propose ainsi quelques perspectives d'évolution du cadre normatif relatif à l'exploitation, au financement et au *reporting* financier des EHPAD privés lucratifs, dont la faisabilité pourrait être examinée en détail par les pouvoirs publics à l'occasion de travaux ultérieurs dédiés à ces questions.

1. La croissance rapide du groupe a été marquée par des choix stratégiques peu maîtrisés et un pilotage opérationnel défaillant jusque fin 2021

1.1. La croissance du groupe, intervenue dans un contexte général de consolidation du secteur, a été très rapide

Médicharme est un gestionnaire de structures médico-sociales hébergeant des personnes âgées. Médicharme se situerait, en France, en 8^{ème} position du classement des groupes d'EHPAD en fonction du nombre de lits, mais très loin cependant derrière les cinq premiers acteurs qui concentrent, à eux seuls, 66 % des lits en France (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Classement des groupes d'EHPAD par taille, au 31 décembre 2022

Groupe	France		Étranger		Total France & étranger		Part de marché France (% lits)
	Lits	ETS	Lits	ETS	Lits	ETS	
Korian / Clariane	24 914	289	39 714	426	62 465	698	19 %
DomusVi	21 100	261	23 565	198	44 665	459	16 %
Orpéa	19 922	226	51 905	551	71 827	777	15 %
Colisée	12 352	156	19 236	159	31 588	315	10 %
Domidep	7 939	114	3 100	36	11 039	150	6 %
Sous-total top 5	86 227	1 046	137 520	1 370	221 584	2 399	66 %
LNA Santé	4 655	45	555	4	5 210	49	4 %
Emera	4 267	48	4 957	45	9 224	93	3 %
Médicharme	1 955	37*	0	0	1 955	37	2 %
Vivalto Vie	1 954	26	4 920	53	6 874	79	2 %
SGMR Ouest – Iroise Bellevie	1 808	25	258	3	2 066	28	1 %
SEDNA	1 512	19	2 581	21	4 093	40	1 %
Omeris	1 340	17	98	6	1 438	23	1 %
Maisons de Famille	1 295	16	19 478	163	20 773	179	1 %
Philogeris	700	11	0	0	700	11	1 %
Steva	647	7	0	0	647	7	0 %
Total	106 360	1 297	170 367	1 665	274 564	2 945	82 %

*Source : Le Mensuel des Maisons de Retraite n°257² (*les 37 établissements recensés comptent probablement non seulement les trois établissements fermés, mais également les deux EHPA – les chiffres retenus par le mensuel peuvent différer légèrement des chiffres de la mission).*

À la date du contrôle, le groupe comptait ainsi (cf. cartes 1 et 2) :

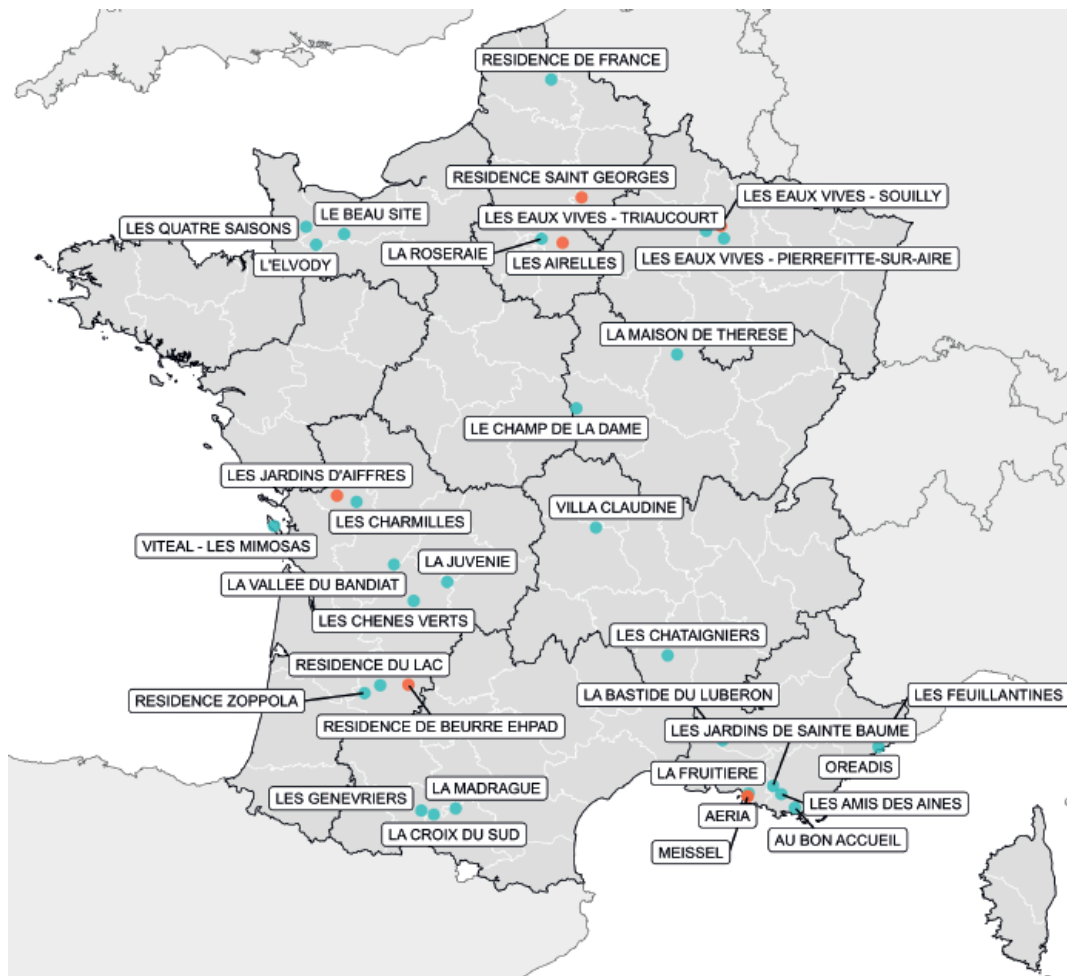
- ♦ 35 EHPAD, dont trois sont actuellement fermés (cf. *infra*), deux EHPA, six résidences services seniors (RSS) et un foyer d'accueil médicalisé (FAM), accueillant 1 628 résidents (EHPAD) pour une capacité de 1 936 places (soit environ 2 % de parts de marché en France) ;

² Il n'existe pas de source officielle offrant une vision consolidée du secteur des EHPAD, les obligations de *reporting* auxquelles ces établissements sont assujettis ne mentionnant par leur appartenance à un groupe (cf. *infra*).

Rapport

- ◆ 1 280 salariés (1 160 ETP) pour l'ensemble des structures.

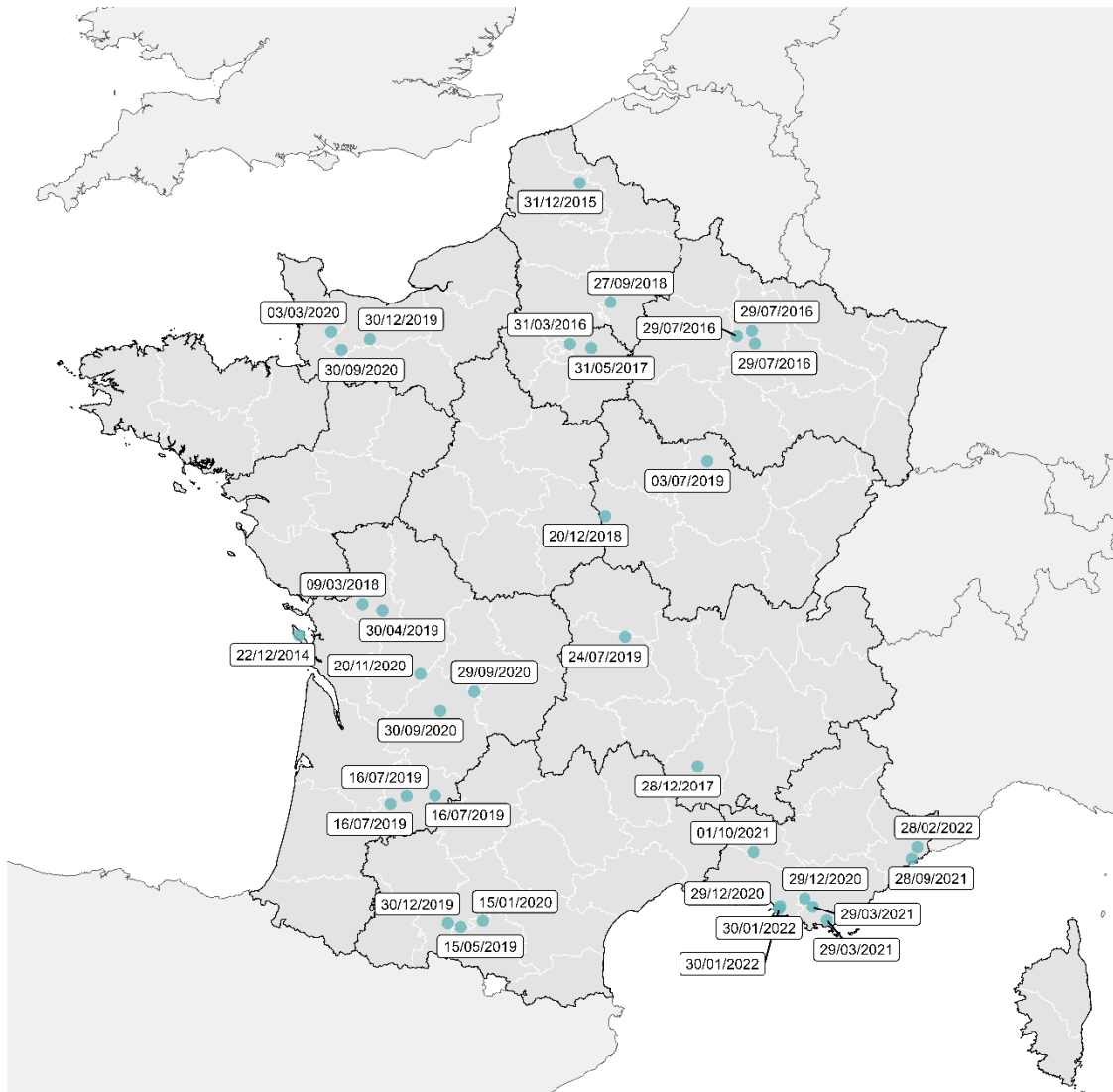
Carte 1 : Localisation des établissements du groupe Médicharme*



* Les points rouges désignent les établissements dans lesquels s'est rendue la mission.

Source : Mission.

Carte 2 : Année d'acquisition des EHPAD par le groupe Médicharme



Source : Mission.

Fondé en 2015, le groupe a été acquis en 2018 par le fonds d'investissement G Square situé à Londres (2 Md€ d'actifs sous gestion fin 2023), spécialisé dans le secteur de la santé. G square détient environ 95 % du capital de la holding de tête, les 5 % restant étant possédés par les dirigeants de Médicharme et les membres de son Conseil de surveillance. Médicharme a également contracté, entre juillet 2019 et janvier 2022, une dette obligataire de 80 M€ auprès du fonds d'investissement BlackRock *via* Avenir santé (AVS), filiale à 100 % de Médicharme, afin de financer les acquisitions d'EHPAD du périmètre de cette filiale (11 établissements).

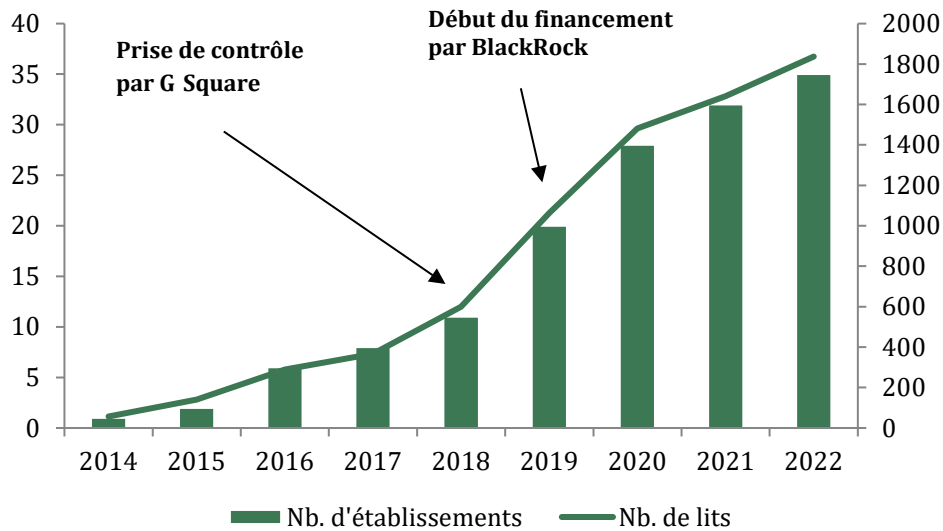
La croissance externe du groupe Médicharme, très rapide, est intervenue dans le contexte général de consolidation du secteur dans les années 2010 (cf. annexe fonctionnement, situation et modèle économique du groupe Médicharme), c'est-à-dire en concurrence avec les stratégies d'acquisition d'acteurs nettement plus importants, ce qui a pu conduire à évincer le groupe des meilleures opérations. Médicharme, qui ne comptait qu'un établissement lors de sa constitution début 2015, a acquis en moyenne près de quatre établissements par an, entre 2015 et 2022, et jusqu'à neuf établissements en 2019 (cf. graphique 1).

Rapport

Son chiffre d'affaires a été multiplié par près de trois entre 2019 et 2022, pour atteindre 156 M€ en 2022 (dont 89 M€ au titre de l'exploitation des EHPAD et 67 M€ au titre de la vente d'immeubles – cf. graphique 2).

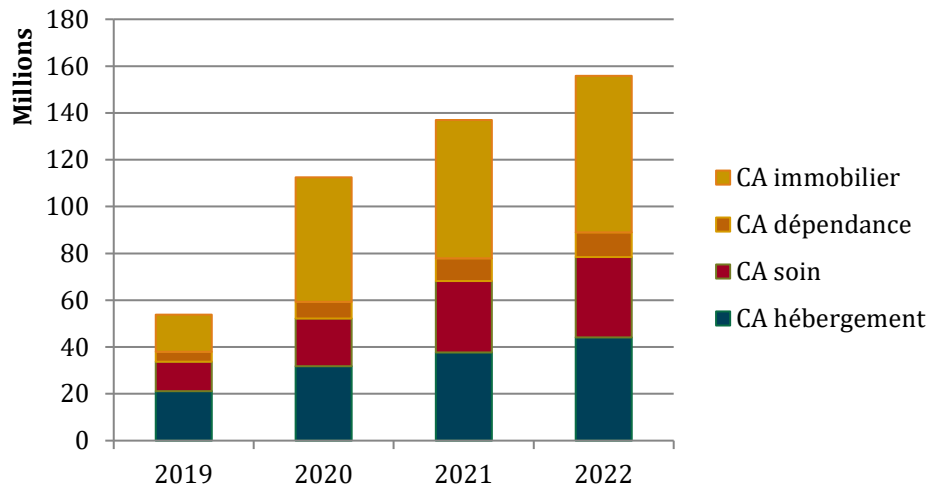
Le groupe a acquis les parts sociales des sociétés exploitant les EHPAD et des sociétés civiles immobilières (SCI) correspondantes, sans faire disparaître ces sociétés. Il est ainsi composé d'environ 60 sociétés, détenues à 100 % par la société Médicharme ou par sa filiale Avenir Santé.

Graphique 1 : Évolution de la taille du groupe Médicharme



Source : Médicharme (NB : à la date du contrôle, 3 établissements sur 35 étaient fermés).

Graphique 2 : Évolution du CA consolidé de Médicharme entre 2019 et 2022



Source : Comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018, mission.

1.2. Les choix de financement de la croissance du groupe, opérés en vue d'une revente à court terme, se sont avérés coûteux

Dans un premier temps, la direction de Médicharme a mis en place une stratégie de croissance externe ambitieuse (cf. *supra*), en vue d'atteindre une taille critique permettant potentiellement de revendre le groupe dans le contexte de consolidation du secteur observé au cours des années 2010. Ces acquisitions ont été financées par deux moyens : la souscription d'une dette obligataire auprès du fonds BlackRock, logée dans la holding Avenir Santé (AVS) et caractéristique d'un modèle de croissance par « *leveraged buy out* » (LBO)³ successifs⁴, et la revente des chambres d'EHPAD à la découpe, au fil des acquisitions.

Ainsi, au cours de sa constitution, le groupe a rapidement revendu la quasi-totalité de l'immobilier acquis, soit à des foncières, soit à des particuliers investisseurs, intéressés à ce type d'investissement par les dispositifs fiscaux applicables à la location meublée non professionnelle (LMNP et « Censi-Bouvard »⁵). Plus de 1 000 particuliers ont acquis une chambre d'un EHPAD du groupe.

La revente à la découpe des chambres a permis au groupe de dégager des liquidités, réinvesties dans l'achat de nouveaux établissements. Cependant l'examen du bilan comptable et « cash » de ces opérations montre que, si elles ont généré un résultat comptable important, elles ont consommé *in fine* de la trésorerie. En effet, le résultat comptable prend en compte la valeur comptable des murs (souvent nulle ou faible, les bâtiments étant déjà amortis) et les amortissements, tandis que le résultat en trésorerie tient compte de la valeur réelle d'achat et du montant des travaux.

Le groupe a ainsi dégagé un résultat comptable avant impôt sur les sociétés (IS) très élevé mais un *cash-flow* faible, du fait de valeurs conventionnelles en moyenne cinq fois plus élevées que les valeurs nettes comptables et du montant des travaux. Par ailleurs, il a dû acquitter un IS élevé (car calculé sur la marge comptable) et des frais de commercialisation des chambres. Cela a entraîné, pour ces opérations immobilières, un résultat net comptable après IS élevé (+ 90M€, soit + 47 % de marge comptable nette) et un résultat cash négatif (- 15M€, soit - 8 % de marge cash nette).

Les cessions de chambres d'EHPAD, qui ont suivi le rythme des acquisitions, étaient assorties de la conclusion, avec les acquéreurs, particuliers ou institutionnels, d'un bail de long terme (cession-bail ou « *lease back* »). Ces opérations, combinées à la souscription auprès du fonds BlackRock d'un emprunt obligataire, n'ont pas permis de sécuriser des conditions de financement favorables (cf. annexe fonctionnement, situation et modèle économique du groupe Médicharme).

La cession-bail s'analyse, en termes financiers, comme une entrée de trésorerie correspondant au prix de cession, net d'impôts et de frais de commercialisation, ayant pour contrepartie une dette de loyers sur la durée du bail. Cette opération s'assimile à un emprunt amortissable en totalité, sur la durée du bail, par annuités variables indexées, selon les stipulations contractuelles, sur l'augmentation annuelle des prix des prestations d'hébergement.

³ Le *Leveraged buy-out* (LBO) ou rachat avec effet de levier est un montage financier permettant le rachat d'une entreprise via une société holding portant l'endettement lié à l'opération.

⁴ D'après les éléments recueillis par la mission auprès de Médicharme, ce financement a été octroyé à un taux indexé sur l'euribor, avec un taux plancher de 7,25%.

⁵ Institué en 2009 et supprimé au 1er janvier 2023, le dispositif Censi-Bouvard visait, grâce à une réduction d'impôt sur le revenu, à encourager l'investissement des particuliers dans les logements, neufs ou réhabilités, de certains types d'établissements dont les EHPAD.

Ainsi par exemple, pour une opération- type offrant à l'investisseur un rendement locatif facial de 4 % sur 18 ans et un taux de revalorisation des loyers de 2 %, le gestionnaire d'EHPAD a obtenu une entrée de trésorerie égale à environ 66 % du prix de vente (après impôt et frais de commercialisation) en contrepartie du paiement d'un taux d'intérêt implicite de 3 %. Ce taux apparaît, en première analyse, plus bas que les conditions de marché à la même période. Cependant, dans le périmètre de la holding Avenir Santé, Médicharme devait nantir auprès de BlackRock les sommes ainsi retirées des ventes, pour ensuite pouvoir les emprunter au même partenaire sous forme de financement obligataire à des conditions nettement moins favorables. **D'après les calculs de la mission, ce montage complexe a donc conduit Médicharme à refinancer certaines de ses acquisitions⁶ à un coût supérieur à 10 % (hors variation de l'Euribor⁷).**

Cette stratégie, qui a détruit de la trésorerie et s'est avérée coûteuse, peut s'expliquer par la volonté des organes de gouvernance du groupe d'atteindre une taille critique de plusieurs milliers de lits en vue de revendre celui-ci rapidement, fût-ce au détriment de la soutenabilité à long terme de son modèle économique.

1.3. Le groupe ne s'est doté que tardivement des fonctions centrales permettant le pilotage opérationnel de ses établissements

1.3.1. Seules les fonctions financières et immobilières ont, dans un premier temps, été centralisées au siège

La croissance rapide du groupe s'est accompagnée d'une forte augmentation des effectifs du siège, qui ont été multipliés par plus de 2,6 entre janvier 2020 et janvier 2022, atteignant à cette période plus de 60 équivalents temps plein (ETP). Pourtant, cette période de croissance porte également la marque d'un pilotage opérationnel défaillant. L'essentiel des effectifs du siège a été concentré sur les fonctions financières et, dans une moindre mesure, immobilières qui constituaient manifestement les centres d'intérêt prioritaires des dirigeants du groupe.

La centralisation de la fonction budgétaire et comptable au siège, qui découle naturellement de la constitution d'un groupe, a eu des conséquences sur les fonctions et les profils des directeurs d'établissements : ceux-ci se consacrent à la gestion opérationnelle des EHPAD, sans pression manifeste sur leurs coûts de fonctionnement mais avec la validation de certaines dépenses par les directeurs régionaux. Cependant, ils sont peu sensibilisés à l'équilibre financier de leurs exploitations dont ils ne connaissent généralement pas le résultat net. Le processus budgétaire est ainsi largement descendant, même s'il fait, depuis deux ans, l'objet d'itérations entre le siège et les chefs d'établissement portant, pour l'essentiel, sur les taux d'occupation, les tarifs d'hébergement et les ressources humaines. La préparation des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) des établissements est par conséquent entièrement centralisée, l'apport des directions se limitant à compléter, par leurs commentaires, les rapports afférents à chacun de ces documents. Ces outils complexes sont ainsi peu maîtrisés par les directeurs d'établissement, qui sont pourtant les interlocuteurs des ARS et des conseils départementaux.

⁶ Celles réalisées *via* la holding Avenir Santé, soit environ 50% des acquisitions.

⁷ L'Euribor est le taux d'intérêt moyen auquel les établissements financiers se prêtent de l'argent sur le marché interbancaire de la zone euro.

Les relations avec les familles (contractualisation, émission des factures) sont, dans un cadre global, du ressort des directions d'établissement. La mission a pu constater que la conformité des contrats aux prescriptions réglementaires n'était pas exempte de défaut, même si elle a pu également noter un effort récent d'uniformisation et d'amélioration des stipulations contractuelles⁸ (cf. annexe tarification et facturation du groupe Médicharme vis à vis des résidents).

La fonction immobilière a également été presque intégralement centralisée au siège. La commercialisation des chambres auprès des investisseurs a été logiquement centralisée mais la mission a pu constater que les directions n'étaient même pas informées des conditions de propriété des murs de leurs établissements. Les travaux dans les établissements sont conduits directement par le siège, avec une association limitée des directeurs dans leur conception et aucune dans leur réalisation, comme a pu également le constater la mission lors de l'un de ses déplacements. L'organisation de la maintenance du bâti est centralisée, les responsables de maintenance régionaux étant rattachés directement à la direction de l'immobilier au siège.

Au-delà de la centralisation de ces fonctions, le groupe n'a pas souhaité développer une identité de groupe, privilégiant le maintien de l'identité antérieure de chaque établissement et une communication marketing exclusivement locale⁹.

1.3.2. Certaines fonctions de pilotage pourtant essentielles n'ont été mises en place que tardivement et ont été développées par la nouvelle direction du groupe

À compter de l'année 2021, dans le contexte des difficultés de fonctionnement constatées, le groupe Médicharme a entamé une politique volontariste d'étoffement de ses effectifs tant au niveau des établissements et des territoires qu'au niveau du siège, avec l'arrivée début 2022 d'une nouvelle directrice générale. Au niveau local, trois postes de directeurs (inter) régionaux¹⁰ créés en août 2021 constituent un échelon supplémentaire dédié au pilotage opérationnel de l'ensemble des établissements. Cette création est allée de pair avec un effort de recrutement et de stabilisation des directions d'établissement, principales interlocutrices des ARS et des départements. Au niveau du siège, le doublement, entre 2020 et 2023, des effectifs dédiés aux fonctions financières et comptables a permis l'élaboration d'une procédure de contrôle de gestion.

La direction des ressources humaines ne s'est structurée et étoffée qu'à compter de juin 2021 alors que le groupe avait déjà acquis l'essentiel de ses établissements. Elle a particulièrement pris en charge la fonction paie et la gestion centralisée des contentieux en droit du travail, se plaçant en posture d'appui, par la formalisation d'un grand nombre de procédures, et de contrôle du respect du droit du travail¹¹. La mission relève l'absence, jusqu'en avril 2023, de toute instance représentative à l'échelle du groupe, de même que l'absence de toute politique conventionnelle. **En matière de recrutement ou de formation, en dépit d'enjeux majeurs, le positionnement de la DRH a été davantage celui d'un facilitateur, fournisseur d'outils aux établissements, que de porteur d'une ambition stratégique forte** (cf. annexe ressources humaines).

⁸ Un nouveau contrat de séjour a été mis en place en janvier 2023.

⁹ Des contrats cadres ont toutefois été passés avec des sociétés de placement (Cap retraite et Retraite plus).

¹⁰ Région Nord Est : Grand est, Hauts de France, Ile de France, Bourgogne Franche Comté, Puy de Dôme ; Région Ouest : Nouvelle Aquitaine, Normandie ; Région Sud : Occitanie, Provence Côte d'Azur, Ardèche.

¹¹ Contrôle qu'elle exerce en programmant des audits réalisés par les trois responsables des ressources humaines régionaux.

La création, tardive, sous l'impulsion de la nouvelle gouvernance, d'un poste de directeur médical en octobre 2022, après celui de l'infirmière de coordination (IDEC) réseau mi 2021, a permis d'uniformiser et d'optimiser les pratiques de soins dans les EHPAD du groupe. Si certains établissements avaient développé des bonnes pratiques sous l'impulsion en particulier de médecins coordonnateurs, la plupart ne disposaient pas de procédures robustes dans le domaine du soin. Le directeur médical a élaboré rapidement et diffusé de nombreuses procédures et l'équipe médicale nationale s'est rendue dans les EHPAD pour les présenter et promouvoir leur utilisation. La mission a pu vérifier, lors de ses déplacements, l'appropriation en cours de ces procédures, par le biais de mini-formations conduites souvent par les IDEC. La direction médicale a mené de nombreux audits d'organisation des soins, soit thématiques, soit globaux, selon des grilles plusieurs fois révisées se rapprochant des critères d'évaluation retenus par le référentiel national d'évaluation de la qualité arrêté par la Haute autorité de santé en mars 2022 (cf. annexe accompagnement des résidents).

En conclusion, il apparaît que la centralisation des fonctions financières et immobilières a été rapide, tandis que le sous-dimensionnement de l'appui aux établissements sur les autres fonctions a perduré jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle équipe dirigeante en 2022 : **le groupe a manifestement sous-estimé dans un premier temps les difficultés opérationnelles des établissements qu'il acquérait.**

2. Si les conditions de prise en charge initialement très dysfonctionnelles sont en amélioration sensible, les modalités de gestion des dotations publiques restent contestables

Comme indiqué supra, le groupe Médicharme a bâti rapidement une offre d'accueil sans véritable cohérence géographique, avec des établissements nettement plus petits que la moyenne du secteur des EHPAD à but lucratif (53 places contre 82 places) et sans avoir conduit de restructuration notable, à l'exception d'un regroupement finalisé fin 2023. L'offre, composée essentiellement de places d'hébergement permanent, accueille des résidents un peu plus jeunes, aussi dépendants et légèrement moins requérants en soins que la moyenne des résidents du secteur. Le groupe Médicharme ne se distingue donc pas par le profil des résidents accueillis mais plutôt par la capacité réduite de ses établissements (40 % ont une capacité inférieure ou égale à 40 lits) qui est un handicap pour recruter du personnel qualifié et assurer la continuité de fonctionnement des établissements.

2.1. La stabilisation de la gouvernance des établissements et la diffusion de procédures ont permis une amélioration de l'accompagnement qui doit se poursuivre

2.1.1. La gouvernance des établissements a longtemps été vacante ou instable

Un premier constat majeur est celui de la grande instabilité, dans beaucoup d'établissements, du trio de gouvernance des EHPAD : direction, médecin coordonnateur, infirmier de coordination. Cette instabilité est à la source en partie des autres dysfonctionnements constatés.

Le rachat par le groupe Médicharme d'EHPAD à gestion souvent individuelle ou familiale s'est fréquemment traduit par un changement de direction de l'établissement, occasionnant une succession de directeurs avant une stabilisation de la direction. Mais au-delà de la phase de reprise, la mission a mis en évidence des dysfonctionnements affectant un nombre élevé d'établissements. **Dans treize établissements, représentant 40 % de l'offre de Médicharme, les directeurs, depuis le rachat par le groupe, sont restés en moyenne moins d'un an, ou à peine plus d'un an pour l'un d'entre eux.** Le groupe a développé des stratégies de compensation des périodes de vacance : intérimis par d'autres directeurs d'établissement, par une directrice d'appui, par les directeurs régionaux ou encore par des directeurs de transition externes. Le *turn-over* des directions a handicapé la capacité des établissements à mener sur la durée des démarches structurées d'amélioration de la qualité et à piloter les ressources humaines (cf. annexe ressources humaines).

L'instabilité des directions s'est doublée d'une absence ou d'un temps de présence insuffisant des médecins coordonnateurs. Du fait en particulier de la petite taille des établissements, seuls deux tiers des établissements sont dotés d'un médecin coordonnateur, quand la moyenne du secteur des EHPAD commerciaux est de 89 %¹². Lorsqu'il y a un médecin, sa quotité de présence est, à une exception près, inférieure à ce que prévoit le code de l'action sociale alors que ces difficultés ne touchent qu'un quart des EHPAD¹³. **Dans plus de la moitié des cas, la qualification ou la formation des médecins ne sont pas celles prescrites par le code de l'action sociale et des familles** et celles qui sont conformes concernent des médecins en fin de carrière (le plus jeune a 64 ans). Plusieurs ARS ont pu cependant confirmer à la mission que les difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs disposant des diplômes requis n'étaient pas propres à ce groupe (cf. annexe accompagnement des résidents).

L'instabilité managériale a trouvé son reflet dans le nombre important des procédures contentieuses en droit du travail concernant des cadres mais aussi plus largement les collaborateurs du groupe. L'issue contentieuse est rarement favorable au groupe (quatre décisions favorables sur quatorze décisions rendues) et a obligé le groupe à provisionner 950 000 € à ce titre en 2022 (cf. annexe ressources humaines).

2.1.2. Le groupe rencontre des difficultés pour recruter des personnels soignants en nombre suffisant

La mission a pu constater des écarts d'accès aux ressources soignantes extérieures aux EHPAD mais qui semblent à mettre en rapport avec la densité des professionnels concernés sur le territoire d'implantation des établissements. En tout état de cause, 97,3 % des résidents disposaient d'un médecin traitant, ce qui est identique au taux moyen observé dans la totalité des EHPAD.

En revanche, les difficultés de recrutement au sein des établissements concernent l'ensemble des personnels intervenant en EHPAD : médecins, infirmiers, psychologues, aides-soignants et sont particulièrement fortes s'agissant de ces derniers. Si cette situation n'est pas propre au groupe, elle y est plus marquée : le taux moyen d'encadrement soignant et singulièrement celui d'aides-soignants est inférieur de cinq points dans les établissements du groupe à ce qui est constaté dans le secteur des EHPAD à but lucratif¹⁴. Les agents de service hospitalier (ASH) recrutés en plus grand nombre se substituent pour partie, dans beaucoup d'établissements, aux aides-soignants manquants et « font fonction » pour une partie de leurs tâches.

¹² Source : tableau de bord de la performance du secteur médico-social.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Source : Médicharme et CNSA ; tableau de bord de la performance du secteur médico-social.

Là encore, il ne s'agit pas d'une situation propre au groupe mais cette réalité est fortement présente dans le fonctionnement des établissements. Elle présente des risques pour les résidents lorsqu'elle conduit par exemple, dans certains établissements, à ce qu'aucun professionnel qualifié n'assure de présence la nuit (seuls des ASH sont présents) ou, ponctuellement, à ce que des professionnels non qualifiés assurent la distribution de médicament. Le défaut de qualification et de formation s'accompagne également d'une plus forte instabilité des équipes dans les établissements, avec une part importante des contrats à durée déterminée (CDD) et un taux de rotation des personnels plus élevé.

Confronté à cette situation, le groupe n'a pas mis en place de stratégie globale de qualification de ses personnels par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE) ou de l'apprentissage, laissant l'initiative à chaque directeur d'établissement, avec des résultats hétérogènes. Plus généralement, la formation n'a pas constitué un axe prioritaire du groupe jusqu'à récemment, l'initiative étant, là encore, laissée aux directeurs d'établissement. La mission note qu'une politique plus volontariste de formation est mise en œuvre depuis deux ans : les établissements réalisent tous, comme prévu réglementairement, un plan de formation annuel, grâce à un outil mis à disposition par la DRH. La formalisation d'une politique nationale de formation demeure toutefois incomplète, sans recensement de l'offre de formation disponible ni organisation de formations mutualisées, laissant peser la charge afférente sur les directeurs d'établissement (cf. annexe ressources humaines).

2.1.3. Les tutelles ont relevé à de nombreuses reprises des carences de fonctionnement découlant de ces insuffisances

Des dysfonctionnements significatifs ont été identifiés par les inspections menés par les ARS et les conseils départementaux entre 2019 et 2023. De nombreux EHPAD du groupe (plus de 90 % d'entre eux) ont fait l'objet de contrôles, dans près de 90 % des cas sur place. Ces contrôles se sont intensifiés dans le cadre du plan national de contrôle des EHPAD lancé en 2022. Ils ont mis en évidence les carences de gouvernance, et de qualification évoquées supra et des anomalies concernant, pour les plus nombreuses, le circuit du médicament, les glissements de tâches, l'absence de médecin coordonnateur et l'insuffisance de la formation.

Ces contrôles ont donné lieu à 125 injonctions et 195 prescriptions, **dont près de 30 %, pour les premières et un peu moins de la moitié pour les secondes, n'étaient pas considérées comme levées au 1er novembre 2023. Dans certains cas, les constats opérés ont conduit les autorités à prendre des mesures exceptionnelles,** comme la cessation d'activité d'un établissement en Seine-Saint-Denis ou la suspension de l'accueil de nouveaux résidents dans quatre autres établissements du groupe. Au 1er janvier 2024, une mesure de suspension de l'accueil était encore en vigueur (cf. annexe suites données aux inspections).

2.1.4. Le groupe a commencé à remédier à ses carences avec pour conséquence une amélioration de l'accompagnement des résidents

Le groupe a pris conscience tardivement de ces dysfonctionnements et tente depuis deux ans d'y remédier. Les directions d'établissements, notamment, se stabilisent. Au 1^{er} novembre 2023, sur les 29 EHPAD du groupe acquis depuis plus d'un an :

- ♦ dans 21 EHPAD (soit les deux tiers), le directeur était en poste depuis au moins un an ;
- ♦ dans douze EHPAD (41 %), le directeur était en poste depuis plus de deux ans.

Les équipes de direction ont été renforcées, en particulier dans les EHPAD multi sites avec pour l'objectif de doter tous les sites d'un responsable dédié. Le groupe n'échappe pas pour autant aux déconvenues managériales qui prolongent, dans certains établissements, une situation d'instabilité (cf. annexe ressources humaines).

Pour compenser la pénurie de médecins coordonnateurs, le groupe a recours au service de deux sociétés assurant les fonctions de médecins coordonnateurs en distanciel.

Les onze établissements qui ne disposent pas d'un médecin coordonnateur sont désormais couverts par ce dispositif coûteux. Malgré des stipulations contractuelles imprécises quant à la nature du service rendu et le temps consacré à chaque établissement et en dépit du fait que ce dispositif ne permet pas de satisfaire toutes les missions du médecin coordonnateur, la mission observe qu'il améliore significativement la coordination et la qualité des soins dans les EHPAD qui en bénéficient.

À titre d'exemple, lors de ses déplacements, la mission a ainsi constaté une hétérogénéité des pratiques de prescription de la contention selon qu'il y a ou non présence d'un médecin coordonnateur. Dans un établissement dans lequel celui-ci n'est présent qu'un jour par semaine, les durées de prescription peuvent être allongées et les réévaluations sont peu fréquentes. Dans trois autres structures au contraire, les deux médecins coordonnateurs, très impliqués, réévaluent chaque semaine l'opportunité des contentions. Dans deux EHPAD bénéficiant des services de MedCo conseil, la réévaluation de toutes les situations est réalisée tous les mois par le médecin coordonnateur, lors d'une réunion pluridisciplinaire en distanciel. Si ces modalités s'écartent de la procédure prévoyant une réévaluation hebdomadaire, la mission a pu constater la rigueur de ce suivi qui peut se compléter de réévaluations plus fréquentes de certaines situations à la demande de l'équipe soignante.

Au total, compte tenu des difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs, la mission estime que le recours à de tels services, dès lors qu'il est avéré que le recrutement d'un médecin coordonnateur n'a pas été possible, permettrait d'améliorer l'accompagnement des résidents. Cette pratique pourrait être mieux encadrée en élaborant un cahier des charges précisant les conditions de réalisation de la prestation par les services de « télé médecine de coordination » et en définissant précisément le contenu du contrat liant la société employeur du médecin coordonnateur et l'EHPAD.

Six rapports d'inspection pointaient des **dysfonctionnements importants dans le circuit du médicament**. Ces injonctions, levées depuis à une exception près, ont induit un engagement du groupe vers une amélioration de la sécurisation du circuit du médicament. Ainsi, 29 des 35 EHPAD bénéficient de la préparation des doses à administrer (PDA), dispositif recommandé car sécurisant la préparation et la distribution des médicaments. Un point majeur de non-conformité reste la transcription non sécurisée des ordonnances dans le logiciel Titan. Ces difficultés ne pourront se résoudre sans un renforcement notable de l'implication d'une part des médecins traitants pour améliorer la dématérialisation de leurs prescriptions dans Titan et d'autre part de certains médecins coordonnateurs.

Le groupe a généralisé, au prix d'une revalorisation de la fonction, la présence d'infirmière de coordination dans ses EHPAD, à l'exception de quelques établissements de petite taille où l'infirmier partage cette fonction de coordination avec un temps de soin (cf. annexe ressources humaines).

Un logiciel de soins et de tarification commun, Titan Groupe, a été progressivement déployé dans l'ensemble des établissements. Ce logiciel métier est le support du dossier médical et du dossier de soins des résidents. Il est l'outil central pour les transmissions entre professionnels et la traçabilité des événements affectant l'accompagnement du résident. La mission a pu constater dans les établissements visités un bon niveau d'appropriation du logiciel métier par les professionnels. Fait notablement exception l'utilisation du logiciel par les médecins traitants, ce qui conduit les infirmières, dans certains établissements dans lesquels le médecin coordonnateur est peu disponible, à retranscrire les ordonnances sous Titan, sans contrôle d'un médecin et en dehors de tout cadre légal. Ce même logiciel est employé par le groupe pour uniformiser sa politique de tarification entre ses établissements ainsi que contrôler l'évolution des prix d'hébergement appliqués aux résidents.

Le groupe s'efforce également de combler son retard dans la mise en conformité de ses établissements avec le cadre légal et réglementaire destiné à garantir la qualité du service aux résidents. Le taux de couverture de ses établissements par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens est encore faible (37 %) mais progresse et la conclusion des CPOM fait partie des objectifs sur lesquels sera évaluée la performance des directeurs en 2023, conditionnant le montant de leur part variable. Il en est de même de l'élaboration des projets d'établissement, qui précèdent logiquement les CPOM : si dix établissements seulement en sont dotés, tous l'ont mis en chantier.

La mission considère que des progrès doivent encore être accomplis pour structurer la démarche qualité dans tous les établissements du groupe. La mise en œuvre du nouveau cadre d'évaluation prévu par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹⁵ est encore peu avancée. Six établissements ont fait l'objet d'une évaluation externe, qui n'a pas été satisfaisante pour trois d'entre eux. La préparation à cette évaluation a été laissée à la main des directeurs d'établissement, alors qu'il s'agit d'une démarche nouvelle, mettant en œuvre une méthodologie très spécifique fondée notamment sur le recueil d'éléments de preuve et des entretiens tant avec des résidents qu'avec des professionnels. Les gains en efficacité liés à une démarche partagée dans le groupe et à un pilotage centralisé sont évidents, mais la faiblesse des effectifs du siège qui y sont consacrés et leur coordination insuffisante handicapent la capacité de pilotage du groupe dans ce domaine. Toutefois, les directions médico-sociale et médicale vont dès janvier 2024 accompagner les EHPAD dans la préparation des futures évaluations externes.

La politique de bientraitance est également encore insuffisamment déployée et portée par le groupe. Le déploiement de la politique de promotion de la bientraitance passe notamment par la définition des modalités de sa mise en œuvre dans le projet d'établissement, la mise en place de formations à la bientraitance et à la détection de la maltraitance et la diffusion de procédures de signalement en cas de maltraitance. La mission note que les projets d'établissement déjà établis comportent des formulations largement stéréotypées, faisant craindre un défaut d'appropriation et que les formations à la bientraitance n'ont commencé à être priorisées que depuis deux ans. Toutefois, les procédures de signalement des événements indésirables existent, avec pour support le logiciel de soins Titan. Le degré d'appropriation de cette procédure par les équipes est cependant difficile à déterminer au regard de son caractère extrêmement récent. Lors des visites d'établissement, la mission a pu vérifier que les personnels en connaissaient l'existence mais des rapports d'ARS récents soulignent encore la méconnaissance du personnel de l'ensemble de la procédure. Ils relèvent par exemple l'absence de retour d'expérience pourtant indispensable à l'évolution des pratiques. Certaines de ces difficultés font écho au déficit de formation identifié.

¹⁵ Ce texte a fait évoluer l'évaluation de la qualité dans les ESSMS : la HAS a élaboré un référentiel commun à tous les ESSMS et de nouvelles exigences pèsent sur les organismes évaluateurs, qui doivent notamment être accrédités par le Comité français d'accréditation (COFRAC).

Concernant l'expression des résidents et de leurs familles, la mission constate que les conseils de la vie sociale sont mis en place dans la plupart des établissements, même si quelques-uns font encore exception, et se réunissent régulièrement. Les principaux sujets abordés concernent la restauration, l'animation et parfois les déficits en personnel. En revanche, les supports de recueil des plaintes et réclamations sont parfois absents et la traçabilité des réclamations formulées oralement n'est pas assurée, leur analyse en réunion pluridisciplinaire restant par ailleurs l'exception (cf. annexe accompagnement des résidents).

Quel que soit le devenir du groupe Médicharme, la mise en œuvre par les EHPAD des mesures correctives suites aux inspections mentionnées ci-dessus (cf. 2.1.3) comme des non-conformités ou insuffisances relevées dans le présent rapport, doit faire l'objet d'un suivi attentif par les directions d'établissement, sous la supervision des ARS et des départements.

2.2. Le reporting de la gestion des dotations publiques par le groupe, qui relève d'un processus complexe et peu fiable, paraît contestable

2.2.1. L'élaboration des ERRD, entièrement réalisée au siège, repose sur un retraitement fastidieux de données de comptabilité générale imparfaitement traduites en comptabilité M 22¹⁶

L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a fait évoluer les modalités de *reporting* budgétaire et financier des EHPAD, avec la transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses à compter du 1er janvier 2017. L'année suivant l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), l'établissement doit produire un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), justifiant l'emploi des fonds publics perçus.

Jusqu'à récemment, les établissements relevant du secteur privé lucratif étaient assujettis à des obligations de *reporting* simplifiés (« EPRD et ERRD simplifiés »), mais doivent¹⁷, à compter de l'exercice 2023, produire notamment des EPRD et ERRD « complets ». **Ce reporting financier répond à un double objectif de surveillance de la santé financière des EHPAD et de justification de l'utilisation des dotations publiques.** En effet, les dotations publiques versées aux EHPAD ne peuvent être utilisées que pour les destinations prévues par la réglementation¹⁸, c'est-à-dire :

- ◆ les charges de personnel contribuant aux soins¹⁹ et à l'accompagnement de la dépendance²⁰ et les honoraires et frais liés à l'intervention de personnels contribuant à l'accompagnement des soins et de la dépendance dans les établissements ;
- ◆ les achats de produits médicaux ou de nettoyage, d'entretien et de protections ;
- ◆ l'amortissement de certains matériels médicaux et petits équipements figurant sur une liste fixée par arrêté.

De même, les excédents éventuels sur ces dotations ne peuvent être affectés qu'à des objets précis.

¹⁶ Le plan comptable M22 a été élaboré afin de regrouper dans une nomenclature unique et spécifique, distincte de la comptabilité hospitalière (M21), les mesures comptables et les dispositions budgétaires propres aux établissements publics sociaux et médico-sociaux.

¹⁷ Cf. décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des ESSMS.

¹⁸ Cf. articles R314-166 et R314-176 du code de l'action social et des familles.

¹⁹ Aides-soignants, aides médico-psychologiques, aides, accompagnants éducatif et social, infirmiers diplômés et professions médicales.

²⁰ Auxiliaires de vie, psychologue, serveurs, plongeurs.

Les documents produits, qui servent de support au dialogue de gestion entre les autorités de tarification et de contrôle (ATC) et les établissements sont réalisés pour chaque EHPAD par une seule personne au siège²¹, mais sont signés par chaque directeur d'établissement, eux-mêmes responsables des données transmises, alors qu'ils ne sont pas chargés de leur élaboration. Le processus d'établissement des ERRD est complexe : il conduit à traduire dans le cadre comptable M22 les éléments issus de la comptabilité générale des établissements. En l'absence de tout cadre national, cette opération s'appuie sur une table de correspondance *ad hoc*. **Cette méthodologie est à la fois fastidieuse et peu fiable, la multiplicité des opérations de consolidation manuelles étant potentiellement sources d'erreurs.**

La mission s'est attachée à examiner la construction de l'ERRD de deux établissements, afin d'analyser la robustesse et la répliquabilité du processus, ainsi que son auditabilité. Pour ce faire, la mission a choisi d'appliquer, étape par étape, la méthodologie déployée par le groupe Médicharme. Ces travaux font apparaître des écarts entre les données transmises dans les ERRD 2022 et les balances des comptes du même exercice qui, même s'ils ne semblent pas intentionnels et portent sur de faibles montants, confirment les problèmes de fiabilité du *reporting* effectué. (cf. annexe comptabilité et utilisation des fonds publics). Le contrôle par les autorités de tarification de la correcte imputation des dépenses aux différentes sections nécessite un travail de vérification long et fastidieux pour lequel elles ne sont pas, aujourd'hui, équipées et dont la pertinence se heurte à l'impossibilité pour les ARS et les départements de reprendre les éventuels excédents.

2.2.2. Le reporting RH de l'annexe activité de l'ERRD et le tableau des effectifs et des rémunérations semblent pilotés pour minimiser les excédents sur les dotations soins et dépendance

Le mode de financement tripartite retenu avant la loi de 2015 comportait une clef de répartition du financement des dépenses de personnel, entre département (forfait dépendance), ARS (forfait soins) et établissement (forfait hébergement), qui fonctionnait de la manière suivante :

- ♦ les départements finançaient 30 % des dépenses de personnel liées à la dépendance (ASH) contre 70 % pour le forfait hébergement ;
- ♦ l'assurance maladie, *via* les ARS, finançait 70 % du personnel soignant (AS et personnel médical) *via* le forfait soins contre 30 % pour les départements, *via* le forfait dépendance.

Depuis la réforme de 2015²², il n'existe plus de clefs de répartition impératives, mais les dépenses correspondantes doivent continuer à être affectées « concurremment » aux différentes dotations, selon leur finalité (soins, dépendance, hébergement).

Médicharme décrit, dans le *reporting* EPRD /ERRD, l'imputation de ses charges salariales entre les différentes enveloppes. Il apparaît que ces clefs sont, dans la plupart des cas, définies arbitrairement, et parfois fixées pour maximiser la consommation des dotations publiques. En effet, le groupe, comme l'ensemble du secteur, fait face à des difficultés pour recruter du personnel soignant, et pallie celles-ci en confiant des fonctions de soins à des catégories de personnel n'ayant pas vocation à les exercer (ASH faisant fonction d'aide-soignant - AS). Or la masse salariale des ASH ne peut pas, réglementairement, être imputée sur l'enveloppe soins, qui est sous-consommée du fait de la difficulté de recruter des AS diplômés.

²¹ Le « responsable projets finance et comptabilité ».

²² Et le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016.

Pour réduire cette sous-consommation, Médicharme dispose d'un tableau nommé « suivi avancement ERRD 2022 » qui retrace l'ajustement des clefs de répartition effectué par le groupe et son effet sur la consommation des différentes enveloppes. Cet outil fait apparaître des clefs de répartition atypiques dans plus de la moitié des établissements, avec des cas extrêmes dans cinq établissements pour lesquels :

- ♦ 80 % à 99 % de la masse des ASH est imputée sur l'enveloppe dépendance financée par le département et seulement 1 % à 20 % - contre 70 % selon la clef « historique » - sur la section hébergement financée par le groupe *via* la tarification de l'hébergement ;
- ♦ 97 % à 99 % de la masse salariale des AS est imputée sur l'enveloppe soin financée par l'assurance-maladie et seulement 1 % à 3 % - contre 30 % selon la clef « historique » - sur la section dépendance financée par le département²³.

Interrogé par la mission, le groupe a indiqué que, par application de l'article R. 314-176 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la répartition des charges doit être faite « *concurrentement* » entre les différentes enveloppes, avec un « *décloisonnement [des] taux applicables* ». Le groupe n'a pas justifié les taux retenus dans les ERRD, par exemple sur le fondement des emplois du temps des personnels concernés. **La mission estime que si la réglementation offre effectivement la faculté aux opérateurs de répartir le financement de la masse salariale entre les différents financeurs, selon des taux qu'ils déterminent eux-mêmes, ces taux ne peuvent pas être arbitraires, voire pilotés pour réduire la constitution d'excédents. Faute d'être justifiables, ou même parfois vraisemblables, ils privent de sens le *reporting* financier, y compris le montant des excédents éventuels, et par conséquent le contrôle de l'utilisation des dotations publiques.**

2.2.3. Les excédents sur dotations publiques et les crédits non reconductibles (CNR) sont traités dans la comptabilité des établissements comme totalement libres d'emploi, c'est-à-dire comme fonds propres librement distribuables en dividendes

Les dispositions de la loi ASV mettent fin à la possibilité pour l'autorité de tarification de reprendre les résultats, que l'établissement soit passé en contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ou qu'il soit en attente de CPOM en demeurant financé sur la base des anciennes conventions tripartites²⁴. **S'ils ne peuvent être repris, les résultats doivent néanmoins être affectés conformément aux dispositions du CASF²⁵.** Les autorités tarifatrices peuvent en outre toujours rejeter des dépenses « *manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement ou du service.* »²⁶.

Sur la période 2020-2022, le suivi des ERRD du groupe Médicharme permet d'identifier, pour l'ensemble de ses établissements, 8 M€ d'excédents cumulés sur les forfaits soins et dépendance. Ces excédents sont la conséquence de difficultés de recrutement d'aides-soignants. La mission n'a pas identifié, au moins sur la période la plus récente, de stratégie délibérée de maximisation des résultats par une contrainte sur les recrutements (cf. 2.2.2).

²³ On pourrait en déduire que la sur-imputation de la masse salariale des ASH sur le financement départemental est en quelque sorte compensée par une sous imputation des AS sur la même enveloppe.

²⁴ Cf. articles R. 314-210 à 244 du code de l'action sociale et des familles.

²⁵ Cf. article R. 314-234 et article R. 314-244 du CASF.

²⁶ Cf. article R. R314-236 du CASF.

Au regard du cadre juridique applicable depuis 2017 aux excédents issus des forfaits soins et dépendance, les excédents réalisés par les EHPAD du groupe Médicharme demeurent à la disposition du groupe qui doit, cependant, respecter leurs modalités d'affectation réglementaires. Toutefois, la nature des excédents issus des forfaits soins et dépendance ne fait pas l'objet d'une doctrine partagée entre d'une part établissements à but lucratif et d'autre part ARS et départements, notamment en ce qui concerne leur suivi et leur affectation en comptabilité générale.

Du fait qu'ils ne sont plus récupérables par les ATC depuis la réforme de 2017, les excédents soins et dépendance des établissements ne sont pas considérés par le groupe et ses commissaires aux comptes comme des produits constatés d'avance ou comme des dettes, mais comme des produits certains, fongibles dans le résultat de chaque établissement.

Ainsi, malgré les demandes de la mission, le groupe n'a pu fournir à la mission d'écritures comptables permettant de justifier la bonne affectation en report à nouveau des excédents, ou encore leur non-utilisation par le groupe pour des dépenses non prévues réglementairement (dividendes par exemple). **Leur suivi réalisé via les ERRD, non traduit en comptabilité générale, ne s'adresse donc qu'aux ARS et aux départements et l'objectif de l'ERRD de pouvoir contrôler la conformité réglementaire de leur usage apparaît compromis.**

Des observations similaires peuvent être faites s'agissant du suivi et de l'affectation des crédits non reconductibles (CNR). En effet, ceux-ci n'ont pas été consommés intégralement, mais leur affectation n'est pas suivie dans la comptabilité générale des établissements²⁷. **Là encore, le reporting budgétaire réalisé ne s'inscrit pas dans une réalité comptable du groupe permettant de s'assurer du bon usage de ces financements.**

3. Les pouvoirs publics ne disposaient pas des outils permettant d'anticiper la dégradation de la situation financière de Médicharme, qui résulte à la fois de facteurs exogènes et endogènes

3.1. Un retraitement excluant les activités immobilières du groupe fait apparaître une exploitation déficitaire depuis 2019, certains établissements se trouvant désormais dans une situation critique

Le chiffre d'affaires du groupe Médicharme (156 M€ en 2022) peut être décomposé en deux grands types d'activités :

- ♦ **l'exploitation d'EHPAD, dont le chiffre d'affaires (CA) se subdivise lui-même entre les revenus tirés :**
 - **des prestations d'hébergement**, comprenant la mise à disposition et l'entretien des chambres des résidents (CA 2022 : 44 M€, soit 28 % du CA total et 50 % du CA hors immobilier) ;
 - **des prestations de soins financées par l'assurance-maladie**, c'est-à-dire le suivi sanitaire et médical des résidents (CA 2022 : 34 M€ soit 22 % du CA total et 38 % du CA hors immobilier) ;
 - **des prestations de dépendance financées par le département**, comprenant l'aide, la surveillance et l'assistance pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (CA 2022 : 11 M€ soit 7 % du CA total et 12 % du CA hors immobilier) ;

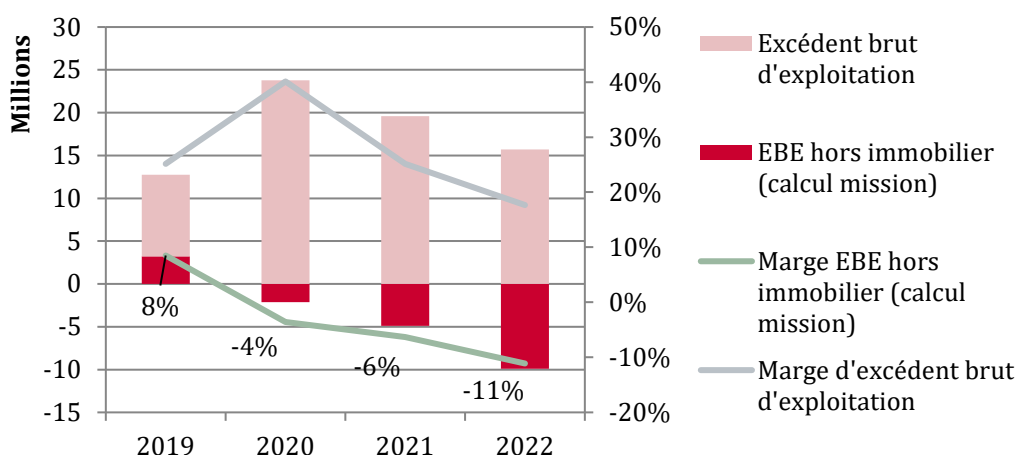
²⁷ Ces montants devraient être portés au compte 487 « produits constatés d'avance » de la comptabilité générale.

- ♦ **la revente des chambres d'EHPAD** acquises dans le cadre de la croissance externe du groupe (CA : 67 M€ en 2022, 43 % du CA total).

L'excédent brut d'exploitation (EBE), solde intermédiaire de gestion proche de la notion d'Ebitda retraçant la capacité du groupe à générer de la trésorerie à partir de son exploitation, est positif depuis 2019, ressortant en moyenne à 14,5 M€. Toutefois, le calcul de l'EBE comprend l'activité d'achat-vente d'immobilier, qui n'est pas, par nature, associée à l'exploitation d'EHPAD et n'est pas pérenne. En effet, elle ne peut se poursuivre que dans le contexte d'une croissance externe dynamique, permettant d'acquérir de nouveaux EHPAD afin d'en vendre les murs.

Par conséquent, pour mieux approcher la réalité de l'exploitation du groupe, la mission a calculé un « EBE hors immobilier », en retranchant le revenu lié aux activités immobilières s'agissant des produits et les dépenses liées aux achats immobiliers s'agissant des charges. **Le calcul de l'EBE hors immobilier fait apparaître que l'exploitation est en réalité déficitaire depuis 2020 (cf. graphique 3), avec un taux d'EBE hors immobilier rapporté au CA hors immobilier qui n'a cessé de se dégrader pour atteindre - 11 % en 2022.** En outre, un changement de norme comptable intervenu en 2019 exclut la plupart des loyers du calcul d'EBE/EBITDA. **Si l'on réintégrait les charges de loyers dans le calcul d'EBITDA, l'exploitation serait en réalité déficitaire sur l'ensemble de la période.**

Graphique 3 : Évolution de l'EBE du groupe Médicharme entre 2019 et 2022



Source : Comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018 ; Mission.

L'examen de la situation financière des 27 sociétés regroupant les 32 EHPAD en activité du groupe confirme une situation très déséquilibrée de la majorité des établissements que l'on peut classer en trois catégories en fonction de la gravité des difficultés financières (cf. tableau 2) :

- ♦ **quatre sociétés ont un EBITDAR, c'est-à-dire un excédent brut d'exploitation avant paiement des loyers, négatif** ; sur l'ensemble du périmètre, l'EBITDAR est de 16 % ;
- ♦ **neuf sociétés ont un EBITDA²⁸ avant paiement des coûts centraux (« management fees » facturés par le siège) négatif**, sur l'ensemble du périmètre, la marge d'EBITDA hors coûts centraux est de seulement 3 % ;

²⁸ EBITDA calculé selon une méthodologie pré-IFRS 16, c'est-à-dire intégrant les loyers comme des charges d'exploitation.

Rapport

- ♦ **vingt sociétés (près des trois quarts) ont un résultat net négatif** après imputation des loyers, des charges financières et des frais de siège²⁹.

De premiers calculs réalisés par la mission sur l'évolution de la situation financière des EHPAD privés lucratif montrent une nette dégradation de leurs résultats depuis l'année 2020. Les difficultés du groupe, et en particulier de ses petits établissements, qui se sont accentuées concomitamment avec les démarches d'amélioration de l'accompagnement des résidents engagées par la nouvelle direction de Médicharme, posent la question de la soutenabilité du modèle économique du secteur.

²⁹ Parmi celles-ci, une société (les chênes verts) aurait eu, hors résultat exceptionnel d'environ 11 M€, un résultat net négatif.

Rapport

Tableau 2 : Principaux indicateurs financiers des EHPAD en activité du groupe Médicharme (année 2022)

Établissement	Lits	TO	CA	Personnel	% CA	EBITDAR	Marge %	Loyers Tiers	% CA	EBITDA hors MF	Marge %	Management fees (MF)	% CA	RESULTAT NET
Résidence Saint Georges	110	91 %	4 580	(2 062)	45 %	1 417	31 %	(707)	15,4 %	722	16 %	(409)	8,9 %	238
Oreadis	24	58 %	1 302	(735)	57 %	146	11 %	(115)	8,8 %	31	2 %	(115)	8,8 %	(199)
Les châtaigniers	50	64 %	1 749	(1 320)	75 %	(226)	-13 %	(305)	17,5 %	(532)	-30 %	(154)	8,8 %	(1 212)
La Croix du sud	95	77 %	3 112	(1 912)	61 %	393	13 %	(342)	11,0 %	49	2 %	(274)	8,8 %	(213)
La Madrague	47	91 %	1 704	(1 114)	65 %	57	3 %	(119)	7,0 %	126	7 %	(174)	10,2 %	(82)
Meissel et AERIA	142	100 %	6 893	(3 395)	49 %	1 773	26 %	(763)	11,1 %	688	10 %	(561)	8,1 %	36
L'Elvody	46	93 %	2 270	(1 207)	53 %	561	25 %	(389)	17,1 %	131	6 %	(203)	8,9 %	(172)
Le Beau site	40	88 %	1 781	(1 104)	62 %	211	12 %	(138)	7,7 %	73	4 %	(157)	8,8 %	(118)
La vallée du Bandiat	40	95 %	1 566	(970)	62 %	128	8 %	(219)	14,0 %	(6)	0 %	(153)	9,8 %	(215)
Viteal - les Mimosas	57	96 %	3 137	(1 706)	54 %	646	21 %	(625)	19,9 %	21	1 %	(277)	8,8 %	(270)
La maison de Thérèse	26	85 %	1 389	(696)	50 %	245	18 %	(128)	9,2 %	117	8 %	(123)	8,8 %	6
La Juvenie	47	81 %	2 266	(1 367)	60 %	177	8 %	(167)	7,4 %	(68)	-3 %	(212)	9,4 %	(291)
Les Chênes verts	69	97 %	3 357	(1 942)	58 %	710	21 %	(403)	12,0 %	307	9 %	(703)	21,0 %	7 855
Les Génévriers	82	98 %	4 006	(2 313)	58 %	285	7 %	(511)	12,7 %	(247)	-6 %	(383)	9,6 %	(244)
Résidence Zoppola résidence de Beurre résidence du Lac	136	98 %	6 572	(4 002)	61 %	769	12 %	(1 101)	16,7 %	(270)	-4 %	(609)	9,3 %	(1 663)
Les Quatre saisons	40	100 %	1 946	(1 105)	57 %	426	22 %	(286)	14,7 %	141	7 %	(172)	8,8 %	(97)
Seuil d'Argonne - Souilly Pierrefitte-sur-Aire	109	93 %	4 914	(2 507)	51 %	1 256	26 %	(880)	17,9 %	376	8 %	(433)	8,8 %	(184)
Le Champ de la dame	84	87 %	4 292	(2 259)	53 %	1 234	29 %	(677)	15,8 %	692	16 %	(398)	9,3 %	191
Les Feuillantines	54	87 %	2 536	(2 060)	81 %	(187)	-7 %	-	0,0 %	(242)	-10 %	(188)	7,4 %	(655)
Résidence de France	84	88 %	4 090	(1 954)	48 %	1 262	31 %	(447)	10,9 %	762	19 %	(361)	8,8 %	290
Villa Claudine	36	100 %	1 540	(886)	57 %	331	22 %	(240)	15,6 %	132	9 %	(143)	9,3 %	(55)
Les Airelles	28	100 %	1 433	(1 025)	72 %	(7)	-1 %	(165)	11,5 %	(179)	-13 %	(126)	8,8 %	(903)
Les Jardins d'Aiffres	39	87 %	1 930	(1 163)	60 %	(277)	-14 %	(564)	29,2 %	(841)	-44 %	(196)	10,2 %	(1 100)
Au Bon Accueil	24	96 %	1 104	(692)	63 %	108	10 %	-	0,0 %	34	3 %	(100)	9,0 %	(211)
Les Jardins de Sainte Baume	85	98 %	3 877	(2 253)	58 %	752	19 %	(763)	19,7 %	(10)	0 %	(342)	8,8 %	(541)
Les Amis des aînés	19	100 %	936	(435)	46 %	278	30 %	-	0,0 %	215	23 %	(83)	8,8 %	(65)
La Bastide du Luberon	92	95 %	4 809	(3 223)	67 %	564	12 %	(359)	7,5 %	205	4 %	(942)	19,6 %	2 094
Total	1705	N.A.	79 091	(45 407)	57 %	13032	16 %	(10413)	13 %	2427	3 %	(7991)	10 %	2220

Source : Médicharme.

Les autorités de tarification étaient doublement dans l'incapacité d'anticiper ces difficultés :

- ♦ **les modalités de *reporting* financier des établissements privés lucratifs ne permettent pas :**
 - **de reconstituer le compte de résultat des établissements** car, jusqu'en 2022, ils ne comportaient pas les données financières de la section hébergement, non financée sur dotation publique et représentant de l'ordre de 50 % des recettes de ces établissements ;
 - **d'avoir une vision consolidée de la situation financière des groupes**, comprenant les *holdings* porteuses de l'endettement financier, car le *reporting* est réalisé à la maille des établissements, auxquels il n'est pas demandé de rapporter leur rattachement à un groupe.
- ♦ **elles ont indiqué à la mission ne pas disposer des informations, des outils, des compétences et des effectifs nécessaires pour procéder à l'analyse de la situation financière des établissements sous leur tutelle et permettre des comparaisons avec l'ensemble du secteur.**

3.2. La situation financière du groupe s'explique d'une part par une baisse d'activité ayant touché l'ensemble du secteur...

Les EHPAD bénéficiaient, à la fin des années 2010, de taux d'occupation³⁰ élevés : 96,4 % en 2018 et 2019 d'après la CNSA et le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale autonomie consacré à l'autonomie³¹ (« REPSS autonomie ») annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022. Ce taux a commencé à chuter à 94 % en 2020, pour atteindre 88,4 % en 2021.

La crise sanitaire est la principale cause de cet effondrement : l'épidémie a entraîné de nombreux décès parmi les résidents de ces établissements et les personnes âgées susceptibles d'en devenir les clients. **La baisse brutale des taux d'occupation provoquée par l'épidémie de Covid-19 a été amplifiée par le dommage réputationnel déclenché par l'affaire Orpéa**, compromettant le redressement rapide de l'activité de ces établissements.

Cette baisse générale de l'activité n'a pas épargné le groupe Médicharme, dont le taux d'occupation est passé de 95,7 % en 2019, à 95,2 % en 2020 et 85,7 % en 2021, avant de commencer à se redresser à 89,1 % en 2022. Le groupe a tenté d'y remédier en ayant recours aux services de deux sociétés de placement mettant en relation des familles en recherche d'établissement et des EHPAD, mais cette stratégie a eu un coût important pour le groupe, plus de 930 000 € en trois ans, en forte progression sur la période (477 000 € pour la seule l'année 2022 – cf. annexe tarification et facturation du groupe Médicharme vis à vis des résidents).

En plus de ces deux chocs, le secteur est confronté à des défis plus structurels :

- ♦ **le recul de l'âge moyen et de l'âge moyen à l'entrée des résidents des EHPAD (cf. tableau 3) : avant la crise sanitaire, l'âge moyen d'entrée dans les EHPAD privés lucratifs avait déjà reculé de 4 mois entre 2015 et 2019, passant de 86 ans et 5 mois à 86 ans et 9 mois ;**

³⁰ Le taux d'occupation est le rapport entre le nombre de résidents et le nombre de places disponibles.

³¹ Le REPSS est élaboré par la Direction de la sécurité sociale, en collaboration avec l'ensemble des institutions et régimes partenaires qui produisent les données statistiques et financières (CNAM, CNAV, CNSA, DREES).

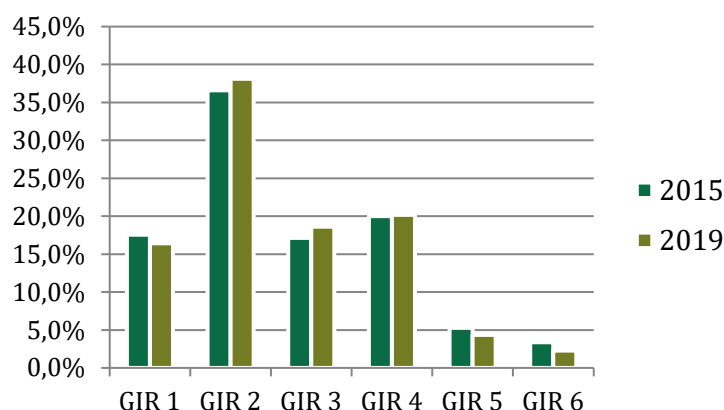
- ♦ l'accroissement du niveau moyen de dépendance des résidents : le GIR³² moyen pondéré (GMP) des EHPAD passe ainsi de 696 en 2015 à 705 en 2019 (cf. graphique 4).

Tableau 3 : Évolution de l'âge moyen et de l'âge moyen à l'entrée des résidents des EHPAD entre 2015 et 2019

Catégorie d'établissement	Âge moyen à l'entrée			Âge moyen		
	2015	2019	Évolution	2015	2019	Évolution
Ensemble des EHPAD	85 ans et 8 mois	85 ans et 11 mois	+3 mois	86 ans et 5 mois	86 ans et 10 mois	+5 mois
EHPAD privés à but lucratif	86 ans et 5 mois	86 ans et 9 mois	+4 mois	87 ans et 6 mois	88 ans et 1 mois	+7 mois
EHPAD privés à but non lucratif	85 ans et 7 mois	85 ans et 11 mois	+4 mois	86 ans et 8 mois	87 ans	+4 mois
EHPAD publics	85 ans et 3 mois	85 ans et 6 mois	+3 mois	85 ans et 10 mois	86 ans et 3 mois	+5 mois
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>	<i>84 ans et 9 mois</i>	<i>85 ans</i>	<i>+3 mois</i>	<i>84 ans et 11 mois</i>	<i>85 ans et 5 mois</i>	<i>+6 mois</i>
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>	<i>85 ans et 8 mois</i>	<i>85 ans et 10 mois</i>	<i>+2 mois</i>	<i>86 ans et 5 mois</i>	<i>86 ans et 10 mois</i>	<i>+5 mois</i>

Source : DREES, Études et résultats n° 1237 (juillet 2022), Études et résultats n° 1015 (juillet 2017).

Graphique 4 : Évolution de la répartition des résidents en EHPAD par GIR entre 2015 et 2019



Source : DREES, Études et résultats n° 1237 (juillet 2022).

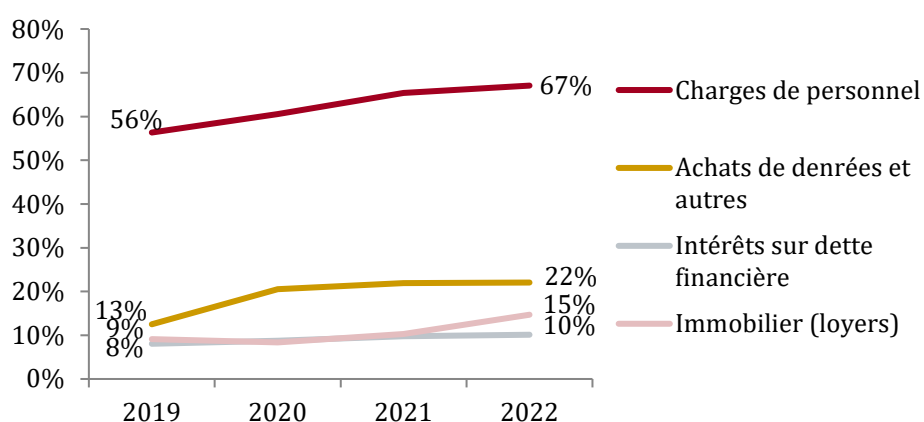
3.3. ... et d'autre part par une augmentation des charges inhérentes à la stratégie du groupe

Alors que l'activité du groupe stagnait, voire reculait, comme dans l'ensemble du secteur, sous l'effet des différents chocs (pandémie, image) et des difficultés structurelles évoquées *supra*, la part de ses principales charges dans le chiffre d'affaires « hors immobilier » a continué à croître ou à se maintenir à un niveau élevé. **Comme indiqué dans le graphique 5, entre 2019 et 2022, période pendant laquelle le groupe a triplé de taille en nombre de lits** (en avril 2019, le groupe comptait 600 lits, contre 1 837 fin février 2022) :

³² Le GIR (groupe iso-ressources) est un indicateur du niveau de dépendance de la personne (le GIR 1 correspondant aux situations de dépendance les plus élevées et le GIR 6 aux dépendances les plus légères) ; les personnes classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

- ◆ **les charges de personnel rapportées au chiffre d'affaires (CA) se sont accrues de 11 points**, passant de 56 % du CA à 67 % du CA ; elles incluent les charges de personnel du siège, dont la part dans le CA s'est accrue de 2 points au lieu de diminuer à mesure que le groupe s'agrandissait ;
- ◆ **les charges associées aux achats de denrées et autres rapportées au CA ont augmenté de 9 points**, passant de 13 % du CA à 22 % du CA ;
- ◆ **les charges de loyers rapportées au CA ont augmenté de 7 points**, passant de 8 % à 15 % du CA³³, à la suite de l'externalisation progressive de l'immobilier par le groupe (celle-ci a suivi le rythme des acquisitions avec un décalage de 12 à 18 mois en raison des délais de commercialisation des chambres) ;
- ◆ **les intérêts de la dette financière (c'est-à-dire hors intérêts sur obligations locatives) rapportés au CA ont cru de 2 points**, passant de 8 % à 10 % du CA.

Graphique 5 : Évolution de certaines charges du groupe Médicharme



Source : Comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018 ; Mission.

La progression du taux de ces charges rapporté au CA s'explique en partie par un effet dénominateur : le CA réalisé est inférieur au CA potentiel du groupe, avec la baisse d'environ 7 points du taux d'occupation entre 2019 et 2022. Néanmoins, même en neutralisant cet effet, ces taux augmentent fortement :

- ◆ la progression des charges de loyers et des charges financières est imputable à la stratégie de croissance du groupe (cf. 1.2.) ;
- ◆ l'accroissement des charges de personnel s'explique par :
 - le poids des rémunérations du siège ;
 - la politique volontariste de recrutement de la nouvelle équipe dirigeante sur l'ensemble des fonctions au sein des établissements (cf. 2.1) s'inscrivant dans le cadre du redressement opérationnel du groupe ;
 - l'accroissement général du niveau des rémunérations (Ségur, inflation ...) dans un contexte de difficultés de recrutement ;
 - La structure du groupe, qui comporte de petits établissements dans lesquels certaines dépenses de personnels sont incompressibles (personnel de nuit, cuisiniers etc.).

³³ Ces charges ont été reconstituées post IFRS 16 en faisant la somme du montant de la dotation aux amortissements des droits d'utilisation des immeubles et du montant des intérêts sur obligations locatives (cf. annexe fonctionnement, situation et modèle économique du groupe Médicharme).

La baisse de l'activité et donc des produits du groupe, couplée à l'accroissement de ses charges, a conduit celui-ci à une situation critique. Lors du contrôle, son exploitation courante entraînait une consommation mensuelle de liquidité de l'ordre de 1,5 M€, qui devrait entraîner une impasse de trésorerie au printemps 2024. La direction de Médicharme a par conséquent engagé une procédure de « *prepack cession*³⁴ » (cf. *supra*).

4. L'analyse des difficultés du groupe Médicharme met en évidence certaines faiblesses de la politique publique d'accueil des personnes âgées dans les EHPAD à but lucratif

4.1. Le financement de la croissance des groupes d'EHPAD par la vente à la découpe des chambres à des particuliers menace la soutenabilité de leur modèle économique et expose les investisseurs à des risques financiers

4.1.1. La vente de chambres à la découpe menace la soutenabilité du modèle économique des EHPAD et compromet leur capacité à se restructurer

Certains groupes d'EHPAD ont financé leur croissance en vendant les chambres à la découpe (cf. 1.2.). Cette stratégie, en plus d'être potentiellement assez coûteuse, pèse sur leur capacité de transformation ou de redressement de leur modèle économique :

- ◆ ces cession-bail ont pour effet de faire financer la croissance externe du groupe directement par le résultat futur des établissements, au travers d'un loyer³⁵ qui pèse à hauteur de près de 15 % de leur chiffre d'affaires ;
- ◆ les baux, conclus pour une durée de 12 à 18 ans, figent la destination des murs, puisque la société d'exploitation s'est engagée, pour cette durée, à payer des loyers élevés, interdisant *de facto* tout rapprochement d'établissements ou relocalisation de l'activité, la société devant sinon payer des loyers pour des locaux vides en sus de l'investissement réalisé dans de nouveaux locaux.

Ces modalités de financement privent ainsi les groupes d'EHPAD de la possibilité de réaliser des optimisations structurelles, telles que le regroupement de petits établissements³⁶, et sont susceptibles de compromettre leur restructuration financière. Dans le cas de Médicharme, les établissements sont débiteurs de loyers auprès de centaines de co-propriétaires de chambres d'EHPAD, ce qui rend par ailleurs leur renégociation dans le délai contraint de la procédure de *prepack cession* très incertaine.

³⁴ Il s'agit, dans le cadre d'une conciliation, et à la demande du débiteur, de préparer une cession totale ou partielle qui pourra être mise en place dans le cadre d'une procédure collective ultérieure (article L. 611-7 du code de commerce). Le *prepack cession* permet de réduire au maximum le délai de mise en œuvre du plan de cession et préserve la confidentialité de l'opération.

³⁵ Au lieu de faire porter un endettement financier par une holding susceptible d'être restructurée.

³⁶ À l'exception du rapprochement de l'établissement « les Charmilles », en cours de fusion avec les Jardins d'Aiffres.

4.1.2. Les particuliers investissant en LMNP prennent des risques qu'ils ne mesurent sans doute qu'imparfaitement

Les investisseurs particuliers réalisent une opération complexe : celle-ci est juridiquement une transaction immobilière mais présente les caractéristiques économiques d'un prêt avec un taux d'intérêt implicite comportant une composante fixe et une composante variable. En effet, certains biens immobiliers cédés n'ont qu'une faible valeur intrinsèque³⁷. Le montant de la transaction dépend donc essentiellement des *cash flows* que représentent les loyers versés par l'exploitant pendant la durée du bail. Les investisseurs sont ainsi exposés à plusieurs risques.

En premier lieu, les particuliers s'exposent à un risque de contrepartie : l'opération s'analysant économiquement comme un prêt, le risque principal est que la contrepartie du prêt, la société d'exploitation d'EHPAD, preneur du bail, soit défaillante et entre en procédure collective. Dans une telle hypothèse :

- ♦ en l'absence de repreneur, les loyers ne sont plus versés et la valeur de la chambre d'EHPAD, qui dépendait de ces versements, peut être quasiment nulle (en fonction de sa localisation) ;
- ♦ en cas de reprise des actifs sans reprise de la personne morale partie au contrat de bail, un nouveau contrat de bail doit être signé avec le nouveau preneur du bail, qui n'a aucune incitation à maintenir les loyers élevés consentis initialement en contrepartie de l'apport de liquidités.

Dans une telle situation, l'acheteur / bailleur peut perdre la quasi-intégralité du capital engagé. Si son acquisition a été financée pour tout ou partie par un prêt bancaire, le particulier peut se trouver avec un montant à rembourser supérieur à la valeur de sa chambre d'EHPAD.

Les acquéreurs peuvent également, en deuxième lieu, surestimer la valeur terminale de leur investissement, déterminée par plusieurs paramètres dont le contrôle leur échappe :

- ♦ **le maintien de l'exploitation d'un EHPAD à l'issue du bail**, qui dépend elle-même à la fois de la volonté de l'exploitant de poursuivre son activité dans le même bâtiment et de sa capacité à conserver ou renouveler ses autorisations administratives ;
- ♦ **les stipulations du nouveau contrat de bail** à passer avec l'exploitant (durée, niveau des loyers, modalités de leurs révisions), probablement moins favorables que celles du contrat initial, obtenues en contrepartie d'un apport de liquidités³⁸.

Cette valeur terminale est pourtant essentielle pour calculer le taux de rentabilité interne (TRI) de cet investissement. À titre d'exemple, si la valeur terminale du bien subit une décote de 33 % (ce qui semble un cas de figure non exceptionnel), le TRI de cet investissement atteint 2,7 %. Si la valeur terminale subit en revanche une décote de 100 %, c'est-à-dire par exemple si le bail n'est pas renouvelé pour une raison évoquée *supra*, le TRI de l'opération est négatif (- 11,4 %).

³⁷ C'est le cas notamment des chambres d'EHPAD isolés en territoire rural.

³⁸ la valeur terminale du bien dépend, comme sa valeur initiale, du montant des loyers versés par l'établissement. Or il paraît peu probable que le contrat de bail renégocié prévoit des loyers aussi élevés que le contrat initial, dès lors qu'au renouvellement du bail, le bailleur n'apporte pas les liquidités correspondant à l'acquisition de la chambre lors du contrat initial. La valeur terminale de l'investissement est ainsi presque certainement décotée, à hauteur de la réduction des loyers renégociés.

Enfin, l'investisseur particulier peut, le cas échéant, s'exposer à d'autres risques : dégradation du bien dont les travaux de maintenance, rénovation et entretien sont à la charge du preneur, survenance de « grosses réparations » au sens de l'article 606 du code civil³⁹ à la charge du bailleur, etc.

Pour répondre aux enjeux de bonne compréhension du risque afférent à l'investissement réalisé, la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, dite « loi Sapin 2 », a introduit **un article L. 122-23 du code de la consommation assujétissant la publicité pour certains investissements locatifs à des obligations renforcées**. Ainsi, la publicité pour les opérations ouvrant droit aux dispositifs fiscaux prévus aux articles 199 ter⁴⁰, 199 sex⁴¹ et 199 nov⁴² du code général des impôts doit permettre « raisonnablement de comprendre les risques afférents à l'investissement ». **Avec la mise en extinction du « Censi-Bouvard », ces dispositions ne seront toutefois plus applicables aux acquisitions de chambre d'EHPAD en LMNP.**

En conclusion, cette modalité de financement de la croissance des groupes constitue un obstacle sérieux aux opérations de regroupement d'établissements et plus généralement à la mise en œuvre d'une politique publique de restructuration du secteur. Elle fait, en outre, peser des risques financiers sur les particuliers sans qu'ils en aient pleinement conscience.

Proposition n° 4 : Examiner la possibilité d'interdire la vente à la découpe des chambres d'EHPAD.

4.2. La portée des règles applicables en matière d'autorisation administrative d'exploitation d'EHPAD pourrait être clarifiée

L'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la création d'un établissement médico-social est soumise à autorisation. Pour les EHPAD, cette autorisation est délivrée par l'agence régionale de santé et le conseil départemental. **Le même article soumet à l'accord des mêmes autorités la cession d'une telle autorisation**, celles-ci devant s'assurer que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'établissement. **Cet article impose également d'informer les autorités compétentes de « tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation »**, sans préciser ce qu'est un changement important au sens de ces dispositions. Par ailleurs, l'article L. 313-1-1 du même code soumet à autorisation « les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ».

La mission s'interroge sur la portée et les modalités du contrôle susceptible d'être exercé par les autorités compétentes, selon la forme juridique que prend le changement de gestionnaire de l'EHPAD.

³⁹ Art. 606 du code civil : « les grosses réparations sont celles des gros murs et des voûtes, le rétablissement des poutres et des couvertures entières. Celui des digues et des murs de soutènement et de clôture aussi en entier. Toutes les autres réparations sont d'entretien. »

⁴⁰ Réduction d'impôt dite « Malraux » (dépenses liées à la restauration complète de certains immeubles classés).

⁴¹ Réduction d'impôt dite « Censi-Bouvard » (cf. encadré 2 de l'annexe fonctionnement, situation et modèle économique du groupe Médicharme).

⁴² Réduction d'impôt dite « Denormandie ancien » (dépenses liées à l'acquisition d'un logement vide à rénover dans certaines zones).

Si les autorités compétentes doivent donner leur accord préalable lorsqu'une société envisage de céder l'autorisation d'exploiter un EHPAD, il en va différemment lorsque cette société est elle-même cédée, avec l'intégralité de son actif incluant les autorisations, à une autre entité. Une telle opération, qui ne paraît pas être soumise à autorisation, pourrait toutefois, le cas échéant, être qualifiée de « *changement important* » et faire l'objet à ce titre d'une information des autorités, dans un délai et sous une forme qui ne sont pas précisés.

Le groupe Médicharme, par exemple, a généralement acquis les actions ou parts sociales des sociétés d'exploitation d'EHPAD. **Dès lors qu'il n'y a pas eu changement de la personne détentrice de l'autorisation, il n'y a pas eu de contrôle préalable des ARS ou des départements. Le groupe a en revanche bien informé les agences régionales et les conseils départementaux de sa prise de contrôle.** À l'instar de ce qui a été observé pour Médicharme, la plupart des grandes opérations du secteur des EHPAD intervenues dans les années 2010 se sont produites sous la forme de fusions et acquisitions classiques, les achats d'actifs sans reprise de la personne morale les détenant intervenant généralement dans le cadre de procédures collectives. **Or, que le changement de gestionnaire intervienne via la cession des autorisations ou via le changement de contrôle de la société d'exploitation, il a des incidences équivalentes**, et parfois perturbatrices, sur le fonctionnement des établissements.

Une évolution des règles pourrait donc être envisagée pour renforcer la capacité de contrôle de l'État et des départements. Elle devrait tenir compte du besoin de réassurance sur la compétence et le projet du gestionnaire, mais aussi des nécessités de la vie économique et des contraintes inhérentes aux règles de l'UE qui conduisent à circonscrire les régimes d'autorisation préalable. **Si les pouvoirs publics souhaitent aligner les règles applicables en cas de changement de contrôle d'une société d'exploitation et de cession d'autorisation, deux options seraient envisageables :**

- ◆ **la première option consisterait à prévoir, pour les deux opérations, ou pour le changement de contrôle seulement⁴³, l'information préalable des autorités compétentes**, de façon à permettre un échange avec le futur gestionnaire en amont de l'acquisition ;
- ◆ **une deuxième option consisterait à soumettre les deux opérations, qui entraînent de facto les mêmes conséquences, à un régime d'autorisation préalable.**

La mission relève que l'article 12 quater de la proposition de loi « bien vieillir » ⁴⁴, introduit par amendement en première lecture à l'Assemblée nationale pendant le déroulement de la mission, introduit ce type de disposition dans le droit positif. En effet, le texte prévoit que :

- ◆ l'information des autorités compétentes doit avoir lieu « *dans un délai de deux mois précédant* » la mise en œuvre du « *changement important* » ;
- ◆ les changements « *dans les modalités de contrôle direct ou indirect de la personne morale gestionnaire de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil (...) sont soumis à l'accord préalable de l'autorité compétente* ».

La mission estime toutefois que la solution retenue, à ce stade de la procédure, dans la proposition de loi « bien vieillir » soulève des difficultés opérationnelles et juridiques.

⁴³ Un alignement total des deux régimes paraîtrait rationnel mais il serait concevable que le législateur souhaite laisser inchangé le régime de cession d'autorisation (qui demeurerait soumis à autorisation préalable).

⁴⁴ Cf. proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir.

En premier lieu, la notion de « changement dans les modalités de contrôle direct ou indirect » est imprécise⁴⁵, car elle peut en réalité désigner de nombreuses opérations sur le capital des sociétés d'exploitation ou de leurs holdings (toute prise de participation ayant un effet sur le contrôle de ces sociétés), réalisées par des acteurs français ou étrangers⁴⁶. **Par ailleurs, une telle solution paraît complexe à mettre en œuvre** : les autorités compétentes, c'est-à-dire l'ARS et le conseil départemental, devraient parfois se prononcer localement sur des changements de contrôle d'établissements résultant d'opérations de fusion / acquisition d'envergure nationale ou internationale (par exemple : la fusion Korian / Medica a concerné des centaines d'établissements). Enfin, **sa conformité au droit de l'Union Européenne (UE) est incertaine**, dès lors que ce dispositif porte atteinte à la liberté d'établissement et à la libre circulation des capitaux, garanties par les traités⁴⁷, et auxquelles on ne peut déroger qu'en invoquant des motifs d'ordre et de sécurité publics⁴⁸.

Sauf à ce que ces difficultés soient clairement levées, la mission estime préférable de s'en tenir à soumettre le changement de contrôle des établissements à une obligation d'information préalable, permettant d'engager, le cas échéant, un dialogue entre les ATC et les investisseurs, plutôt qu'à une véritable autorisation préalable.

En complément de ces évolutions, la mission identifie comme un enjeu important d'une bonne information des ARS et des départements l'identification d'un établissement comme faisant partie d'un groupe. Cette donnée n'est en effet pas actuellement répertoriée, les autorités locales comme nationales n'ont pas de moyen simple d'appréhender le périmètre des groupes. La mission considère que cette information doit pouvoir être disponible facilement, en particulier pour les organismes statistiques nationaux (DREES). Plusieurs voies pourraient être explorées : modification du répertoire FINESS, enrichissement du tableau de bord de la performance du secteur médico-social⁴⁹, enrichissement des données des EPRD / ERRD.

Enfin, alors qu'une décision de justice récente⁵⁰ a conclu que le déménagement d'un établissement n'était pas soumis à autorisation, mais à simple déclaration, la mission considère utile de rappeler, par voie de circulaire, les éléments constitutifs essentiels de l'autorisation, dont le lieu d'implantation. La modification d'un de ces éléments, tel le transfert d'un établissement, nécessiterait une nouvelle autorisation.

Proposition n° 5 : modifier l'alinéa 4 de l'article L. 313-1 du CASF comme suit :

- ◆ **préciser que l'information de l'autorité compétente doit intervenir préalablement au « changement important », dans un délai⁵¹ et selon des modalités définies par décret ;**
- ◆ **ajouter « le changement de contrôle au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce » à l'énumération des changements importants devant être notifiés aux ATC et organiser la remontée de cette information au fil de l'eau à la CNSA.**

⁴⁵ La réglementation sur le contrôle des investissements étrangers vise par exemple des opérations précisement définies (cf. article R. 151-2 du code monétaire et financier).

⁴⁶ Par exemple : acquisition du groupe Colisée par le fonds EQT Infrastructure et la Caisse de dépôt et placement du Québec en 2020.

⁴⁷ Articles 49 et 63 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE).

⁴⁸ Cf. le règlement du 19 mars 2019 sur le filtrage des investissements directs étrangers dans l'Union.

⁴⁹ Le remplissage de ce tableau de bord a été rendu obligatoire par arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

⁵⁰ TA Montpellier, 14 mai 2019, Soc. R. Patrimoine et autres, req. n° 1802387.

⁵¹ Ce délai devra être suffisamment long pour permettre un dialogue avec les ATC, sans toutefois faire obstacle au bon déroulement des opérations de fusion et acquisition.

Proposition n° 6 : préciser, par voie de circulaire, que le changement de localisation d'un établissement est soumis à autorisation par application de l'article L. 313-1-1 du CASF.

Proposition n° 7 : ajouter les informations sur l'appartenance à un groupe au reporting ERRD et au tableau de bord de la performance.

4.3. Le dispositif de contrôle de l'utilisation des dotations publiques est à la fois lourd et inopérant

L'élaboration des EPRD et ERRD représente annuellement une tâche très lourde pour les établissements : dans un groupe tel que Médicharme cette fonction est assurée au siège de manière centralisée (cf. *supra*), la complexité de cette tâche conduisant à mobiliser une ou plusieurs personnes disposant de l'expertise nécessaire. Cette centralisation de la fonction semble être la solution généralement retenue par les groupes d'EHPAD⁵² équipés d'une direction financière centrale, tandis que les EHPAD indépendants ont plutôt recours à la sous-traitance faute de capacité technique interne. **L'intérêt de ce reporting, en termes de surveillance de la santé financière des EHPAD et de contrôle de la consommation des dotations publiques, ne paraît pas à la hauteur du fardeau administratif pesant sur les assujettis.**

D'abord, du fait de cette complexité qui rend l'exercice difficilement praticable au niveau des établissements, le système manque son objectif premier d'être le support du dialogue de gestion entre établissements et tutelles. Dans le cas de Médicharme, le dialogue financier est ainsi un dialogue triangulaire entre les autorités de tarification et de contrôle (ATC), les établissements, et le siège, suscitant d'importants coûts de coordination et une faible appropriation du reporting financier par les chefs d'établissement (cf. 1.3.1).

Ensuite, la sincérité des éléments relatifs aux imputations de la masse salariale dans les différentes sections est questionnable, alors même qu'il s'agit de l'essentiel (plus de 90 %) des charges imputées sur les dotations publiques :

- ◆ le groupe Médicharme a indiqué à la mission avoir, dans un premier temps, imputé sur la section soin des dépenses de masse salariale liées à des personnels non qualifiés mais effectuant des tâches de personnel soignant (ASH « faisant fonction » non inscrit en formation ou en parcours de VAE) ;
- ◆ à la demande des ATC, le groupe a cessé cette pratique, mais a piloté certaines clefs de répartition de la masse salariale des ASH et des AS entre les différentes enveloppes pour diminuer les excédents sur dotations publiques, au lieu de tenter de rapporter une image fidèle des tâches effectivement réalisées par ces catégories de personnel (cf. 2.2.2).

Par conséquent, les chiffres figurant dans les tableaux d'affectation des charges par section des EPRD et ERRD ne reflètent aucune réalité opérationnelle. **De ce fait le système manque son deuxième objectif qui est d'être un outil d'incitation à un emploi des dotations publiques conforme à leur objet** (emploi de personnel qualifié, suffisance des fournitures et équipements de soins...).

Par ailleurs, quand le groupe constate des excédents, malgré l'insincérité du reporting destiné à les réduire, ceux-ci sont considérés comme fongibles dans le résultat de l'établissement et ne font pas l'objet d'un traitement comptable spécifique (cf. 2.2.3). Ils sont réputés faire l'objet de report à nouveau dans les ERRD, sans que cette affectation soit retracée dans les comptes. Le suivi des excédents cumulés est donc complètement notional. **Ce dispositif manque donc son troisième objectif de permettre le suivi dans le temps des éventuels excédents sur dotations publiques en vue de leur emploi conforme.**

⁵² Qui représentent plus de 80% des parts de marché, cf. *supra*.

Les ARS et conseils départementaux rencontrés par la mission, semblent avoir eu connaissance des pratiques⁵³ contestables, sans s'y opposer. Ils paraissent en outre ne pas être en mesure de suivre les excédents ou déficits cumulés autrement que via la documentation fournie par les établissements. Plus généralement, les ARS et les services départementaux ne contrôlent d'ailleurs pas les EPRD et ERRD, certes par manque de temps et de moyens mais aussi et surtout :

- ◆ parce qu'un véritable contrôle exigerait la tenue d'une comptabilité analytique appuyée sur les comptes-rendus quotidiens des tâches effectuées par chaque AS et ASH ;
- ◆ parce que le contrôle est en pratique sans intérêt, aucun rappel de fonds n'étant jamais opéré.

Le système manque donc son quatrième objectif d'être un instrument permettant de documenter d'éventuelles mesures de reprises de dotations lorsqu'elles n'ont pas été employées conformément à leur objet.

Enfin, si l'assujettissement du secteur privé lucratif à l'obligation de fournir des ERRD et EPRD « complets », c'est-à-dire intégrant les charges et les produits de la section hébergement, apparaît bienvenu pour donner une image de la situation financière des établissements, il manque encore, en pratique, en grande partie cet objectif :

- ◆ pour les établissements appartenant à un groupe parce qu'à la vision locale manque à la fois la vision consolidée (et donc la capacité à apprécier la situation réelle - difficultés économiques ou au contraire sur profit) et celle des flux intra-groupe (facturations intra groupe, endettement porté pour compte commun et financé par remontées de dividendes, flux immobiliers...) ;
- ◆ et, plus généralement, parce que les ARS et les départements ne sont pas suffisamment outillés pour apprécier la situation financière des établissements (effectifs, qualifications, temps, outils d'analyse et référentiels...).

Le dispositif des EPRD et ERRD, dans sa fonction de répartition analytique des dépenses entre dotations, ne paraît donc pas en mesure de répondre aux objectifs qui lui sont assignés. Il est resté à mi-chemin entre une logique de contrôle analytique de l'emploi des fonds, qu'exprime la présentation par section et la notion d'excédent / déficit par section, et une logique de forfaitisation des dotations, que reflètent leur calcul par des équations tarifaires indépendantes des dépenses des établissements et la non-exigibilité des excédents. L'effet de cette posture ambiguë est qu'aucune des deux démarches n'est opérante et que le système n'est pas correctement régulé.

Pour répondre à cette situation, il existe deux solutions alternatives.

La première consisterait à renforcer une nouvelle fois les obligations de *reporting* des établissements et les moyens des ARS et conseils départementaux dévolus à l'analyse de ces données. Les ATC conserveraient alors à la fois un rôle de surveillance de la santé financière des EHPAD, de contrôle de l'utilisation des dotations publiques et de contrôle de la qualité de l'accompagnement.

⁵³ Les clefs de répartition atypiques apparaissent par exemple clairement dans les EPRD / ERRD qui leurs sont soumis.

La seconde, qui semble davantage s'inscrire dans l'évolution du financement public des EHPAD vers une logique forfaitaire, consisterait à renoncer au *reporting* systématique de l'usage des dotations publiques pour recentrer le dispositif EPRD / ERRD sur un objectif de supervision de la santé financière du secteur. Les autorités de tarification, dont les pouvoirs de contrôle ne s'exerceraient plus que sur la qualité de l'accompagnement des résidents, disposeraient de la capacité de moduler les dotations publiques lorsque leurs prescriptions ne seraient pas respectées (par exemple si un établissement refuse d'améliorer un taux d'encadrement visiblement en-deçà de la moyenne du secteur). Elles continueraient à exercer, par ailleurs, leur rôle de supervision de la santé financière du secteur grâce aux EPRD / ERRD, dont ce serait la principale finalité.

En tout état de cause par ailleurs, la mission considère comme pertinente la création d'une cellule nationale de suivi des groupes, placée auprès de la DGCS ou de la CNSA, qui analyserait la situation consolidée des principaux groupes d'EHPAD et serait à même de compléter ainsi, par des éléments propres à la stratégie de groupe, l'analyse de la situation financière des établissements faites par les ARS. Cette cellule pourrait animer des « comités de groupe » réunissant les ARS couvrant les établissements d'un même groupe.

Proposition n° 8

Option 1 : Revenir à une régulation par affectation analytique des dotations aux charges correspondant à leur objet, ce qui supposerait :

- ◆ **l'auditabilité des affectations analytiques (obligation de feuilles de tâche quotidiennes des AS et ASH, validation *ex ante* des tableaux de passage de la comptabilité générale à la comptabilité M22, dispositif de certification externe ou de contrôle des ERRD) ;**
- ◆ **le retour au principe de remboursement des excédents non consommés au terme d'un certain délai.**

Ce schéma est lourd d'implications opérationnelles (moyens à déployer) tant pour l'administration que pour les entreprises. Il présente l'inconvénient de favoriser les mauvaises gestions et de sanctionner les gestions efficaces. Dans le contexte actuel de fragilité extrême des opérateurs, il aurait probablement un effet déstabilisant sur le secteur.

Option 2 : Achèver l'évolution vers la forfaitisation des dotations publiques, ce qui supposerait :

- ◆ **de simplifier le dispositif de *reporting* administratif en supprimant l'ensemble des obligations d'affectation analytique des charges et en renonçant à toute notion d'excédent ou de déficit sur dotation publique ;**
- ◆ **de calculer les dotations sur base de coûts standards réévalués régulièrement en systématisant la réalisation des coupes Pathos et GIR à mi-parcours des CPOM**
- ◆ **de faire évoluer les référentiels existants afin de mieux prendre en compte les réalités de terrain (par exemple ratio d'encadrement selon les GIR ET PATHOS) et ainsi fournir aux autorités de tarification un référentiel actualisé comportant des indicateurs leur permettant d'évaluer la qualité de l'accompagnement et le respect de bonnes pratiques.**
- ◆ **de permettre aux ATC de moduler les dotations publiques en cas de non-respect de leurs prescriptions relatives à la qualité de l'accompagnement des résidents.**

Ce schéma nécessite d'achever la transition du financement public des EHPAD vers un dispositif purement forfaitaire, **dont les conditions de mise en place et les impacts opérationnels devraient être examinés par les pouvoirs publics dans le cadre, le cas échéant, d'une nouvelle mission des inspections compétentes.** La mission relève que la fusion des sections soins et dépendance, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, constitue une nouvelle étape importante dans cette direction, bien que son caractère « volontaire » risque d'en différer la généralisation.

Proposition n° 9 : Améliorer la supervision de la santé financière des EHPAD

- ♦ **mettre en place un suivi économique et financier des établissements à travers un *reporting* comptables normalisé, certifié par les commissaires aux comptes, des référentiels financiers et des outils d'analyse à disposition des ARS et des départements dans le but de détecter les établissements en difficulté ou au contraire les situations de profit atypique ;**
- ♦ **imposer aux groupes d'EHPAD la communication annuelle d'états consolidés à une cellule nationale de suivi des groupes, qui viendrait en appui aux ARS.**

À Paris, le 15 mars 2024
Les membres de la mission,

L'inspecteur général des
finances,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'F. Lavenir', with a long horizontal stroke extending to the right.

Frédéric Lavenir

L'inspecteur général des affaires
sociales,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'L. Habert', with a large, stylized 'L' and a short horizontal stroke.

Laurent Habert

L'inspecteur des finances,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Antonin Nguyen', with a large, stylized 'A' and a long horizontal stroke.

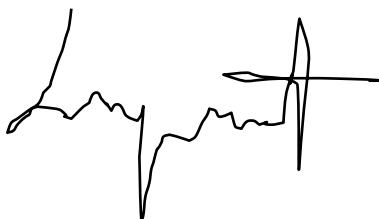
Antonin Nguyen

Le médecin, membre de
l'Inspection générale des
affaires sociales,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'C. Gady-Cherrier', with a stylized 'C' and a long horizontal stroke.

Claude Gady-Cherrier

L'inspectrice des finances,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Lucile Waquet-Airy', with a stylized 'L' and a long horizontal stroke.

Lucile Waquet-Airy

L'inspectrice des affaires sociales,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Agnès Josselin', with a stylized 'A' and a long horizontal stroke.

Agnès Josselin

Réponses au contradictoire – Rapport-Synthèse

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Rapport provisoire 1.2, p.8, §1 : <u>« D'après les calculs de la mission, ce montage complexe a donc conduit MEDICHARME à refinancer ses acquisitions à un coût supérieur à 10% »</u> Il s'agit uniquement du périmètre des acquisitions réalisés par la holding Avenir Santé ne représentant que la moitié des acquisitions. - Rapport provisoire 1.3.1, p.8, §1 : Dans son rapport, la mission affirme que le développement des fonctions supports se serait uniquement concentré sur les fonctions financières et immobilières, ce qui est erroné. En effet, contrairement à ce que laisse entendre la mission, une direction des ressources humaines a été mise en place dès la création de la société. (Cf. Annexe III 3.5.4. page 34 de l'annexe et page 11 et 12 des observations) - Rapport provisoire 1.3.1, p.9, §1 : <u>« La conformité des contrats aux prescriptions réglementaires n'est pas exempte de défaut » :</u> La mission indique que les contrats de séjour du groupe MEDICHARME ne seraient pas conformes aux prescriptions règlementaires. Or, le groupe a remédié à cette non-conformité par la mise en place d'un nouveau contrat de séjour en janvier 2023. (Cf. Annexe II page 2 de l'annexe, 1.2. et page 1 des observations sur l'annexe II) - Rapport provisoire 1.3.1, p.9, §2 : Dans son rapport, la mission reproche le manque d'implication des directeurs dans l'immobilier. Or, la gestion de l'immobilier est complètement indépendante de la gestion de l'exploitation et ne relève donc aucunement des fonctions du directeur d'EHPAD.	Vu, rapport modifié en ce sens. Rédaction maintenue : les autres fonctions étaient embryonnaires (DRH) ou inexistantes (direction médicale) Vu, précision apportée en ce sens dans le rapport. Vu. Rédaction maintenue.

Parallèlement, l'ensemble immobilier dans lequel est exploité l'EHPAD est détenu par une SCI, ou bien par des investisseurs, lesquels sont uniquement liés à la société qui détient l'autorisation d'exploiter l'EHPAD par un contrat de bail commercial, de sorte que le directeur de l'EHPAD n'a pas à gérer l'ensemble immobilier dans lequel est exploité l'EHPAD, et encore moins à intervenir sur la commercialisation en lots de l'ensemble immobilier dans lequel l'EHPAD est exploité. Le Directeur est employé par la société d'exploitation qui est toujours preneuse à bail commercial (soit un bail unique, soit de multiples baux dans le cadre des investissements LNMP et censier bouvard, soit sous location en cas de CBI). « <i>La maintenance est centralisée</i> » Elle est confiée à des professionnels, responsables régionaux travaillant en étroite collaboration avec les directeurs régionaux et les directeurs d'établissements, afin de maîtriser la levée de réserves des rapports périodiques et des commissions de sécurité. Sur tous les sites, il existe un agent technique pour s'occuper de la maintenance quotidienne sous la direction du directeur d'établissement. - Rapport provisoire 1.3.1, p.9, §3 : Contrairement à ce que laisse entendre le rapport, le groupe a déployé la politique du groupe au sein des établissements après les acquisitions et a bien procédé à une harmonisation au sein des différentes structures. Tout l'enjeu de cette harmonisation était de trouver un équilibre afin de permettre à chaque établissement de garder l'identité connue des résidents et des salariés, tout en déployant la politique du groupe. Cet équilibre peut s'avérer difficile à trouver d'autant plus lors du rachat de structures familiales. Les salariés peuvent avoir une réaction négative voir de rejet face aux changements inhérents au rachat de l'établissement par un groupe, d'où la nécessité de déployer la politique du groupe de façon progressive. Dans la réponse à l'annexe III, le groupe MEDICHARME détaille précisément les actions mises en œuvre pour procéder à cette harmonisation. (Cf : Annexe III page 2 de l'annexe, § 2 et page 3 des observations relatives à l'Annexe III)	L'organisation de la maintenance est centralisée et dépend de la direction immobilière. Précision rédactionnelle apportée en ce sens Le paragraphe visé mentionne la faible référence à l'identité de groupe dans sa communication, ce qui est incontestable et se manifeste par exemple par l'absence de référence au groupe dans la signalétique des établissements. Cela n'induit pas qu'il n'y a pas eu de politique de groupe dans les différentes fonctions et missions exercée au sein du groupe (immobilier, budget, RH etc..). Rédaction maintenue.

- Rapport provisoire 1.3.2, p.9, §2 : Contrairement à ce que laisse entendre le rapport de la mission, une direction des ressources humaines a été mise en place dès la création de la société, le groupe ayant toutefois rencontré des difficultés afin de pérenniser la direction des ressources humaines avant juin 2021. L'historique de la direction des ressources humaines est détaillée dans la réponse rédigée par le groupe aux observations formulées par la mission dans l'Annexe III. <i>(Cf. Annexe III 3.5.4. page 11 des annexes et page 12 des observations)</i> - Rapport provisoire 1.3.2, p.9, §3 : Les négociations relatives à la mise en place d'un CSE de groupe ont été entreprises en juin 2022. La mise en place des IRP groupe a été rendue compliquée avant cette date par les difficultés rencontrées par la société MEDICHARME pour pérenniser la direction des ressources humaines. En sus des audits réalisés par les RRH, lors des acquisitions, la société MEDICHARME confiait la réalisation d'un audit social à son conseil qui établissait un audit social des établissements préalablement à l'acquisition. - Rapport provisoire 1.3.2, p.10, §2 : Des fonctions supports ont été mis en place dès la création de la société concernant la DRH puis ultérieurement pour les autres fonctions supports comme précisé dans les observations ci-dessus concernant le rapport provisoire 1.3.1, p.8, §1 et détaillé dans les réponses du groupe MEDICHARME à l'Annexe III. <i>(Cf. Annexe III 3.5.4. page 11 de l'annexe et page 12 des observations)</i> - Rapport provisoire 1.3.2, p.10, §3 : <u>« Le groupe a manifestement sous-estimé dans un premier temps les difficultés opérationnelles des établissements qu'il acquérait » :</u>	La fonction ressources humaines était embryonnaire (et même intermittente) jusqu'en juin 2021 et ne s'est structurée et étoffée qu'à compter de cette date. Rédaction précisée sur ce point La mise en place du CSE date d'avril 2023. Rédaction maintenue La mission maintient le constat d'un net sous-dimensionnement dès l'origine de certaines fonctions (RH, direction médicale notamment) Rédaction maintenue. La faible structuration de fonctions pourtant essentielles en appui de l'exploitation (RH, qualité) exposait le groupe à la

Réponses au contradictoire – Rapport-Synthèse

Les audits lors des reprises ne permettent pas d'envisager les difficultés rencontrées avec les Directeurs et la nouvelle Direction. (Cf. Annexe IV, 1.1. page 2 de l'annexe et page 1 des observations) - Rapport provisoire 2.1.1, p.10, §1 : <u>« Un premier constat majeur est celui de la grande instabilité, dans beaucoup d'établissements, du trio gouvernance des EHPAD » :</u> Concernant les fonctions de directeur, médecin coordonnateur et IDEC, il s'agit d'un problème structurel en EHPAD mis en exergue par la Cour des comptes dans un rapport publié en février 2022. Face à un désert médical ou une concurrence acharnée, le groupe MEDICHARME rencontre de grandes difficultés pour trouver des médecins coordonnateurs et des IDEC. En général, la concurrence provient essentiellement du fait que le libéral est privilégié pour ces deux activités. Les propositions d'augmentation des salaires pour ces postes ne suffisent pas à être attractifs. Les difficultés de recrutement sont d'autant plus importantes pour les postes qualifiés et notamment pour le trio : directeur, IDE, médecin coordonnateur. Ces difficultés de recrutement s'expliquent par l'importance des missions attachées à ce type de poste, et par l'absence de souplesse d'un engagement en CDI. Ces difficultés se sont renforcées avec la crise sanitaire et le scandale ORPEA qui ont rendu les recrutements encore plus difficiles. Les difficultés rencontrées par le groupe MEDICHARME sur ce point sont détaillées dans la réponse apportée aux observations formulées par la mission dans l'annexe III. (Cf. Annexe III 2.2.1. page 15 de l'annexe et page 8 et 9 des observations) - Rapport provisoire 2.1.1, p.11, §3 :	difficulté de faire face aux problèmes liés à l'exploitation des établissements Les difficultés de recrutement ne concernent pas que le groupe Médicharme. Elles ont toutefois été majeures et durables au sein du groupe, même si la mission a noté une amélioration au cours des deux dernières années. Lorsque l'on dispose de données de comparaison (médecins coordonnateurs), ces données montrent une performance plus faible du groupe par rapport aux autres établissements du même secteur. Rédaction maintenue.

Réponses au contradictoire – Rapport-Synthèse

Le rapport fait mention de 14 décisions prud'homales en 2022 et laisse entendre que le nombre de contentieux serait très important. Comme indiqué en réponse à l'Annexe III, le groupe employant plus de 1 300 salariés, il est impossible d'éviter la survenance de contentieux sociaux. Le groupe travaille néanmoins quotidiennement afin de prévenir la survenance de tels contentieux. - Rapport provisoire 2.1.2, p.11, §2 : <u>« Les difficultés de recrutement au sein des établissements concernent l'ensemble des personnels intervenant en EHPAD : médecins, infirmiers, psychologues, aides-soignantes » :</u> Comme évoqué dans les observations relatives au Rapport provisoire 2.1.1, p.10, §1, il existe de nombreuses problématiques liées au recrutement et notamment les déserts médicaux ainsi que la pénibilité du travail et ce, malgré des offres de rémunération revalorisée. En outre, le groupe MEDICHARME étant un groupe de taille moyenne, il souffre particulièrement de la concurrence des autres groupes (petits et grands groupes) dans sa recherche de candidats pour les postes vacants. - Rapport provisoire 2.1.2, p.12, §1 : Il convient tout d'abord de préciser que la présence d'IDE de nuit en EHPAD n'est pas une obligation légale, ce qui s'explique notamment par des besoins hétérogènes selon la taille et le type d'établissements, mais aussi par les grandes difficultés de recrutement rencontrées dans le secteur depuis des années. Une grande majorité des EHPAD en France ne disposent pas d'IDE de nuit. Le service de nuit est donc très souvent réalisé par les AS, ce qui ne saurait être reproché spécifiquement au groupe MEDICHARME. <u>Une part importante de CDD :</u> Face à une demande croissante, c'est le salarié qui décide et c'est sa volonté de vouloir percevoir les 10% de précarité et d'être libre de choisir son embauche. Cette problématique est généralisée sur le territoire national. Elle est d'ailleurs soulignée par la Cour des comptes dans son rapport de février 2022, dans lequel	Rédaction maintenue. La mission souligne que le groupe a rarement gagné les procédures contentieuses et qu'il provisionne largement pour cela. Dont acte s'agissant de la taille du groupe qui peut jouer sur son attractivité ; rédaction maintenue Le paragraphe visé ne concerne pas la présence d'infirmier la nuit mais la présence d'un aide-soignant, qui parfois n'a pu être assurée. Rédaction maintenue. La problématique n'est effectivement pas propre au groupe Médicharme. Rédaction légèrement modifiée compte tenu de la difficulté à avoir des données comparatives actualisées à ce sujet.

la Cour des comptes met en exergue le fort recours au travail à durée déterminée par les EHPAD comptes tenu de la volonté des salariés de pouvoir changer régulièrement de travail et de bénéficier de conditions financières plus avantageuses propres au travail à durée déterminée. (Cf. : Annexe III, 3.2. page 22 de l'annexe et page 9 et 10 de la réponse à l'Annexe III) - Rapport provisoire 2.1.3, p.12, §1 : <u>Les contrôles des Tutelles :</u> Concernant l'EHPAD de LA ROSERAIE, la société conteste la sanction prise par l'ARS. La procédure sur le fond est actuellement pendante devant le Tribunal Administratif de Montreuil. - Rapport provisoire 2.1.4, p.13, §1 : <u>« Le groupe n'échappe pas pour autant pas aux déconvenues managériales qui prolongent, dans certains établissements, une situation d'instabilité »</u> Si le groupe MEDICHARME n'échappe pas aux déconvenues managériales qui peuvent entraîner une vacance de certains postes de direction, il a mis en place plusieurs moyens palliatifs pour assurer une continuité de direction. Ceci est d'ailleurs détaillé dans la réponse apportée par le groupe MEDICHARME aux observations formulées par la mission dans son annexe III <u>(Cf. : Annexe III, page 11 § 3 de l'annexe et page 5 et 6 de la réponse à l'Annexe III)</u> - Rapport provisoire 2.1.4, p.13, §5 : <u>« Un point majeur de non-conformité reste la transcription non sécurisée des ordonnances dans le logiciel TITAN. Ces difficultés ne pourront se résoudre sans un renforcement notable de l'implication des médecins traitants et de certains médecins co » :</u> Le groupe MEDICHARME se heurte aux refus des médecins traitants de compléter les dossiers médicaux des résidents sur le logiciel TITAN.	Rédaction maintenue, concernant un épisode de carence majeure de fonctionnement d'un établissement. La rédaction, qui mentionne également les efforts déployés par le groupe pour stabiliser les effectifs, est maintenue. Rédaction maintenue : le rapport mentionne cette difficulté de mobilisation des médecins traitants. Toutefois, la mission a pu constater un investissement inégal des médecins coordonnateurs pour former leurs collègues et les inciter à utiliser cet outil. Quand bien même les personnels auraient été formés, cela reste un point de non-conformité.

La problématique est réelle car les médecins traitants ne sont pas salariés de l'établissement de sorte que le groupe se trouve confronté à l'impossibilité de contraindre le médecin traitant à compléter le dossier informatique des résidents. Les établissements du groupe ont néanmoins procédé à de nombreuses formations des salariés du groupe pour s'assurer que ceux-ci assurent la traçabilité des soins sur le logiciel TITAN. - Rapport provisoire 2.1.4, p.14, §2 : Les retards dans la conclusion des CPOM ne peut pas être reproché à MEDICHARME. Les ARS sont maitres des calendriers de négociation, Le groupe a d'ailleurs relancé l'ensemble des ARS en 2022 sur ce point. (Cf. : Annexe IV 1.1. page 3 de l'annexe, 2^{ème} § et page 3 de la réponse aux observations formulées sur l'annexe IV) - Rapport provisoire 2.2.1, p.16, §2 : Les problèmes de fiabilité du reporting effectué : Les travaux de la mission font apparaître des écarts entre les données transmises dans les ERRD 2022 et les balances des comptes du même exercice. Cependant « les écarts constatés demeurent d'un faible montant » ce qui est souligné par la mission (page 45 de l'annexe VI) - Rapport provisoire 2.2.2, p.16, §3 : Il apparait que ces clefs sont, dans la plupart des cas, définies arbitrairement, et parfois fixées pour maximiser la consommation des dotations publiques : Les clefs de répartition appliquées dans les ERRD 2022, comme l'a déjà indiqué la société à la mission « proviennent donc de l'application d'une faculté de répartition offerte par les textes. » En outre, le groupe Médicharme tient à indiquer que « les EPRD 2022 ont été validés par les autorités de tarification. » En outre la mission souligne en annexe VI que : « L'analyse par la mission des dépenses imputables aux dotations soins et dépendance ne fait pas apparaître une	L'annexe IV indique bien que la signature des CPOM est également tributaire de la volonté et de la capacité des ARS à négocier. Le taux de couverture par un CPOM des établissements du groupe est toutefois en deçà de la moyenne du secteur. Rédaction maintenue Vu, précision apportée en ce sens. Le caractère insincère des clefs de répartition tient à la fois (i) au fait qu'elles ne reflètent pas la réalité des tâches réalisées par le personnel d'une part, et d'autre part, (ii) qu'elles répondent avant tout à une logique de saturation des forfaits soins et dépendance. Rédaction maintenue.

<i>volonté de la part du groupe Médicharme de maitrise des dépenses ou de constitution d'excédents. Au contraire, elle fait apparaitre une forte augmentation des dépenses de personnel qui dessine une tendance observée par la mission au niveau de la politique de soin et d'accompagnement des résidents » page 31 de l'annexe VI.</i> - Rapport provisoire 2.2.2, p.18, §3 : Malgré les demandes de la mission, le groupe n'a pas pu fournir à la mission d'écritures comptables permettant de justifier la bonne affectation en report à nouveau des excédents ou encore leur non-utilisation par le groupe pour les dépenses non prévues réglementairement (dividendes par exemple) Medicharme n'a jamais distribué le moindre dividende à ses actionnaires ou à l'extérieur du Groupe Medicharme. L'absence d'écriture comptable justifiant la mise en réserve de sommes liées à d'éventuels excédents est donc sans objet ni préjudice de l'utilisation de fonds publics. - Rapport provisoire 3.3 p.23, §1 : Les charges du personnel : depuis la crise sanitaire, nous constatons une augmentation significative des salaires pour les IDEC et ASH, face aux difficultés de recrutement. En effet le groupe a été contraint d'augmenter ses propositions de salaires afin de rendre les postes plus attractifs et de faire face la concurrence tant publique que privé. (ex : en moyenne l'offre de salaire pour un IDE est passée de 2 400 € à 2 700 € et de 3 000 € à 3 500 € pour un IDEC).	Vu. La rédaction est maintenue car la réglementation prévoit une affectation des dotations au niveau des établissements. Vu. Rédaction maintenue.

ANNEXES ET PIÈCE JOINTE

LISTE DES ANNEXES ET DE LA PIÈCE JOINTE

ANNEXE I :	FONCTIONNEMENT, SITUATION ET MODÈLE ÉCONOMIQUE DU GROUPE MEDICHARME
ANNEXE II :	TARIFICATION ET FACTURATION DU GROUPE MEDICHARME VIS-À-VIS DES RÉSIDENTS
ANNEXE III :	LES RESSOURCES HUMAINES
ANNEXE IV :	L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS
ANNEXE V :	N/C
ANNEXE VI :	REPORTING BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE RELATIF A L'USAGE DES DOTATIONS PUBLIQUES
ANNEXE VII :	PERSONNES RENCONTRÉES
PIÈCE JOINTE :	LETTRE DE MISSION

ANNEXE I

Fonctionnement, situation et modèle économique du groupe Médicharme

SOMMAIRE

1. APRES UNE PERIODE D'EMBALLLEMENT, LE SECTEUR DES EHPAD CONNAIT DES DIFFICULTES CROISSANTES	1
1.1. Le secteur des EHPAD privés lucratifs, dont relève Médicharme, représente environ un quart de l'offre de lits d'EHPAD et s'est récemment consolidé	1
1.1.1. <i>Le secteur privé commercial est très concentré.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Dans les années 2010, plusieurs opérations majeures de fusion et acquisition (M&A) ont eu lieu dans le secteur des EHPAD en France.....</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>Médicharme est un acteur de taille modeste par rapport aux acteurs du top 5.....</i>	<i>4</i>
2. LE SECTEUR DES EHPAD A ETE AFFECTE PAR L'EPIDEMIE DE COVID-19, PUIS PAR LES SUITES DE L'AFFAIRE ORPEA	8
2.1. Avec la pandémie de Covid-19 puis l'affaire Orpéa, le secteur a traversé deux crises majeures ayant affecté sa réputation, son chiffre d'affaires et son accès aux financements.....	8
2.1.1. <i>La Covid-19 a touché près des trois quarts des établissements en 2020 et provoqué une chute des taux d'occupation de l'ordre de 7 points.....</i>	<i>8</i>
2.1.2. <i>La pandémie, puis la publication d'un ouvrage mettant en cause les pratiques d'un acteur majeur du secteur, ont gravement nuit à la réputation du secteur</i>	<i>10</i>
2.2. Au total, l'activité des EHPAD s'est dégradée dans les trois dernières années ...	11
3. LE GROUPE MEDICHARME, QUI CONNAIT UNE BAISSSE D'ACTIVITE COMPARABLE AU RESTE DU SECTEUR, EST EN GRANDE DIFFICULTE DU FAIT DE SES CHOIX STRATEGIQUES	13
3.1. L'examen des comptes consolidés du groupe montre que l'exploitation est déficitaire depuis plusieurs années.....	13
3.2. En raison d'une baisse de l'activité et de coûts fixes élevés, l'exploitation des EHPAD du groupe génère une très faible marge avant imputation des coûts centraux	16
3.3. Les difficultés du groupe sont dues à l'accroissement des charges de personnel, à des charges financières élevées et à sa stratégie de croissance financée par la revente de chambres de d'EHPAD	18
3.3.1. <i>L'analyse des comptes consolidés du groupe fait apparaître un accroissement de ses charges rapportées à son chiffre d'affaires</i>	<i>18</i>
3.3.2. <i>En vendant les chambres d'EHPAD, le groupe a fait financer sa croissance externe par l'exploitation future des établissements, grâce à des opérations immobilières dont la rationalité économique est incertaine.....</i>	<i>19</i>

1. Après une période d'emballlement, le secteur des EHPAD connaît des difficultés croissantes

1.1. Le secteur des EHPAD privés lucratifs, dont relève Médicharme, représente environ un quart de l'offre de lits d'EHPAD et s'est récemment consolidé

1.1.1. Le secteur privé commercial est très concentré

Les EHPAD relèvent de trois grandes catégories de statut juridique (cf. tableau 1) : le secteur privé commercial (1 700 EHPAD en 2022, soit 28 % des établissements), le secteur privé non lucratif (2 115 EHPAD en 2022, 34 % du total) et le secteur public (2 342 EHPAD en 2022, 38 % du total). Les EHPAD du secteur privé commercial sont en moyenne plus petits que les EHPAD du secteur public.

Tableau 1 : Répartition des EHPAD selon la taille et le statut juridique en 2022

Taille	Secteur privé lucratif		Secteur privé non lucratif		Secteur public	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
- 45 places	171	10 %	219	10 %	267	11 %
45 à 59 places	180	11 %	238	11 %	266	11 %
60 à 99 places	1 157	68 %	1 369	65 %	1 122	48 %
100 à 199 places	185	11 %	252	12 %	501	21 %
+ 199 places ;	7	0 %	37	2 %	186	8 %
Total	1 700		2 115		2 342	

Source : BDD Finess à la date du 18/12/2023.

Il n'existe pas de source officielle récente permettant de reconstituer le nombre d'établissements et de lits d'EHPAD par groupe. En effet, les bases de données de la CNSA, extraites des ERRD, ne permettent pas de rattacher les établissements et les entités juridiques à une holding commune. Par ailleurs, les documents d'enregistrement universel des entités cotées (Korian / Clariane, Orpéa et LNA Santé) ne détaillent pas la répartition de leurs lits et de leurs établissements entre origine géographique et typologie (RSS, EHPA, EHPAD).

Cependant, le « mensuel des maisons de retraite » établit chaque année un classement des groupes d'EHPAD retraçant le nombre de lits et d'établissement des 15 plus grands groupes, en France et à l'étranger. **Selon le classement 2023** (cf. tableau 2), **les cinq plus grands groupes en France (Korian / Clariane, DomusVi, Orpéa, Colisée, Domidep) représentent environ les deux tiers du nombre total de lits du secteur privé commercial**, soit près de 90 000 lits (et plus de 1 000 établissements).

Tableau 2 : Classement des groupes d'EHPAD par nombre d'établissements et de lits au 31/12/2022

Groupe	France		Étranger		Total France & étranger		Part de marché France (% lits)
	Lits	ETS	Lits	ETS	Lits	ETS	
Korian / Clariane	24 914	289	39 714	426	62 465	698	19 %
DomusVi	21 100	261	23 565	198	44 665	459	16 %
Orpéa	19 922	226	51 905	551	71 827	777	15 %
Colisée	12 352	156	19 236	159	31 588	315	10 %
Domidep	7 939	114	3 100	36	11 039	150	6 %
Sous-total top 5	86 227	1 046	137 520	1 370	221 584	2 399	66 %
LNA Santé	4 655	45	555	4	5 210	49	4 %
Emera	4 267	48	4 957	45	9 224	93	3 %
Médicharme	1 955	37*	0	0	1 955	37	2 %
Vivalto Vie	1 954	26	4 920	53	6 874	79	2 %
SGMR Ouest – Iroise Bellevie	1 808	25	258	3	2 066	28	1 %
SEDNA	1 512	19	2 581	21	4 093	40	1 %
Omeris	1 340	17	98	6	1 438	23	1 %
Maisons de Famille	1 295	16	19 478	163	20 773	179	1 %
Philogeris	700	11	0	0	700	11	1 %
Steva	647	7	0	0	647	7	0 %
Total	106 360	1 297	170 367	1 665	274 564	2 945	82 %

*Source : Le Mensuel des Maisons de Retraite n°257¹ (*les 37 établissements recensés comptent probablement non seulement les 3 établissements fermés, mais également les EHPA).*

1.1.2. Dans les années 2010, plusieurs opérations majeures de fusion et acquisition (M&A) ont eu lieu dans le secteur des EHPAD en France

La mission a examiné les acquisitions des trois plus grands opérateurs (Korian / Clariane, DomusVi, Orpéa) au cours des années 2010 à 2020.

Korian / Clariane a conforté sa position dans l'Union Européenne en procédant à plusieurs acquisitions au cours des années 2010 (seules sont citées les principales opérations) :

- ♦ en 2013, Korian est devenu le premier acteur allemand du secteur des maisons de retraite en prenant le contrôle, par le biais d'une offre publique d'achat, de la société allemande Curanum AG (alors n°2 du marché avec 9 962 lits, 75 établissements), pour une valorisation d'environ 270 M€² (27 k€ / lit), soit de l'ordre de 8 fois son EBITDA au moment du dépôt de l'offre ;

¹ D'après la presse financière citant une étude de CM-CIC Securities.

² Curanum a annoncé avoir réalisé en 2013 un chiffre d'affaires de 293 M€ M€ pour un EBITDAR de 89,5 M€ M€ (30,5%) et un EBITDA de 34,0 M€ M€.

Annexe I

- ♦ **en 2014, Korian est devenu le premier acteur français des EHPAD en 2014, à l'occasion de sa fusion-absorption avec Medica** (à l'époque numéro 3 du secteur) :
 - avant la fusion, le groupe Korian disposait d'une capacité d'accueil de 34 000 résidents/patients en Europe et gérait près de 270 maisons de retraite médicalisées, 50 cliniques de soins de suite ;
 - à l'issue de la Fusion, le groupe disposait d'une capacité d'accueil de plus de 57 000 résidents/patients en Europe et gérait 506 maisons de retraite médicalisées et 87 cliniques de soins de suite.
- ♦ en 2016, Korian a acquis Casa Reha, le troisième opérateur allemand du secteur des maisons de retraite (74 établissements et 10 182 lits), pour une valorisation de l'ordre de 300 M€ soit d'environ 10 fois l'EBITDA (30 k€ / lit) du groupe et le groupe belge Foyer de Lork (17 établissements et 1 466 lits) ;
- ♦ en 2017, le groupe a acquis huit établissements d'une capacité d'environ 1 000 lit, auprès du groupe Senior Assist (puis huit établissements fin 2017 et, en 2018, 21 nouveaux établissements et 1 786 lits auprès de la même entité) ;
- ♦ en 2019, le groupe a acquis le groupe Omega en France (14 maisons de retraite, 3 résidences services et 9 agences de services à domicile), Schauinsland en Allemagne (six maisons de retraite médicalisées, 420 lits), la société Seniors en Espagne (sept établissements médicalisés, environ 1 300 lits) et l'activité maison de retraite de Grupo 5 dans le même pays (six établissements médicalisés, 696 lits).

En 2011, DomusVi et Dolcéa ont fusionné pour créer un groupe de 225 établissements en France et 16 000 lits au total (dans 212 EHPAD, 8 résidences services, et 5 cliniques de soins de suite), l'entité fusionnée devenant temporairement le leader français du secteur. Par la suite, DomusVi va continuer à croître :

- ♦ en 2015, DomusVi a acquis Geriatros, 3ème opérateur privé en Espagne (environ 40 établissements et 6000 lits), pour une valorisation de 210 M€ (35 k€ /lit) ;
- ♦ en 2017, Domusvi a acquis SARquavitae en Espagne (88 résidences médicalisées et 11 000 lits), pour une valorisation de 440 M€ (40 k€/lit) et devient le 1^{er} opérateur privé en Espagne ;
- ♦ en 2018, DomusVi a acquis Gerovida en Espagne (18 établissements, 2 517 places) ;
- ♦ En 2021, DomusVi a acquis le groupe Medeos en France (34 EHPAD dans le Sud-est et en Corse et 11 résidences services seniors, 2 693 lits).

Orpéa a également participé à la consolidation du secteur européen des maisons de retraite :

- ♦ en 2010, Orpéa a acquis le groupe Mediter et pris une participation de 49 % dans le groupe Medibelge, représentant au total plus de 4 800 lits et 57 établissements (pour un montant d'environ 130 M€) ;
- ♦ en 2012, Orpéa a acquis Artevida en Espagne (plus de 1 150 lits et places), et pris le contrôle de Medibelge en Belgique ;
- ♦ en 2014, Opéra a acquis Senevita en Suisse (plus de 2 200 lits et 21 maisons de retraite) et Silvercare en Allemagne (plus de 5 900 lits et 61 maisons de retraite) ;
- ♦ en 2015 a acquis, en Autriche et en République tchèque, le groupe SENECURA (plus de 4 200 lits), et, en Allemagne, le groupe Celenus Kliniken (15 cliniques, plus de 2 600 lits), Residenz Gruppe Bremen (plus de 3 000 lits) et Vitalis (plus de 2 400 lits) ;
- ♦ en 2016 Orpéa a acquis Sanyres en Espagne (3 300 lits et 18 établissements) ;
- ♦ en 2017, Orpéa a acquis Dr. Wagner en Autriche (plus de 1 800 lits), Anavita en République tchèque (plus de 930 lits et six maisons de retraite) ;
- ♦ en 2018, Orpéa a acquis Dagelijks Leven aux Pays-Bas (800 lits et 40 maisons de retraite) ;

Annexe I

- ♦ en 2019, Orpéa a acquis September (175 lits et sept maisons de retraite) aux Pays-Bas et Axion en Allemagne (plus de 900 lits et sept maisons de retraite).

Dans la même période, le secteur s'est financiarisé avec l'intervention d'acteurs du *private equity*.

Parmi les 5 premiers acteurs du secteur, trois ne sont pas cotés : DomusVi, Colisée, Domidep. Ces groupes ont fait l'objet de plusieurs opérations.

DomusVi, d'abord acquis par PAI Partners en 2014 pour environ 650 M€, a été revendu au fonds ICG en 2017 (sur la base d'une valorisation de plus de 2 milliards d'euros – c.à.d. un multiple de 12,7 fois l'EBITDA), le fondateur du groupe conservant environ 30 % du capital. En 2021, celui-ci réalise un LBO de relution valorisant le groupe à 4,3 Md€ (16,4 fois l'EBITDA) et lui permettant de détenir 49 % du capital de l'entité.

Le groupe Colisée a d'abord été détenu, de 2014 à 2017, par Eurazeo qui a largement participé à sa croissance. En 2014, la société comptait 46 établissements contre 90 établissements, près de 7 000 lits et plus de 70 agences de services à la personne âgée à domicile lors de sa revente à IK Investment Partners en 2017, pour un prix de cession de 236 M€. En 2020, IK Investment Partners a revendu le groupe au fonds EQT Infrastructure et la Caisse de dépôt et placement du Québec, pour un montant qui aurait été compris entre 2,2 et 2,3 Md€, soit 15 fois l'EBITDA du groupe à l'époque (le groupe comptait alors 270 établissements et 25 000 résidents, depuis son rapprochement avec le groupe Armonia en 2019).

Domidep détenu par un consortium d'investisseurs (dont le fondateur) a été vendu à I-Squared Capital en 2019, pour une valorisation de 1,15 Md€ (80 établissements, 5 600 résidents), soit environ 14 à 15 fois l'EBITDA prévisionnel de l'exercice).

Ces opérations ont généralement été réalisées sous la forme de *leveraged buy-out* (LBO), c'est-à-dire de rachats avec effet de levier. La croissance de ces acteurs a donc été largement financée par de la dette³.

1.1.3. Médicharme est un acteur de taille modeste par rapport aux acteurs du top 5

Médicharme est un gestionnaire de structures médico-sociales hébergeant des personnes âgées. Médicharme arriverait, en France, en 8^{ème} position du classement évoqué *supra*. Le groupe compte ainsi, à la date de la mission de contrôle (cf. tableau 3) :

- 35 EHPAD, dont 3 sont actuellement fermés en raison de différents incidents, 2 EHPA, 6 résidences services seniors (RSS) et 1 foyer d'accueil médicalisé (FAM), accueillant 1 628 résidents (hors RSS) pour une capacité de 1936 places (soit environ 2 % de parts de marché en France) ;
- 1 280 salariés (1 160 ETP).

La constitution du groupe Médicharme est intervenue dans le contexte général de consolidation du secteur mentionné *supra*, c'est-à-dire en concurrence avec la stratégie de croissance externe d'acteurs nettement plus importants. Médicharme, qui ne comptait qu'un établissement lors de sa constitution début 2015, a acquis près de 4 établissements par an en moyenne, entre 2015 et 2022, et jusqu'à 9 établissements en 2019. A la date du contrôle, Médicharme comptait 35 EHPAD, dont 3 n'accueillaient plus de résidents pour des raisons diverses :

- ♦ L'EHPAD « les charmillles » est en cours de fusion avec l'EHPAD « les jardins d'Aiffres » ;
- ♦ L'EHPAD « la Roseraie » a fait l'objet d'une fermeture administrative ;

³ Cf. « *Financiariser : le grand âge le rôle du capital-investissement dans la gestion des maisons de retraite au Royaume-Uni, en Allemagne et en France* », [Institut Veblen](#) (janvier 2022).

Annexe I

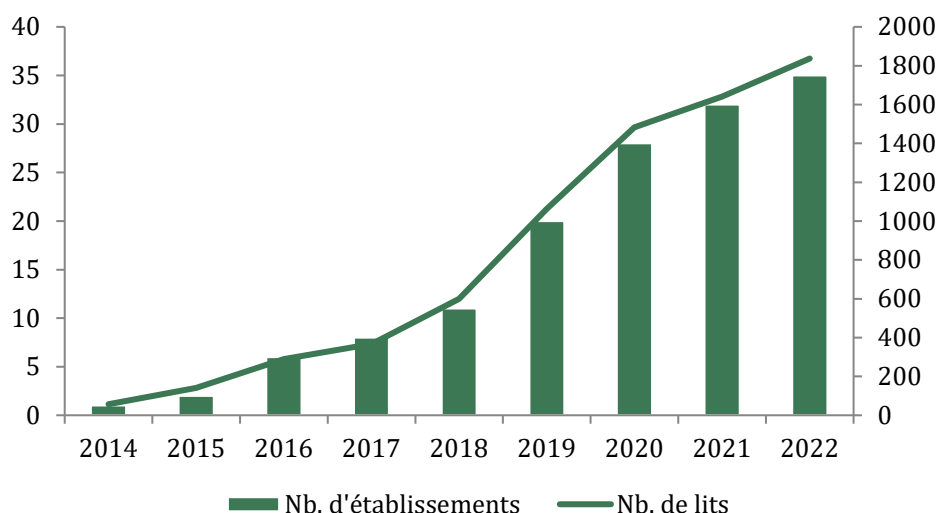
- ♦ L'EHPAD « la fruitière » a été fermé par le groupe à la suite de la découverte de fissures affectant la structure.

Le groupe a été acquis en 2018 par le fonds d'investissement G Square (2 Md€ d'actifs sous gestion fin 2023), spécialisé dans le secteur de la santé. G square détient environ 95 % du capital de la holding de tête, les 5 % restant étant possédés par les dirigeants de Médicharme et les membres de son Conseil de surveillance. La société a également contracté, entre juillet 2019 et janvier 2022, une dette obligataire de 80 M€ auprès du fonds d'investissement BlackRock via sa filiale Avenir santé (AVS), afin de financer les acquisitions d'EHPAD du périmètre AVS (11 établissements).

À ce titre BlackRock dispose d'une action de préférence (*golden share*) émise par AVS le 8 juillet 2019. Celle-ci confère à son porteur, d'après les statuts d'AVS deux types de prérogatives :

- ♦ un droit de veto sur les décisions susceptibles d'entraîner une violation de certains engagements ;
- ♦ le droit, en cas de défaut majeur (défaut de paiement, non-respect des ratios etc.), de remplacer le représentant légal de la société et d'adopter toute décision de cession d'actifs.

Figure 1 : Évolution de la taille du groupe Médicharme



Source : Médicharme (NB : à la date du contrôle, 3 établissements sur 35 étaient fermés).

Tableau 3 : Liste des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Médicharme et date d'acquisition

Nom établissement	Raison sociale	Lits autorisés	Périmètre	Région	Adresse Siège	Acquisition
VITEAL - LES MIMOSAS	VITEAL OLERON	57	MDC	Ouest	Rue de Bonnifaut 17310 Saint Pierre d'Oléron	22/12/2014
RESIDENCE DE FRANCE	SERF	84	MDC	Nord	ROUTE NATIONALE 41 RUE DU GÉNÉRAL LECLERC 62660 BEUVRY	31/12/2015

Annexe I

Nom établissement	Raison sociale	Lits autorisés	Périmètre	Région	Adresse Siège	Acquisition
MAISONS DE SANTE LA ROSERAIE	LA ROSERAIE	39	MDC	Nord - Fermé	85 avenue de Saint Cloud 78000 VERSAILLES	31/03/2016
LES EAUX VIVES - TRIAUCOURT	SAS ELTER	49	MDC	Nord	20, voie de Beaulieu 55250 SEUIL D'ARGONNE	29/07/2016
LES EAUX VIVES - SOUILLY		30	MDC	Nord	Chemin derrière les Jardins 55220 SOUILLY	29/07/2016
LES EAUX VIVES - PIERREFITTE-SUR-AIRE		30	MDC	Nord	Rue du Moulin 55260 PIERREFITTE SUR AIRE	29/07/2016
LES AIRELLES	COUILLY	28	MDC	Nord	14, Avenue Constant Coquelin 77860 COUILLY-PONT-AUX-DAMES	31/05/2017
LES CHATAIGNIERS	LES CHATAIGNIERS	50	MDC	Sud	Antraigues - 07530 – Vallées d'Antraigues-Asperjoc	28/12/2017
LES JARDINS D'AIFFRES	LES JARDINS D'AIFFRES	39	MDC	Ouest	128 rue la Boétie - bureau 46 - 75008 PARIS	09/03/2018
RESIDENCE SAINT GEORGES	RESIDENCE ST GEORGES	110	AVS	Nord	1, rue du Château - 02 600 - COEUVRES ET VALSERY	27/09/2018
LE CHAMP DE LA DAME	LE CHAMP DE LA DAME	84	MDC	Nord	Passy les Tours - 58 400 - VARENNES LES NARCY	20/12/2018
LES CHARMILLES	LES JARDINS D'AIFFRES	48	MDC	Ouest - Fermé	Rue des Jonchères - 79500 MELLE	30/04/2019
LA CROIX DU SUD	CROIX DU SUD	95	MDC	Sud	Place de la Halle 09230 FABAS	15/05/2019
LA MAISON DE THERESE	MAISON DE THERESE	26	MDC	Nord	4, rue Franche - 21 400 - AISEY SUR SEINE	03/07/2019
RESIDENCE DU LAC	RESIDENCE DU LAC (SAS)	55	AVS	Ouest	Lieudit La Bartère – 47 700 - CASTELJALOUX	16/07/2019
RESIDENCE DE BEURRE EHPAD		35	AVS	Ouest	1 rue René Chabrier - 47 300 - VILLENEUVE SUR LOT	16/07/2019
RESIDENCE ZOPPOLA		46	AVS	Ouest	16 rue Labruyère 47400 Tonneins	16/07/2019
VILLA CLAUDINE	PAPIN PROST	36	MDC	Nord	4 place de la Mairie - 63 310 - RANDAN	24/07/2019
LE BEAU SITE	TAPROM	40	AVS	Ouest	Lieu dit LE BEAU SITE - 14570 - CLECY	30/12/2019
LES GENEVRIERS	LES GENEVRIERS	82	AVS	Sud	32 rue du Centre 31360 SAINT MARTORY	30/12/2019
LA MADRAGUE	LA MADRAGUE	47	MDC	Sud	Le Pastelier - 09 130 - LE FOSSAT	15/01/2020
LES QUATRE SAISONS	LES QUATRE SAISONS	40	MDC	Ouest	47, rue de la Fontaine Saint Pierre, TESSY BOCAGE - 50 420 - TESSY SUR VIRE	03/03/2020
LA JUVENIE	LA JUVENIE	47	MDC	Ouest	La Juvenie - 24 270 - PAYZAC	29/09/2020

Annexe I

Nom établissement	Raison sociale	Lits autorisés	Périmètre	Région	Adresse Siège	Acquisition
L'ELVODY	L'ELVODY	46	AVS	Ouest	Saint Germain de Tallevende, Le Bourg-14500 Vire Normandie	30/09/2020
LES CHENES VERTS	LES CHENES VERTS	69	MDC	Ouest	Le Lyonnet - 24 460 - AGONAC	30/09/2020
LA VALLEE DU BANDIAT	MAISON DE RETRAITE DE LA VALLEE DU BANDIAT	40	MDC	Ouest	Grand Plantier et la Garenne - 16 380 - MARTHON	20/11/2020
LA FRUITIERE	LA FRUITIERE	45	AVS	Sud - Fermé	108 Chemin des Anémones - 13 012 - MARSEILLE	29/12/2020
LES JARDINS DE SAINTE BAUME	LES JARDINS DE SAINTE BAUME	85	AVS	Sud	943T, route de Brignoles - 83 860 - NANS LES PINS	29/12/2020
LES AMIS DES AINES	LES AMIS DES AINES	19	MDC	Sud	Chemin de l'Infirmier, Quartier Mau Segu - 83870 SIGNES	29/03/2021
AU BON ACCUEIL	AU BON ACCUEIL	24	MDC	Sud	Rue Bizet, Quartier la Mondrive - 83260 LA CRAU	29/03/2021
OREADIS	OREADIS	24	MDC	Sud	78 Avenue de Brancolar - 06100 NICE	28/09/2021
LA BASTIDE DU LUBERON	LA BASTIDE DU LUBERON	92	MDC	Sud	Avenue de la Gare - 84440 ROBION	01/10/2021
AERIA	SEMRR	85	AVS	Sud	38 Boulevard Meissel-13010 MARSEILLE	31/01/2022
MEISSEL		57	AVS	Sud		31/01/2022
LES FEUILLANTINES	LA CERISAIE	54	MDC	Sud	Route de Peille Quartier La Russa - 06440 L'ESCARENE	28/02/2022

Source : Médicharme, mission.

2. Le secteur des EHPAD a été affecté par l'épidémie de COVID-19, puis par les suites de l'affaire Orpéa

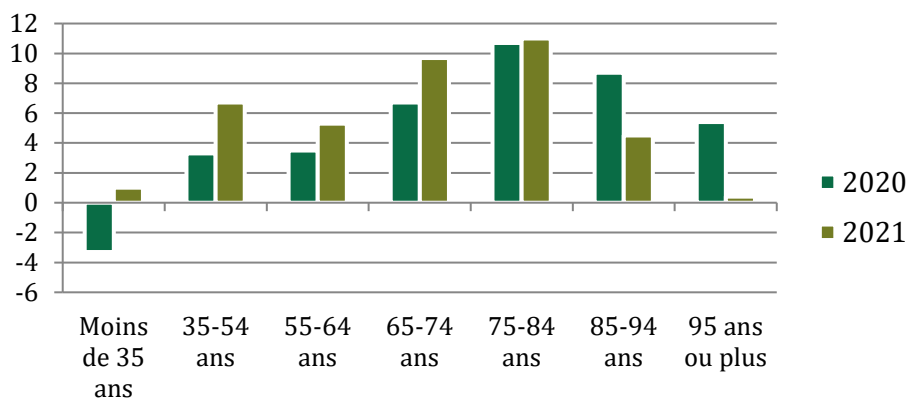
2.1. Avec la pandémie de Covid-19 puis l'affaire Orpéa, le secteur a traversé deux crises majeures ayant affecté sa réputation, son chiffre d'affaires et son accès aux financements

2.1.1. La Covid-19 a touché près des trois quarts des établissements en 2020 et provoqué une chute des taux d'occupation de l'ordre de 7 points

Les EHPAD bénéficiaient, à la fin des années 2010, de taux d'occupation⁴ élevés : 96,4 % en 2018 et 2019 d'après la CNSA et le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale autonomie consacré à l'autonomie⁵ (« REPSS autonomie ») annexé au PLFSS 2022. Ce taux a commencé à chuter à 94 % en 2020, pour atteindre 88,4 % en 2021.

La crise sanitaire est la principale cause de cet effondrement. L'épidémie a en effet entraîné de nombreux décès parmi les résidents de ces établissements et les personnes âgées susceptibles d'en devenir les clients. L'Insee relève ainsi que les décès observés de mars 2020 à décembre 2021 « ont été nettement supérieurs à ceux attendus en l'absence d'épidémie de Covid-19 » avec une surmortalité estimée à 95 000 décès⁶, toutes classes d'âge confondues. Cette surmortalité a particulièrement touché les personnes âgées de 75 ans et plus (cf. figure 2), alors que l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 85 ans et 11 mois en 2019 et que l'âge moyen des résidents était de 86 ans et 10 mois (cf. tableau 4 et figure 3).

Figure 2 : Écart entre décès observés et attendus par âge en 2020 et 2021



Source : [Insee](#) (Lecture : en 2021, les décès observés des 75-84 ans dépassent de 11 % les décès attendus).

⁴ Le taux d'occupation est le rapport entre le nombre de résidents et le nombre de places disponibles.

⁵ Le REPSS est élaboré par la Direction de la sécurité sociale, en collaboration avec l'ensemble des institutions et régimes partenaires qui produisent les données statistiques et financières (CNAM, CNAV, CNSA, DREES).

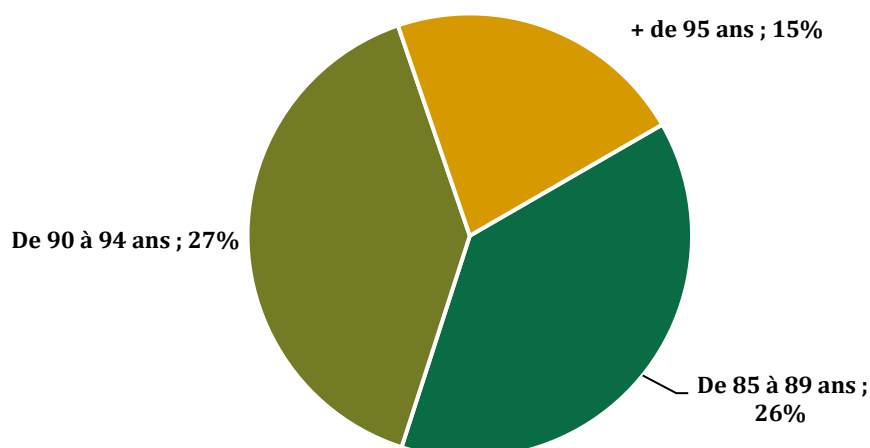
⁶ Ce chiffre est inférieur au nombre de décès attribuables à la Covid-19, estimé entre 130 000 et 146 000, car celui-ci inclut les décès de personnes qui seraient décédées même sans l'épidémie en 2020 ou 2021 ; en outre un certain nombre de décès ont été évités (par exemple les accidents de la route évités en période de confinement).

Tableau 4 : Évolution de l'âge moyen et de l'âge moyen à l'entrée des résidents des EHPAD entre 2015 et 2019

Catégorie d'établissement	Âge moyen à l'entrée			Âge moyen		
	2015	2019	Évolution	2015	2019	Évolution
Ensemble des EHPAD	85 ans et 8 mois	85 ans et 11 mois	+3 mois	86 ans et 5 mois	86 ans et 10 mois	+5 mois
EHPAD privés à but lucratif	86 ans et 5 mois	86 ans et 9 mois	+4 mois	87 ans et 6 mois	88 ans et 1 mois	+7 mois
EHPAD privés à but non lucratif	85 ans et 7 mois	85 ans et 11 mois	+4 mois	86 ans et 8 mois	87 ans	+4 mois
EHPAD publics	85 ans et 3 mois	85 ans et 6 mois	+3 mois	85 ans et 10 mois	86 ans et 3 mois	+5 mois
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>	<i>84 ans et 9 mois</i>	<i>85 ans</i>	<i>+3 mois</i>	<i>84 ans et 11 mois</i>	<i>85 ans et 5 mois</i>	<i>+6 mois</i>
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>	<i>85 ans et 8 mois</i>	<i>85 ans et 10 mois</i>	<i>+2 mois</i>	<i>86 ans et 5 mois</i>	<i>86 ans et 10 mois</i>	<i>+5 mois</i>

Source : DREES, [Études et résultats](#) n° 1237 (juillet 2022), [Études et résultats](#) n° 1015 (juillet 2017).

Figure 3 : Répartition des résidents en EHPAD selon leur tranche d'âge en 2019



Source : [Études et résultats](#) n° 1237, DREES, juillet 2022.

D'après la DREES, en 2020, plus de 72 % des EHPAD ont eu au moins un de leurs résidents qui a contracté la Covid-19, tandis qu'un établissement sur cinq a connu un épisode particulièrement grave au cours duquel au moins 10 résidents ou 10 % des résidents sont décédés (cf. tableau 5). Ainsi, sur cette seule année, près de 38 % des résidents ont été contaminés (224 500) et 5 % sont décédés (29 300 décès). Au 1^{er} semestre 2021, après le début de la vaccination dans les EHPAD⁷, 36 000 résidents ont été infectés et 5 300 sont décédés. La DREES relève également que « les EHPAD privés commerciaux ont été significativement plus touchés que les autres structures, à autres caractéristiques et à localisation comparables », évoquant notamment le *turn-over* des équipes au sein de ces établissements comme cause possible de cette situation.

⁷ La vaccination dans les EHPAD a commencé fin décembre 2020 ; le taux de vaccination des résidents (première dose) a atteint environ 60 % début février 2021 ; dès avril 2021, 70 % des résidents avaient reçu une 2^{ème} dose de vaccin.

Tableau 5 : Impacts de l'épidémie de Covid-19 sur les EHPAD en France en 2020 - 2021

	2020	S1 - 2021
Nombre de résidents touchés	224 500	36 000
Nombre de résidents décédés	29 300	5 300
Part de résidents touchés par la Covid-19	37,5 %	6,4 %
Part de résidents décédés de la Covid-19	4,9 %	0,9 %
Nombre d'établissements touchés	5 438	2 891
Part des établissements touchés	72,3 %	38,4 %
Nombre moyen de résidents touchés par établissement touché	41	N.C.
Nombre moyen de résidents décédés par établissement touché	5	N.C.

Source : [Études et résultats](#) n°1196, DREES, juillet 2021.

Dans une étude très récente⁸, la DREES estime que, en 2020, 30 % des décès dus au COVID-19 (soit 20 900) ont eu lieu en EHPAD, alors que, toutes causes confondues, seuls 21 % des décès se produisent dans ces établissements sur la même période. Cette proportion diminue à 15 % en 2021, ce qui correspond cependant à 8 900 décès.

La pandémie a ainsi directement contribué à la baisse du taux d'occupation des EHPAD du fait du décès d'un grand nombre de résidents (cf. *supra*). Elle a également probablement retardé le rétablissement de ce taux en raison du dommage réputationnel porté au secteur, contribuant à accentuer la tendance, déjà observée avant l'épidémie, à l'augmentation de l'âge moyen à l'entrée dans les EHPAD et au développement des alternatives à ce mode d'hébergement. Avant la crise sanitaire, l'âge moyen d'entrée dans les EHPAD privés lucratifs avait déjà reculé de 86 ans et 5 mois à 86 ans et 9 mois entre 2015 et 2019 (+4 mois, cf. tableau 4).

2.1.2. La pandémie, puis la publication d'un ouvrage mettant en cause les pratiques d'un acteur majeur du secteur, ont gravement nuit à la réputation du secteur

Dans un article du 24 janvier 2022, le journal *Le Monde* a publié les bonnes feuilles⁹ d'un ouvrage de Victor Castanet, « les fossoyeurs », qui devait être publié deux jours tard, le 26 janvier 2022. Cet événement, et les investigations notamment publiques¹⁰ qui ont suivi, ont entraîné des difficultés en cascade pour les acteurs du secteur des EHPAD. Les conséquences de cette publication ont été multiples, sur un secteur dont l'image était déjà affectée par l'épisode de Covid-19, et sont complexes à quantifier. Ces principaux effets sont :

- ◆ **l'effondrement de la capitalisation boursière des acteurs cotés** (cf. figure 4) ; sur la période du 21 janvier 2022 (dernier jour de cotation avant la publication) au 8 février 2022 (derniers mouvements de cours significatifs immédiatement après l'évènement) :
 - le cours de clôture de l'action Korian est passé de 27,64 € à 17,70 € (-36 %) ;
 - le cours de clôture de l'action Orpéa est passé de 43,81 € à 18,57 € (-58 %) ;
 - le cours de clôture de l'action LNA Santé est passé de 45,60 € à 33,20 € (-27 %).
- ◆ **le dommage réputationnel sur l'ensemble des acteurs, ayant impacté :**

⁸ Grandes causes de décès en France en 2021 : une année encore fortement marquée par le Covid-19, DREES, : études et résultats décembre 2023 n° 1288

⁹ Cf. « [Les Fossoyeurs](#) », un livre qui ouvre le débat sur la gestion et le contrôle des maisons de retraite.

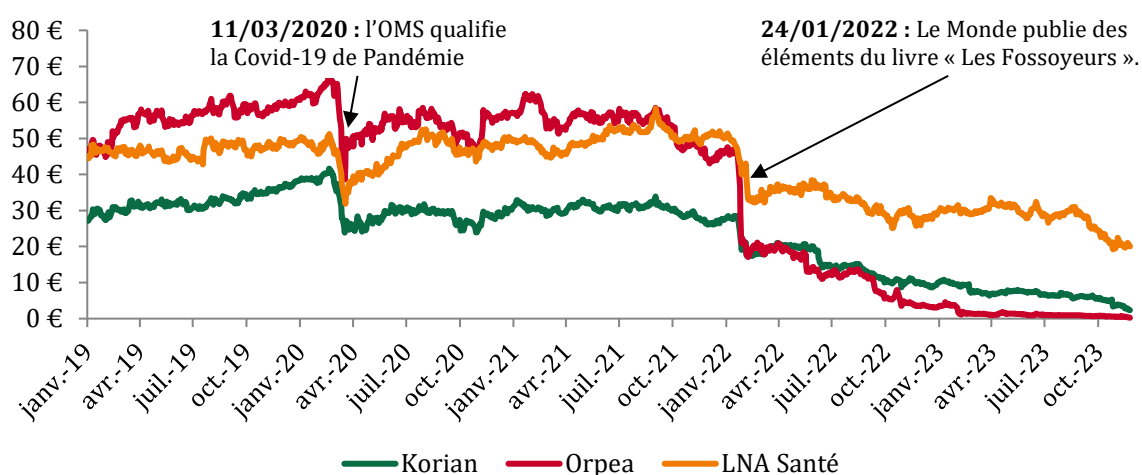
¹⁰ Cf. [Rapport](#) de l'IGF et de l'IGAS.

- le retour de leur taux d'occupation au niveau pré-pandémie ;
- leur capacité à lever des financements et à mettre en œuvre leurs programmes de cession d'actifs immobiliers¹¹, matérialisant, au moins pour Orpéa, un risque de liquidité¹².

Par la suite, Orpéa comme Korian / Clariane ont dû procéder à des restructurations financières :

- ♦ le 24 juillet 2023, le tribunal de commerce spécialisé de Nanterre a approuvé le plan de sauvegarde accéléré proposé par Orpéa (par voie d'application forcée interclasse) prévoyant des augmentations de capital successives pour plusieurs milliards d'euros ;
- ♦ le 14 novembre, Korian / Clariane a annoncé un plan de restructuration financière d'1,5 Md€.

Figure 4 : Évolution du cours de clôture des trois acteurs cotés



Source : mission.

2.2. Au total, l'activité des EHPAD s'est dégradée dans les trois dernières années

Des calculs préliminaires de la mission, réalisés grâce aux données recueillies grâce aux EPRD / ERRD, non retraitées des anomalies et des valeurs extrêmes, montrent une nette dégradation de la marge des EHPAD, notamment dans le secteur privé lucratif (cf. tableau 6). La marge d'EBITDA serait même devenue en moyenne négative dans les plus petits établissements privés en 2022. Ces calculs devront être confirmés par les travaux actuellement menés par la CNSA.

¹¹ Cf. [communiqué](#) de Korian / Clariane en date du 14 novembre 2023.

¹² Cf. document d'enregistrement universel 2022 d'[Orpéa](#) et Korian / [Clariane](#) et de [LNA Santé](#).

Annexe I

Tableau 6 : Évolution de la situation financière des EHPAD par secteur et par capacité (moyenne)

	Chiffre d'affaires			EBITDA			Marge EBITDA			Résultat		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Secteur privé lucratif	3,90 M€	4,11 M€	3,81 M€	0,27 M€	0,24 M€	0,12 M€	6,9 %	5,9 %	3,1 %	0,08 M€	0,10 M€	-0,06 M€
<i>Moins de 45 places</i>	2,22 M€	2,15 M€	1,54 M€	0,14 M€	0,12 M€	-0,03 M€	6,3 %	5,5 %	-1,7 %	0,03 M€	0,02 M€	-0,09 M€
<i>45 à 59 places</i>	2,31 M€	2,24 M€	2,08 M€	0,09 M€	0,13 M€	-0,01 M€	3,8 %	5,6 %	-0,3 %	-0,04 M€	0,06 M€	-0,07 M€
<i>60 à 99 places</i>	3,88 M€	4,01 M€	3,94 M€	0,36 M€	0,28 M€	0,17 M€	9,2 %	6,9 %	4,2 %	0,15 M€	0,13 M€	-0,01 M€
<i>100 à 199 places</i>	5,67 M€	5,80 M€	6,10 M€	0,37 M€	0,31 M€	0,09 M€	6,5 %	5,3 %	1,5 %	0,12 M€	0,10 M€	-0,31 M€
<i>Plus de 199 places</i>	5,58 M€	5,50 M€	8,90 M€	0,41 M€	0,02 M€	0,06 M€	7,3 %	0,4 %	0,7 %	0,26 M€	-0,12 M€	-0,14 M€
Secteur privé non lucratif	3,65 M€	3,86 M€	3,99 M€	0,33 M€	0,28 M€	0,24 M€	8,9 %	7,3 %	6,1 %	0,05 M€	0,00 M€	-0,04 M€
<i>Moins de 45 places</i>	2,11 M€	2,13 M€	1,98 M€	0,17 M€	0,14 M€	0,08 M€	8,3 %	6,4 %	3,8 %	0,02 M€	-0,01 M€	-0,04 M€
<i>45 à 59 places</i>	2,49 M€	2,65 M€	2,72 M€	0,19 M€	0,14 M€	0,15 M€	7,4 %	5,4 %	5,5 %	0,02 M€	-0,02 M€	-0,04 M€
<i>60 à 99 places</i>	3,60 M€	3,79 M€	3,89 M€	0,33 M€	0,29 M€	0,24 M€	9,2 %	7,5 %	6,2 %	0,06 M€	0,02 M€	-0,03 M€
<i>100 à 199 places</i>	5,79 M€	6,12 M€	6,42 M€	0,52 M€	0,46 M€	0,43 M€	9,0 %	7,6 %	6,6 %	0,04 M€	0,00 M€	-0,08 M€
<i>Plus de 199 places</i>	9,29 M€	7,89 M€	12,04 M€	0,89 M€	0,52 M€	0,77 M€	9,5 %	6,6 %	6,4 %	0,12 M€	-0,11 M€	-0,15 M€
Secteur public	3,88 M€	4,09 M€	4,26 M€	0,38 M€	0,31 M€	0,25 M€	9,8 %	7,5 %	5,8 %	0,07 M€	0,01 M€	-0,06 M€
<i>Moins de 45 places</i>	2,06 M€	2,19 M€	2,00 M€	0,18 M€	0,11 M€	0,06 M€	8,7 %	5,2 %	2,9 %	0,04 M€	-0,02 M€	-0,05 M€
<i>45 à 59 places</i>	2,42 M€	2,57 M€	2,67 M€	0,22 M€	0,16 M€	0,11 M€	9,0 %	6,3 %	4,3 %	0,05 M€	0,00 M€	-0,05 M€
<i>60 à 99 places</i>	3,60 M€	3,76 M€	3,90 M€	0,35 M€	0,29 M€	0,23 M€	9,8 %	7,7 %	6,0 %	0,07 M€	0,02 M€	-0,05 M€
<i>100 à 199 places</i>	6,14 M€	6,41 M€	6,66 M€	0,66 M€	0,54 M€	0,48 M€	10,8 %	8,5 %	7,2 %	0,14 M€	0,03 M€	-0,06 M€
<i>Plus de 199 places</i>	8,08 M€	8,99 M€	12,75 M€	0,76 M€	0,62 M€	0,68 M€	9,4 %	6,9 %	5,3 %	0,06 M€	-0,05 M€	-0,19 M€

Source : extraction « ERRD FIN FINESSET.csv » (données saisies dans les fichiers de présentation tarifaire) à la date du 18/12/2023. Champ : ERRD complet

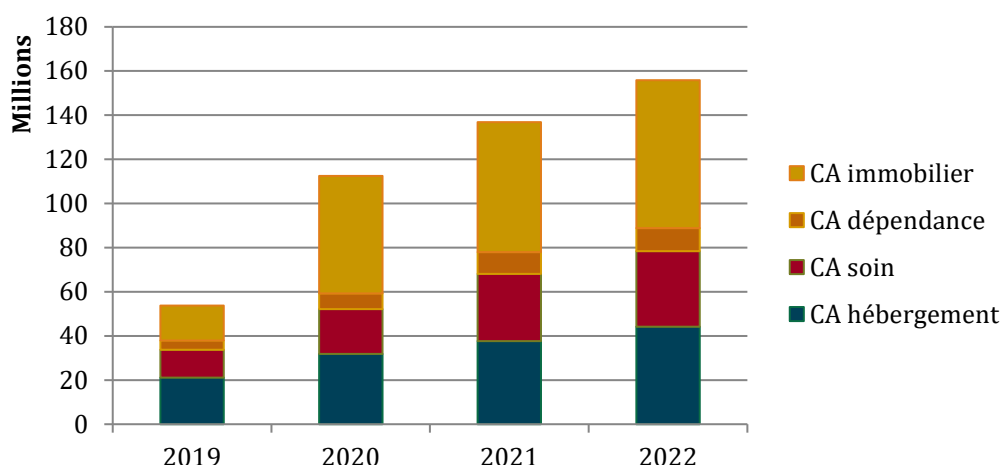
3. Le groupe Médicharme, qui connaît une baisse d'activité comparable au reste du secteur, est en grande difficulté du fait de ses choix stratégiques

3.1. L'examen des comptes consolidés du groupe montre que l'exploitation est déficitaire depuis plusieurs années

Le chiffre d'affaires du groupe Médicharme (156 M€ en 2022) peut être décomposé en deux grands types d'activités (cf. figure 5) :

- ♦ **l'exploitation d'EHPAD, dont le chiffre d'affaires (CA) se subdivise lui-même entre les revenus tirés :**
 - **des prestations d'hébergement** (notamment : mise à disposition et entretien des chambres des résidents) dont le socle est défini par l'annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CA 2022 : 44 M€, soit 28 % du CA total et 50 % du CA hors immobilier) ;
 - **des prestations de soins financées par l'assurance-maladie**, c'est-à-dire le suivi sanitaire et médical des résidents (CA 2022 : 34 M€ soit 22 % du CA total et 38 % du CA hors immobilier) ;
 - **des prestations de dépendance financées par le département**, comprenant l'aide, la surveillance et l'assistance pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (CA 2022 : 11 M€ soit 7 % du CA total et 12 % du CA hors immobilier) ;
- ♦ **la revente des chambres d'EHPAD** acquises dans le cadre de la croissance externe du groupe (CA : 67 M€ en 2022, 43 % du CA total).

Figure 5 : Décomposition du CA consolidé du groupe Médicharme entre 2019 et 2022



Source : comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018, mission.

L'excédent brut d'exploitation (EBE), solde intermédiaire de gestion proche de la notion d'Ebitda retraçant la capacité du groupe à générer de la trésorerie à partir de son exploitation, est très positif depuis 2019, ressortant en moyenne à 14,5 M€.

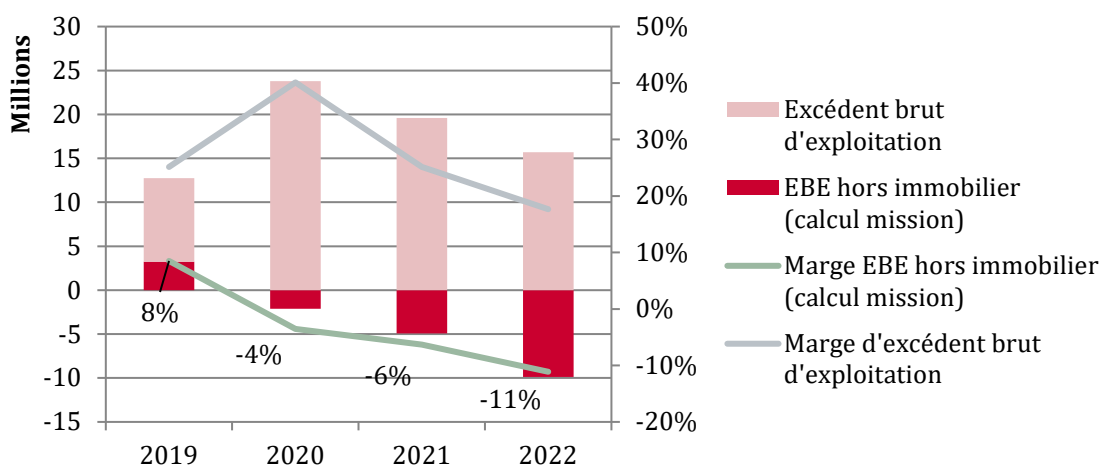
Toutefois, le calcul de l'EBE comprend l'activité d'achat-vente d'immobilier. Or celle-ci n'est pas, par nature, associée à l'exploitation d'EHPAD et n'est pas pérenne. En effet, elle ne peut se poursuivre que dans le contexte d'une croissance externe dynamique, permettant d'acquérir de nouveaux EHPAD afin d'en vendre les murs (et sous réserve qu'il existe un marché pour les chambres d'EHPAD).

Par conséquent, pour mieux approcher la réalité de l'exploitation du groupe, la mission estime nécessaire de retraiter l'EBE, c'est-à-dire de calculer un « EBE hors immobilier », en retranchant :

- ◆ le revenu lié aux activités immobilières s'agissant des produits ;
- ◆ les dépenses liées achats immobiliers s'agissant des charges.

Le calcul de l'EBE hors immobilier réalisé par la mission fait apparaître que l'exploitation est en réalité déficitaire depuis 2020 (cf. figure 6), avec un taux d'EBE hors immobilier rapporté au CA hors immobilier qui n'a cessé de se dégrader pour atteindre -11 % en 2022 (marge d'EBE hors immobilier).

Figure 6 : Évolution de l'EBE du groupe Médicharme entre 2019 et 2022



Source : comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018, mission.

En outre, le changement de norme comptable intervenu en 2019 (cf. encadré 1) a modifié le calcul de l'EBE : les loyers associés à des baux d'une durée supérieure à un an ne sont plus comptabilisés comme des charges d'exploitation, comprises dans le calcul d'EBE/EBITDA, mais apparaissent sous la forme d'une dotation aux amortissements et d'une charge d'intérêts. Ainsi, si l'on souhaite donner une image la plus fidèle possible du *cash-flow* généré par l'exploitation, il faut alors également retrancher de « l'EBE hors immobilier » la somme du montant de la dotation aux amortissements des droits d'utilisation des immeubles et du montant des intérêts sur obligations locatives¹³, ce qui permet de calculer « l'EBE hors immobilier pré-IFRS 16 » en reconstituant l'équivalent des charges de loyers. **Selon, un tel calcul, l'exploitation serait en réalité déficitaire sur l'ensemble de la période.**

Par ailleurs, le résultat net consolidé du groupe est déficitaire depuis 2019, et très négatif en 2022 en raison de dépréciation de goodwill (-23,5 M€) et d'actifs incorporels, tels que les autorisations d'exploitation (-30,5 M€ en 2022).

¹³ Constituant ensemble l'équivalent des charges de loyers pré-IFRS 16.

Annexe I

Tableau 7 : Compte de résultat consolidé du groupe Médicharme

	2019	2020	2021	2022
Chiffre d'affaires	53,8 M€	112,5 M€	136,9 M€	155,8 M€
<i>dont CA hébergement</i>	<i>21,1 M€</i>	<i>31,9 M€</i>	<i>37,7 M€</i>	<i>44,1 M€</i>
<i>dont CA soin</i>	<i>12,6 M€</i>	<i>20,3 M€</i>	<i>30,5 M€</i>	<i>34,2 M€</i>
<i>dont CA dépendance</i>	<i>4,3 M€</i>	<i>7,2 M€</i>	<i>9,8 M€</i>	<i>10,5 M€</i>
<i>dont CA immobilier</i>	<i>15,8 M€</i>	<i>53,2 M€</i>	<i>59,0 M€</i>	<i>66,9 M€</i>
CA hors immobilier (calcul mission)	38,0 M€	59,3 M€	77,9 M€	88,9 M€
Charges de personnel	-21,4 M€	-35,9 M€	-50,9 M€	-59,6 M€
<i>dont charges de personnel siège</i>	<i>-2,1 M€</i>	<i>-3,7 M€</i>	<i>-5,7 M€</i>	<i>-6,8 M€</i>
Achats consommés et autres charges externes	-20,7 M€	-48,7 M€	-61,8 M€	-74,5 M€
<i>dont achats denrées et autres</i>	<i>-4,7 M€</i>	<i>-12,2 M€</i>	<i>-17,0 M€</i>	<i>-19,6 M€</i>
<i>dont achats denrées</i>	<i>-2,2 M€</i>	<i>-8,1 M€</i>	<i>-12,1 M€</i>	<i>-12,6 M€</i>
<i>dont autres achats</i>	<i>-2,5 M€</i>	<i>-4,0 M€</i>	<i>-4,9 M€</i>	<i>-7,1 M€</i>
<i>dont achats immobiliers</i>	<i>-9,5 M€</i>	<i>-27,3 M€</i>	<i>-34,5 M€</i>	<i>-41,3 M€</i>
<i>dont sous-traitance</i>	<i>-1,4 M€</i>	<i>-1,5 M€</i>	<i>-1,7 M€</i>	<i>-2,5 M€</i>
<i>dont entretien et maintenance</i>	<i>-0,7 M€</i>	<i>-1,0 M€</i>	<i>-1,6 M€</i>	<i>-2,0 M€</i>
<i>dont honoraires</i>	<i>-2,4 M€</i>	<i>-5,0 M€</i>	<i>-4,6 M€</i>	<i>-6,2 M€</i>
<i>dont autres</i>	<i>-1,9 M€</i>	<i>-1,7 M€</i>	<i>-2,4 M€</i>	<i>-2,9 M€</i>
Loyers	-0,9 M€	-2,2 M€	-2,0 M€	-2,4 M€
Impôts et taxes	-1,3 M€	-1,9 M€	-2,5 M€	-3,6 M€
Autres produits et charges d'exploitation	0,0 M€	0,0 M€	-0,1 M€	-0,1 M€
Excédent brut d'exploitation	9,5 M€	23,8 M€	19,6 M€	15,7 M€
EBE hors immobilier (calcul mission)	3,2 M€	-2,1 M€	-4,9 M€	-9,9 M€
EBE hors immobilier pré-IFRS 16 (calcul mission)	-0,2 M€	-7,1 M€	-12,9 M€	-22,9 M€
Dotations nettes aux amortissements et provisions	-3,9 M€	-6,2 M€	-8,8 M€	-13,1 M€
<i>dont dotations aux amortissements et dépréciations des immobilisations corporelles</i>	<i>-0,9 M€</i>	<i>-2,3 M€</i>	<i>-3,0 M€</i>	<i>-3,7 M€</i>
<i>dont dotations aux amortissements droits d'utilisation IFRS 16</i>	<i>-2,9 M€</i>	<i>-3,9 M€</i>	<i>-5,6 M€</i>	<i>-8,8 M€</i>
<i>dont autre</i>	<i>-0,1 M€</i>	<i>0,1 M€</i>	<i>-0,1 M€</i>	<i>-0,5 M€</i>
Résultat opérationnel courant	5,6 M€	17,6 M€	10,8 M€	2,6 M€
Autre résultat opérationnel*	-5,7 M€	-11,5 M€	-6,7 M€	-57,6 M€
Résultat opérationnel	-0,1 M€	6,1 M€	4,2 M€	-55,0 M€
Produits de trésorerie	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€
Coût de l'endettement brut	-3,6 M€	-6,2 M€	-10,0 M€	-13,2 M€
<i>dont intérêts sur emprunts</i>	<i>-1,0 M€</i>	<i>-1,0 M€</i>	<i>-1,8 M€</i>	<i>-1,7 M€</i>
<i>dont intérêts sur dette obligataire</i>	<i>-2,0 M€</i>	<i>-4,2 M€</i>	<i>-5,7 M€</i>	<i>-6,8 M€</i>
<i>dont intérêts sur obligations locatives</i>	<i>-0,6 M€</i>	<i>-1,1 M€</i>	<i>-2,4 M€</i>	<i>-4,2 M€</i>
<i>dont intérêts sur découverts</i>	<i>0,0 M€</i>	<i>0,0 M€</i>	<i>-0,2 M€</i>	<i>-0,5 M€</i>
Coût de l'endettement net	-3,6 M€	-6,2 M€	-10,0 M€	-13,2 M€
Autres produits financiers	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€
Autres charges financières	-0,3 M€	0,0 M€	0,0 M€	-0,4 M€
Impôt sur le résultat	0,2 M€	-2,2 M€	-0,5 M€	9,1 M€
Résultat net	-3,7 M€	-2,4 M€	-6,4 M€	-59,5 M€

*Source : comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018, mission. *Notamment en 2022 : dépréciation et sortie de goodwill (-23,5 M€) et dépréciation d'actifs incorporels tels que les autorisations d'exploitation (-30,5 M€).*

3.2. En raison d'une baisse de l'activité et de coûts fixes élevés, l'exploitation des EHPAD du groupe génère une très faible marge avant imputation des coûts centraux

L'examen de la situation financière des établissements du groupe Médicharme en 2022 fait apparaître une situation globalement déséquilibrée, bien que contrastée. A la date du contrôle, 32 EHPAD accueillaient des résidents, à la suite de la fermeture ou du transfert de trois établissements (la fruitière, la Roseraie, les Charmilles). Ces trois établissements sont exclus du périmètre de l'analyse ci-dessous (cf. tableau 8). **Par ailleurs, 8 établissements sont regroupés sous 3 sociétés :**

- ◆ deux établissements, Meissel et Aeria, appartiennent à la société d'exploitation de maisons de repos et de retraites (SEMRR) ;
- ◆ trois établissements, Résidence Zoppola, Résidence de Beurre et Résidence du Lac, appartiennent à la SAS Résidence du Lac ;
- ◆ trois établissements, les Eaux Vives Seuil d'Argonne, les Eaux Vives Souilly, les Eaux Vives Pierrefitte-Sur-Aire, appartiennent à la SAS ELTER.

Ainsi, sur les 27 sociétés, regroupant les 32 EHPAD en activité :

- ◆ **4 sociétés ont un EBITDAR, c'est-à-dire un excédent brut d'exploitation avant paiement des loyers, négatif** ; sur l'ensemble du périmètre, l'EBITDAR est de 16 % ;
- ◆ **9 sociétés ont un EBITDA¹⁴ avant paiement des coûts centraux (« management fees » facturés par le siège) négatif** ; sur l'ensemble du périmètre, la marge d'EBITDA hors coûts centraux est de seulement 3 % ;
- ◆ **Seules 7 sociétés ont un résultat net positif**, et parmi celles-ci, une société (les chênes verts) aurait eu un résultat net négatif hors résultat exceptionnel d'environ 11 M€.

L'exploitation souvent déficitaire de ces établissements s'explique par la conjonction :

- ◆ **d'un taux d'occupation relativement bas : 10 sociétés ont un taux d'occupation inférieur à 90 %** (voire à 80 % pour trois d'entre elles - Oreadis, Les Châtaigniers, La Croix du Sud) ;
- ◆ **de coûts fixes élevés :**
 - les dépenses de personnel et de loyer représentent, sur le périmètre des EHPAD en activité¹⁵, plus de 70 % des coûts ;
 - les coûts de consommables, principaux coûts variables, ne représentent qu'environ 7 % du CA.

Le résultat net très déficitaire de ces sociétés est notamment dû au niveau élevé des frais de siège (environ 10 % du CA).

Ces observations sont confirmées par l'examen de l'évolution de la structure de coûts du groupe.

¹⁴ EBITDA calculé selon une méthodologie pré-IFRS 16, c'est-à-dire intégrant les loyers comme des charges d'exploitation.

¹⁵ À distinguer du périmètre de consolidation du groupe évoqué *infra*, qui comprend également le siège et les établissements fermés pour lesquels des loyers ou des dépenses de personnel ont pu être acquittées au cours de l'année 2022.

Annexe I

Tableau 8 : Principaux indicateurs financiers des EHPAD en activité du groupe Médicharme (année 2022)

Établissement	Lits	TO	CA	Personnel	% CA	EBITDAR	Marge %	Loyers Tiers	% CA	EBITDA hors MF	Marge %	Management fees (MF)	% CA	RESULTAT NET
RESIDENCE SAINT GEORGES	110	91 %	4 580	(2 062)	45 %	1 417	31 %	(707)	15,4 %	722	16 %	(409)	8,9 %	238
OREADIS	24	58 %	1 302	(735)	57 %	146	11 %	(115)	8,8 %	31	2 %	(115)	8,8 %	(199)
LES CHATAIGNIERS	50	64 %	1 749	(1 320)	75 %	(226)	-13 %	(305)	17,5 %	(532)	-30 %	(154)	8,8 %	(1 212)
LA CROIX DU SUD	95	77 %	3 112	(1 912)	61 %	393	13 %	(342)	11,0 %	49	2 %	(274)	8,8 %	(213)
LA MADRAGUE	47	91 %	1 704	(1 114)	65 %	57	3 %	(119)	7,0 %	126	7 %	(174)	10,2 %	(82)
MEISSEL - AERIA	142	100 %	6 893	(3 395)	49 %	1 773	26 %	(763)	11,1 %	688	10 %	(561)	8,1 %	36
L'ELVODY	46	93 %	2 270	(1 207)	53 %	561	25 %	(389)	17,1 %	131	6 %	(203)	8,9 %	(172)
LE BEAU SITE	40	88 %	1 781	(1 104)	62 %	211	12 %	(138)	7,7 %	73	4 %	(157)	8,8 %	(118)
LA VALLEE DU BANDIAT	40	95 %	1 566	(970)	62 %	128	8 %	(219)	14,0 %	(6)	0 %	(153)	9,8 %	(215)
VITEAL - LES MIMOSAS	57	96 %	3 137	(1 706)	54 %	646	21 %	(625)	19,9 %	21	1 %	(277)	8,8 %	(270)
LA MAISON DE THERESE	26	85 %	1 389	(696)	50 %	245	18 %	(128)	9,2 %	117	8 %	(123)	8,8 %	6
LA JUVENIE	47	81 %	2 266	(1 367)	60 %	177	8 %	(167)	7,4 %	(68)	-3 %	(212)	9,4 %	(291)
LES CHENES VERTS	69	97 %	3 357	(1 942)	58 %	710	21 %	(403)	12,0 %	307	9 %	(703)	21,0 %	7 855
LES GENEVRIERS	82	98 %	4 006	(2 313)	58 %	285	7 %	(511)	12,7 %	(247)	-6 %	(383)	9,6 %	(244)
RESIDENCE ZOPPOLA RESIDENCE DE BEURRE RESIDENCE DU LAC	136	98 %	6 572	(4 002)	61 %	769	12 %	(1 101)	16,7 %	(270)	-4 %	(609)	9,3 %	(1 663)
LES QUATRE SAISONS	40	100 %	1 946	(1 105)	57 %	426	22 %	(286)	14,7 %	141	7 %	(172)	8,8 %	(97)
SEUIL D'ARGONNE - SOUILLY PIERREFITTE-SUR-AIRE	109	93 %	4 914	(2 507)	51 %	1 256	26 %	(880)	17,9 %	376	8 %	(433)	8,8 %	(184)
LE CHAMP DE LA DAME	84	87 %	4 292	(2 259)	53 %	1 234	29 %	(677)	15,8 %	692	16 %	(398)	9,3 %	191
LES FEUILLANTINES	54	87 %	2 536	(2 060)	81 %	(187)	-7 %	-	0,0 %	(242)	-10 %	(188)	7,4 %	(655)
RESIDENCE DE FRANCE	84	88 %	4 090	(1 954)	48 %	1 262	31 %	(447)	10,9 %	762	19 %	(361)	8,8 %	290
VILLA CLAUDINE	36	100 %	1 540	(886)	57 %	331	22 %	(240)	15,6 %	132	9 %	(143)	9,3 %	(55)
LES AIRELLES	28	100 %	1 433	(1 025)	72 %	(7)	-1 %	(165)	11,5 %	(179)	-13 %	(126)	8,8 %	(903)
LES JARDINS D'AIFFRES	39	87 %	1 930	(1 163)	60 %	(277)	-14 %	(564)	29,2 %	(841)	-44 %	(196)	10,2 %	(1 100)
AU BON ACCUEIL	24	96 %	1 104	(692)	63 %	108	10 %	-	0,0 %	34	3 %	(100)	9,0 %	(211)
LES JARDINS DE SAINTE BAUME	85	98 %	3 877	(2 253)	58 %	752	19 %	(763)	19,7 %	(10)	0 %	(342)	8,8 %	(541)
LES AMIS DES AINES	19	100 %	936	(435)	46 %	278	30 %	-	0,0 %	215	23 %	(83)	8,8 %	(65)
LA BASTIDE DU LUBERON	92	95 %	4 809	(3 223)	67 %	564	12 %	(359)	7,5 %	205	4 %	(942)	19,6 %	2 094
TOTAL	1705	N.A.	79 091	(45 407)	57 %	13032	16 %	(10413)	13 %	2427	3 %	(7991)	10 %	2220

Source : Médicharme.

3.3. Les difficultés du groupe sont dues à l'accroissement des charges de personnel, à des charges financières élevées et à sa stratégie de croissance financée par la revente de chambres de d'EHPAD

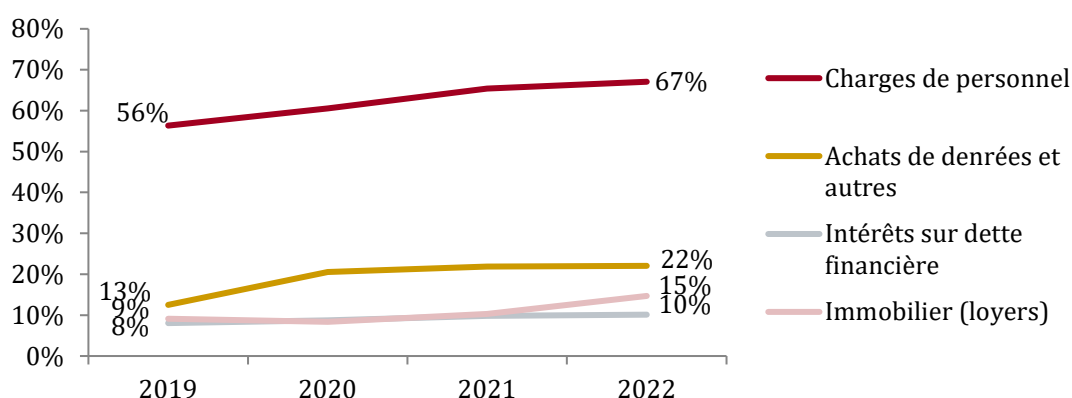
3.3.1. L'analyse des comptes consolidés du groupe fait apparaître un accroissement de ses charges rapportées à son chiffre d'affaires

Alors que l'activité du groupe stagnait, voire reculait, comme dans l'ensemble du secteur, sous l'effet des différents chocs (pandémie, image) évoqués *supra*, la part de ses principales charges dans le chiffre d'affaires « hors immobilier » a continué à croître (cf. figure 7) ou à se maintenir à un niveau élevé. **Entre 2019 et 2022, période pendant laquelle le groupe a triplé de taille en nombre de lits¹⁶ :**

- ◆ **les charges de personnel rapportées au CA se sont accrues de 11 points**, passant de 56 % du CA à 67 % du CA¹⁷ ; elles incluent les charges de personnel du siège, dont la part dans le CA s'est accrue de 2 points au lieu de diminuer à mesure que le groupe s'agrandissait¹⁸ ;
- ◆ **les charges associées aux achats de denrées et autres rapportées au CA ont augmenté de 9 points**, passant de 13 % du CA à 22 % du CA ;
- ◆ **les charges de loyers rapportées au CA ont augmenté de 7 points**, passant de 8 % du CA à 15 % du CA ; elles ont été reconstituées post IFRS 16 en faisant la somme du montant de la dotation aux amortissements des droits d'utilisation des immeubles et du montant des intérêts sur obligations locatives (cf. encadré 1) ;
- ◆ **les intérêts de la dette financière (c'est-à-dire hors intérêts sur obligations locatives) rapportés au CA ont cru de 2 points**, passant de 8 % du CA à 10 % du CA.

La progression du taux de ces charges rapportées au CA s'explique en partie par un effet dénominateur : le CA réalisé est inférieur au CA potentiel du groupe, avec la baisse d'environ 7 points du taux d'occupation entre 2019 et 2022. Néanmoins, même en neutralisant cet effet, ces taux augmentent fortement.

Figure 7 : Évolution de certaines charges du groupe Médicharme



Source : comptes consolidés du groupe Médicharme depuis 2018, mission.

¹⁶ Jusqu'en avril 2019, le groupe comptait 600 lits, contre 1 837 fin février 2022.

¹⁷ Le groupe indique que cet accroissement est dû au dynamisme du recrutement, visant à pouvoir aux postes vacants et à créer des postes dans le cadre de sa démarche qualité, ainsi qu'à des augmentations de salaires.

¹⁸ Les effectifs et la masse salariale du siège n'avaient pas vocation à tripler, comme la taille du groupe sur la période.

Encadré 1 : Comptabilisation des contrats de location selon la norme IFRS 16

La norme IFRS 16, qui remplace la norme IAS 17, est obligatoire pour les exercices ouverts à partir du 1^{er} janvier 2019. Elle impose un nouveau traitement comptable des contrats de location (les locations dont la durée n'excède pas un an ou de faible valeur ne sont pas concernées).

Au bilan, ceux-ci doivent être comptabilisés comme suit :

- ◆ à l'actif, figure un droit d'utilisation de l'actif (immobilier, véhicules, outils de production) égal à la somme des loyers futurs actualisés ;
- ◆ au passif figure une dette relative à l'obligation de paiement des loyers.

Au compte de résultat :

- ◆ le droit d'utilisation est amorti sur la durée de la location, cet amortissement se substituant à un loyer décaissé ;
- ◆ les paiements relatifs à la dette locative sont considérés comme un remboursement d'emprunt : seule la part d'intérêt figure en charge, la part en capital venant en diminution de la dette.

Les effets de cette nouvelle modalité de comptabilisation sont triples :

- ◆ l'amortissement n'est (par construction) pas comptabilisé dans le calcul d'EBE / Ebitda, contrairement aux loyers auxquels il se substitue (par conséquent, toutes choses égales par ailleurs, l'EBE / Ebitda augmente post IFRS 16) ;
- ◆ le paiement des intérêts sur obligations locatives est comptabilisé dans le résultat financier, ce qui améliore le résultat opérationnel ;
- ◆ en début de location, le résultat se dégrade légèrement car les amortissements sont généralement linéaires et la part d'intérêt dégressive avec la durée.

Pour les besoins de la mission, les charges inhérentes à l'externalisation de l'immobilier par Médicharme sont donc reconstituées en additionnant le montant de la dotation aux amortissement des droits d'utilisation et le montant des intérêts sur obligations locatives.

Source : mission.

3.3.2. En vendant les chambres d'EHPAD, le groupe a fait financer sa croissance externe par l'exploitation future des établissements, grâce à des opérations immobilières dont la rationalité économique est incertaine

3.3.2.1. En raison notamment de frottements fiscaux significatifs, les opérations immobilières du groupe ont dégagé un résultat net comptable positif tout en consommant de la trésorerie

L'ancienne direction de Médicharme a mis en place une stratégie de croissance externe ambitieuse, cf. *supra*, en vue d'atteindre une taille critique permettant potentiellement de revendre le groupe dans le contexte de consolidation du secteur observé au cours des années 2010. Ces acquisitions ont été financées par deux moyens :

- ◆ la souscription d'une dette obligataire auprès du fonds BlackRock, logée dans la holding Avenir Santé (AVS) ;
- ◆ la revente, au fil des acquisitions d'établissements, des chambres d'EHPAD :
 - à la découpe à des particuliers (via le dispositif fiscal LMNP – cf. encadré 2) ;
 - à des acteurs institutionnels.

Annexe I

La revente des chambres a permis au groupe de dégager des liquidités, celles issues d'opérations relevant du périmètre de la holding AVS étant alors nanties conformément aux termes du contrat de souscription conclu le 21 juin 2019 entre Avenir Santé, GLAS en et BlackRock¹⁹. L'examen du bilan comptable et « cash » de ces opérations montre qu'elles ont généré une marge comptable importante, tout en consommant *in fine* de la trésorerie (cf. figure 8 et tableau 9). En effet, schématiquement :

- ◆ **le résultat comptable est égal au produit des ventes de chambres d'EHPAD auquel on soustrait :**
 - les frais de vente et honoraires ;
 - **la valeur nette comptable (VNC) de l'immobilier** (souvent faible ou nulle s'agissant d'immeubles amortis) ;
 - **les dotations aux amortissements associées aux travaux** (faibles car ces montants sont amortis sur 10 à 20 ans) ;
 - l'impôt sur les sociétés (IS) et, le cas échéant, la participation, calculés sur la marge comptable (élevée, dès lors que la VNC était faible ou nulle).
- ◆ **le résultat « cash » est égal au produit des ventes de chambres d'EHPAD auquel on soustrait :**
 - les frais de vente et honoraires ;
 - **la valeur conventionnelle de l'immobilier**, c'est-à-dire la valeur convenue entre l'acquéreur et le vendeur au moment de l'acquisition concomitante de l'exploitation et de l'immeuble ;
 - **le coût intégral des travaux** (et non le montant de la dotation aux amortissements) ;
 - l'IS et, le cas échéant, la participation, calculés sur la marge comptable (et non sur la marge cash, très inférieure).

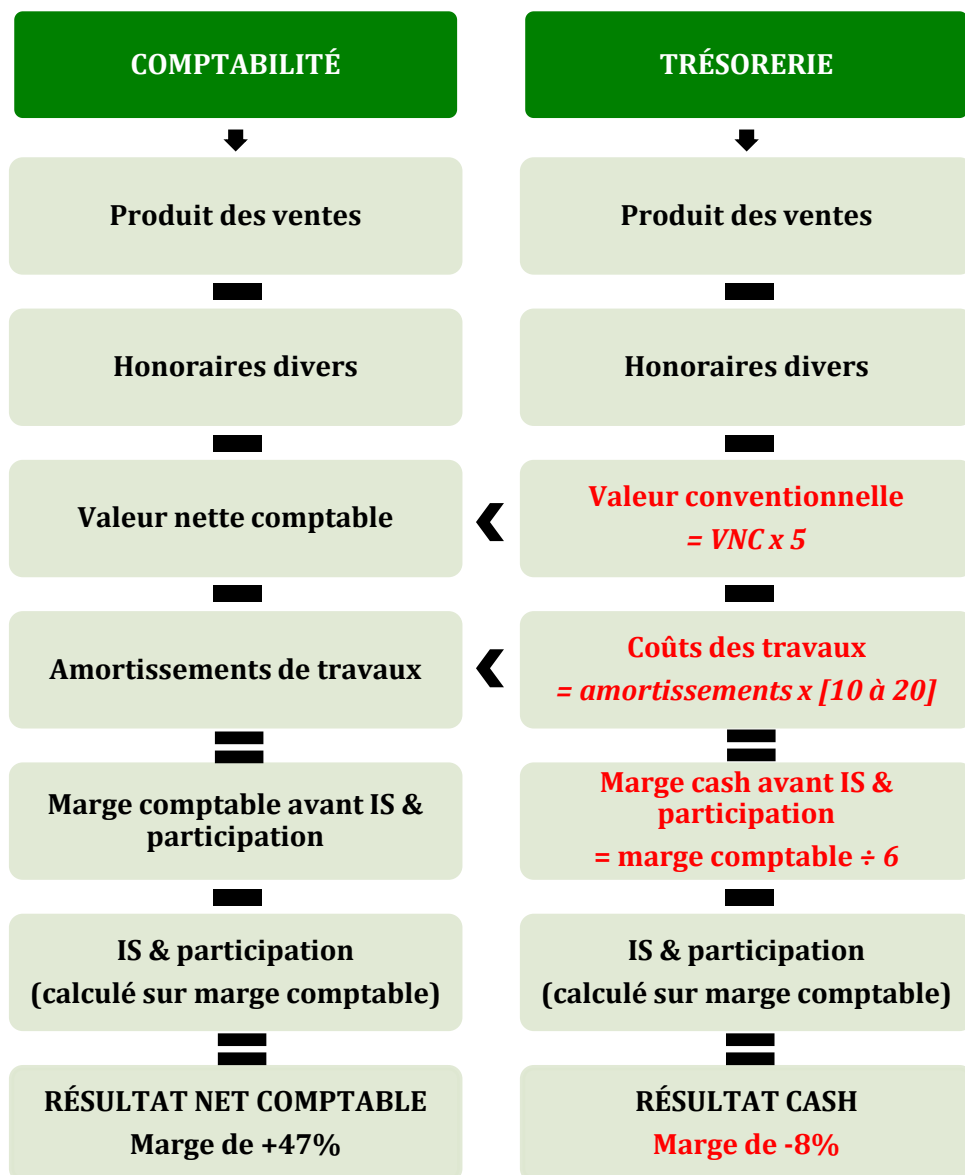
En conclusion le groupe a dégagé :

- ◆ **une marge comptable avant IS très élevée**, du fait de VNC nulles ou faibles, fortement imposée à l'IS et donnant parfois lieu à des versements très importants de participation ;
- ◆ **une marge cash avant IS faible**, du fait de valeurs conventionnelles en moyenne 5 fois plus élevées que les VNC et du montant des travaux, à laquelle il a fallu soustraire un IS élevé (car calculé sur la marge comptable).

Cela a entraîné, pour ces opérations immobilières, un résultat net comptable élevé (+ 90 M€, soit + 47 % de marge comptable nette) et un résultat cash négatif (-15 M€, soit - 8 % de marge cash nette).

¹⁹ Cf. décision en date du 8 juillet 2019 enregistrée au RCS le 9 octobre 2019. En plus du nantissement de ses comptes bancaires, AVS a nanti des participations et ses créances intragroupe, et Médicharme a notamment nanti sa participation dans AVS.

Figure 8 : Distinction entre les impacts en comptabilité et en trésorerie des opérations immobilières du groupe Médicharme



Source : Direction des affaires financières de Médicharme, mission.

Annexe I

Tableau 9 : bilan en trésorerie et en comptabilité des opérations immobilières du groupe Médicharme

Société	Produit ventes	Valeur conventionnelle	VNC	Marge cash avant IS & participation	Marge P&L avant IS & participation	IS	Part.	Marge cash après IS et participation		Marge P&L après IS Participation	
								Montant	% CA	Montant	% CA
Foncière Château Coeuvres	16,5 M€	6,8 M€	0,4 M€	1,6 M€	8,7 M€	-2,3 M€	N.A.	-0,7 M€	-4 %	6,4 M€	39 %
Genévriers	11,8 M€	9,9 M€	2,8 M€	-0,1 M€	7,2 M€	-1,5 M€	-1,7 M€	-3,3 M€	-28 %	4,1 M€	34 %
Foncière Château Coeuvres	8,4 M€	6,1 M€	0,0 M€	0,6 M€	2,4 M€	-0,6 M€	N.A.	-0,1 M€	-1 %	1,7 M€	21 %
Foncière Château Coeuvres	6,0 M€	0,8 M€	0,0 M€	0,9 M€	1,3 M€	-0,3 M€	N.A.	0,6 M€	10 %	1,0 M€	16 %
RDL / ABL / Alyson / Malou	26,1 M€	17,2 M€	3,5 M€	3,5 M€	18,8 M€	-4,4 M€	-1,4 M€	-2,3 M€	-9 %	13,0 M€	50 %
Suisse Normande	4,2 M€	3,5 M€	0,9 M€	0,6 M€	3,3 M€	-0,8 M€	N.A.	-0,2 M€	-4 %	2,5 M€	60 %
SCI La Fruitière	4,6 M€	4,0 M€	0,3 M€	-0,1 M€	3,9 M€	-1,0 M€	N.A.	-1,1 M€	-23 %	2,9 M€	62 %
SCI Ste Baume	15,8 M€	13,6 M€	2,6 M€	-0,1 M€	11,9 M€	-3,2 M€	N.A.	-3,3 M€	-21 %	8,7 M€	55 %
Aeria / PCM / Almeriades	24,5 M€	18,1 M€	5,1 M€	3,7 M€	18,0 M€	-4,4 M€	N.A.	-0,6 M€	-3 %	13,6 M€	56 %
Total Avenir Santé	117,8 M€	80,0 M€	15,6 M€	10,7 M€	75,4 M€	-18,5 M€	-3,1 M€	-10,9 M€	-9 %	53,8 M€	46 %
SC Jardin de la fontaine	6,3 M€	4,5 M€	0,1 M€	0,8 M€	5,7 M€	-1,5 M€	N.A.	-0,7 M€	-12 %	4,2 M€	67 %
Chênes Verts	11,5 M€	9,4 M€	0,1 M€	0,7 M€	10,8 M€	-2,9 M€	N.A.	-2,1 M€	-18 %	7,9 M€	69 %
Jean Serien	4,9 M€	3,3 M€	1,3 M€	0,9 M€	2,9 M€	-0,8 M€	N.A.	0,1 M€	2 %	2,1 M€	44 %
Passy les TOURS	15,1 M€	8,9 M€	2,4 M€	4,1 M€	10,8 M€	-2,9 M€	N.A.	1,1 M€	7 %	7,8 M€	52 %
ABEMI	2,8 M€	1,3 M€	0,0 M€	0,9 M€	1,1 M€	-0,3 M€	N.A.	0,6 M€	22 %	0,8 M€	29 %
SCI Bandiat	6,4 M€	4,3 M€	0,1 M€	0,5 M€	5,4 M€	-1,3 M€	N.A.	-0,8 M€	-12 %	4,1 M€	64 %
SCI Panifous	6,5 M€	2,6 M€	0,3 M€	-0,6 M€	3,3 M€	-0,7 M€	N.A.	-1,3 M€	-20 %	2,6 M€	40 %
Jean Serien	3,3 M€	n/a	0,0 M€	0,3 M€	0,5 M€	-0,1 M€	N.A.	0,2 M€	6 %	0,3 M€	10 %
SCI Arbis	5,5 M€	5,3 M€	0,1 M€	-1,3 M€	4,5 M€	-1,1 M€	N.A.	-2,4 M€	-44 %	3,5 M€	63 %
Bastide du Luberon	12,0 M€	7,5 M€	6,2 M€	3,5 M€	5,1 M€	-1,0 M€	-1,5 M€	1,0 M€	8 %	2,7 M€	22 %
Total Médicharme	74,2 M€	47,0 M€	10,6 M€	9,8 M€	50,2 M€	-12,6 M€	-1,5 M€	-4,3 M€	-6 %	36,1 M€	49 %
Total groupe	192,0 M€	126,9 M€	26,2 M€	20,4 M€	125,6 M€	-31,0 M€	-4,7 M€	-15,3 M€	-8 %	89,9 M€	47 %

Source : Médicharme, mission.

3.3.2.2. Ces opérations n'ont par ailleurs pas permis d'offrir à Médicharme des conditions de financement avantageuses

La cession assortie d'un bail long terme (cession-bail ou *lease back*) s'analyse comme suit (cf. également l'encadré 1 sur l'IFRS 16) :

- ♦ au niveau des actifs d'exploitation : un droit d'utilisation des locaux vient se substituer à l'immeuble cédé ;
- ♦ au niveau financier : une entrée de trésorerie correspondant au prix de cession net d'impôts et de frais de commercialisation a pour contrepartie une dette de loyers sur la durée du bail.

Dans la mesure où l'expiration du bail met fin à toute obligation du locataire à l'égard du bailleur, **l'opération financière s'assimile à un emprunt amortissable en totalité, sur la durée du bail, par annuités variables indexées conformément aux stipulations contractuelles**, sur l'augmentation annuelle des prix des prestations d'hébergement plafonnée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'économie²⁰.

Si VN est l'entrée de trésorerie, L est le loyer initial revalorisé annuellement au taux i, et N la durée du bail, le taux d'intérêt auquel MDC s'est procuré les fonds est donc tel que :

$$VN = \sum_{n=0 \rightarrow N} L^* (1+i)^n / (1+t)^n = L^* \sum_{n=0 \rightarrow N} [(1+i)/(1+i+r)]^n$$

où r est le taux d'intérêt réel du prêt.

Pour simplifier on considérera que $(1+i)/(1+i+r) \sim 1/1+r$ et donc que r est tel que :

$$VN = L^* \sum_{n=0 \rightarrow N} 1/1+r$$

r est donc le taux actuariel d'un prêt d'un montant VN amortissable par annuités constantes sur N années, dont le taux nominal sera à peu près égal à r+i.

Dans le cas MDC, supposons un rendement locatif standard de 4 %, une durée de 18 ans et un produit net VN égal à 66 % du prix de vente VB, après impôt sur la plus-value et frais de commercialisation LMNP. L'annuité constante L est donc :

$$L = 4 \% * VB = 4 \% * (VN/0,66) = 6 \% * VN$$

Les tables d'amortissement à annuités constantes donnent, pour un crédit sur 18 ans et une annuité égale à 6 % du capital initial un taux actuariel de 1 %.

Si le taux de revalorisation annuel des loyers est de 2 %, le taux implicite auquel le groupe s'est procuré les fonds est $t = r+i = 1 \% + 2 \% = 3 \%$.

Ce taux apparait en première analyse plus bas que les conditions de marché à la même période. Cependant, pour les acquisitions relevant du périmètre de la holding Avenir Santé, Médicharme a dû nantir les sommes collectées pour obtenir, de la part de BlackRock, un financement obligataire à des termes nettement moins favorables (taux variable indexé sur l'euribor avec un plancher à 7,25 %).

Ces opérations ont conduit Médicharme à payer un taux d'intérêt implicite de l'ordre $7,25 \% + 3 \% = 10,25 \%$ pour financer ses acquisitions (hors variation de l'euribor).

Ce montage, qui substitue une dette de loyer, directement acquittée par les sociétés d'exploitations, à une dette financière qui aurait été logée dans des holdings, a au moins deux conséquences défavorables :

²⁰ Cf. article L. 342-3 du CASF : ce plafond tient compte de l'évolution des coûts de la construction et des loyers, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base (0,46% en 2017, 1,21% en 2018, 1,25 % en 2019, 1,08% en 2020, 0,46% en 2021, 1,97% en 2022, 5,14% en 2023, soit en moyenne 2% depuis 2019).

- ♦ **il empêche la restructuration de l'activité (rapprochements d'établissements) en figeant, pour la durée du bail, l'utilisation des immeubles ;**
- ♦ **il contraint, en cas de difficultés financière, la restructuration financière du groupe en multipliant les contreparties** (les milliers de co-propriétaires des chambres) et en changeant leurs nature (particuliers versus acteurs financiers).

3.3.2.3. Les particuliers ayant acheté des chambres d'EHPAD sont exposés à des risques qu'ils semblent peu en capacité de mesurer

Les particuliers investissant en LMNP s'engagent dans une opération particulière : celle-ci est juridiquement une transaction immobilière mais présente les caractéristiques économiques d'un prêt avec un taux d'intérêt implicite comportant une composante fixe et une composante variable (cf. *supra*). En effet, certains biens immobiliers cédés n'ont qu'une faible valeur intrinsèque (c'est le cas notamment des chambres d'EHPAD isolés en territoire rural), le montant de la transaction dépend donc essentiellement des *cash flows* que représentent les loyers versés par l'exploitant pendant la durée du bail. Par conséquent, les investisseurs sont exposés à plusieurs risques.

En premier lieu, le particulier s'expose à un risque de contrepartie : l'opération s'analysant économiquement comme un prêt, le risque principal est que la contrepartie du prêt, la société d'exploitation d'EHPAD, preneur du bail, soit défaillante et entre en procédure collective. Dans une telle hypothèse :

- ♦ en l'absence de repreneur, les loyers ne sont plus versés et la valeur de la chambre d'EHPAD, qui dépendait de ces versements, peut être quasiment nulle (en fonction de sa localisation) ;
- ♦ en cas de reprise des actifs sans reprise de la personne morale partie au contrat de bail, un nouveau contrat de bail doit être passé avec le nouveau preneur du bail, qui n'a aucune incitation à maintenir les loyers élevés consentis initialement en contrepartie de l'apport de liquidités.

Dans une telle situation, l'acheteur / bailleur peut perdre la quasi intégralité du capital engagé. Si son acquisition a été financée pour tout ou partie par un prêt bancaire, le particulier peut se trouver en « *negative equity* », avec un montant à rembourser supérieur à la valeur de sa chambre d'EHPAD.

L'acquéreur peut également surestimer la valeur terminale de son investissement, qui sera déterminée par plusieurs paramètres :

- ♦ **le maintien de l'exploitation d'un EHPAD à l'issue du bail**, qui dépend elle-même à la fois de la volonté de l'exploitant de poursuivre son activité dans le même bâtiment et de sa capacité à conserver ou renouveler ses autorisations administratives ;
- ♦ **les stipulations du nouveau contrat de bail** à passer avec l'exploitant (durée, niveau des loyers, modalités de leurs révisions), probablement moins favorables que celles du contrat initial, obtenues en contrepartie d'un apport de liquidité pour l'exploitant.

Cette valeur terminale est pourtant essentielle pour calculer le taux de rentabilité interne de cet investissement. À titre d'exemple, la mission a calculé le TRI d'un investissement dans une chambre d'EHPAD suivant la décote que subirait celle-ci à la fin du bail. Les hypothèses de travail sont les suivantes :

- ♦ **Caractéristiques de l'investissement :**
 - Prix de la chambre : 150 000 € ;
 - Dispositif « Censi Bouvard » : non éligible ;
 - Taux de rendement : 4,0 % (loyer initial : 6 000 €) ;

Annexe I

- Taux de frais divers : 0,5 % ;
 - Indexation du loyer : 2,0 % ;
 - Taux de financement bancaire : 50,0 % ;
 - Valeur terminale : décote de 33,0 % ou 100 %.
- ♦ **Caractéristiques du prêt :**
- Taux effectif global annuel : 3,0 % ;
 - Capital emprunté : 75 000 € ;
 - Durée du prêt : 18 ans ;
 - Annuités : 5 398 €.

Si la valeur terminale du bien subit une décote de seulement 33 %, le TRI de cet investissement atteint 2,7 %. Cette valeur terminale faiblement décotée suppose qu'au terme du bail, l'exploitation existe toujours, et l'exploitant consent renouveler le bail pour un loyer et une durée de bail proches des stipulations du bail initial. **Si la valeur terminale subit une décote de 100 %, c'est-à-dire par exemple si le bail n'est pas renouvelé pour une raison évoquée *supra*, le TRI de l'opération est de -11,4 %.**

Tableau 10 : calcul du TRI d'un investissement dans une chambre d'EHPAD dont la valeur terminale est décotée de 33 %

Montants en euros	Année 1	Année 2	Année 3 à 17	Année 18	Total
Capital (décote 33 %)	-75 000	0	0	100 500	25 500
Loyers	6 000	6 120	6242 à 8 237	8 401	128 474
Frais divers	-750	-765	-780 à -1030	-1 050	-16 059
Prêt	-5 398	-5 398	-5 398	-5 398	-97 155
Cash flows	-75 148	-43	65 à 1810	102 454	40 759
TRI	2,7 %				

Source : mission.

Tableau 11 : calcul du TRI d'un investissement dans une chambre d'EHPAD dont la valeur terminale est décotée de 100 %

Montants en euros	Année 1	Année 2	Année 3 à 17	Année 18	Total
Capital (décote 100 %)	-75 000	0	0	0	-75 000
Loyers	6 000	6 120	6242 à 8 237	8 401	128 474
Frais divers	-750	-765	-780 à -1030	-1 050	-16 059
Prêt	-5 398	-5 398	-5 398	-5 398	-97 155
Cash flows	-75 148	-43	65 à 1810	1 954	-59 741
TRI	-11,4 %				

Source : mission.

Enfin, l'investisseur particulier peut le cas échéant s'exposer à d'autres risques : dégradation du bien dont les travaux de maintenance, rénovation et entretien sont à la charge du preneur, survenance de « grosses réparations » au sens de l'article 606 du code civil²¹ etc.

²¹ Art. 606 du code civil : « les grosses réparations sont celles des gros murs et des voûtes, le rétablissement des poutres et des couvertures entières. Celui des digues et des murs de soutènement et de clôture aussi en entier. Toutes les autres réparations sont d'entretien. »

Annexe I

Pour répondre à ces enjeux, la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, dite « loi Sapin 2 », a introduit **un article L. 122-23 du code de la consommation assujétissant la publicité pour certains investissements locatifs à des obligations renforcées**. Ainsi, la publicité pour les opérations ouvrant droit aux dispositifs fiscaux prévus aux articles 199 ter²², 199 sex²³ et 199 nov²⁴ du code général des impôts doit permettre « raisonnablement de comprendre les risques afférents à l'investissement ». **Avec la mise en extinction du Censi-Bouvard, ces dispositions ne seront plus applicables aux acquisitions de chambre d'EHPAD en LMNP.**

²² Réduction d'impôt dite « *Malraux* » (dépenses liées à la restauration complète de certains immeubles classés).

²³ Réduction d'impôt dite « *Censi-Bouvard* » (cf. encadré).

²⁴ Réduction d'impôt dite « *Denormandie ancien* » (dépenses liées à l'acquisition d'un logement vide à rénover dans certaines zones).

Encadré 2 : EHPAD et investissement locatif des particuliers

Statut de loueur meublé non professionnel

Défini par l'article 155 du code général des impôts, le statut de loueur de meublé non professionnel (LMNP) permet à un propriétaire de mettre à disposition une chambre, dans une résidence, neuve ou ancienne, offrant un ensemble de services destinés aux soins quotidiens et à l'assistance de personnes de plus de 60 ans. Pour ce faire, le propriétaire signe avec l'exploitant de l'EHPAD un bail commercial (ce dernier n'est donc pas locataire) d'une durée de neuf à douze ans. La gestion locative est entièrement à la charge de l'exploitant qui devra :

- verser au prioritaire-bailleur un loyer quel que soit le taux d'occupation du bien ;
- et s'acquitter des travaux de mise aux normes et de réhabilitation du bien à l'exception des travaux de structure relevant de l'article 606 du code civil.

A l'inverse, en cas de rupture ou de non-renouvellement du bail commercial, le propriétaire devra payer une indemnité d'éviction à l'exploitant.

Le propriétaire-bailleur conserve à sa charge :

- la taxe foncière calculée selon la surface du bien et son emplacement ;
- et le renouvellement du mobilier.

L'exploitant doit présenter au propriétaire-bailleur :

- les différentes décisions prises lors des conseils d'administration de l'EHPAD ;
- lui communiquer les assurances souscrites permettant de couvrir les risques d'incendies, de dégâts des eaux et de responsabilité civile et professionnelle ;
- en fin d'année, lui transmettre le taux d'occupation, les principaux événements marquants, le montant et la variation des charges.

Le propriétaire d'un bien situé dans un EHPAD est considéré comme loueur non professionnel si au moins l'une des deux conditions suivantes est remplie :

- les recettes annuelles tirées de cette activité par l'ensemble des membres du foyer fiscal sont inférieures à 23 000 € ;
- les recettes (les loyers des meublés) sont inférieures au montant total des autres revenus d'activité du foyer fiscal (salaires, autres BIC).

Dans le cadre d'une location meublée, les revenus relèvent de bénéfices industriels et commerciaux (BIC).

S'ils ne dépassent pas 72 600 €, les revenus locatifs obtenus sont imposés selon le régime micro BIC : le bénéfice imposable est égal aux recettes diminuées d'un abattement forfaitaire pour frais de 50 %. Les charges ne peuvent pas être déduites.

En revanche, s'ils dépassent 72 600 €, ou si le propriétaire en fait le choix, les revenus locatifs obtenus relèvent du régime réel qui offre la possibilité de déduire les loyers des locations meublées certaines charges effectivement supportées dans le cadre de l'activité. À titre d'illustration, le propriétaire peut déduire l'amortissement du prix d'achat des biens (logement et meubles). Enfin, en cas de déficit (plus de charges que de loyers), le propriétaire a la possibilité de le déduire de ses revenus de location meublée non professionnelle de la même année et des dix années suivantes.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2023, les propriétaires-bailleurs pouvaient bénéficier en sus du dispositif Censi-Bouvard, pour les EHPAD neufs ou réhabilités.

Institué en 2009 et supprimé au 1^{er} janvier 2023, le dispositif Censi-Bouvard visait, grâce à une réduction d'impôt sur le revenu, à encourager l'investissement des particuliers dans les logements, neufs ou réhabilités, de certains types d'établissements dont les EHPAD. La réduction d'impôt, répartie sur neuf ans (durée de l'engagement de location sous le régime de bail commercial), est calculée en appliquant au prix de revient du logement un taux fixé initialement à 25 % et réduit à 11 % depuis 2012.

Source : Rapport IGF, CGEDD, « Évaluation de la réduction d'impôt Censi-Bouvard » 2022 ; Mission.

Réponses au contradictoire – Annexe I

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Annexe I page 3, 1.1.2 §2 En 2021, DomusVi a acquis le groupe Medeos situé en France (34 EHPAD dans le Sud-est et en Corse et 11 résidences services seniors) - Annexe I page 4, 1.1.3 § 2 Dans le cadre du regroupement et du transfert des 48 lits de l'EHPAD LES CHARMILLES situé à MELLE sur le site d'AIFFRES, permettant l'accueil d'un EHPAD de 89 lits : - Il a été nécessaire de réaliser un transfert universel du patrimoine (TUP) de la société LES CHARMILLES à la société LES JARDINS d'AIFFRES - Il a été demandé aux Tutelles un arrêté conjoint de transfert de l'autorisation qui a été obtenu le 10 janvier 2024. (arrêté portant fermeture et transfert des 48 de l'EHPAD Les charmillles sur le site de l'EHPAD les jardins d'Aiffres géré par la SAS les Jardins d'Aiffres). - Annexe I page 16, 3.2. §1 La fermeture ou le transfert de 3 établissements : - La Roseraie : fermeture (abrogation de l'arrêté d'exploitation), procédure en cours devant le tribunal administratif de Montreuil en demande d'annulation de l'abrogation de l'arrêté d'exploitation. - Aiffres : Arrêté conjoint de l'ARS et du CD en date du 10 janvier 2024 portant sur la fermeture et le transfert des 48 lits de l'EHPAD Les charmillles sur le site de l'EHPAD les jardins d'Aiffres géré par la SAS les Jardins d'Aiffres. Cession de l'immeuble à destination d'EHPAD situé à MELLE par la SCI DOLLE à la commune de MELLE pour un euro symbolique au bénéfice d'une association. - La Fruitère : fermeture provisoire et transfert des salariés et résidents en raison des désordres affectant l'immeuble et provenant (selon expert) du glissement du terrain. Le groupe reste dans l'attente d'un arrêté de fermeture provisoire permettant la réalisation de travaux dans un délai de 2 ans.	- Annexe I page 3, 1.1.2 §2 Vu, annexe modifiée en ce sens. - Annexe I page 4, 1.1.3 § 2 Vu. - Annexe I page 16, 3.2. §1 Vu.

Réponses au contradictoire – Annexe I

- Annexe I page 18, 3.3.1. §1 <u>Les charges du personnel :</u> A compter de janvier 2022, l'objectif étant de mettre « le résident au cœur du projet d'entreprise ». Il a été initié une démarche d'amélioration de la qualité afin d'assurer une bonne prise en charge et la sécurité de chaque résident. Les établissements ont recruté des salariés pour pouvoir aux postes vacants et aux créations de postes en lien avec la démarche qualité. Il a été décidé par le groupe des augmentations de salaires pour faire face à la pénurie de personnels, notamment sur les catégories AS (tassement de l'écart avec les ASH en raison des augmentations de SMIC) et IDE. - Annexe I, page 24, 3.3.2.3, Les investisseurs particuliers sont conseillés par des Conseils en gestion de patrimoine (CGP) qui collaborent avec des sociétés qui commercialisent des investissements en LNMP en EHPAD. Il est rappelé que le LNMP existe depuis 1949 et que MEDICHARME a utilisé ce mode de commercialisation de l'immobilier en utilisant une pratique développée par d'autres grands groupes dans le secteur des EHPAD tels que (GDP VENDOME, ORPEA, DOMUSVI, COLISEE PATRIMOINE, ...)	- Annexe I page 18, 3.3.1. §1 Vu, annexe modifiée en ce sens. - Annexe I, page 24, 3.3.2.3, Vu.

ANNEXE II

Tarification et facturation du groupe Médicharme vis-à-vis des résidents

SOMMAIRE

1. LA SYNTHÈSE DES CONTRÔLES EFFECTUÉS PAR LA DGCCRF FAIT APPARAÎTRE DES MANQUEMENTS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DU GROUPE MEDICHARME	1
1.1. Le secteur de l'hébergement des personnes âgées fait l'objet d'une vigilance soutenue de la part de la DGCCRF, compte tenu de la vulnérabilité des personnes qui recourent à ce type de service, le plus souvent dans l'urgence.....	1
1.2. Pour les établissements du groupe Médicharme, la DGCCRF a recensé, à la suite de ses contrôles les plus récents, treize injonctions ou avertissements, portant au total sur douze EHPAD différents.....	2
2. LA POLITIQUE DE TARIFICATION DU GROUPE MEDICHARME AUPRES DE SES RESIDENTS DEPUIS 2019 NE COMPORTE PAS D'IRREGULARITES	12
2.1. La procédure de fixation des tarifs au sein du groupe Médicharme repose sur un dialogue annuel entre établissements et direction générale.....	12
2.2. L'évolution des prix d'hébergement appliqués aux résidents du groupe Médicharme respecte le cadre réglementaire de fixation des tarifs sur la période 2019-2023.....	13
3. LA POLITIQUE DE TARIFICATION ET DE PRESTATION DU GROUPE MEDICHARME EST CARACTERISEE PAR UN EFFORT D'UNIFORMISATION A L'AIDE D'UN OUTIL METIER ET D'UN CONTRAT UNIQUE POUR L'ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS	15
3.1. La politique de facturation au sein du groupe Médicharme est pilotée par la direction de l'administration des ventes à travers un unique logiciel pour l'ensemble des établissements	16
3.2. Le contrôle des prestations hébergement facturées à partir d'un échantillon d'établissements révèle de nombreux manquements à la complétude des contrats et la facturation d'une prestation irrégulière dans un établissement...	17
4. DANS UN CONTEXTE DE TAUX D'OCCUPATION EN BAISSÉ, LES PRATIQUES DE RECRUTEMENT DE NOUVEAUX RESIDENTS EMPORTENT DES RISQUES FINANCIERS POUR LE GROUPE MEDICHARME	38
4.1. Afin de renforcer son taux d'occupation, la société Médicharme a recours au service de deux sociétés de placement	38
4.2. La politique d'augmentation du taux d'occupation des établissements du groupe Médicharme s'est accompagnée d'une hausse des créances non recouvrées en raison d'une dégradation de la solvabilité des nouveaux résidents	43

1. La synthèse des contrôles effectués par la DGCCRF fait apparaître des manquements au sein des établissements du groupe Médicharme

1.1. Le secteur de l'hébergement des personnes âgées fait l'objet d'une vigilance soutenue de la part de la DGCCRF, compte tenu de la vulnérabilité des personnes qui recourent à ce type de service, le plus souvent dans l'urgence

La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) intervient pour garantir la protection des consommateurs, en particulier les personnes âgées résidant dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en veillant à la transparence des prix, à la conformité des contrats, à la prévention des pratiques commerciales trompeuses et à la qualité des prestations offertes.

Le cadre réglementaire d'intervention de la DGCCRF dans les EHPAD est défini par les articles du Code de la consommation et du Code de l'action sociale et des familles.

S'agissant du Code de la consommation, la DGCCRF est compétente en matière de :

- ◆ affichage des Prix/Tarifs (article L. 112-1) : elle veille à ce que les EHPAD affichent de manière transparente et lisible leurs prix et tarifs, permettant ainsi aux consommateurs, notamment les familles des résidents, de prendre des décisions éclairées ;
- ◆ conformité des contrats (article L. 132-1) : elle vérifie la conformité des contrats proposés par les EHPAD, s'assurant qu'ils respectent les droits des consommateurs et ne contiennent pas de clauses abusives ;
- ◆ encadrement des prix (article L. 113-1) : elle s'assure que les tarifs appliqués respectent les règles d'encadrement, en particulier pour les places non habilitées à l'aide sociale à l'hébergement ;
- ◆ pratiques commerciales trompeuses (article L. 121-1) : elle surveille les pratiques commerciales des EHPAD pour éviter tout comportement trompeur ou abusif envers les consommateurs.

S'agissant du Code de l'action sociale et des familles, la DGCCRF intervient pour assurer :

- ◆ la protection des personnes âgées résidant dans les EHPAD en vérifiant la qualité des prestations, des contrats et en s'assurant que les droits des résidents sont respectés (article L. 311-1) ;
- ◆ le respect des dépenses liées à des modalités d'accueil particulières, telles que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les pôles d'activité et de soins adaptés, etc. (article D. 313-1) ;
- ◆ l'examen des dépenses liées au développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés, favorisant la collaboration entre les différentes structures médico-sociales (article L. 313-12) ;
- ◆ le respect de la mise en œuvre des actions de prévention et des obligations qui incombent aux établissements en termes de gestion des situations de crise exceptionnelles (article R. 314-163) ;
- ◆ la réalisation des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des EHPAD (article D. 313-1).

Des contrôles sont menés par la DGCCRF tous les ans depuis 2006 (pour les premiers répertoriés) et ces campagnes de contrôle ciblent en moyenne 500 établissements par an. Ainsi, la DGCCRF a réalisé le contrôle de :

- ◆ 447 établissements habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale contrôlés, lors de 532 visites, en 2013-2014 ;

Annexe II

- ◆ 652 établissements (866 visites), en 2016-2017.

Les années suivantes, les contrôles se sont accrus, sur des EHPAD de statut différent :

- ◆ en 2017-2018, 552 établissements ont été contrôlés (682 visites), habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- ◆ en 2019-2021, plus de 1 000 établissements, non habilités, ont été contrôlés. Le ciblage de cette enquête portait en priorité sur les sièges et les établissements des grands groupes tels que Korian, DomusVi, Colisée ou encore Orpéa.

Ces contrôles peuvent parfois être diligentés à la suite de plaintes ou de signalements qui sont toutefois, peu nombreux pour ce secteur. À titre d'illustration, seulement 37 signalements (pas nécessairement tous dans le champ de compétence de la DGCCRF) ont été recensés sur la plateforme SignalConso en 2021 sur les EHPAD (de tous statuts).

Les principaux points de vigilance ressortant typiquement de ces enquêtes, tous opérateurs confondus, sont :

- ◆ les non-conformités du contrat et la présence de clauses abusives (droits de résiliation, facturation post-décès, mise à jour tarifaire et changements contractuels non intégrés) ;
- ◆ les informations précontractuelles et l'information sur les prix lacunaires (défauts d'affichage des prestations d'hébergement optionnelles, divergence des prix mentionnés sur le site Internet de la CNSA et dans les établissements) ;
- ◆ les pratiques commerciales trompeuses (prestations d'hébergement et allégations inexistantes ou portant à confusion dans les supports de communication) ;
- ◆ les confusions et facturations abusives concernant les prestations d'hébergement relatives au blanchissage du linge plat et du linge personnel.

1.2. Pour les établissements du groupe Médicharme, la DGCCRF a recensé, à la suite de ses contrôles les plus récents, treize injonctions ou avertissements, portant au total sur douze EHPAD différents

Sans que celles-ci distinguent le groupe de l'ensemble du secteur, les principales problématiques soulevées par la DGCCRF dans les établissements du groupe Médicharme sont les suivantes (cf. tableau 1) :

- ◆ manque d'indications sur l'ensemble des prestations prévues dans le socle de prestations par le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 (8 fois) ;
- ◆ défaut d'informations sur le médiateur de la consommation (7 fois) ;
- ◆ non-respect de l'article 13 de l'arrêté du 3 décembre 1987 relatif à l'information du consommateur sur les prix (absence d'affichage clair et lisible sur le lieu de réception des familles) (6 fois).

Ont également été relevées les pratiques irrégulières suivantes :

- ◆ non-restitution dans les trente jours après un décès des sommes perçues d'avance (5 fois) ;
- ◆ absence d'indication sur les conditions de facturation en cas d'absence ou d'hospitalisation (4 fois) ;
- ◆ absence d'état des lieux contradictoire (3 fois).

De manière plus épisodique, ont pu être relevés aussi dans de plus rares cas : le droit de rétraction non respecté, la non-conformité des clauses de résiliation du contrat, la non-remise de reçu lors de versement d'arrhes, la présence d'une clause illicite, des allégations de nature à induire le consommateur en erreur, un défaut d'information sur le mode du calcul du prix, un prix non à jour sur le site internet ou des informations peu claires sur le dépôt de garantie.

Par établissement du groupe Médicharme, les principaux éléments d'intérêt remontés des contrôles départementaux réalisés par les services de la DGCCRF, mais aussi par ceux des autres services des Directions départementales de la Protection des populations (DDPP) sont les suivants :

- ◆ **s'agissant de la résidence de la Juvénie** (Payzac), la visite du 18 avril 2019 a donné lieu à une injonction faisant l'objet à ce jour d'un contentieux administratif en cours devant le tribunal administratif d'Amiens (référé suspension). Les faits reprochés sont les suivants :
 - défaut de complétude du contrat : conditions de facturation du tarif dépendance en cas d'absence ou d'hospitalisation ; conditions de facturation du tarif hébergement identiques en cas d'absence ou d'hospitalisation ; absence en annexe de toutes les prestations fournies ainsi que leurs prix ; absence des prestations prévues dans le socle de prestations par le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 ; absence des coordonnées du médiateur de la consommation ;
 - défaut de conformité du contrat concernant la clause de facturation après décès et en cas de résiliation du contrat.
- ◆ **s'agissant de la résidence des Châtaigner** (Antraigues-sur-Volane), la visite du 22 juin 2021 a donné lieu à une mise en demeure en raison d'une maîtrise des risques sanitaires jugée insuffisante en restauration. Cette mise en demeure a été levée le 20 octobre 2021 avec avertissement ;
- ◆ **s'agissant de la résidence des Feuillantines** (L'Escarène), la visite du 23 décembre 2019 a donné lieu à une injonction pour défaut d'information sur les prix et la non-conformité d'un contrat ;
- ◆ **s'agissant de la résidence des Genévriers** (Saint Martory), la visite du mois de novembre 2022 a donné lieu à une amende administrative d'un montant de 15 000 € pour cause de non-respect du taux d'évolution, non restitution du dépôt de garantie dans les 30 jours et défaut d'information sur les prix ;
- ◆ **s'agissant des Jardins d'Aiffres (Aiffres)**, la visite du mois de novembre 2021 a donné lieu à un avertissement pour défaut d'information sur les prix des intervenants et défaut d'indication du médiateur de la consommation ;
- ◆ **s'agissant de la résidence des jardins de Sainte Baume** (Nans-les-pins), la visite du 3 septembre 2021 a donné lieu à un avertissement pour défaut d'information sur les prix, non-conformité du contrat et non-restitution des sommes perçues d'avance au-delà du délai d'un mois. En outre, le contrôle des cuisines a reçu une appréciation « acceptable » en 2022 pour carence de maintenance des locaux, absence de certains plats témoin, défaut de nettoyage/désinfection et absence de formation du personnel. Des mesures correctives ont été demandées ;
- ◆ **s'agissant de la résidence Maison de Thérèse** (Asey sur Seine), le contrôle de 2021 n'a pas donné lieu à des suites ;
- ◆ **s'agissant de la résidence de Beurre** (Villeneuve sur Lot), la visite du mois d'août 2019 a donné lieu à un avertissement pour défaut d'information sur les prix. Il est notamment apparu lors du contrôle qu'une des deux infirmières exerçait son activité à temps partiel et qu'aucun masseur kinésithérapeute ne faisait partie de l'équipe ;
- ◆ **s'agissant de la Résidence de France** (Beuvry), la visite du mois de mars 2023 a donné lieu à un avertissement pour manque de maîtrise sanitaire en restauration ;
- ◆ **s'agissant de la résidence d'Elvody** (St Germain Tallevende), la visite du mois d'octobre 2022 n'a pas permis de relever de manquement ni d'infraction ;

Annexe II

- ♦ **s'agissant de la résidence la Madrague** (Le Fossat), la visite du mois de février 2022 a donné lieu à une injonction qui fait aujourd'hui l'objet d'un recours contentieux en cours devant le tribunal administratif d'Amiens (référé suspension) ;
- ♦ **s'agissant de la résidence des Charmilles** (Melle), la visite du mois de mai 2021 a donné lieu à un avertissement pour manque de maîtrise sanitaire en restauration ;
- ♦ **enfin, s'agissant de la résidence des Chênes verts** (Agonac), la visite du mois de décembre 2021 a donné lieu à un avertissement pour défaut d'information sur les prix et non restitution des sommes perçues d'avance dans le délai de 30 jours.

Annexe II

Tableau 1 : Principaux manquements et infractions relevés lors des visites de la DGCCRF et des DPPP dans les établissements du groupe Médicharme depuis 2019

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantines	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Manque d'information sur le dépôt de garantie							1					1
Défaut d'information sur le mode de calcul du prix				1			1					2
Absence de convention signée avec tout prestataire externe			1									1

Annexe II

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantes	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Absence d'indication sur les conditions de facturation en cas d'absence ou d'hospitalisation		1				1	1		1			4
Prix non à jour sur l'annuaire du site de la CNSA	1		1									2

Annexe II

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantines	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Défaut d'informations pré-contractuelles relatives aux caractéristiques essentielles des prestations sur les plaquettes, affiches et livrets	1		1									2
Information non-visible du public	1		1				1	1	1	1	1	7

Annexe II

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantines	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Allégation de nature à induire le consommateur en erreur	1		1							1 (concernant la restauration, le marquage du linge et les prestations gratuites proposées par l'établissement)	1 (présence d'infirmières, masseur kiné, etc.)	2
Clauses illicites, abusives ou incomplètes	1				1					1 (sur le tribunal compétent)		2

Annexe II

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantes	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Non-restitution des sommes perçues à la suite d'un décès dans les 30 jours	1	1	1		1 (facturation de frais de remise en état en cas de dégradations volontaires de la chambre)	1 (facturation de frais de remise en état en cas de dégradations volontaires de la chambre)	1		1			5
Non-remise de reçu lors de versement d'arrhes	1		1									2
Absence de réalisation des états de lieux d'entrée et de sortie	1				1		1					3
Annexes au contrat non-complètes	1	1	1						1			4

Annexe II

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantines	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Absence d'indications sur les prestations prévues dans le socle de prestations	1	1	1		1	1	1		1	1		8
Non-conformité des clauses de résiliation du contrat		1								1		2
Défaut d'information sur le médiateur de la consommation		1	1	1	1		1	1		1		7
Problème de délégation de pouvoir			1									1

Annexe II

Etablissement	La Croix du Sud	La Juvénie	La Madrague	Les Châtaigniers	Les Chênes Verts	Les Feuillantes	Les Genévriers	Les Jardins d'Aiffres	Les Jardins de Sainte Baume	Meissel	Résidence de Beurre	Total
Droit de rétractation non-respecté				1		1						2

Source : DGCCRF et Mission.

2. La politique de tarification du groupe Médicharme auprès de ses résidents depuis 2019 ne comporte pas d'irrégularités

2.1. La procédure de fixation des tarifs au sein du groupe Médicharme repose sur un dialogue annuel entre établissements et direction générale

Encadré 1 : Politique de tarification dans les EHPAD

Les tarifs des EHPAD sont composés de trois éléments :

- **un tarif hébergement journalier**, fixé par l'établissement, qui couvre les prestations hôtelières (hébergement, fonctionnement, restauration, etc.) et qui est à la charge du résident, ou s'il présente des ressources insuffisantes, pris en charge par l'aide sociale du département. S'agissant des établissements conventionnés à l'aide sociale, le tarif est fixé par le conseil départemental chaque année (article L. 342-3-1 du Code de l'action sociale et des familles), pour les autres, ce tarif évolue dans la limite d'un pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par décret des ministres de l'économie et des affaires sociales (Article L. 342-3 du même code) ;
- **un tarif dépendance journalier** qui couvre toutes les dépenses liées à la prise en charge de l'état de dépendance de la personne accueillie. Ce tarif est fonction du degré d'autonomie de chaque résident et peut être pris en charge par le conseil départemental dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes présentant un degré de dépendance élevé ou moyennement élevé (GIR 1 à 4). Cependant, le tarif GIR 5-6 est le plus souvent appliqué et c,e quel que soit le niveau de GIR de la personne. Il s'applique automatiquement aux personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 2 486,89 €. Ces tarifs dépendance sont différents selon les établissements car calculés en fonction du niveau moyen de dépendance de chaque établissement et sont arrêtés chaque année par le conseil départemental ;
- **un tarif soins journaliers** qui correspond aux prestations médicales et paramédicales comprises dans la prise en charge médicale de la personne accueillie. Il arrêté chaque année par l'Agence régionale de santé et prend en compte les données recueillies lors de la dernière coupe Pathos réalisée pour chaque résident par le médecin coordinateur.

Tableau 2 : Les différents groupes d'iso-ressources

Groupe iso-ressources (GIR)	Degrés de dépendance
Gir 1	Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants
Gir 2	▪ Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ▪ Ou demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Demandeur ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	▪ Demandeur n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ▪ Ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas

Annexe II

Gir 5	Demandeur ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Demandeur encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : Mission.

La politique de fixation des tarifs pour les établissements du groupe Médicharme repose sur un dialogue entre les directeurs d'établissement, le directeur régional et la direction générale, appuyée par le service du contrôle de gestion.

Comme indiqué dans l'annexe VI, la fixation des tarifs hébergement fait l'objet d'un échange entre l'établissement et le siège lors de la construction du budget annuel. Ainsi, pour l'année 2024, les directeurs régionaux et les directeurs d'établissement sont invités à faire parvenir au service contrôle de gestion de la Direction de l'administration et des finances, leurs hypothèses concernant le prix moyen d'hébergement (PMH) applicable aux nouveaux entrants en année N, la validation de ce dernier restant soumise à la validation de la présidente.

Cette politique tarifaire s'articule autour de plusieurs enjeux :

- ♦ la compétitivité prix par rapport aux autres établissements du département ;
- ♦ le taux d'occupation de l'établissement ;
- ♦ la mise en œuvre d'une politique tarifaire différente selon les caractéristiques des chambres proposées (surface, orientation, balcon, etc.) ;
- ♦ le degré de dépendance des résidents de chaque établissement.

Toutefois, cette co-construction des prix hébergement ne concerne que les nouveaux entrants en ce que, lors de l'envoi des maquettes aux directeurs d'établissement, le contrôle de gestion a déjà prérempli le taux d'inflation à appliquer aux résidents présents au 31 décembre 2023, soit 4 %.

Cet ajustement automatique des tarifs est assuré via le logiciel TITAN, garant de la cohérence et de l'application uniforme de la politique tarifaire du groupe dans l'ensemble des établissements.

2.2. L'évolution des prix d'hébergement appliqués aux résidents du groupe Médicharme respecte le cadre réglementaire de fixation des tarifs sur la période 2019-2023

La mission a procédé à l'analyse de l'évolution de la tarification hébergement appliquée aux résidents, sur la période 2019-2023, à travers :

- ♦ d'une part, pour les établissements conventionnés à l'aide sociale, le respect des tarifs fixés chaque année par le conseil départemental (article L. 342-3-1 du Code de l'action sociale et des familles) ;
- ♦ d'autre part, pour les autres établissements, le respect du plafonnement de l'évolution du prix socle de prestations et les prix des autres prestations d'hébergement encadrés chaque année par arrêté ministériel conformément à l'article L. 342-3 du Code de l'action sociale et des familles (cf. tableau 3).

Annexe II

Tableau 3 : Taux d'évolution maximal du prix du socle des prestations et des autres prestations d'hébergement par an depuis 2019

Année	Revalorisation de l'indice EHPAD
2019	+ 1,25 %
2020	+ 1,08 %
2021	+ 0,46 %
2022	+ 1,97 %
2023	+ 5,14 %

Source : Arrêtés 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023 relatifs aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées.

La mission a restreint son analyse à six établissements du groupe Médicharme pour lesquels elle a réalisé une visite sur site dans le cadre de son contrôle (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Etablissements de l'échantillon composé par la mission pour le contrôle des prix d'hébergement et des prestations facturées aux résidents du groupe Médicharme sur la période 2019-2023

Nom établissement	Direction régionale	Date d'acquisition	Lits autorisés	Résidents au 30/09/2023	Date de la visite par la mission
RESIDENCE SAINT GEORGES	Nord	27/09/2018	110	100	04/10/2023
MEISSEL	Sud	31/01/2022	57	57	10/10/2023
AERIA	Sud	31/01/2022	85	85	10/10/2023
LES EAUX VIVES - Site Souilly	Nord	29/07/2016	30	30	12/10/2023
LES AIRELLES	Nord	31/05/2017	28	28	15/11/2023
LES JARDINS D'AIFRES	Ouest	09/03/2018	39	34	23/11/2023

Source : Mission.

Parmi les établissements de l'échantillon, les résidences AERIA et Meissel de Marseille ont fait le choix d'appliquer un taux d'augmentation du tarif hébergement en 2023 de 3 %, inférieur à celui fixé par décret ministériel pour cette année, soit 5,14 %, eu égard aux revenus de leurs résidents et aux tarifs appliqués par les autres établissements du département.

La vérification par la mission du respect de la hausse tarifaire du tarif hébergement entre 2019 et 2023 pour les établissements de l'échantillon fait apparaître les évolutions suivantes :

- ◆ depuis 2019, la politique tarifaire du groupe Médicharme respecte le cadre réglementaire applicable ;
- ◆ depuis 2022, le groupe a adopté un modèle de contrat unique appliqué à l'ensemble des résidents ;
- ◆ en 2023, conformément au décret n° 2022-734 du 28 avril 2022, et à travers un avenant au contrat de l'ensemble des résidents, le groupe Médicharme a réalisé :

Annexe II

- l'application d'un prix d'hébergement journalier et non plus mensuel ;
- l'intégration du forfait entretien du linge personnel dans le prix d'hébergement journalier pour les contrats antérieurs au 1^{er} janvier 2023.

S'agissant des écarts constatés en 2023 pour certains résidents, la direction de l'administration des ventes du groupe Médicharme a fait parvenir l'explication suivante à la mission :

« Le fichier « SUIVI TARIFS HEBERGEMENT » fourni par la direction de l'administration des ventes est un Tableau Croisé Dynamique (TCD) issu de la requête de la facturation « Hébergement » du logiciel TITAN ;

Ce TCD cumule les Prix Unitaires (PU) « Hébergement » facturé sur la facture mensuelle. Il additionne le tarif du mois en cours et les régularisations antérieures.

En janvier 2023, il a été appliqué le taux réglementaire de 5.14 % sur les tarifs de 12/2022 (prix de journée ou forfait mensuel).

En février 2023 ou mars 2023 suivant la signature de l'avenant au 01/01/2023 (intégrant le linge au tarif hébergement et/ou le passage d'un forfait mensuel en prix de journée), le tarif indiqué dans le TCD cumule le nouveau tarif en 2/2023 et la régularisation de 1/2023 (addition de tous les PU Hébergement) ».

S'agissant de hausses tarifaires d'hébergement supérieures au plafond défini par les taux réglementaires, la Direction de l'administration des ventes a indiqué que le tarif appliqué est celui augmenté du linge comme indiqué dans les avenants au contrat de séjour selon la méthode suivante :

« Pour exemple pour un forfait linge de 75.00 € en 2022

- $75.00 + 5.14 \% \text{ (taux réglementaire)} = 78.85 \text{ € mensuel}$
- $78.85 \times 12 / 365 = 2.59 \text{ € / jour}$

Ce tarif a été ajouté au prix de journée hébergement du résident. »

Au regard de ces éléments de réponse, la mission a pu justifier les écarts constatés en 2023 et estime qu'il n'existe pas, pour l'échantillon constitué, d'irrégularités.

3. La politique de tarification et de prestation du groupe Médicharme est caractérisée par un effort d'uniformisation à l'aide d'un outil métier et d'un contrat unique pour l'ensemble des établissements

Encadré 2 : Un cadre réglementaire renforcé en 2022

Le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles renforce les obligations en termes de transparence financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Dans cette perspective, il renforce l'information et la protection des personnes accompagnées et leurs aidants en prévoyant de nouvelles mentions obligatoires dans les contrats de séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), à savoir :

- la mention de la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement relevant du socle de prestations de l'article L 314-2 comme le blanchissage et le marquage du linge résident (il n'est ainsi plus autorisé d'appliquer une tarification supplémentaire pour ce service) et la possibilité d'accès à internet dans les chambres ;
- la précisions sur les prestations délivrées ou proposées ne relevant pas du socle ;
- la mention du droit de rétractation ;
- la mention de la possibilité que les prix augmentent chaque année et l'obligation d'informer des nouveaux prix.

Il précise aussi les règles de facturation par les EHPAD en cas d'absence du bénéficiaire pour hospitalisation ou en cas de décès d'un résident et par les services à domicile pour certains frais annexes à travers :

- la déduction du forfait hospitalier en cas d'absence de plus de 72 heures ;
- l'intégration d'un délai de six jours maximum pour la facturation après la date du décès du résident ;
- l'encadrement de la facturation d'arrhes en cas de rétractation du résident ;
- le remplacement de la notion de « caution » par celle de « dépôt de garantie ». Ce dépôt devant être restitué dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'établissement (qui correspond à la date de l'état des lieux contradictoire).

Enfin, il rend obligatoire la transmission à la CNSA de cinq indicateurs relatifs aux conditions d'accompagnement en EHPAD, en vue de les rendre publics via le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr :

- la composition du plateau technique (salle de rééducation par exemple) ;
- le profil des chambres (doubles/simples) ;
- le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement ;
- la présence d'un infirmier de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'établissement ;
- le partenariat avec un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé mentionné à l'article L. 6327-1 du code de la santé publique.

L'ensemble de ces dispositions relatives au renforcement de l'information et de la transparence sur les prix et les prestations minimales sont applicables à compter du 1er janvier 2023 et ne s'appliquent qu'aux nouveaux contrats.

Source : Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

3.1. La politique de facturation au sein du groupe Médicharme est pilotée par la direction de l'administration des ventes à travers un unique logiciel pour l'ensemble des établissements

La politique de facturation est assurée au niveau du siège par la Direction de l'administration des ventes (DAV), rattachée à la Direction de l'administration et des finances.

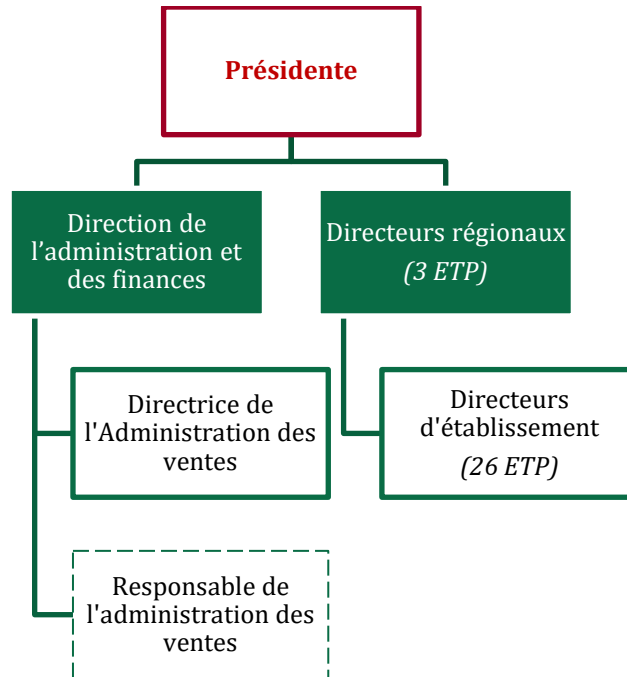
Créée en 2020 et composée d'une directrice et d'un responsable de l'administration des ventes, cette direction a pour principales missions :

- ◆ le contrôle de la facturation du chiffre d'affaires des EHPAD à savoir :
 - le contrôle de la facturation « résidents » des établissements dans les délais requis en lien avec les directeurs des EHPAD ;
 - le contrôle de la facturation « dépendance » des établissements ;
 - l'assistance auprès des directeurs d'établissement dans la méthodologie de facturation ;
 - l'assurance de la cohérence des factures issues du logiciel TITAN et de la comptabilité ;
 - l'intégration des établissements récemment acquis par le groupe et l'application des procédures ;
- ◆ le pilotage et l'animation du recouvrement des établissements :
 - la standardisation des pratiques de recouvrement au sein des établissements ;
 - l'établissement d'un tableau de bord mensuel des encaissements en retard ou litiges ;
 - la mise en place d'une procédure de recouvrement contentieux ;

Annexe II

- ♦ le déploiement de pratiques groupe au sein des établissements à travers la formation des équipes administratives (notamment aux normes de la DGCRF) et le contrôle sur site du respect de celles-ci.

Graphique 1 : Organigramme de la fonction facturation au sein du siège du groupe Médicharme



Source : Organigramme du groupe Médicharme à la date du 11 octobre 2023.

Pour ses missions, la DAV s'appuie sur le déploiement du logiciel TITAN dans l'ensemble des établissements du groupe Médicharme. En plus des activités de soins (cf. annexe IV), ce logiciel a pour mission de gérer les prestations d'hébergement et de dépendance, le ticket modérateur, les frais annexes et le forfait global dépendance. Ainsi, à partir des caractéristiques de chaque résident, renseignées par l'établissement d'accueil, TITAN assure le suivi de la tarification et de la facturation mensuelles.

Enfin, la DAV est chargée d'effectuer des contrôles sur site et sur place pour s'assurer du respect de la politique de tarification du groupe dans les établissements. Dans cette perspective, des contrôles sur site sont effectués pour vérifier le respect de l'affichage obligatoire des tarifs des prestataires. S'agissant des contrôles sur pièce, la DAV vérifie l'effectivité de l'enregistrement des contrats des résidents sous TITAN, le contrôle de l'application du tarif correspondant et la cohérence mensuelle de la facturation avec le contrôle de gestion pour tous les établissements.

3.2. Le contrôle des prestations hébergement facturées à partir d'un échantillon d'établissements révèle de nombreux manquements à la complétude des contrats et la facturation d'une prestation irrégulière dans un établissement

À partir d'un échantillon de six établissements (cf. tableau 4), la mission a procédé au contrôle des prestations facturées par le groupe Médicharme auprès de ses résidents pour la période 2022-2023.

Dans un premier temps, pour l'échantillon constitué, le contrôle s'est attaché à la vérification :

Annexe II

- ♦ de la conformité des contrat de cinq résidents choisis parmi ceux présents le jour de visite de la mission ;
- ♦ de la cohérence des dix dernières factures adressées à chaque résident.

Les conclusions de chaque contrôle d'un établissement réalisé par la mission, ont fait l'objet d'un échange contradictoire avec les directeurs d'établissement et la Direction de l'administration des ventes afin de pouvoir justifier les éventuels écarts constatés.

L'ensemble de ces échanges est mentionné dans les tableaux tableau 5, tableau 6, tableau 7, tableau 8 et tableau 9.

Malgré ces échanges, le contrôle par la mission fait ressortir les irrégularités suivantes :

- ♦ **s'agissant de la résidence Saint-Georges, des frais de préparation de la chambre et de dossier d'un montant de 75 € ont été appliqués lors de l'entrée de trois résidents ce qui, après échanges avec la DGCCRF, apparait comme irrégulier.** En effet, le contrat établi entre l'EHPAD et le résident doit détailler la liste, la nature et le coût prévisionnel des prestations. Cela comprend le socle de prestations socles (dont la liste est définie par le décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les prestations hors prix hébergement/prestations non comprises.

Le prix hébergement correspondant au socle de prestations est un prix global, qui doit intégrer tous les frais inhérents à la prestation rendue. Les prestations d'administration générale sont comprises dans le socle de prestations (gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie et élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants), de même que certaines prestations d'accueil hôtelier, comme la mise à disposition de la chambre. Les frais de dossier et administratifs facturés en supplément sont donc interdits.

En outre, la mission relève les manquements suivants :

- ♦ s'agissant de la résidence AERIA, pour deux résidents, le tarif journalier d'hébergement n'est pas indiqué dans le contrat car, selon la direction, l'établissement étant habilité à l'aide sociale, le tarif est celui fixé par arrêté départemental de l'année d'entrée. Toutefois, en l'absence de transmission, la mission n'a pas pu procéder à l'évaluation de l'évolution réglementaire du tarif hébergement appliqué à ces résidents ;
- ♦ s'agissant de la complétude des contrats :
 - pour dix résidents, les contrats ne précisent pas si lors de leur entrée, les résidents ont versé un acompte ni le montant de celui-ci ;
 - neuf contrats ne précisent pas si les établissements ont bien respecté l'obligation de réaliser un état des lieux contradictoire lors de l'entrée des résidents ;
 - douze contrats ne comportent pas la mention des prestations complémentaires choisies par le résident, dont le forfait mensuel entretien du linge personnel, ni leur prix ;
 - dix-sept contrats ne précisent pas si l'établissement a demandé au résident le versement d'un dépôt de garantie ni son montant qui ne doit pas dépasser le prix mensuel d'hébergement restant à la charge de la personne hébergée ;
 - enfin, deux contrats ne sont pas signés, l'établissement ayant effectué une relance pour un résident entré en novembre 2023 et étant en échange avec le curateur pour l'autre résident.

Annexe II

Tableau 5 : Résidence MEISSEL - Contrôle des dix dernières factures de cinq résidents présents le jour du contrôle de la mission

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
Marie-Claude	FICHEFEUX	36	25/08/2021	113,60 €	Non indiqué	Non indiqué	954,40 €	Oui	Oui	Avenant au contrat de séjour établi le 01/01/2023 pour intégrer les prestations d'entretien du linge dans le tarif hébergement et réévaluer le prix de journée hébergement à 128,19 € soit un tarif supérieur à la limite de 119,31 € maximum.	Madame bénéficie sur son tarif hébergement de 128,19 € d'une remise de 14,90 € ce qui revient à un prix de journée à 113,29 €.
Renée	MOLINI	7	21/09/2023	77,92 €	Non indiqué	500 €	Non indiqué	Oui	Oui	Le prix de journée hébergement diffère de la tarification en vigueur indiquée dans l'annexe 1 du contrat pour l'année 2023.	Mme MOLINI résidait à l'EHPAD La Fruitière qui a fermé temporairement pour cause de travaux depuis le 20/11/2023. Nous l'avons alors accueillie sans changer le tarif consenti à La Fruitière comme le Groupe s'y était engagé. Il en est de même pour

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
											Mmes CANU et QUILLLOT.
Emma	TUA	3	24/02/2020	136,02 €	Non indiqué	Non indiqué	Non indiqué	Oui	Oui	Avenant au contrat de séjour établi le 03/07/2022 pour : - changement de chambre (45) ; - intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le tarif hébergement à compter du 01/01/2023 ; - évaluer le prix de la journée hébergement à 140,10 € à compter du 1er janvier 2023	Le tarif correspond à l'augmentation du tarif annuel de 3 %.
Georges	SEBAN	40	10/08/2023	112 €	Non indiqué	Non indiqué	3 360 €	Oui	Oui	Le contrat ne mentionne pas le versement d'acompte et les factures ne précisent pas si celui-ci a bien été déduit lors des premiers mois du	Monsieur SEBAN n'a versé aucun acompte. Il n'y a aucune déduction à faire apparaître sur les factures. Par contre il a déposé un dépôt de

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
										prix d'hébergement	garantie de 3 360 €.
Jacqueline	PALOUX	32	04/11/2022	81,70 €	Non indiqué	653,60 €	Non indiqué	Oui	Oui	Avenant au contrat de séjour en date du 01/01/2023 pour : - intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le tarif hébergement à compter du 01/01/2023 ; - évaluer le prix de la journée hébergement à 79,23 € à compter du 01/01/2023	Tarif évalué pour le couple en chambre double mais le mari est décédé une semaine avant leur entrée. Tarif préférentiel attribué aux riverains et entourage des salariés.

Source : Contrats et factures de cinq résidents présents le jour de la visite de la mission ; traitement mission.

Annexe II

Tableau 6 : Résidence AERIA - Contrôle des dix dernières factures de cinq résidents présents le jour du contrôle de la mission

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaires	Réponse de l'établissement
Jacqueline	AZAM	325	06/08/2020	100,00 €	Non indiqué	Non indiqué	1 000 €	Oui	Oui	Liste des prestations hébergement complémentaires choisies par le résident n'est pas indiquée ainsi que les tarifs appliqués Application d'un nouveau prix de journée hébergement d'un montant de 92,70 € Avenant au contrat de séjour pour intégrer l'entretien du linge personnel du résident dans le tarif hébergement à compter du 1er janvier 2023.	L'entretien du linge était déjà intégré dans le tarif hébergement 2022. Le marquage du linge quant à lui était en sus.
Colette	BRUNET	204	25/02/2022	Ehpad habilité à l'aide sociale	Non indiqué	Non indiqué	Non indiqué	Non disponible	Non disponible	Tarif hébergement appliqué à compter de l'entrée du résident n'est pas indiqué dans le contrat de février 2022	Le tarif aide sociale n'apparaît pas sur le contrat de février 2022 car avant le rachat nous avions des contrats type aide sociale qui

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaires	Réponse de l'établissement
										ne permettant pas à la mission de vérifier l'évolution réglementaire du tarif hébergement Avenant au contrat de séjour établi le 30/06/2023 pour changement de chambre (116) sans impact sur le tarif appliqué	indiquaient dans son article 4 que le prix de journée était fixé par arrêté du Président du CD.
Nadine	LIBES	215	05/07/2017	Ehpad habilité à l'aide sociale	Non indiqué	Non indiqué	Non indiqué	Non disponible	Non disponible	Liste des prestations hébergement complémentaires choisies par le résident n'est pas indiquée ainsi que les tarifs appliqués - la mission ne peut donc procéder à l'évaluation de l'évolution réglementaire du tarif hébergement pour le résident. Avenant au contrat de séjour signé le	Le tarif aide sociale n'apparaît pas sur le contrat car avant le rachat nous avions des contrats type aide sociale qui indiquaient dans son article 4 que le prix de journée était fixé par arrêté du Président du CD. Les prestations type coiffure et pédicure notamment étaient réglées

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaires	Réponse de l'établissement
										04/08/2022 pour un changement de chambre (102)	directement par le résident auprès du prestataire.
Michel	AGOUES	213	01/11/2023	Ehpad habilité à l'aide sociale	Non indiqué	Non indiqué	Non indiqué	Non disponible	Oui	Contrat n'a pas été encore signé par le résident cf. mail envoyé par l'établissement	Relance par téléphone le 22/11 et mail
Abderrahmane	BENABBES	113	10/02/2022	Ehpad habilité à l'aide sociale	Non indiqué	Non indiqué	Non indiqué	Non disponible	Oui	Avenant au contrat de séjour établi le 18/09/2022 pour un changement de chambre (113) sans modification des prestations. Contrat non signé mais résident sous curatelle.	Le résident refuse de signer son contrat. Il est sous mesure de curatelle renforcée. Le curateur est prévenu. Une demande de tutelle est en cours.

Source : Contrats et factures de cinq résidents présents le jour de la visite de la mission ; traitement mission.

Annexe II

Tableau 7 : Résidence Les Airlles - Contrôle des dix dernières factures de cinq résidents présents le jour du contrôle de la mission

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
Andrée	LEBRET	15	16/02/2019	75,00 €	Aucune	Non indiqué	2 250 €	Non	Oui		
Marie-Thérèse	BENVENUTI	1	26/01/2022	2 861,27 €	Entretien du linge du résident 80 € par mois	700 €	Non indiqué	Non	Non disponible	Etat des lieux signé par la directrice de l'EHPAD mais pas par le résident. Prix de journée non indiqué dans le contrat ne permettant pas à la mission de vérifier la régularité de l'augmentation tarifaire depuis 2019. Chambre 29 indiquée sur les factures soit une chambre confort alors que la chambre 1 indiquée sur le contrat est une chambre standard. Prestations d'entretien du linge retirée du prix d'hébergement.	Etat des lieux non signé par la résidente et chambre 29 : Il s'agit d'un oubli de signature de la part de la famille et Mme Benvenuti a toujours été en chambre 29 ; il s'agit d'une erreur de frappe. Prix de journée non indiqué : effectivement les prix de journées n'étaient pas indiqués lors de ma prise de poste ; il s'agissait de prix mensuels ; un avenant a été envoyé et signé par la famille avec le prix journalier indexant le tarif hébergement dans le prix

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
											journalier en, application du décret n°2022-734 du 28 avril 2022
Francis	BONNEAU	Non indiqué	08/05/2023	107,00 €	Entretien du linge du résident inclus	700 €	3 210 €	Oui	Non disponible	Chambre 4 indiquée sur les factures (chambre standard) contre un hébergement en chambre confort (soit 97 €) indiqué dans le contrat soit 102 €. Prix de journée Hébergement non indiqué dans le contrat. Pas de remboursement de l'acompte de 700 € sur la facture de juin 2023.	La chambre 4 est une chambre privilège au tarif de 107 € ttc (tarif journalier indiqué dans le contrat en page 27). Il n'y a pas d'acompte ayant été débité à 700 € donc pas de remboursement. Un dépôt de garantie est prévu dans le contrat de séjour.
Jeanine	DUPONT	Non indiqué	01/05/2021	2 706,00 €	Entretien du linge du résident inclus dans le forfait hébergement	500 €	Non indiqué	Non	Non disponible	Numéro de chambre n'est pas indiqué dans le contrat. Tarif chambre prestige indiqué dans le contrat alors que le résident occupe la chambre 26 qui correspond à une chambre confort soit 102 €. Prix de journée non indiqué dans le contrat ne permettant pas à la mission de vérifier la régularité de l'augmentation tarifaire.	Lors de mon arrivée au sein de l'établissement, il n'y avait pas de nominations différentes des chambres. Mme Dupont occupe la chambre 26 au tarif négocié lors de son arrivée avec la

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
										Mention d'une remise hébergement de 399,54 € chaque mois.	directrice d'où la remise commerciale hébergement,
Hélène	CHEREAU	23	05/12/2018	85,00 €	Entretien du linge personnel 70 €	500 €	Non indiqué	Oui	Non	Avenant au contrat en date du 05/01/2023 pour désormais appliquer : ▪ un prix de journée et non plus un forfait mensuel ▪ intégrer la prestation d'entretien du linge dans le tarif hébergement ▪ un prix de journée hébergement de 95,10 € pour la chambre 11 (chambre standard) qui dépasse l'évolution réglementaire du niveau du prix journalier d'hébergement (93,69 €)	Le prix de journée 2022 était à 88,01 € déduction faite d'une remise de 4 € par jour en 2022. Chiffre indiqué dans le tableau croisé dynamique qui a additionné ces deux valeurs. L'augmentation a été appliquée sur le tarif pour hébergement ainsi que sur la remise donc le prix hébergement est passé à 92,53 € et la remise à -4,21 €. A ce prix nous ajoutons 2,57 € de linge : ce qui nous donne 95,10 €. Effectivement la remise lors du passage de Titan

Annexe II

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
											groupe n'a pas été transférée. Mme Chereau aura une régularisation de cette remise depuis le mois de mai 2023 sur la facture de décembre 2023

Source : Contrats et factures de cinq résidents présents le jour de la visite de la mission ; traitement mission.

Annexe II

Tableau 8 : Résidence Saint Georges - Contrôle des dix dernières factures de cinq résidents présents le jour du contrôle de la mission

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
Odette	POTIER	Non indiqué	01/03/2021	1 890 €	Entretien du linge personnel 75 €	700 €	Non disponible	Oui	Oui	Facturation de frais de dossier et de préparation de la chambre lors de l'entrée pour 75 €. En attente de l'avenant à compter du 1er janvier 2023 pour intégrer l'entretien du linge dans le prix hébergement journalier.	Envoi de l'avenant au contrat pour, à partir du 1er janvier 2023 : - non intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le prix hébergement ; - application de la hausse réglementaire 2023 du prix socle de prestations d'hébergement de 5,14 % ; - application d'un prix de journée hébergement d'un montant de 65,33 €.
Brigitte	FROMONT	Non indiqué	20/09/2021	1 890 €	Entretien du linge personnel 75 €	700 €	Non disponible	Oui	Oui	Facturation de frais de dossier et de préparation de la chambre lors de l'entrée pour 75 €. En attente de l'avenant à compter du	Envoi de l'avenant au contrat pour, à partir du 1er janvier 2023 : - intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le prix hébergement ;

Annexe II

										1er janvier 2023 pour intégrer l'entretien du linge dans le prix hébergement journalier.	- application de la hausse réglementaire 2023 du prix socle de prestations d'hébergement de 5,14 % ; - application d'un prix de journée hébergement d'un montant de 67,22 €.
Alain	BOURGUIGNON	Non indiqué	21/05/2021	1 795 €	Entretien du linge personnel 75 €	700 €	Non disponible	Non	Oui	Facturation de frais de dossier et de préparation de la chambre lors de l'entrée pour 75 €. Prix mensuel indiqué par jour sur les factures pour un montant de 67,91 € qui dépasse le seuil d'évolution autorisé (max. 1924,44 €). En attente de l'avenant à compter du 1er janvier 2023 pour intégrer l'entretien du linge dans le prix	Envoi de l'avenant au contrat pour, à partir du 1er janvier 2023 : - intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le prix hébergement ; - application de la hausse réglementaire 2023 du prix socle de prestations d'hébergement de 5,14 % ; - application d'un prix de journée hébergement d'un montant de 61,97 €.

Annexe II

										hébergement journalier.	
Mauricette	DUMONCHEL	Non indiqué	22/09/2021	1 890 €	Entretien du linge personnel 75 €	700 €	Non disponible	Oui	Oui	Facturation de frais de dossier et de préparation de la chambre lors de l'entrée pour 75 €. Facturation d'un forfait entretien du linge de 55 € par mois contre 75 € indiqué dans le contrat. En attente de l'avenant à compter du 1er janvier 2023 pour intégrer l'entretien du linge dans le prix hébergement journalier	Envoi de l'avenant au contrat pour, à partir du 1er janvier 2023 : - intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le prix hébergement ; - application de la hausse réglementaire 2023 du prix socle de prestations d'hébergement de 5,14 % ; - application d'un prix de journée hébergement d'un montant de 67,22 €.
Claude	BAHSI	Non indiqué	22/04/2020	1 790 €	Entretien du linge personnel 55 €	610 €	Non disponible	Non	Oui	Facturation de frais de dossier et de préparation de la chambre lors de l'entrée pour 55 € En attente de l'avenant à compter du 1er janvier	Envoi de l'avenant au contrat pour, à partir du 1er janvier 2023 : - intégration des prestations d'entretien du linge personnel dans le prix hébergement ;

Annexe II

										2023 pour intégrer l'entretien du linge dans le prix hébergement journalier	- application de la hausse réglementaire 2023 du prix socle de prestations d'hébergement de 5,14 % ; - application d'un prix de journée hébergement d'un montant de 65,27 €.

Source : Contrats et factures de cinq résidents présents le jour de la visite de la mission ; traitement mission.

Annexe II

Tableau 9 : Résidence Les Jardins d'Aiffres - Contrôle des dix dernières factures de cinq résidents présents le jour du contrôle de la mission

Prénom	NOM	Numéro de la chambre (contrat)	Date d'entrée	Prix de journée hébergement (contrat)	Prestations complémentaires	Acompte	Dépôt de garantie	État des lieux contradictoire	Respect de la hausse de tarification	Commentaire	Réponse de l'établissement
Chantal	DEMPURE	22	12/10/2017	61,50 €	Entretien linge résident 63 €/mois	Non indiqué	30 jours d'hébergement	Oui	Oui	Le contrat ne comporte par les annexes mentionnant le prix hébergement journalier ni le prix des prestations complémentaires. Avenant au contrat de séjour en date du 1er août 2023 pour : - accueillir la résidente à compter de la date de l'avenant dans l'Ehpad des Jardins d'Aiffres et non plus des Charmilles ; - accueillir la résidente dans une chambre double n°20.	Annexe transmise pour précision des éléments manquants (tarif hébergement et prestations complémentaires)
Eliane	LARGEAU	29	14/03/2022	2 413,45 €	Entretien linge résident 80 €/mois	700 €	Non indiqué	Oui	Oui	Factures 2023 mentionnent un prix journalier de 85,52 € / Conforme selon les taux d'évolution réglementaires des prix d'hébergement et intégration du forfait entretien du linge personnel	
Michel	COUSIN	16	07/10/2019	76 €	Mise à disposition d'une ligne téléphonique 15 € /mois	500 €	30 jours d'hébergement	Oui	Oui	Factures 2023 mentionnent un prix journalier de 82,73 € / Conforme selon les taux d'évolution	

Annexe II

										règlementaires des prix d'hébergement	
Gérard	RACINE	30	02/03/2023	85,50 €	Non indiqué	700 €	2 565 €	Oui	Oui	L'acompte a bien été reversé en avril 2023.	
Yvonne	NEVEUR	7bis	08/10/2020	2 356 €	Entretien linge résident 80 €/mois	700 €	Non disponible	Oui	Oui	Factures 2023 mentionnent un prix journalier de 85,52 € /Conforme selon les taux d'évolution règlementaires des prix d'hébergement et intégration du forfait entretien du linge personnel	

Source : Contrats et factures de cinq résidents présents le jour de la visite de la mission ; traitement mission

La mission a ensuite procédé à la vérification du reversement des dépôts de garantie pour un échantillon de 22 résidents parmi la liste des résidents décédés en 2022 transmise par la Direction de l'administration des ventes du groupe Médicharme.

Les établissements retenus sont les mêmes que ceux constituant l'échantillon du contrôle des contrats et factures des résidents (cf. tableau 4).

Selon l'article R. 314-149 du Code de l'action sociale et des familles, un EHPAD peut, lors de l'entrée d'un résident, demander un dépôt de garantie qui ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée. En outre, ce dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier.

Si à la suite de chaque décès de résident, dans ou hors l'établissement, le groupe Médicharme a procédé à l'émission d'un avoir pour remboursement à la famille ou autre ayant droit du dépôt de garantie exigé lors de l'entrée du résident, **pour six résidents, le délai de restitution du dépôt de garantie est supérieur aux 30 jours de délai réglementaire** (cf. tableau 10).

Annexe II

Tableau 10 : Contrôle du reversement des dépôts de garantie pour un échantillon de résidents décédés en 2022 parmi six établissements du groupe Médicharme

Etablissement	Résident	Sexe	Date sortie	Âge sortie	Motif	Restitution DG		Vérification Mission	Respect du délai des 30 jours de restitution (O/N)
						Montant (€)	Date		
AERIA	GIMENEZ Josette	F	11/12/2022	75 ans, 10 Mois, 18 jours	Décédé dans l'établissement	3 107,40	11/12/2022	Conforme - AVOIR AAER2301121	O
AIFFRES	BOUTET Christian	M	21/12/2022	90 ans, 11 Mois, 20 jours	Décédé hors établissement	1 972,50	01/02/2023	Conforme - AVOIR AJDA2302035	N
	GILBERT Carmen	F	09/06/2022	97 ans, 00 Mois, 22 jours	Décédé dans l'établissement	2 280,00	15/06/2022	Conforme - AVOIR AJDA2206039	O
	LABRACHERIE Paul	M	30/09/2022	100 ans, 09 Mois, 01 jours	Décédé dans l'établissement	2 280,00	02/11/2022	Conforme - AVOIR AJDA2211001	N
	MICHAUD Suzel	F	01/12/2022	97 ans, 02 Mois, 20 jours	Décédé dans l'établissement	2 280,00	22/12/2022	Conforme - AJDA2212052	O
	PROUST Gilbert	M	05/10/2022	80 ans, 03 Mois, 26 jours	Décédé hors établissement	2 380,20	14/10/2022	Conforme - AJDA2210035	O
AIRELLES	CHAPUIS Yvette	F	07/11/2022	Non renseigné (N.R.)	Décédé dans l'établissement	2 573,00	30/11/2022	Conforme - AVOIR AAIR2211032	O
	EMONNET Madeleine	F	06/12/2022	N.R	Décédé dans l'établissement	2 606,00	06/12/2022	Conforme - AVOIR AAIR2212032	O
	FRANCOIS René	M	25/09/2022	N.R	Décédé dans l'établissement	2 970,00	30/09/2022	Conforme - AVOIR AAIR2209005	O
	GICQUEL Robert	M	31/03/2022	N.R	Décédé hors établissement	975,00	01/04/2022	Conforme - AVOIR AAIR2204006	O

Annexe II

Etablissement	Résident	Sexe	Date sortie	Âge sortie	Motif	Restitution DG		Vérification Mission	Respect du délai des 30 jours de restitution (O/N)
						Montant (€)	Date		
ELTER - Souilly	LUCZAK Claudine	F	03/03/2022	87 ans, 03 Mois, 08 jours	Décédé hors établissement	2 265,00	07/03/2022	Conforme - AVOIR AESO2203045	O
	MICHEL Jean-Claude	M	23/04/2022	79 ans, 07 Mois, 27 jours	Décédé hors établissement	2 265,00	29/04/2022	Conforme - AVOIR AESO2204044	O
	NICOLAS Antoinette	F	27/08/2022	92 ans, 11 Mois, 19 jours	Décédé dans l'établissement	2 265,00	30/08/2022	Conforme - AVOIR AESO2208041	O
MEISSEL	BENSAKKOUN Samuel	M	11/08/2022	95 ans, 04 Mois, 04 jours	Décédé dans l'établissement	2 700,00	11/08/2022	Conforme - AVOIR AMEI22088362	O
	MATHEOUD Reine	F	26/08/2022	94 ans, 08 Mois, 25 jours	Décédé dans l'établissement	1 238,90	01/10/2022	Conforme - AVOIR AMEI2210003	N
	VALENTIE Maryse	F	10/08/2022	80 ans, 04 Mois, 00 jours	Décédé hors établissement	1 161,50	10/08/2022	Conforme - AVOIR AMEI22088365	O
Saint-Georges	MARTORY Ginette	F	16/02/2022	89 ans, 04 Mois, 25 jours	Décédé dans l'établissement	2 153,91	20/05/2022	Conforme - AVOIR ARSG2205139	N
	MASSON Daniel	M	04/10/2022	74 ans, 08 Mois, 28 jours	Décédé dans l'établissement	2 278,69	20/12/2022	Conforme - AVOIR ARSG221214	N
	MICHAUT Micheline	F	11/05/2022	94 ans, 11 Mois, 12 jours	Décédé dans l'établissement	1 967,40	09/06/2022	Conforme - AVOIR ARSG2206134	O

Source : Direction de l'administration des ventes du groupe Médicharme ; Mission.

4. Dans un contexte de taux d'occupation en baisse, les pratiques de recrutement de nouveaux résidents emportent des risques financiers pour le groupe Médicharme

Encadré 3 : Taux d'occupation et montant des dotations publiques

L'article R. 314-174 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit une possibilité de modulation de la dotation lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et des collectivités territoriales.

Ainsi, le président du conseil départemental module le montant du forfait global.

La modulation est opérée sur la tarification de l'exercice en cours et prend en compte le dernier taux d'occupation connu.

L'arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins 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 a fixé ce seuil à 95 % pour 2024.

Le même article du CASF prévoit que l'autorité de tarification peut tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation. La modulation n'a ainsi pas été appliquée en 2020 et 2021 pour tenir compte des impacts de la crise sanitaire.

Source : Code de l'action sociale et des familles.

4.1. Afin de renforcer son taux d'occupation, la société Médicharme a recours au service de deux sociétés de placement

Depuis 2019, la société Médicharme recourt aux services de deux sociétés de placement pour améliorer le taux d'occupation de ses établissements.

Les sociétés de placement de résidents, comme Cap retraite et Retraite plus, les deux entreprises leader du marché en France, ont pour mission de mettre en relation des personnes et des familles en recherche d'une place en résidence avec les EHPAD. Ces sociétés effectuent pour le compte des établissements ou groupe d'établissement, un travail d'information et de représentation auprès des potentiels futurs résidents en détaillant leurs caractéristiques (situation, type de structure, prestations médicales, etc.) afin de faire connaître et de valoriser les établissements partenaires.

A la date du contrôle par la mission, le groupe Médicharme dispose de deux contrats-cadres :

- ♦ l'un avec la société Retraite Plus depuis le 19 novembre 2018, et renouvelé le 7 décembre 2022 ;
- ♦ et l'autre, plus récemment, avec la société Cap retraite, depuis le 26 octobre 2021.

Ces deux contrats prévoient, qu'en échange de leur intervention et pour chaque entrée d'un nouveau résident, ces deux sociétés perçoivent une rémunération de la part de chaque établissement du groupe Médicharme qui dépend de :

- ♦ la durée du séjour retenue par le nouveau résident ;
- ♦ le tarif qui lui est appliqué (aide sociale à l'hébergement ou non) ;
- ♦ et enfin, le choix par l'établissement de recourir à une « formule boost » lui offrant un meilleur référencement (cf. tableau 11 et tableau 12).

Le tarif moyen d'admission pour un contrat d'hébergement permanent (long séjour) s'élève à 1 420 €.

Tableau 11 : Honoraires de placement du groupe Cap retraite

Tarifs d'admission dossier normal (HT)	Tarifs d'admission dossier ASH (HT)	Tarifs d'admission formule Boost (HT)
1 460 € pour un long séjour : supérieur à 90 jours	500 € pour un long séjour : supérieur à 90 jours	90 jours 1 960 € pour un long séjour : supérieur à 90 jours
730 € pour un moyen séjour : de 31 à 89 jour	250 € pour un moyen séjour : de 31 à 89 jours	980 € pour un moyen : de 31 à 89 jours
365 € pour un court séjour : de 8 à 30 jours	125 € pour un court séjour : de 8 à 30 jours	490 € pour un court séjour : de 8 à 30 jours
150 € pour un séjour : de 1 à 7 jours	-	150 € pour un séjour : de 1 à 7 jours

Source : Contrat-cadre entre le groupe Médicharme et Cap retraite en date du 26 octobre 2021.

Tableau 12 : Honoraires de placement pour le groupe Retraite plus

Tarifs d'admission dossier normal (HT)
1 380 € pour un long séjour : supérieur à 90 jours
690 € pour un moyen séjour : de 31 à 89 jours
345 € pour un court séjour : de 8 à 30 jours
150 € pour un séjour : de 1 à 7 jours

Source : Contrat-cadre entre le groupe Médicharme et Retraite plus en date du 7 décembre 2022.

Depuis 2020, l'ensemble des montants des prestations fournies aux établissements du groupe Médicharme s'élève à 931 110,04 €.

A partir du compte 62269000 « HONO PLACT RESIDENT » de la balance des comptes annuelle de chaque établissement depuis 2020, la mission a pu établir que le total général des dépenses pour tous les établissements a connu une augmentation significative, passant de 209 058,34 € en 2020 à 477 352,26 € en 2022, soit une augmentation de 95 %, pour un total cumulé de 931 110,04 € (cf. tableau 13).

Les établissements présentant la plus forte augmentation de leurs dépenses d'honoraires de placement entre 2021 et 2022 sont la résidence Au bon accueil (743 %), la résidence des Airelles (417 %) et la résidence de la Fruitière (260 %), toutes trois disposant d'une autorisation de moins de 50 lits. Si l'établissement de la Fruitière présente un taux d'occupation nul en raison du déménagement de ses résidents au cours du mois de septembre 2023 pour travaux, la résidence des Airelles dispose, à la même date, d'un taux d'occupation de 100 % et la résidence Au bon accueil, d'un taux de 95,8 %, soient tous deux supérieurs à la moyenne de l'ensemble du groupe qui s'élève à 85,6 %.

Le tarif moyen d'admission pour un contrat d'hébergement permanent (long séjour) étant évalué à 1 420 €, la mission estime qu'au regard de la durée moyenne de séjour par établissement sur la période 2020-2022¹, le prix moyen d'acquisition des résidents pour le groupe Médicharme s'élève à 49,42 € par mois (cf. tableau 14).

¹ Données issues de la Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme, à la demande de la mission.

Annexe II

Tableau 13 : Honoraires de placements de résident par établissement du groupe Médicharme (2020-2022)

Etablissement	2020 (€)	2021 (€)	2022 (€)	Total général	Evolution 2021/2022
AERIA ET MEISSEL (SEMMR)			42 945,66	42 945,66	<i>Non applicable (N.A.)</i>
AU BON ACCUEIL		3 795,00	32 006,00	35 801,00	743 %
LA CERISAIE (LES FEUILLANTINES)			4 720,00	4 720,00	N.A.
LES AMIS DES AINES		12 535,00	3 765,00	16 300,00	-70 %
SARL ELVODY		4 485,00	12 075,00	16 560,00	169 %
SARL LA JUVENIE		8 970,00	8 170,00	17 140,00	-9 %
SARL LES CHARMILLES		6 555,00	17 800,00	24 355,00	172 %
SARL LES CHENES VERTS		14 422,50	3 875,00	18 297,50	-73 %
SARL LES GENEVRIERS		15 180,00	23 350,00	38 530,00	54 %
SARL LES JARDINS DE SAINTE BAUME	29 552,00	4 140,00	18 440,00	52 132,00	345 %
SARL MAISON DE RETRAITE DE LA VALLEE DU BANDIAT		2 760,00		2 760,00	-100 %
SAS COUILLY	2 780,00	3 430,00	17 730,00	23 940,00	417 %
SAS CROIX DU SUD		7 245,00	17 395,00	24 640,00	140 %
SAS ELTER	23 660,00	5 075,00	14 945,00	43 680,00	194 %
SAS LA BASTIDE DU LUBERON		4 754,10	15 116,60	19 870,70	218 %
SAS LA FRUITIERE		4 140,00	14 920,00	19 060,00	260 %
SAS LA MADRAGUE		5 520,00	8 638,00	14 158,00	56 %
SAS LA MAISON DE THERESE	1 725,00	2 760,00	5 440,00	9 925,00	97 %
SAS LE CHAMP DE LA DAME	17 414,34	10 005,00	20 370,00	47 789,34	104 %
SAS LES CHATAIGNIERS	10 662,00	4 941,00	7 576,00	23 179,00	53 %
SAS LES JARDINS D'AIFRES	17 940,00	12 195,84	16 684,00	46 819,84	37 %
SAS MAISONS DE SANTE LA ROSERAIE	8 280,00	5 175,00	4 220,00	17 675,00	-18 %
SAS OREADIS			16 574,00	16 574,00	N.A.
SAS PAPIN PROST	2 760,00	5 520,00	17 555,00	25 835,00	218 %
SAS RESIDENCE DU LAC		26 220,00	33 375,00	59 595,00	27 %

Annexe II

Etablissement	2020 (€)	2021 (€)	2022 (€)	Total général	Evolution 2021/2022
SAS RESIDENCE SAINT GEORGES	44 850,00	38 030,00	40 580,00	123 460,00	7 %
SAS SOCIETE DE PRESTATIONS DE SERVICES LES BUISSONNETS	11 730,00		5 600,00	17 330,00	N.A.
SAS SOCIETE D'EXPLOITATION DE LA RESIDENCE DE France	36 225,00	24 150,00	30 045,00	90 420,00	24 %
SAS TAPROM			7 312,00	7 312,00	N.A.
SAS VITEAL OLERON	1 480,00	5 520,00	16 130,00	23 130,00	192 %
SCS MAISON DE RETRAITE DU BEAU SITE		7 176,00		7 176,00	-100 %
Total général	209 058,34	244 699,44	477 352,26	931 110,04	95 %

Source : Balance des comptes annuelles des établissements, compte 62269000 ; traitement mission.

Annexe II

Tableau 14 : Coût d'acquisition mensuel d'un résident par établissement au regard de la durée moyenne de séjour sur la période 2020-2022

Nom du site	Durée de séjour moyenne 2020/2022 (en mois)	Frais honoraires placements par mois (en €)	Lits exploités 2022
Fabas / Croix du sud	48,29	29,40	72
La Bastide du Luberon	43,21	32,87	92
Maison de Thérèse	39,41	36,03	26
LES JARDINS DE SAINTE BAUME	37,99	37,38	85
AERIA ET MEISSEL (SEMMR)	37,90	37,47	142
Châtaignier	37,10	38,27	49
LA VALLEE DU BANDIAT	36,82	38,57	40
Les Feuillantines - L'Escarene	34,11	41,64	54
Genévriers - EHPAD	33,22	42,74	82
Coeuvres / Résidence Saint Georges	31,99	44,39	106
Résidence du Lac	31,40	45,22	150
Les quatre Saisons	31,09	45,67	40
La Madrague (Le Fossat)	30,55	46,49	36
Viteal Oléron	30,08	47,21	57
Clecy	29,97	47,38	39
Oréadis	28,15	50,44	24
La Roseraie	27,47	51,70	37
LA FRUITIERE	26,87	52,84	40
Champ de la Dame / Varennes	26,79	53,01	84
Serf / Résidence de France	26,48	53,64	84
Les aïrelles	22,63	62,76	28
Les Amis des Aînés	22,62	62,78	19
Les charmilles	22,32	63,63	48
ELTER	21,85	65,00	109
Randan / Villa Claudine / Papin prost	20,78	68,33	36
La Juvénie / Payzac	19,94	71,20	47
Jardins d'Aiffres	19,05	74,55	39
L'Elvody	16,00	88,73	46
Les Chênes Vert / Agonac	14,31	99,20	69
Au Bon Accueil	13,60	104,41	24
TOTAL	28,73	49,42	1 804

Source : Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme ; Mission.

4.2. La politique d'augmentation du taux d'occupation des établissements du groupe Médicharme s'est accompagnée d'une hausse des créances non recouvrées en raison d'une dégradation de la solvabilité des nouveaux résidents

La politique de tarification du groupe Médicharme est confrontée à une hausse des créances non recouvrées, en raison d'une dégradation de la politique de recouvrement du siège. Cette dégradation est attribuée à une politique d'admission coûte que coûte visant à améliorer le taux d'occupation et entraînant l'admission de résidents dont la solvabilité n'est pas suffisamment robuste.

Pour remédier à cette situation, plusieurs mesures ont été prises, notamment :

- ◆ la mise en place d'un tableau semestriel de suivi des créances, inscrites dès 30 jours de retard après édition des factures, au niveau de la Direction de l'administration des ventes depuis mai 2023, avec pour objectif d'inciter les établissements à effectuer les relances nécessaires. Pour rappel, selon sa fiche de poste, le directeur d'établissement est responsable de la politique de recouvrement des créances pour son établissement (cf. annexe VI) ;
- ◆ le recrutement de deux chargés de recouvrement depuis janvier 2024 pour renforcer les effectifs de la Direction de l'administration des ventes et assurer le recouvrement des créances.

L'analyse du tableau de suivi des créances à la date du 30 septembre 2023, transmis à la mission par la Direction de l'administration des ventes, fait apparaître les tendances suivantes :

- ◆ la majorité des créances détenues par le groupe (78 %) concerne des résidents présents, soit respectivement 1,40 M€ pour les résidents soumis au tarif hébergement et 1,42 M€ pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement ;
- ◆ quatre établissements présentent des créances supérieures à 300 000 € en 2022 :
 - s'agissant de l'établissement AERIA, les créances s'élèvent à 580 321,00 € dont 80 % concernent des résidents présents bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement ;
 - s'agissant de la résidence des Genévriers, 75 % des créances de l'établissement (497 518,46 €) concernent des résidents présents ;
 - s'agissant de l'établissement de la Croix du Sud, la majorité des créances (54 %) porte sur les résidents bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement ;
 - enfin, près de 85 % des créances de la résidence Saint-Georges (317 579,69 €) concernent des résidents présents.

A l'exception de la résidence de la Croix du Sud, les établissements AERIA, Saint-Georges et des Genévriers présentent des taux d'occupation supérieurs à la moyenne du groupe à la date du 30 septembre 2023, soit respectivement 100 %, 90,9 % et 97,6 %, contre 85,6 % pour l'ensemble des établissements Médicharme.

Annexe II

Tableau 15 : Créances détenues par le groupe Médicharme auprès des résidents sortis ou présents au 30 septembre 2023 par établissement

Etablissement	Présents Payants (en €)	Présent Aide sociale (en €)	Sortis Payants (en €)	Sortis Aide sociale (en €)	Créances + 2ans	Total (en €)	Nombre de résidents (sortis ou présents)
AIRELLES	13 826,90		15 569,83	21 690,85	-	51 087,58	16
CHAMP DE LA DAME	11 358,14		2 854,85		-	14 212,99	9
MAISON THERESE	16 959,36	23 107,31		15,60	-	40 051,07	14
PIERREFITTE	16 356,05	45 504,40	269,55		-	28 878,80	14
RESIDENCE DE FRANCE	30 520,10	6 410,43	47 377,62		-	84 308,15	36
SOUILLY	6 179,50	8 170,99	486,00	20 734,88	-	22 240,37	18
ST GEORGES	142 376,33	125 796,90	49 406,46		-	317 579,69	55
TRIAUCOURT	10 704,10	52 217,37	5 539,02	16 785,35	-	51 675,14	29
VILLA CLAUDINE	1 526,50		7 361,54		-	8 888,04	7
BEAU SITE	12 497,06	38 710,17	13 415,11	1 390,92	-	66 013,26	13
AIFFRES	32 798,16	862,54	7 838,44		-	41 499,14	11
CHARMILLES			7 055,03		-	7 055,03	8
CHENES VERTS	18 459,46	10 245,14	3 568,99		-	32 273,59	15
ELVODY	30 444,94	70 201,03	31 743,48		-	132 389,45	28
JUVENIE	30 952,50	15 359,53	21 347,29		-	67 659,32	22
QUATRE SAISONS	13 455,02		3 437,75	6 425,61	-	10 467,16	9
VALLEE DU BANDIAT	1 720,96				-	1 720,96	2
VITEAL OLERON	61 635,23		25 841,59		-	87 476,82	31
OLERON RSS	2 525,00				-	2 525,00	2
RESIDENCE BEURRE	12 851,08	13 741,80	26 936,72	3 676,64	-	57 206,24	17
BEURRE RSS	1 330,00		7 235,00		-	8 565,00	3
BEURRE EHPA	4 401,20		60,00		-	4 461,20	4
RESIDENCE LAC	36 561,60	15 242,80	27 486,06	205,27	-	79 495,73	28
RESIDENCE ZOPPOLA	11 972,49	6 634,54	29 486,40	2 534,17	-	45 559,26	11

Annexe II

Etablissement	Présents Payants (en €)	Présent Aide sociale (en €)	Sortis Payants (en €)	Sortis Aide sociale (en €)	Créances + 2ans	Total (en €)	Nombre de résidents (sortis ou présents)
BUISSONNET	40 867,80		29 342,43		-	70 210,23	43
CHATAIGNIERS	30 757,30	19 640,63	9 758,14	6 022,88	-	54 133,19	35
CHATAIGNIERS FAM		67 418,57		1 244,04	-	66 174,53	15
CROIX DU SUD	75 604,76	180 046,80	79 859,50	4 347,55	-	331 163,51	78
GENEVRIERS	121 993,66	247 780,04	100 980,25	26 764,51	-	497 518,46	80
MADRAGUE	44 829,30	38 619,46	38 478,87	27 897,80	-	149 825,43	29
FRUTIERE			79 512,46		-	79 512,46	19
SAINTE BAUME	104 942,86	56 093,53	64 841,22	21 974,78	-	203 902,83	62
BON ACCUEIL	2 625,89		7 589,14		-	10 215,03	12
AMIS DES AINES	26 416,44		1 284,42		-	27 700,86	14
MEISSEL	162 253,16		26 469,79		-	188 722,95	36
FEUILLANTINES	28 708,39	12 737,97	11 188,65	204,50	-	52 430,51	23
BASTIDE DU LUBERON	85 988,60	11 004,11	36 613,77		-	133 606,48	20
AERIA	147 638,56	463 738,80	5 953,07	37 009,43	-	580 321,00	110
OREADIS	14 483,09		21 169,02		-	35 652,11	14
TOTAL	1 408 521,49	1 421 934,08	847 357,46	35 672,80	-	3 642 140,23	992

Source : Direction de l'administration des ventes du groupe Médicharme.

Réponses au contradictoire – Annexe II

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Annexe II page 2, 1.2 <u>Manque d'indications sur l'ensemble des prestations prévues dans le socle de prestations par le décret du 30 décembre 2018.</u> La mise en place en 2022 du nouveau contrat de séjour, puis en janvier 2023 le déploiement pour tous les établissements d'un contrat de séjour répondant à l'évolution de la réglementation a permis de généraliser son utilisation et d'harmoniser les règles. - Annexe II page 15, 3 Le contrat de séjour unifié, le CRM et le logiciel groupe TITAN permettent le suivi du résident. - Annexe II page 16, 3.1. <u>Chapitre préliminaire : la formation et l'accompagnement sur site.</u> La DAV joue un rôle important dans le contrôle, le pilotage mais aussi la formation des équipes administratives présentes dans les établissements afin que notamment les nouveaux salariés connaissent les normes de la DGCCRF. - Annexe II page 38, 4 <u>Dans un contexte de taux d'occupation en baisse, les pratiques de recrutement de nouveaux résidents emportent des risques financiers pour le groupe MEDICHARME.</u> L'utilisation d'ODP (organisme de placement) est une pratique courante et usuelle de la profession ; de nombreux groupes d'EHPAD mais aussi des exploitations indépendantes y ont recours. Compte tenu que les ODP ont mis en œuvre un effort très significatif sur le référencement google, l'absence de partenariat avec les organismes de placement porterait clairement atteinte à l'activité commerciale du groupe. Pour autant, le Groupe est conscient que son ancrage local est absolument clé. C'est pourquoi, les Directeurs d'établissement ont été formés par un organisme externe spécialisé T-Orem à la démarche	- Annexe II page 2, 1.2 Il s'agit des principaux points soulevés lors des contrôles de la DGCCRF – la mise en place d'un nouveau contrat de séjour est bien mentionné dans la partie dédiée de l'annexe. - Annexe II page 15, 3 Vu. - Annexe II page 16, 3.1. Vu, annexe modifiée en ce sens. - Annexe II page 38, 4 Vu.

Réponses au contradictoire – Annexe II

commerciale et notamment au développement d'un réseau de prescripteurs locaux. Pour dynamiser cette démarche et la suivre, dans le but de minimiser le recours aux ODP, les directeurs s'appuient sur le CRM qui a été déployé. En complément, les directeurs s'appuient sur l'outil développé par les ARS Via Trajectoire lorsqu'il a été déployé dans les départements / régions. - Annexe II page 43, 4.2, 1^{er} § Dans le cadre des audits réalisés lors de l'acquisition des titres des sociétés d'exploitation des EHPAD, la politique du recouvrement des créances est mise en place mais elle s'expose à des difficultés majeures qui sont des dossiers incomplets, voir des pièces essentielles manquantes et la prescription des factures impayées. Il est à noter que le département prend parfois du temps pour régler les sommes à sa charge au titre de l'aide sociale. <u>Le recrutement de deux chargés de recouvrement à compter de janvier 2024 pour renforcer les effectifs de la DAV et assurer le recouvrement des créances.</u> Le process est en cours grâce à l'arrivée des nouveaux collaborateurs en CDD.	- Annexe II page 43, 4.2, 1^{er} § La mission maintient son analyse quant à la dégradation de la politique de recouvrement du siège mais prend bonne note de l'arrivée de deux collaborateurs dédiés (précision apportée dans l'annexe page 43).

ANNEXE III

Les ressources humaines

SOMMAIRE

1. LA STRUCTURATION DE LA FONCTION RH AU NIVEAU DU GROUPE EST RECENTE ET REDUITE DANS SES AMBITIONS	1
1.1. La DRH a été créée récemment, avec un objectif premier de réassurance juridique ...	1
1.1.1. <i>Le niveau régional constitue un échelon d'appui et de contrôle</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Les directeurs d'établissements ont une compétence limitée au management de proximité</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>Les outils de pilotage sont incomplets et ne permettent pas au siège d'impulser une stratégie de groupe en matière de ressources humaines</i>	<i>4</i>
1.2. L'organisation des relations sociales est essentiellement déconcentrée et faiblement structurée.....	5
2. L'ENCADREMENT DANS LES ETABLISSEMENTS A CONSTITUE UN POINT DE FAIBLESSE MAJEURE DU GROUPE MAIS LA SITUATION S'EST AMELIOREE	5
2.1. Les directions d'établissements se stabilisent mais des difficultés subsistent localement.....	6
2.1.1. <i>Les directeurs d'établissement du groupe ont des profils cohérents avec les attendus du poste.....</i>	<i>6</i>
2.1.2. <i>Le turn over des directeurs a été particulièrement élevé mais la situation tend à s'améliorer.....</i>	<i>9</i>
2.2. Le déficit en médecin coordonnateur persiste mais des solutions palliatives ont été mises en place	15
2.2.1. <i>La couverture des établissements est partielle et pour une quotité insuffisante</i>	<i>15</i>
2.2.2. <i>La qualification des médecins est le plus souvent non conforme à la réglementation</i>	<i>16</i>
2.2.3. <i>La recherche systématique d'une solution palliative au déficit de médecins coordonnateurs.....</i>	<i>17</i>
2.3. La présence d'une infirmière de coordination est presque généralisée	17
2.3.1. <i>La fonction de coordination est organisée dans la quasi-totalité des établissements.....</i>	<i>17</i>
2.3.2. <i>Des situations parfois dégradées persistent dans certains établissements</i>	<i>18</i>
2.4. Les défaillances dans le trio de gouvernance ont pu se cumuler et être à la source de dysfonctionnements parfois graves dans les établissements.....	19
3. LES EFFECTIFS SONT STABLES MAIS IL EXISTE DES DEFICITS PERSISTANTS DE PROFESSIONNELS QUALIFIES	20
3.1. Les effectifs dans les établissements sont stables, hors effet de périmètre.....	20
3.2. Le taux de contrat à durée déterminée est élevé	22
3.3. L'absentéisme est dans la norme du secteur et en baisse dans la période récente. ...	23
3.4. Le <i>turn over</i> semble particulièrement élevé	25
3.5. Le déficit de qualification des personnels est un problème central et persistant pour le groupe	26

3.5.1.	<i>Le groupe ne parvient pas à recruter du personnel qualifié en nombre suffisant dans ses EHPAD.....</i>	<i>26</i>
3.5.2.	<i>Les ratios du nombre de soignants par place témoignent d'un encadrement déficitaire en personnel soignant.....</i>	<i>29</i>
3.5.3.	<i>Des ASH « faisant fonction » d'aide-soignant exercent dans de nombreux établissements mais cette situation, relevée dans de nombreux rapports d'inspection, n'est pas propre au groupe.....</i>	<i>31</i>
3.5.4.	<i>La politique d'encouragement à la qualification est déconcentrée, non homogène et globalement insuffisante.....</i>	<i>33</i>
3.6.	<i>L'évolution des effectifs du siège a été beaucoup plus importante que celle des établissements.....</i>	<i>35</i>

4. LA POLITIQUE DE FORMATION EST ENCORE EN COURS DE CONSTRUCTION MALGRE DES OBLIGATIONS FORTES..... 35

4.1.	<i>Le défaut majeur de formation est documenté dans les rapports d'inspection des ARS.....</i>	<i>36</i>
4.2.	<i>La formalisation de la politique de formation voulue par le siège peine à prendre de l'ampleur faute d'appui concret sur le terrain.....</i>	<i>37</i>
4.2.1.	<i>Le siège a développé un ensemble de procédures à destination des directeurs d'établissements.....</i>	<i>37</i>
4.2.2.	<i>L'harmonisation des pratiques demeure faible, notamment du fait d'un manque d'accompagnement des RRH et d'implication d'autres directions du siège.....</i>	<i>38</i>
4.3.	<i>L'évaluation de la portée de ces dispositifs de formation est difficile.....</i>	<i>38</i>

1. La structuration de la fonction RH au niveau du groupe est récente et réduite dans ses ambitions

1.1. La DRH a été créée récemment, avec un objectif premier de réassurance juridique

Le pilotage des ressources humaines s'organise à trois niveaux : le siège, le niveau territorial ou régional et les établissements.

Le siège a distingué trois régions dirigées par des directeurs régionaux (DR). L'une couvre les régions PACA et Occitanie, auparavant distinctes mais regroupées depuis le départ et le non-remplacement d'un directeur. La deuxième comprend Hauts de France, Grand-Est, Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne Franche Comté (7 établissements mais très dispersés) et la troisième, Nouvelle Aquitaine et Normandie (11 établissements).

La direction des ressources humaines dispose d'un effectif de sept personnes. Elle comprend une directrice arrivée en juin 2021 et six responsables, toutes comptabilisées dans les effectifs du siège et rattachées hiérarchiquement à la DRH :

- ♦ trois sont positionnées au siège : une responsable gestion de la paye et comptabilité, une responsable RH siège et une responsable recrutement ;
- ♦ trois responsables ressources humaines (RRH), arrivées respectivement pour deux d'entre elles en octobre 2021 et pour une autre en septembre 2022, sont positionnées au niveau territorial et accompagnent les établissements en direct.

Au niveau territorial, le travail des RRH s'articule avec celui des trois directeurs régionaux, hiérarchiquement rattachés à la directrice du groupe et eux-mêmes responsables fonctionnels des directeurs et directrices d'établissements. Le périmètre géographique d'intervention des RRH est sensiblement le même que celui des DR mais la Normandie est suivie avec la zone Hauts de France, Grand-Est, Ile de France, Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche Comté. Le DR qui couvre Nouvelle Aquitaine et Normandie est donc en contact avec deux RRH.

Le siège a structuré les missions des DR, RRH et directeurs d'établissement mais il ne pilote pas réellement la fonction RH et n'intervient qu'en cas de difficulté. Il ne dispose d'ailleurs pas de données consolidées. L'activité principale de la RH du siège est le suivi des contentieux pour l'ensemble du groupe, actuellement au nombre de 24.

1.1.1. Le niveau régional constitue un échelon d'appui et de contrôle

Les **directeurs régionaux** constituent une interface entre le siège et les établissements (cf. Annexe Comptabilité et utilisation des fonds publics). Rattachés directement à la présidente du groupe, qui les recrutent, ils pilotent la politique de ressources humaines sur l'ensemble du territoire dont ils ont la responsabilité et disposent d'un pouvoir hiérarchique sur les directeurs d'établissement. Le profil recherché sur ces postes est celui d'une personne diplômée bac + 5 en gestion ou école de commerce, disposant si possible d'un diplôme de type certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) et de 5 ans d'expérience. C'est le cas de deux des directeurs recrutés récemment, la troisième personne est de formation infirmière.

Leurs prérogatives en matière de RH sont de trois ordres : accompagner et soutenir les directeurs d'établissement d'une part, s'assurer de la qualité du climat et du dialogue social au sein des établissements et veiller au suivi des orientations du siège, d'autre part.

Annexe III

Du fait de leurs responsabilités administratives et de suivi de la performance, ils veillent également à l'adéquation entre le taux d'occupation et les moyens RH associés ainsi qu'à la bonne application du droit du travail.

Ils accompagnent les directeurs d'établissement selon leurs besoins mais ce sont eux qui valident les recrutements en CDI ou le recours à l'intérim, le plan de formation etc. Beaucoup des échanges avec les directions d'établissement se passent par mail ou téléphone mais les directeurs régionaux sont amenés à se déplacer fréquemment sur des territoires très vastes.

La fiche de poste des directeurs régionaux a évolué en juin 2022. Auparavant, ils étaient rattachés à un directeur réseau au siège et sont désormais sous l'autorité directe de la directrice générale. Ils avaient la responsabilité de missions désormais dévolues aux RHH comme le suivi administratif et réglementaire des établissements.

Les trois directeurs régionaux actuels sont en poste depuis décembre 2021, juin 2022 et janvier 2023.

Les directeurs régionaux disposent d'une part variable de rémunération qui peut représenter jusqu'à 20% de leur rémunération annuelle. Elle repose actuellement sur quatre objectifs fixés dans un courrier individualisé adressé à chaque directeur régional au printemps de l'année en cours. Aucun de ces objectifs ne vise les ressources humaines :

- ◆ atteinte d'un taux d'occupation moyen annuel – 30% (minoré de 50% si 2 points en dessous du seuil fixé, nul en dessous) ;
- ◆ évolution du tarif moyen d'hébergement -10% ;
- ◆ EBITDAR – 40% ;
- ◆ objectif qualitatif personnalisé – 20%.

Les responsables ressources humaines exercent principalement une mission de conseil et d'appui juridique auprès des directeurs d'établissement qui demeurent décisionnaires. Ces professionnelles ont indiqué à la mission avoir constaté, à leur arrivée, de retards majeurs pris en matière de sécurisation des pratiques administratives. Les situations d'un établissement à l'autre étaient très hétérogènes, sans standardisation des pratiques ou même des outils. La plupart des gestionnaires en place ignoraient leurs obligations et les risques pris du fait des manquements. La mise en conformité des pratiques avec le droit a sous-tendu leur action depuis l'arrivée de la présidente en juin 2022.

Elles réalisent notamment des audits sociaux au sein des établissements pour s'assurer du respect et de la mise en œuvre des dispositions légales et réglementaires. Les audits donnent lieu à un plan d'action et à un suivi de ce plan (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Trame de l'audit social

Champs de l'audit	Eléments/documents considérés
Affichages obligatoires	Consignes de sécurité, obligations d'information en matière de harcèlement et de discriminations, règlement intérieur, CSE, accords collectifs, congés et repos
Registre du personnel	Sécurisation des données
Planning	Respect du temps de travail et des pauses, des repos hebdomadaires et quotidiens, congés
Santé	Arrêts de travail, mutuelle, prévoyance
Dossier du personnel	Contrat de travail et avenants, DPAE, extrait de casier judiciaire, diplôme, inscription aux ordres, n°ADELI, etc.
Contrat	Tous les éléments du contrat (type de contrat, lieu de travail, horaires, rémunération, congés etc.)
IRP	Élections du personnel, tenue des CSE, etc.
Médecine du travail	Suivi des visites médicales et de reprise

Annexe III

Champs de l'audit	Eléments/documents considérés
Conditions de travail	Prévention des risques professionnels, tenues de travail, QVT, entretiens annuels professionnels, formation

Source : Document Médicharme

Les RRH ont pour objectif la réalisation de trois audits sociaux par an et par établissement mais, au regard des problèmes de conformité identifiés, l'accompagnement des plans d'action a pris le pas.

Des échanges hebdomadaires existent entre les RRH et la DRH qui permettent d'identifier les problèmes, de faire du partage d'expérience ou de bonnes pratiques mais qui ne donnent pas lieu à des comptes rendus. Cependant, ils ont permis de faire évoluer la grille d'audit entre 2022 et 2023 en fonction des difficultés identifiées.

Les missions complémentaires des RRH portent sur l'aide au recrutement de professionnels et la constitution de viviers. Elles ont la main sur la publication des postes sur des plateformes spécialisées, le recrutement d'apprentis et de stagiaires. Elles garantissent la sécurisation du dossier d'embauche et analysent les contrats de travail.

1.1.2. Les directeurs d'établissements ont une compétence limitée au management de proximité

Les directeurs d'établissement sont les managers de proximité. À ce titre, ils s'occupent de la gestion administrative du personnel : gestion des plannings, congés et absences, conditions de travail (travail de nuit, heures supplémentaires, temps de pause etc.), saisie des éléments relatifs à la paye, réalisation des entretiens d'évaluation.

Ils sont également responsables de l'animation et du développement des ressources humaines : recrutement, élaboration du plan de formation, VAE, dialogue social etc.

Ils sont donc assistés dans ces tâches par les fonctions support du siège et le niveau régional. Ont été mises à leur disposition des fiches de procédure dans de nombreux domaines de façon à cadrer et homogénéiser les pratiques mais leur appropriation est encore en cours.

Dans la pratique, leurs relations avec les RRH sont très régulières et la fonction d'appui et de conseil juridique de ces dernières apparaît comme un atout pour garantir la conformité de la gestion administrative. Les directeurs d'établissements souhaiteraient également que les RRH puissent contribuer davantage à structurer l'offre de formation sur le territoire, notamment en mutualisant la réponse aux besoins des établissements. Cependant la mise en conformité s'est avérée particulièrement importante et chronophage et n'a pas permis aux RRH de dégager du temps pour développer cette offre.

D'après les entretiens conduits par la mission auprès des chefs d'établissement, les profils de directeurs recrutés ont été axés sur la capacité à garantir la qualité de prise en charge et moins sur la connaissance administrative et budgétaire du secteur. La mission a noté lors de ses déplacements une certaine distance par rapport à ces enjeux administratifs et budgétaires. L'implication récente des directeurs dans l'élaboration des budgets a mis cette difficulté en lumière puisque leur contribution a été largement guidée par une procédure « pas à pas » élaborée au siège.

Un autre marqueur de la priorisation des missions concerne la part variable de leur rémunération qui ne comporte pas d'objectif en matière de ressources humaines et un objectif d'EBITDAR en matière budgétaire sur lequel ils ont en réalité peu de prise (cf. annexe Comptabilité et utilisation des fonds publics).

1.1.3. Les outils de pilotage sont incomplets et ne permettent pas au siège d'impulser une stratégie de groupe en matière de ressources humaines

Du fait de la faible structuration du groupe, le pilotage stratégique des ressources humaines est fragilisé. L'absence d'un outil commun ne facilite pas la remontée d'informations. Les données dont dispose le siège sont trimestrielles et proviennent des logiciels de paye. Elles concernent le nombre d'ETP, le turnover, le nombre de CDD, l'absentéisme global et l'absentéisme maladie. Les extractions sont chronophages et le seul indicateur mensuel est le nombre d'ETP. Les établissements peuvent tenir des tableaux de bord mais leur nomenclature n'est pas standardisée ce qui rend leur consolidation complexe.

Ce défaut de pilotage est le reflet d'une absence de politique RH globale et de la coexistence de configurations d'établissements et de spécificités qui persistent. L'harmonisation des pratiques qui a commencé de se développer, notamment au travers de l'accompagnement des établissements par les RRH, n'est pas achevée. Des différences substantielles demeurent, que ce soit en matière de rémunération, de primes, de formation etc. Ainsi, selon les besoins et les difficultés de recrutement, les rémunérations des personnels soignants varient d'un établissement à l'autre. Les pratiques administratives étaient si loin des attendus (contrats de travail non signés, absence de vérification des diplômes et des casiers, absence de visites médecine du travail...) que leur mise en conformité a été le point d'attention des RRH qui n'ont pu de ce fait dédier leur activité à d'autres objectifs.

Le siège n'est donc pas en capacité d'effectuer des requêtes systématisées sur un certain nombre d'indicateurs afin de détecter rapidement les problèmes ou d'effectuer des comparaisons facilement. À cet égard un SIRH doit être développé en 2024

Cette absence de vision stratégique au niveau du groupe laisse d'importantes marges de manœuvre aux directeurs d'établissement et leur permet de s'adapter à leurs réalités locales, mais ne permet pas d'optimiser les ressources, de partager les bonnes pratiques et de garantir un pilotage efficace.

Le pilotage opérationnel est organisé autour de réunions régulières mais qui ne donnent pas lieu à des comptes-rendus formalisés. Une réunion est ainsi organisée une fois par mois en présence des 3 DR, des 3 RRH, du service RH du siège et de la DRH afin de partager les sujets communs RH.

Au niveau régional, les échanges sont structurés comme suit

- ◆ avec la direction du groupe :
 - une visio par semaine ;
 - des échanges quotidiens par téléphone en cas de besoin ;
- ◆ avec les DR :
 - une réunion de 2 jours au siège une fois par mois ;
 - un point hebdomadaire par téléphone ;
- ◆ le DR avec la RRH :
 - un point hebdomadaire sur l'actualité RH : programmation des entretiens annuels d'évaluation, programmation des congés payés, travailler sur le plan de formation, le recrutement ;
 - des échanges en fonction de l'actualité de l'établissement (programmation des élections professionnelles dans un établissement, procédure disciplinaire...) ;
- ◆ le DR avec les directeurs du périmètre :
 - une visio collective hebdomadaire ;
 - une visio en individuel en fonction de l'actualité de l'établissement : analyse financière, point qualité, actualité de l'établissement ;

Annexe III

- des échanges téléphoniques dès que nécessaire avec chaque directeur.

Avec les RRH, l'accompagnement n'est pas formalisé par l'organisation de réunions régulières, bilatérales ou collectives avec les établissements de la région. L'accompagnement semble se faire davantage au fil de l'eau, en fonction des besoins ou difficultés rencontrés sans traçabilité particulière.

Au sein des établissements, des comités de direction sont organisés de façon hebdomadaire et associent le directeur, ses adjoints s'il y en a, le médecin coordonnateur, l'IDEC, le psychologue quand il y en a un.

L'absence de traçabilité rend toutefois difficile le suivi effectif de l'activité, de son organisation et met en exergue une communication qui fonctionne encore de façon trop informelle.

1.2. L'organisation des relations sociales est essentiellement déconcentrée et faiblement structurée

La faible structuration de Médicharme en tant que groupe détermine aussi l'organisation de ses relations sociales.

Il n'y a pas d'unité économique et sociale reconnue à l'échelle du groupe. Des comités sociaux d'entreprise sont constitués au sein de chacune des sociétés d'exploitation des établissements (à l'exception de l'une d'entre elles, du fait d'un nombre d'ETP inférieur à 11) ainsi qu'au sein de la société Médicharme, employant les personnels du siège.

Toutefois, aucun CSE n'était constitué dans neuf des 31 EHPAD du groupe en activité au 1^{er} novembre 2023 et en situation d'être doté d'un CSE, du fait de la carence de candidats. Le groupe est de ce point de vue, compte tenu de son histoire relativement récente, en partie tributaire des démarches entreprises par les précédents exploitants des EHPAD concernés, les élections au CSE n'étant organisées que tous les 4 ans.

Lorsqu'il y a des candidats et des élus, il s'agit dans la moitié des cas de personnels sans appartenance syndicale. Par ailleurs, compte tenu de la taille modeste des établissements, qui emploient le plus souvent entre 11 et 50 ETP, le nombre des représentants du CSE est en tout état de cause réduit (1 à 2 titulaires).

La direction du groupe a souhaité constituer en 2023 un comité de groupe, en application des articles L 2331-1 et suivants du code du travail. Les compétences du comité de groupe sont réduites par rapport au CSE puisqu'il est seulement tenu informé de la situation financière, de l'activité ou des perspectives économiques, sans obligation de consultation. Ce comité s'est réuni deux fois, en avril et juillet 2023. Le seul procès-verbal disponible à la date de la mission, celui de la séance d'installation, est limité à l'installation du comité et ne retrace pas d'échanges approfondis, ce alors que le groupe sortait pourtant d'une première procédure de conciliation.

Il faut noter en complément qu'il n'existe aucun accord collectif à l'échelle du groupe, ni aucun essai d'harmoniser l'organisation du travail au sein des différents établissements du groupe, qui relève de l'initiative de chaque directeur d'établissement.

2. L'encadrement dans les établissements a constitué un point de faiblesse majeure du groupe mais la situation s'est améliorée

La gouvernance d'un EHPAD s'appuie sur un trio : directeur d'établissement, médecin coordonnateur, infirmière de coordination (IDEC). Les carences dans l'une de ces fonctions, comme la rotation accélérée des titulaires, sont des facteurs majeurs de désorganisation de l'EHPAD, potentiellement préjudiciable aux résidents et aux salariés.

À cet égard, la situation du groupe Médicharme s'est caractérisée depuis l'origine par une forte instabilité du trio de gouvernance dans nombre des établissements, source de nombreux dysfonctionnements. Si la situation s'est améliorée au cours de la période récente, elle n'est pas complètement stabilisée.

2.1. Les directions d'établissements se stabilisent mais des difficultés subsistent localement

2.1.1. Les directeurs d'établissement du groupe ont des profils cohérents avec les attendus du poste

2.1.1.1. Leurs qualifications sont, à une exception près, conformes aux prescriptions réglementaires

Les articles D. 312-176-6 et D. 312-176-7 du code de l'action sociale et des familles imposent aux directeurs d'EHPAD un niveau de certification minimal :

- ♦ de niveau I (master) pour les établissements répondant à au moins deux des trois critères suivants : plus de 50 salariés ; plus de 3,1 M€ de chiffres d'affaires HT ; plus de 1,55 M€ de total de bilan
- ♦ de niveau II (licence/ maîtrise) dans le cas contraire.

On notera que les dispositions du code, qui font encore référence au cadre de classification antérieur au décret n° 2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national de certification¹, pourraient être mises à jour.

Les vérifications opérées par la mission ont permis de constater que les directeurs sont, pour la plupart, titulaires soit du CAFDES² (pour trois d'entre eux), soit d'un master ou d'un diplôme certifié de niveau 7 enregistré au répertoire national des certifications professionnelles. Parmi eux, trois infirmiers, qui ont complété leur formation initiale par un master.

Trois professionnels sont toutefois seulement titulaires d'un diplôme de niveau 6. Deux des trois, titulaires d'une licence pour l'un et du CAFERUIS³ pour l'autre, sont directeurs d'un établissement de petite taille, répondant aux critères rappelés ci-dessus. Le troisième, titulaire d'une maîtrise d'économétrie, est directeur du plus gros établissement du groupe⁴ (110 lits).

Le décret n°2017-221 du 19 février 2007, pris en application de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui a introduit l'obligation de qualification des directeurs, a prévu un délai de 10 ans après la date de publication du décret pour obtenir les qualifications requises lorsque le directeur était en fonction avant l'entrée en vigueur de la loi de 2002, ce qui est le cas du directeur concerné, ancien gérant de l'EHPAD avant son acquisition par Médicharme et en poste depuis 2000. Le non-respect de la réglementation a été relevé par le contrôle sur pièce effectué par l'ARS⁵, sans qu'aucune conséquence en soit tirée à ce jour. L'établissement dispose d'une directrice adjointe, exerçant également de longue date dans l'établissement, mais qui elle-même n'est pas titulaire d'un diplôme de niveau 7.

¹ Le niveau I correspond dans la nouvelle classification au niveau 7, le niveau II au niveau 6

² Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale – niveau 7

³ Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale – niveau 6

⁴ Résidence saint Georges à Coevres et Valsery (Aisne)

⁵ Rapport du 18 avril 2023

Deux des trois directeurs régionaux, qui peuvent être amenés à diriger par intérim un EHPAD, sont également titulaires d'un master. La troisième est titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier, qui n'autoriserait pas de direction d'établissement.

2.1.1.2. Leurs modalités de rémunérations sont homogènes

2.1.1.2.1. Les écarts de rémunérations sont fonction de la taille des établissements

La mission a pris connaissance des contrats de travail des directeurs. Leur rémunération est le plus souvent comprise entre 50 000 € à 55 000 € bruts pour un EHPAD de taille moyenne. Autour de cette référence, la rémunération est plus élevée pour les établissements de plus grande taille (de l'ordre de 60 000 € et jusqu'à 65 000 €) et plus faible pour les petits établissements (45 000 € ou moins et jusqu'à 36 000 €). Fait exception à cette gradation, la rémunération d'un directeur expérimenté récemment embauché pour diriger un EHPAD de taille moyenne, mais après une période de forte instabilité de la direction et qui plus est, accolé à un foyer d'accueil médicalisé : sa rémunération est parmi les plus élevées. Il faut noter que l'un des directeurs, qui a exercé par ailleurs pendant plus de trois ans les fonctions de directeur du réseau au sein du groupe Médicharme, n'est rémunéré que sur la base de 20% d'un temps plein au titre de ses fonctions de directeur d'établissement⁶. Lors de l'échange avec la mission, qui l'a rencontré lors de son déplacement sur site, il a pourtant indiqué être en réalité impliqué en continu dans la gestion de l'établissement.

Les directeurs disposent d'un véhicule de fonction, qu'ils peuvent utiliser à des fins personnelles.

Les directeurs adjoints sont pour leur part rémunérés dans une fourchette de 33 000 € à 39 000 €, à une exception près pour une personne dont les fonctions s'apparentent à celle d'un directeur.

Les directeurs régionaux sont rémunérés davantage (de 65 000 à 75 000 €) ; la rémunération de deux d'entre eux a été revalorisée avec l'extension de leur périmètre géographique.

2.1.1.2.2. Ils bénéficient d'une part variable, sur des objectifs partiellement en rapport avec leur latitude d'action

Un dispositif non contractuel de part variable, qui s'ajoute à la rémunération fixe, a été introduit tardivement en 2022 et reconduit en 2023. Le montant maximal de cette part variable est de 10% de la rémunération fixe.

La part variable est décomposée en 3 objectifs :

- ◆ 40% de son montant est fonction de l'objectif de taux d'occupation de l'établissement ;
- ◆ 40% en fonction d'un objectif d'Ebitdar ;
- ◆ les 20% restant sont fonction « d'objectifs qualitatifs personnalisés », reflétant les projets prioritaires du groupe.

Si pour 2022, les courriers fixant les objectifs sont inégalement précis, les notifications pour 2023 sont davantage standardisées.

⁶ EHPAD « Résidence saint Georges ». Le groupe a mis fin au contrat couvrant les 80% restant en tant que directeur du réseau

Annexe III

La réalisation de l'objectif relatif au taux d'occupation est en partie tributaire de la politique tarifaire, qui relève d'une compétence partagée entre le siège et le directeur. L'objectif d'Ebitdar n'est également que partiellement à la main des directeurs d'établissement, compte tenu des contraintes économiques (inflation) et de ressources humaines pesant sur les établissements.

Pour 2022, les objectifs qualitatifs évoquent la mise en œuvre des projets du groupe (Titan, évaluation de soins, audits RH etc.). Pour 2023, les objectifs retenus sont l'application et l'appropriation des procédures de soins dans les établissements, l'élaboration des projets d'établissement et la négociation des CPOM prévus en 2023.

L'analyse des montants versés en 2022 montre des écarts significatifs d'un directeur à l'autre, confirmant le caractère variable de la rémunération.

2.1.1.3. Leurs conditions de délégation sont réglementairement conformes mais peuvent être source de confusion avec le rôle des directeurs régionaux

L'article D. 312-176-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que, dans les établissements de droit privé, les compétences et missions confiées par le gestionnaire au directeur de l'établissement sont définies par un document unique de délégation (DUD), lequel précise la nature et l'étendue de la délégation, notamment en matière de définition et de mise en œuvre du projet d'établissement, de gestion et d'animation des ressources humaines, de gestion budgétaire, financière et comptable et de coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.

La mission a pu constater que les directeurs des EHPAD détiennent ce document de délégation, signé par la direction générale de Médicharme en tant que président des différentes sociétés d'exploitation du groupe et établi sur le même modèle, correspondant formellement aux prescriptions réglementaires.

Sur le fond, le document est cohérent avec le cadre d'organisation du groupe, qui confère au directeur d'établissement un rôle de gestionnaire de proximité.

Les directeurs régionaux sont également munis d'un DUD, dont le contenu est globalement cohérent avec la mission de supervision de deuxième niveau qui est la leur, mais dont la formulation peut être source de confusion dans l'exercice des responsabilités. Ainsi, si les directeurs d'établissement sont « *responsables de la sécurité* » de leur établissement, les directeurs régionaux reçoivent délégation pour « *garantir la sécurité des résidents en prenant toutes les décisions nécessaires notamment en matière d'accessibilité, de prévention des accidents, de sécurisation des locaux, de prévention des incendies* ».

2.1.2. Le turn over des directeurs a été particulièrement élevé mais la situation tend à s'améliorer

2.1.2.1. L'instabilité des directions d'établissement a été particulièrement forte au sein du groupe Médicharme

Le rachat par le groupe Médicharme d'EHPAD à gestion souvent individuelle ou familiale s'est fréquemment traduit par un changement de direction de l'établissement.

Les situations de continuité, l'ancien gérant ou un membre de sa famille devenant directeur salarié du groupe, sont minoritaires. Elles ne sont d'ailleurs pas sans poser problème : dans l'un des établissements, visité par la mission, l'alignement stratégique entre la direction de l'établissement et le groupe est visiblement déficient (s'agissant par exemple de la politique tarifaire, décidé localement sans l'aval formel du groupe) ; dans un autre, la persistance d'un fonctionnement familial est source de difficultés et de risques – cf. annexe prise en charge des résidents.

Dans de nombreux cas, la transition n'a pas été correctement opérée par le groupe Médicharme, du fait notamment du turnover des directions. C'est le cas par exemple à l'EHPAD « les Eaux vives », visité par la mission, selon le constat fait par les services du conseil départemental de la Meuse, avant que la situation se stabilise avec l'arrivée d'une nouvelle directrice. C'est le cas également pour l'EHPAD « L'Elvody »⁷, selon le constat fait par le rapport d'inspection de l'ARS, avant là encore que la situation se stabilise.

Mais au-delà de la phase de reprise, la gouvernance est restée instable dans un nombre élevé d'établissements, comme l'illustre la chronique des titulaires de postes, concernant 13 EHPAD (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Rotation des postes de direction - 13 EHPAD

Nom de l'établissement	Date d'acquisition	Nombre des titulaires/période de référence
Viteal Oléron (Charente Maritime)	22/12/2014	7 directeurs en 4 ans et demi (mars 2019-novembre 2023) ;
Résidence de France (Pas de Calais)	31/12/2015	5 directeurs en 4 ans (juin 2019-novembre 2023) ;
Les Châtaigniers (Ardèche)	28/12/2017	7 directeurs en 6 ans (décembre 2017 – novembre 2023)
Les jardins d'Aiffres (Deux Sèvres)	09/03/2018	5 directeurs en 5 ans et demi (mars 2018/ novembre 2023)
La Croix du Sud (Ariège)	15/05/2019	6 directeurs en 4 ans et demi (mai 2019 – novembre 2023)
Résidence du lac (3 EHPAD – Lot et Garonne)	16/07/2019	5 directeurs en 3 ans et demi (avril 2020/novembre 2023)
Les Genévriers (Haute Garonne)	30/12/2019	5 Directeurs en 4 ans (janvier 2020/ novembre 2023)

⁷ Rapport d'inspection des 6 et 7 juillet 2021

Annexe III

Nom de l'établissement	Date d'acquisition	Nombre des titulaires/période de référence
La vallée du Bandiat (Charente)	20/11/2020	3 directeurs en 3 ans (décembre 2020-novembre 2023)
La Fruitière (Bouches du Rhône)	29/12/2020	4 directeurs en près de 3 ans (janvier 2021- octobre 2023)
Oréadis (Alpes Maritimes)	28/09/2021	4 directeurs en 2 ans (septembre 2021 – novembre 2023)
Les Feuillantines (Alpes Maritimes)	28/02/2022	3 directeurs en 20 mois (février 2022 – novembre 2023)

Source : Médicharme ; rapports d'inspection des ARS.

Dans 12 de ces 13 établissements, le temps moyen de durée dans le poste est inférieur à un an, parfois beaucoup moins. Dans le 13^{ème}, il est légèrement supérieur à un an.

Ces EHPAD représentent 40% de la capacité du groupe. L'instabilité de la direction des établissements n'est donc pas un phénomène marginal au sein du groupe Médicharme. Elle concerne aussi bien des EHPAD acquis tôt par le groupe que des établissements l'ayant rejoint plus récemment.

L'examen des circonstances de départ montre un nombre relativement conséquent de ruptures conventionnelles, prises d'acte ou licenciements (cf. tableau 3).

Tableau 3 : nombre de ruptures conventionnelles, prises d'acte ou licenciements intervenus en 2021, 2022 et 2023 (avant le 1er novembre)

Motifs de rupture	2021	2022	2023
Rupture conventionnelle	1	1	2
Prise d'acte	1	1	0
Licenciement	5	4	1

Source : Médicharme - DRH

En 2021, les 7 départs survenus selon l'une de ces trois modalités ont représenté plus de la moitié des départs (13) de directeurs en CDI⁸ ; en 2022 ce sont 6 départs sur 13 qui ont pris cette forme. Quatre contentieux concernant ces départs étaient en cours au 1^{er} novembre 2023.

Les conséquences de la rotation accélérée des directeurs sur le fonctionnement des établissements sont problématiques, tant dans le fonctionnement au quotidien des établissements que dans la conduite de projets, comme le relèvent les rapports d'inspection.

⁸ Hors démission pour changement d'établissement

Annexe III

Le rapport d'inspection de l'EHPAD les Châtaigniers en 2021⁹ note ainsi « *une tension latente présente à la fois au sein des salariés et au niveau de la direction (...). La succession de quatre directeurs en quatre années¹⁰ depuis la reprise par Médicharme est aussi un élément d'instabilité mal vécu par les professionnels* ».

Le rapport d'inspection de l'EHPAD « les Feuillantines »¹¹ indique pour sa part que « *le taux de rotation des directeurs de l'EHPAD est important : trois personnes ont assuré la fonction de directeur depuis le 1^{er} janvier 2018, dont deux depuis la reprise par le groupe en mars 2022¹². (...) Cette instabilité de la gouvernance représente un facteur de risque pour l'organisation de la prise en charge au sein de l'EHPAD* ».

La rotation accélérée des titulaires des postes a pour corollaire de fréquentes périodes de vacance et de rupture dans la continuité de direction, voire de carence, en l'absence de sous-directeur et plus largement d'équipes administratives étoffées.

Ainsi, lors de l'inspection de l'EHPAD « la vallée du Bandiat » réalisée le 26 juin 2021 par les services de l'ARS, a-t-il été constaté l'absence de directeur. Il est indiqué aux inspecteurs par le groupe Médicharme que la gestion opérationnelle est confiée à la secrétaire de direction et à la cheffe d'équipe « hébergement et vie sociale », alors qu'aucune des deux ne possède la formation nécessaire à la direction d'un établissement, non plus que des fiches de poste adéquates. Deux référents du groupe Médicharme (adjoints direction réseau) peuvent être contactés par la secrétaire et la cheffe d'équipe.

Ces carences ont été d'autant plus problématiques qu'elles se sont doublées fréquemment de l'absence de médecin coordonnateur ou de l'infirmière de coordination (cf. ci-dessous).

Confronté à ces situations récurrentes, le groupe Médicharme a développé des stratégies palliatives pour compenser les carences.

Elles s'appuient d'abord sur les ressources internes du groupe. Les directeurs d'établissement peuvent être amenés à réaliser des intérim dans des établissements en relative proximité¹³. Une directrice d'appui, ancienne directrice d'un des établissements du groupe, placée auprès de la directrice générale, a effectué également de nombreuses missions de transition en cas de vacance de poste. Les directeurs régionaux sont par ailleurs fréquemment sollicités pour intervenir en intérim.

Ces stratégies trouvent toutefois leur limite, s'agissant en particulier des directeurs régionaux, dans la dispersion géographique des établissements et la disponibilité effective des directeurs.

Ainsi le rapport d'inspection de l'EHPAD « La Fruitière »¹⁴ à Marseille, notant l'absence de directeur de site au moment de l'inspection et la succession de trois directeurs en 15 mois, constate : « *la directrice régionale a indiqué assurer le pilotage de l'EHPAD durant les périodes de transition mais il ressort des échanges avec le personnel que sa présence sur site n'est pas effective et que les professionnels en poste n'ont pas d'information sur ces départs* ».

⁹ Inspection des 27, 28 et 29 septembre 2021

¹⁰ À la date de l'inspection ; depuis, 3 autres directeurs se sont succédé

¹¹ Contrôle sur pièces – 9 novembre 2022

¹² Une nouvelle directrice a pris ses fonctions en avril 2023

¹³ C'est le cas, à la date de la mission, de l'EHPAD La Croix du Sud, dirigé par le directeur de l'EHPAD Les genévriers, ancien directeur de l'EHPAD La croix du sud, du 17 août au 31 octobre 2023

¹⁴ Inspection du 30 mai 2022

De même, l'inspection de l'EHPAD « Au bon accueil »¹⁵, à La Crau (Var), révèle une organisation confuse des responsabilités en période d'intérim : « *La présence effective d'une direction sur place est difficile à appréhender. En effet, à l'arrivée de la mission d'inspection, le premier agent rencontré indique qu'il n'y a pas de directeur ou directrice dans l'établissement. La personne repérée comme responsable est la directrice adjointe de l'EHPAD « Les amis des aînés » à Signes, à hauteur de 0,1 ETP (...). Elle indique assurer l'intérim de l'EHPAD en lien avec la directrice régionale PACA du groupe Médicharme* », laquelle dispose bien d'une délégation la nommant directrice par intérim. La directrice adjointe, qui concrètement assure la fonction de direction sur place, ne dispose en revanche pas de lettre de mission ou de délégation de compétences.

Le groupe a également recours à des directeurs de transition externes, notamment dans des situations de crise à l'origine du départ du directeur. Au 1^{er} novembre 2023, un établissement était doté d'un directeur de transition¹⁶, dont le contrat initial a été prolongé et trois autres¹⁷, sous une même direction, sortaient également d'une période de direction de transition.

2.1.2.2. La situation tend à se stabiliser

2.1.2.2.1. La stabilisation des directions est une priorité d'action affichée du groupe

Le renforcement et la stabilisation des directions d'établissement ont été une priorité affichée de la nouvelle gouvernance de Médicharme installée en 2022. La DRH s'est ainsi renforcée d'une collaboratrice spécifiquement dédiée au recrutement de cadres.

Cette stratégie a eu des résultats. Sans que la mission ait pu précisément vérifier ce point, le groupe a indiqué qu'une quinzaine de postes de direction étaient vacants début 2022 et que les recrutements étaient très difficiles compte tenu de l'image du groupe. À la date du 1^{er} novembre 2023, les établissements du groupe étaient tous dotés d'un directeur.

Si l'on considère, parmi les 32 Ehpad du groupe en activité au 1^{er} novembre 2023, les 29 EHPAD acquis avant novembre 2021 :

- ◆ 21 (soit les 2/3) étaient dirigés par le même directeur depuis au moins un an ;
- ◆ 12 (41%) étaient dirigés par le même directeur depuis plus de deux ans.

Un autre axe d'action du groupe a concerné les EHPAD multi-sites. Certains ont été dotés d'un directeur temps plein pour l'un des sites : c'est le cas de l'EHPAD « le Beau site » à Clécy (Calvados), précédemment en direction commune avec les deux autres EHPAD situés en Normandie et doté d'une directrice temps plein depuis décembre 2021. Un des deux autres EHPAD, « l'Elvody », a été pourvu d'une directrice adjointe, ancienne IDEC, à compter de septembre 2022. De même, les trois EHPAD du Lot et Garonne ont désormais, avec le recrutement d'un 3^{ème} collaborateur, tous été dotés de directeurs adjoints, relais locaux du directeur commun à l'ensemble des sites (cf ci-dessous).

Cinq EHPAD¹⁸ continuent toutefois à être gérés par des directeurs communs (à deux ou trois EHPAD) sans adjoint de direction. De façon plus générale, la petite taille des EHPAD du groupe ne permet pas de généraliser un binôme de direction, qui n'est présent, hors EHPAD multi site, que dans une partie des établissements les plus grands : trois des sept EHPAD de plus de 80 places sont dotés d'un directeur adjoint¹⁹.

¹⁵ Inspection du 8 décembre 2021

¹⁶ EHPAD les jardins d'Aiffres

¹⁷ Etablissements gérés par la SAS Résidence du lac

¹⁸ EHPAD « Les eaux vives », « les amis des aînés » et « le bon accueil » ;

¹⁹ EHPAD Résidence saint Georges, « Les Genévriers », « La bastide du Luberon »

2.1.2.2.2. Des difficultés de gouvernance persistent dans certains établissements

Les progrès dans la gouvernance de établissements laissent subsister des situations de fragilité.

Le groupe n'échappe pas aux déconvenues managériales, qui conduisent à des situations de crise dans le fonctionnement des établissements.

C'est le cas notamment pour les EHPAD du groupe dans le Lot-et-Garonne. Ces trois EHPAD, gérés par la SAS « Résidence du lac », sont regroupés au sein d'une direction commune. Le directeur recruté en avril 2020 a été licencié en juin 2022, au motif de son inaction face à des situations de maltraitance par certains membres de son personnel. Le directeur recruté en juin 2022 a fait l'objet d'une rupture conventionnelle en août 2023 à la suite du constat de faits de harcèlement. S'en est suivie une période de direction par un directeur de transition avant le recrutement d'une nouvelle directrice au 1^{er} novembre 2023. Le recrutement de deux nouveaux directeurs adjoints en septembre et octobre derniers permet à ces EHPAD de disposer d'une équipe de direction au complet (une directrice commune et un sous-directeur dans chaque établissement). En parallèle, la coordination médicale et paramédicale a été renforcée avec, d'une part, l'arrivée sur le site de la « Résidence du lac » d'une IDEC en septembre 2023, qui assure à mi-temps la coordination de deux infirmières référentes (IDER) situées sur les deux autres sites et, d'autre part la convention passée avec la société MedCo conseil (cf infra) pour le site de la « Résidence de Beurre » dépourvu de médecin coordonnateur²⁰.

Il faut noter également la situation de l'EHPAD « les Jardins d'Aiffres » (Deux-Sèvres), également visité par la mission. Cet EHPAD, dont la situation financière est la plus dégradée du groupe (-44% de marge d'EBITDA en 2022), est par ailleurs engagé dans la seule opération de regroupement menée au sein du groupe, avec l'EHPAD Les Charmilles situé également dans les Deux-Sèvres. L'établissement est dirigé par un directeur de transition, qui a pris la suite d'une directrice restée en poste sept mois et demi et licenciée, en même temps que son adjointe, en juillet 2023. Cette directrice, qui a pris ses fonctions en novembre 2022, prenait la suite de la directrice d'appui du groupe, en fonction de direction pendant 2 mois et demi, après la démission (précédé d'un arrêt de travail sans reprise de poste) d'une directrice en poste elle-même pendant 15 mois seulement.

D'autres établissements ont fait l'objet jusqu'il y a peu d'une grande instabilité dans leur direction. Parmi les EHPAD mentionnés dans le tableau 3 ci-dessus, il faut souligner en particulier la situation de l'EHPAD Les Châtaigniers à Antraigues sur Volane (Ardèche) de l'EHPAD La Croix du Sud à Fabas (Ariège) ou de l'EHPAD La vallée du Bandiat à Marthon (Charente). Ces EHPAD ont bénéficié toutefois d'une gouvernance plus stable au cours de la période récente.

2.1.2.3. Du fait de ces difficultés, le groupe a connu un nombre important de contentieux RH dont certains sont encore en cours

Le groupe Médicharme a actuellement 25 contentieux en cours qui concernent d'anciens directeurs d'établissement mais également des personnels soignants. La plupart des motifs de litiges sont relatifs à la contestation par les anciens salariés des motifs de licenciement ou à des réclamations relatives au temps de travail et à la rémunération (congrés, heures supplémentaires etc.). Une procédure concerne une personne qui se trouve toujours en poste.

²⁰ Les deux autres sites disposent d'un médecin coordonnateur

Annexe III

Depuis 2018, le groupe recense 44 procédures contentieuses. Sur les 19 qui sont terminées, deux résultent d'un désistement, quatre ont été remportées par le groupe, 10 ont donné lieu au versement d'indemnités et trois ont abouti grâce à une transaction entre les parties.

25 procédures sont en cours, dont quatre en appel à la suite d'un premier jugement défavorable et donc avec un risque identifié de devoir payer des indemnités, cinq à la suite d'un premier jugement favorable au groupe et dont les salariés ont fait appel, et 16 en attente (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Recensement des contentieux RH du groupe de 2018 à 2023 au 03-12-2023

Etat des contentieux	Jugement	Nombre de procédures	Montants	
			Demandés	Versés
Terminés - 19	Condamnations	10		366 595
	Transactions	3		34 101
	Favorables au groupe	4	219 030	0
	Désistements	2	0	0
En cours -25	Procédures en appel suite à 1 ^{ère} décision défavorable non exécutoire	2	114 882	
	Procédures en appel suite à 1 ^{ère} décision défavorable exécutoire	2		84 745 + remboursement 6 mois d'ASSEDIC
	Procédures en appel suite à 1 ^{er} jugement favorable	5	506 633	
	En attente de premier jugement	16	1 315 731	

Source : mission d'après document Médicharme

S'agissant des procédures en cours, la détermination des risques financiers liés à un jugement défavorable est évaluée par le groupe lors de deux réunions annuelles entre la direction comptable et la direction des ressources humaines. Ce comité des risques détermine un montant à provisionner. Ce montant est tracé dans les comptes des établissements concernés par les litiges en cours ou ceux du siège si le salarié y travaillait, en provisions pour risques et charges par une charge exceptionnelle.

Lorsque la procédure prend fin favorablement pour le groupe, la provision est reprise comptablement par une reprise exceptionnelle. En cas de condamnation, la charge est comptabilisée en frais de personnel et en charge exceptionnelle s'il s'agit d'une transaction.

En 2022, le groupe a ainsi provisionné 867 560 € pour risques de contentieux RH pour 22 procédures sur 31 procédures alors en cours dans le réseau. Il a également provisionné 80 000 € pour une procédure au siège sur deux procédures en cours cette année-là.

2.2. Le déficit en médecin coordonnateur persiste mais des solutions palliatives ont été mises en place

2.2.1. La couverture des établissements est partielle et pour une quotité insuffisante

L'article L.312-12 (V) du code de l'action sociale rend obligatoire la présence d'un médecin coordonnateur au sein des EHPAD. L'article D.312-156 du même code définit le quantum de présence de médecin coordonnateur en fonction de la taille de l'établissement.

Le décret n°2022-731 du 27 avril 2022, applicable à compter du 1^{er} janvier 2023, a majoré ces quantums. Le tableau ci-après récapitule les ratios avant et après cette réforme (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Quantum de présence des médecins coordonnateurs en fonction de la taille des EHPAD

Taille de l'établissement	Jusqu'au 31/12/2022	Depuis le 1 ^{er} janvier 2023
Moins de 44 places	0,25	0,4
De 44 à 59 places	0,40	0,4
De 60 à 99 places	0,50	0,6
De 100 à 199 places	0,60	0,8
200 places et plus	0,80	1,0

Source : Code de l'action sociale et des familles

Au 1^{er} novembre 2023, seize médecins coordonnateurs exerçaient dans les 32 EHPAD du groupe²¹. Compte tenu de la couverture par trois de ces médecins de deux ou trois EHPAD, 20 EHPAD, soit 63% des EHPAD du groupe, étaient donc dotés d'un médecin coordonnateur. Cette proportion est significativement plus faible que ce qui peut être observé dans le secteur des EHPAD à but lucratif, où le taux moyen des EHPAD sans médecin coordonnateur n'est que de 11%, avec des variations importantes selon les régions²².

Tableau 6 : Part des EHPAD du secteur privé à but lucratif sans médecin coordonnateur dans les régions d'implantation du groupe Médicharme en 2021 (en %)

Région	ARA	BFC	Gd Est	HDF	IDF	Normandie	NA	Occitanie.	PACA	France
Part des EHPAD sans médecin coordonnateur (en %)	13,8	20	13,4	12,8	4,3	8,3	18	7,7	7,4	11

Source : Tableau de bord de la performance du secteur médico-social

²¹ Le groupe a indiqué qu'un médecin était en cours de recrutement dans un EHPAD supplémentaire (« l'Elvody »)

²² Il s'agit d'un taux toutes tailles confondues ; comme indiqué supra, la capacité des EHPAD du groupe est nettement plus faible que la moyenne du secteur

Les médecins coordonnateurs exerçant au sein du groupe ont été, pour la majorité d'entre eux, recrutés récemment : 9 sur 17 ont été recrutés en 2022 ou 2023, 3 entre 2017 et 2021²³ et 4 seulement exercent dans leur EHPAD depuis plus de cinq ans. Parmi les médecins récemment recrutés, quatre ont pris la suite de médecins coordonnateurs dans une relative continuité d'exercice²⁴. On peut donc estimer que 11 EHPAD seulement ont connu la présence régulière dans le temps d'un médecin coordonnateur. La chronique des contrats de travail des médecins coordonnateurs signés avec les EHPAD du groupe Médicharme offre de nombreux exemples de recrutement pour des durées limitées, illustrant la difficulté à s'adjoindre une ressource fondamentalement rare.

La petite taille des établissements et leur isolement semblent constituer des obstacles au recrutement d'un médecin coordonnateur : parmi les sept établissements « isolés »²⁵ du groupe, ie hors direction commune avec un autre EHPAD à proximité, et comptant 40 places ou moins, deux seulement bénéficient du concours d'un médecin coordonnateur. Pour autant, la taille ne garantit pas la collaboration d'un médecin : sur les sept établissements de plus de 80 places que compte le groupe, deux n'ont pas de médecin coordonnateur.

Lorsque des médecins sont présents dans les EHPAD, les quotités de présence sont en deçà de ce que prévoit le code de l'action sociale et des familles. Au 1^{er} novembre 2023, un seulement (Vitéal Les Mimosas Oléron – Charente maritime) respecte les prescriptions alors que c'est le cas de près des ¾ des établissements du secteur²⁶. Deux autres établissements, distincts juridiquement mais situés sur un même site, seraient conformes s'ils ne formaient qu'une entité (Aeria et Meissel – Bouches du Rhône). Avant le 1^{er} janvier 2023 par ailleurs, trois autres établissements respectaient les quantums, mais les temps de présence n'ont pas été adaptés pour suivre l'évolution de la norme.

Six EHPAD, souvent des EHPAD de petite taille, ont un quantum inférieur ou égal à un quart temps, quand le minimum réglementaire est de 0,4 ETP.

Enfin, il faut relever l'âge élevé des médecins : sept ont plus de 65 ans, cinq entre 60 et 65 ans et quatre seulement moins de 55 ans. Il s'agit donc d'une évidente fragilité pour le fonctionnement des EHPAD dans un proche avenir.

2.2.2. La qualification des médecins est le plus souvent non conforme à la réglementation

L'article D. 312-157 du code de l'action sociale et des familles prévoit que *« le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. »*

²³ Dont un pour trois EHPAD (les eaux vives) et un pour deux (Aeria /meissel)

²⁴ Résidence Saint Georges, Les airelles, Les genévriers, la Juvénie ;

²⁵ Ehapd Oréadis, « La vallée du Bandiat », « La maison de Thérèse », « Les amis des aînés », « Au bon accueil », « Les airelles », « Villa Claudine »

²⁶ 73,16% - données tableau de bord de la performance du secteur médico-social – données 2022

Les médecins coordonnateurs du groupe ne sont toutefois qu'une minorité à répondre à ces prescriptions : seuls six des 16 médecins sont titulaires soit d'une capacité (pour trois d'entre eux), soit d'un diplôme universitaire (pour les trois autres)²⁷, les autres sont uniquement qualifiés en médecine générale. Les attestations de formation continue produites par certains médecins ne portent pas sur la fonction de coordination médicale en EHPAD. Les six médecins disposant des qualifications requises seront âgés de 64 ans et plus fin 2023 et sont donc susceptibles de quitter leur activité à relativement brève échéance.

Pour autant, les contrats de travail type signés avec les praticiens comportent tous une clause, soit d'engagement du signataire à transmettre les documents attestant de la capacité à exercer les fonctions de médecin coordonnateur, soit reconnaissant être titulaires d'un des diplômes ou attestation requis par l'article D. 312-157, ce qui n'est manifestement pas le cas.

2.2.3. La recherche systématique d'une solution palliative au déficit de médecins coordonnateurs

De façon à garantir la fonction de coordination médicale dans les EHPAD du groupe, le groupe a conclu à compter de mi-2022, avec la société MedCo conseil, des contrats de prestation, qu'il a progressivement étendu à tous ses établissements dépourvus de médecins coordonnateurs. Dix établissements étaient, au 1^{er} décembre 2023, en contrat avec cette société.

Un 11^{ème} établissement, également dépourvu de médecin coordonnateur, a conclu un contrat avec une autre société, Telemedicare.

Ainsi, tous les EHPAD du groupe sont dotés d'une fonction de coordination médicale.

Le montant de la prestation de MedCo conseil varie de 2 500 € HT à 5 600 € HT par mois selon la taille de l'établissement, un coût supérieur à celui du recrutement d'un médecin coordonnateur salarié²⁸.

2.3. La présence d'une infirmière de coordination est presque généralisée

2.3.1. La fonction de coordination est organisée dans la quasi-totalité des établissements

Le code de l'action sociale et des familles n'impose pas la présence d'infirmière de coordination (IDEC) dans les EHPAD. L'article D. 312-15-0 (II) de ce code prévoit seulement qu'un EHPAD dispose d'une équipe pluridisciplinaire « *comprenant au moins (...) un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'état* ».

²⁷ Un autre médecin est titulaire d'un DU « maladies des personnes âgées », ce qui ne correspond pas totalement aux prescriptions réglementaires mais s'en approche

²⁸ De l'ordre de 2500€ pour un établissement inférieur à 25 lits, 3500€ pour un établissement de 40 lits, 4800 à 5600€ pour un établissement de 85 lits. Pour comparaison, la rémunération contractuelle des médecins salariés pour une quotité de 0,4 ETP est en moyenne de 3200€.

Annexe III

Pour autant, la présence d'une IDEC fait partie des bonnes pratiques d'organisation largement répandues et que les pouvoirs publics souhaitent promouvoir. Dans la suite du rapport des professeurs Jeandel et Guerin²⁹, la feuille de route EHPAD/ USLD publiée en mars 2022 prévoit de reconnaître la fonction d'infirmier coordonnateur sur la base d'un référentiel national. L'IDEC organise les soins, a la responsabilité de l'élaboration des plannings, est le référent de l'équipe paramédicale soignante (IDE, aides-soignants) et enfin, le vecteur des bonnes pratiques de soins. Elle est à l'interface de la direction, du médecin coordonnateur, des médecins traitants et des professionnels libéraux extérieurs à l'EHPAD, ainsi que des résidents et de leurs familles.

La présence systématique d'une infirmière de coordination est d'autant plus nécessaire que, comme on l'a vu *supra*, le déficit en médecins coordonnateurs, et plus encore l'instabilité sur ce poste, sont importants.

La présence d'une IDEC correspond à une orientation affirmée de la gouvernance du groupe Médicharme depuis 2022. Cette présence est généralisée au sein des EHPAD du groupe et ces postes sont effectivement pourvus. À la date du 1^{er} novembre 2023, deux établissements seulement comportaient une vacance de ce poste.

Il faut toutefois noter la faible ancienneté moyenne des infirmières en poste. La plupart des infirmières coordonnatrices ont été recrutées en 2022 ou 2023 : sur les 32 établissements en activité au 1^{er} novembre 2023, seuls 6 comptaient une IDEC recrutée avant 2022, c'est-à-dire avec plus de deux ans d'ancienneté dans le poste.

Il faut également noter que la priorité donnée au recrutement d'IDEC a conduit le groupe à ajuster les rémunérations proposées pour rester attractif, avec une augmentation au cours des dernières années de plus de 20% des rémunérations proposées (de 2 800 € à 3 400 € brut en moyenne)³⁰.

2.3.2. Des situations parfois dégradées persistent dans certains établissements

La rotation des effectifs sur les postes d'IDEC expose les établissements à des périodes de carence. De nombreux rapports d'inspection font ainsi état de l'absence d'IDEC au moment de l'inspection³¹, créant un risque pour l'organisation et la continuité des soins.

L'infirmière de coordination nationale, ancienne IDEC dans l'un des établissements du groupe, a été amenée, dans ces conditions, à réaliser des missions d'intérim dans les situations de défaillance et de difficultés d'organisation au sein de l'établissement.

Dans deux établissements de petite taille, l'effectif ne permet pas la création d'un poste temps plein d'IDEC. Le groupe a pris l'option de désigner en substitut une « infirmière référente » (IDER), qui cumule alors ses activités de soins avec celles de la coordination des soins. Cette solution palliative, qui ne permet de consacrer qu'une partie du temps aux fonctions de coordination, peut s'avérer insuffisante notamment en cas de défaut d'une des autres composantes du trio de gouvernance.

²⁹ Rapport de mission « Unités de soins de longue durée et EHPAD » juin 2021

³⁰ Entretien de la mission avec la DRH

³¹ Inspections des EHPAD « Les Jardins d'Aiffres », « la Croix du Sud », « l'Elvody », « Au bon accueil », Oréadis

La fonction d'IDER est également présente dans les établissements situés en Lot et Garonne. Il existe un poste d'IDEC pour les trois EHPAD du groupe dans le département, laquelle IDEC exerce à 50 % dans l'un des établissements, et un poste d'IDER dans les deux autres établissements. La mission a pu constater lors de sa visite que cette organisation n'est pas optimale. L'IDER est en effet intégrée au planning des IDE exerçant dans l'établissement. Deux semaines par mois, elle exerce donc à temps plein une mission d'IDE et ne peut exercer sa fonction de coordination³².

2.4. Les défaillances dans le trio de gouvernance ont pu se cumuler et être à la source de dysfonctionnements parfois graves dans les établissements

Les situations de carence ou de dysfonctionnement ont pu concerner simultanément plusieurs des composantes du trio de gouvernance, voire toutes, engendrant une situation de risque pour les résidents.

L'inspection de l'EHPAD « la vallée du Bandiat » menée le 26 juin 2021 relevait ainsi l'absence simultanée de direction, de médecin coordonnateur et d'IDEC.

Le rapport d'inspection de l'EHPAD « la Fruitière »³³ fait état, non d'une absence physique mais d'un « déficit de compétence, de connaissance et de présence au niveau de la direction et du médecin coordonnateur (qui) induit un glissement de tâche qui est reporté sur l'IDEC. De ce fait, elle n'est pas en mesure d'assurer pleinement les missions qui lui sont propres ».

Les conséquences délétères pour les résidents de la défaillance du trio de gouvernance d'un établissement ont été clairement mises en évidence lors des inspections réalisées par l'ARS d'Ile-de-France et le conseil départemental de Seine-Saint-Denis à l'EHPAD « La Roseraie », aboutissant à la fermeture de l'établissement (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Constats opérés par l'ARS Ile-de-France et le conseil départemental de Seine-Saint-Denis à l'EHPAD « La Roseraie » et suites données

L'EHPAD « La Roseraie » est un EHPAD de 39 places situé à Livry Gargan, racheté par le groupe Médicharme en 2016. Le groupe envisageait, avec l'aval des autorités de tutelle, un transfert de l'EHPAD dans les locaux neufs situés à Montreuil.

Une première inspection conduite le 8 juillet 2021 avait conduit, après relance de l'établissement, à deux injonctions notifiées le 20 septembre avec délai de mise en œuvre au 15 octobre (dont l'une portant sur le constat de carences dans la prise en charge médicale et infirmière) et trois injonctions, huit prescriptions et douze recommandations complémentaires notifiées par courrier du 2 février 2022.

À la suite de la réception de signalements et de la survenue d'un événement indésirable grave (défaut d'administration d'un traitement suivi de l'hospitalisation d'une patiente), une nouvelle inspection est diligentée le 18 février 2022. Elle constate une dégradation de la situation par rapport à la première inspection. Les principaux constats sont la quintessence des dysfonctionnements organisationnels au sein d'un EHPAD. Outre des locaux et des conditions matérielles dégradés :

- l'absence de direction stable : la directrice en titre est en arrêt maladie entre août et septembre puis de nouveau depuis novembre 2021 ; une directrice régionale assure entre novembre et janvier 2022 « une présence sur site épisodique, l'EHPAD restant durant cette période de deux mois, sans pilotage réel par une direction sur place ». Une directrice intérimaire est nommée à compter de janvier ;
- l'absence de médecin coordonnateur depuis 2018 ;
- l'absence d'IDEC, en arrêt maladie ;

³² Les deux IDE de Beurre travaillent sur une plage horaire de 12h (7h-19h) 3 semaines par mois et bénéficient d'une semaine de repos mensuelle

³³ Inspection de l'EHPAD la Fruitière 30 mai 2022

- une présence infirmière assurée uniquement par des vacataires en CDD et des intérimaires et un temps de présence dans l'établissement insuffisant ;
- des glissements de tâches entre AS et ASH ;
- un même médecin traitant pour tous les patients, présent une fois tous les 15 jours ;
- l'incomplétude des dossiers médicaux et un défaut d'utilisation du logiciel Titan ;
- le caractère minimal des prestations de restauration et d'animation.

Une évaluation de la situation de santé des résidents diligentée à la demande de l'ARS a conduit à l'hospitalisation de trois résidents.

L'ARS et le conseil départemental ont d'abord suspendu l'autorisation par arrêté du 22 février 2022 et nommé un administrateur provisoire puis retiré de façon définitive l'autorisation le 4 juillet 2022. Un signalement au procureur a été fait sur le fondement de l'article 40 du code pénal au titre des articles L. 221-14, L. 223-1, 223-4, L.223-6 et L. 225-14 du code pénal

Source : rapport d'inspection ARS conseil départemental – inspection du 18 février 2022

Encore récemment, l'inspection de l'EHPAD Oréadis, intervenue début 2023³⁴, a été confrontée à l'absence simultanée de la direction du médecin coordonnateur et de l'IDEC. Le rapport constate qu'il « apparaît au regard des différents entretiens réalisés avec le personnel que l'EHPAD a été laissé sans direction du 26 décembre 2022 au 9 janvier 2023 », date d'arrivée de la directrice d'appui du groupe. Il note que « le triptyque classique participant à la gouvernance d'un EHPAD à savoir le directeur, le médecin coordonnateur et l'infirmier coordonnateur n'est pas constitué(..) Cette fragilité du trépied Direction-MEDCO-IDEC fragilise l'organisation de soins et ne permet pas une prise en charge continue, de qualité et sécurisée des résidents ». ARS et conseil départemental des Alpes-Maritimes ont en conséquence suspendu l'admission de nouveaux résidents. Depuis, le trio de gouvernance de l'EHPAD a été reconstitué.

Ces situations de carence complète du trio de gouvernance demeurent l'exception. Elles sont par ailleurs le reflet d'une situation historique qui a évolué depuis deux ans. Mais l'instabilité initiale de la gouvernance a eu des répercussions durables sur le groupe et une incidence sur le fonctionnement des établissements, leur capacité à assurer un recrutement de personnels qualifiés (cf. ci-dessous) comme à mener des démarches d'amélioration de la qualité suivies dans le temps.

3. Les effectifs sont stables mais il existe des déficits persistants de professionnels qualifiés

3.1. Les effectifs dans les établissements sont stables, hors effet de périmètre

Les développements suivants concernent l'ensemble des sociétés d'exploitation du groupe, hors siège. Ce périmètre est plus large que celui des EHPAD puisqu'il comprend également le foyer d'accueil médicalisé géré par le groupe ainsi que deux résidences autonomie et quelques structures employant un nombre très limité de personnes en appui au siège ou à l'exploitation.

L'évolution des effectifs au sein de ces sociétés ne fait l'objet d'un suivi consolidé par le siège (contrôle de gestion) que depuis 2022. Les données détaillées par établissement existent à partir d'août 2021.

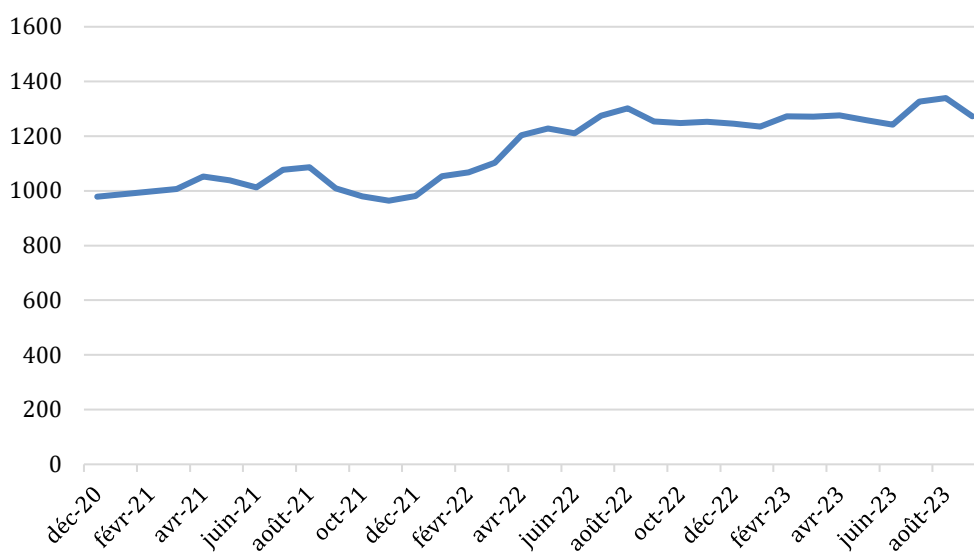
Le graphique 1 retrace l'évolution globale des effectifs depuis décembre 2020³⁵.

³⁴ Inspection du 24 janvier 2023

³⁵ Ces effectifs incluent, encore sur la période récente, un établissement hors périmètre du groupe (EHPAD la chevalière)

Annexe III

Graphique 1 : Évolution des ETP des sociétés d'exploitation du groupe Médicharme

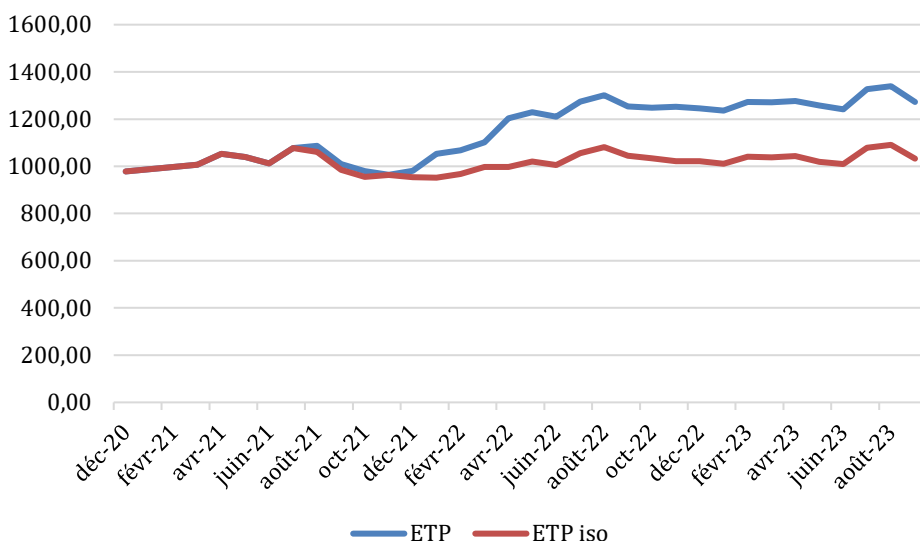


Source : Mission d'après données Médicharme

Le groupe rémunérait au mois de septembre 2023, 1 272,8 ETP. Les effectifs ont crû de 25 % entre décembre 2020 et septembre 2023, avec toutefois plusieurs phases contrastées : une diminution des effectifs entre août et novembre 2021, motivée par une action volontaire du groupe de réduction des effectifs dans un contexte de baisse des taux d'occupation dans les établissements ; une forte progression au cours des premiers mois de 2022, correspondant à l'acquisition des derniers établissements du groupe ; et une quasi-stabilité depuis plus d'un an.

Le graphique 2 neutralise l'effet périmètre en isolant les établissements acquis après le 1^{er} janvier 2021.

Graphique 2 : Évolution des ETP à isopérimètre au 1^{er} janvier 2021



Source : Mission d'après données Médicharme

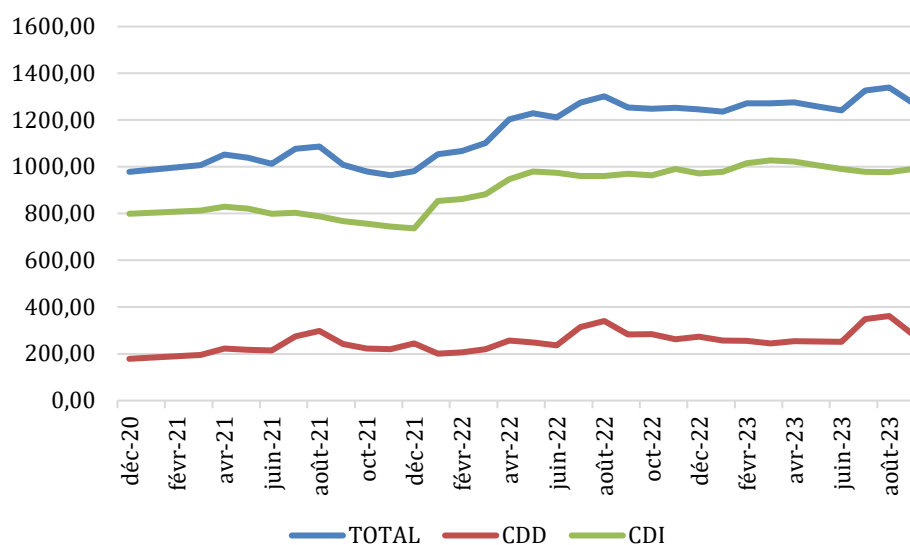
Hors effet périmètre, les effectifs du groupe sont quasiment stables sur la période récente pour les établissements entrés dans le groupe avant le 1^{er} janvier 2021.

3.2. Le taux de contrat à durée déterminée est élevé

La stabilité des équipes est un paramètre important dans la qualité et la continuité des prestations délivrées. Plusieurs directeurs d'établissement ont fait part à la mission d'une difficulté accrue à recruter du personnel en contrat à durée indéterminée au sortir de la crise du Covid, les tensions sur le marché du travail (insuffisance des personnels par rapport à la demande) favorisant des comportements privilégiant le choix des périodes et des horaires de travail et limitant les durées d'engagement.

Le graphique 3 indique l'évolution du nombre de salariés sous CDI et sous CDD au cours des trois dernières années dans les établissements du groupe.

Graphique 3 : Évolution des effectifs en CDD et CDI dans le groupe Médicharme



Source : Mission d'après données Médicharme

Le nombre des CDD est relativement constant, avec une augmentation conjoncturelle récurrente en été. Hors période estivale, le taux de CDD est proche de 20% sur la période.

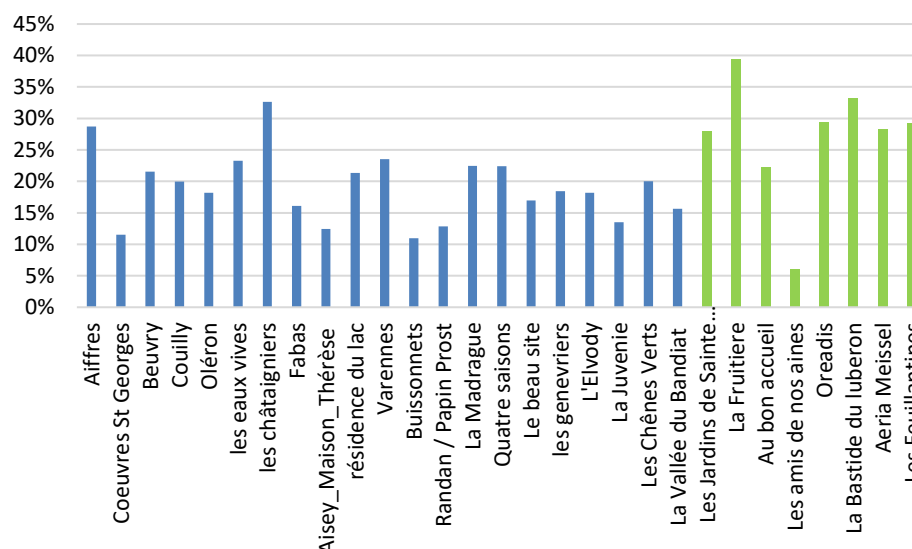
Le taux de CDD calculé inclut toutefois les stagiaires et apprentis. Hors des deux populations, le taux est de l'ordre de 3 à 4 points inférieur. Par comparaison, le taux observé en 2019 dans le secteur des EHPAD à but lucratif était de l'ordre de 15 points³⁶. La crise de la Covid a pu avoir une incidence sur ce taux et les pratiques contractuelles sous-jacentes.

Le taux moyen recouvre toutefois des réalités territoriales plus contrastées. Le graphique 4 retrace le taux de CDD par établissement pour l'année 2022.

³⁶ Tableau de bord de la performance du secteur médico social

Annexe III

Graphique 4 : Taux de CDD par établissement en 2022 (en vert, les établissements situés en région PACA)



Source : Mission d'après données Médicharme

Autour d'un taux moyen de 22%, plusieurs établissements sont proches ou excèdent 30%. C'est le cas des EHPAD « Les jardins d'Aiffres », « Les châtaigniers » et « la Fruitière », trois établissements en forte difficulté (et aujourd'hui fermé pour le troisième du fait de risques de sécurité liés aux bâtiments). C'est aussi le cas plus globalement des EHPAD situés en région PACA, particularité soulignée auprès de la mission lors de son déplacement dans les Bouches-du-Rhône et de son échange avec les services du conseil départemental.

3.3. L'absentéisme est dans la norme du secteur et en baisse dans la période récente

Il n'y a pas de suivi agrégé au niveau national de l'absentéisme dans les établissements. Le taux d'absentéisme est suivi pour chaque établissement au travers des tableaux de bord trimestriels produits par le contrôle de gestion et la DRH.

Le tableau 7 retrace l'évolution au cours de la période récente de la moyenne des taux d'absentéisme constatés dans les EHPAD du groupe, quelle qu'en soit la cause ou pour cause de maladie.

Tableau 7 : Évolution des taux d'absentéisme dans les EHPAD, toutes causes confondues et pour maladie

Taux d'absentéisme	2021	2022	T1 2023	T2 2023
Global - Toutes causes confondues	15 %	16 %	14 %	14 %
Pour maladie	10 %	10 %	9 %	8 %

Source : Calculs de la mission d'après Médicharme - DRH

Le taux d'absentéisme global, comme celui pour maladie, décroissent sur la période la plus récente.

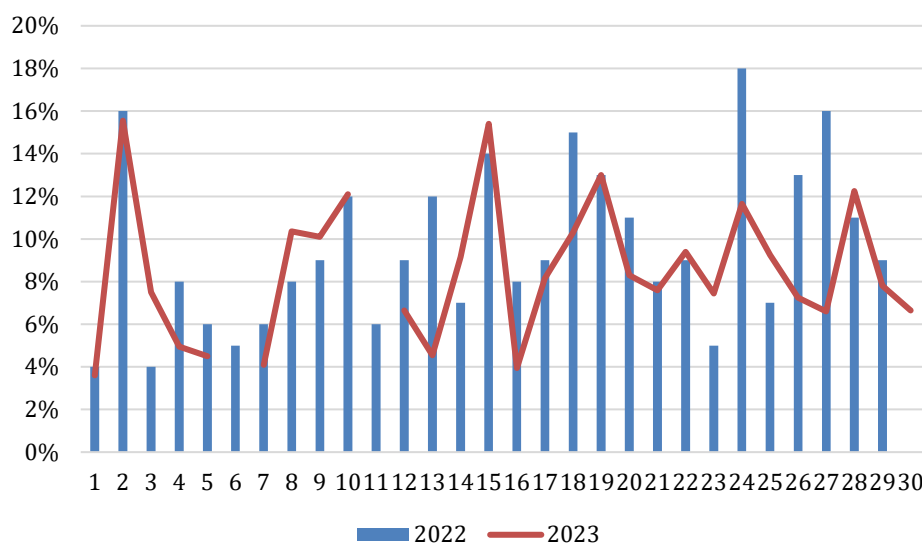
Annexe III

Le taux est comparable avec ce qui est observé dans le secteur des établissements à but lucratif. Le tableau de bord de la performance du secteur médico-social piloté par l'ATIH fait ainsi état d'un taux global de 14% en moyenne pour le secteur des EHPAD à but lucratif en 2021.

Le constat est toutefois ici encore, à l'échelle du groupe, celui d'une forte hétérogénéité des situations selon les établissements, que ce soit pour l'absentéisme pour maladie, qui peut être le signal, hors effets liés à la structure par âge, d'une difficulté sociale latente, ou pour l'absentéisme toutes causes confondues, dont l'absentéisme pour maladie est une composante essentielle.

Le graphique 5 indique le taux d'absentéisme pour maladie pour l'année 2022 et le premier semestre 2023. Les taux sont hétérogènes et le restent globalement d'une année sur l'autre.

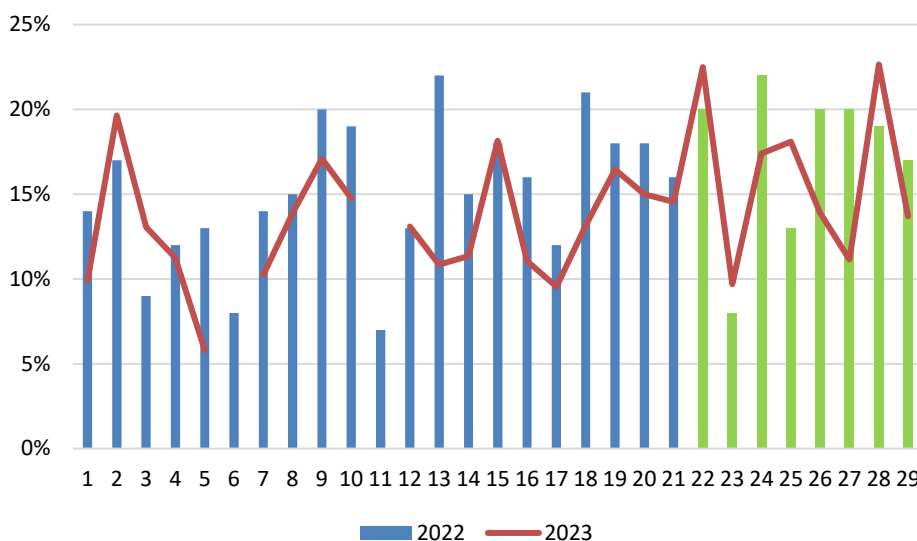
Graphique 5 : Absentéisme pour maladie dans les EHPAD en 2022 et au premier semestre 2023



Source : Mission d'après données Médicharme ; 2 établissements fermés ou regroupés début 2023

Le graphique 6 fait état du taux d'absentéisme global pour la même période. Les taux sont en moyenne un peu plus élevés dans les établissements situés en région PACA.

Graphique 6 : Absentéisme global dans les EHPAD en 2022 et au premier semestre 2023 (en vert, les établissements situés en région PACA)



Annexe III

Source : Mission d'après données Médicharme ; 2 établissements fermés ou regroupés début 2023

Les échanges concordants de la mission avec la DRH du groupe, les directeurs régionaux et les directeurs des établissements visités témoignent de l'absence de consigne ou de contingentement spécifiques s'agissant des remplacements, lesquels sont opérés localement en fonction des besoins.

Le recours aux CDD est privilégié et le recours à l'intérim est limité autant que possible au regard de son coût.

L'analyse des dépenses d'intérim (compte 621) révèle toutefois une forte augmentation au cours des années récentes (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Dépenses d'intérim (ensemble du groupe) entre 2020 et 2022

Années	2020	2021	2022
Dépenses d'intérim (compte 621)	434 562 €	508 924 €	977 076 €

Source : comptabilité Médicharme

L'analyse des dépenses (574 000 €) au titre des dix premiers mois de l'année 2023 semble signaler cependant une évolution à la baisse des montants et montre que :

- ♦ la dépense d'intérim concerne d'abord les personnels infirmiers (54 % du total) et secondairement les aides-soignants (41 %) ; en revanche, de façon très marginale seulement les ASH, dont le recrutement et le remplacement ne posent pas de difficulté ;
- ♦ la dépense se concentre sur un petit nombre d'établissements en difficulté de recrutement : 45 % de la dépense est concentrée sur trois établissements (EHPAD « les jardins d'Aiffres », « la Juvénie », « les Genévriers »), 69% sur huit établissements (en sus des trois premiers, EHPAD « Résidence saint Georges », Aeria, Meissel, « Les Feuillantines » et « La madrague »). S'agissant de l'EHPAD « les jardins d'Aiffres », qui représente à lui seul 20% de la dépense, le recours à l'intérim est lié à la difficulté de recruter des infirmiers (aucun titulaire jusqu'il y a peu) et aux carences en aides-soignants ». Le montant des dépenses d'intérim pour cet établissement a plus que triplé entre 2020 et 2023.

3.4. Le turn over semble particulièrement élevé

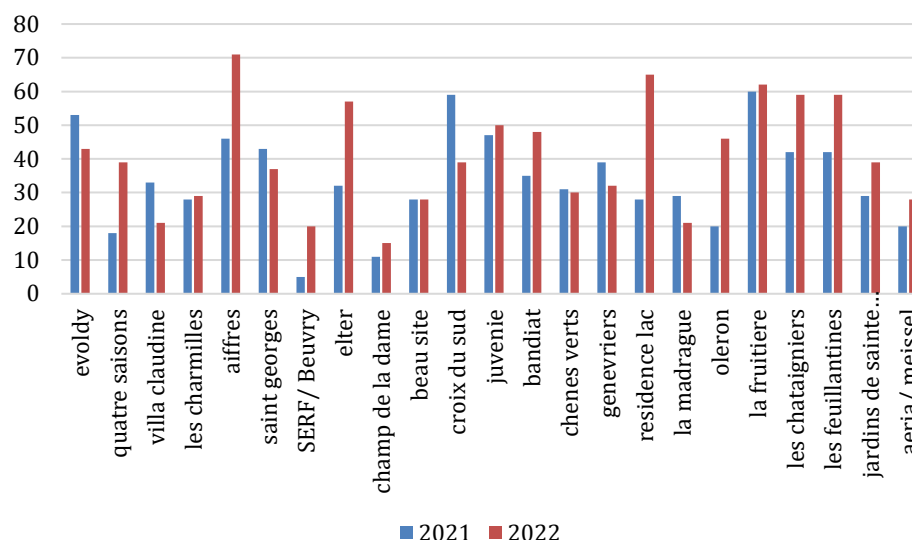
Les données transmises par la DRH de Médicharme font ressortir un taux de rotation des personnels³⁷ des établissements du groupe particulièrement élevé, comparé aux établissements du secteur privé à but lucratif.

Pour l'analyse de ce ratio, n'ont été retenus que les établissements dont la capacité est supérieure à 30 lits pour éliminer les données reposant sur un effectif trop faible pour que les évolutions soient significatives. Ainsi calculée³⁸, la moyenne des taux de rotation s'établit à 34% en 2021 et 41% en 2022, avec des situations très contrastées entre établissements.

³⁷ 'Nombre de départs sur l'année N + nombre d'arrivée sur l'année N) / 2/ effectifs au 31 décembre N-1 ou 1^{er} janvier N

³⁸ Les données issues du contrôle de gestion diffèrent de celles figurant dans le tableau de bord de la performance médico-sociale pour les établissements du groupe, renseignées par les directions d'établissement. Il a été choisi de privilégier les premières.

Graphique 7 : Turn over des personnels dans les EHPAD du groupe Médicharme en 2021 et 2022



Source : Missions d'après données Médicharme

Le tableau de bord de la performance médico-sociale indique en comparaison un taux moyen de *turn over* de 19% pour le secteur des EHPAD à but lucratif en 2021 (dernière année disponible). Pour les EHPAD de 25 à 44 places et 45 à 59 places du même secteur, il était un peu plus élevé, respectivement de 24,8% et 21%.

L'analyse de l'ensemble des contrats passés en 2022 dans plusieurs établissements du groupe³⁹ montre un très grand nombre de contrats en CDI avec une durée de présence dans l'établissement très courte, de quelques semaines à quelques mois, ce qui contribue à majorer le taux de rotation. Ce constat a été partagé avec la direction du groupe. De cet échange, il ressort que ce fort *turn over* serait le reflet d'une part de la forte volatilité du marché du travail, d'autre part d'une posture assumée visant à ne pas conserver des personnels dans les effectifs qui ne donnent pas satisfaction.

3.5. Le déficit de qualification des personnels est un problème central et persistant pour le groupe

3.5.1. Le groupe ne parvient pas à recruter du personnel qualifié en nombre suffisant dans ses EHPAD

Le groupe n'échappe pas aux difficultés sectorielles de recrutement du personnel soignant, difficultés accrues à l'issue de la crise sanitaire du Covid. Les directeurs des établissements visités par la mission ont tous souligné ce contexte défavorable, même si la situation varie selon les établissements.

³⁹ EHPAD « les jardins d'Aiffres, Résidence du Lac, Résidence de Beurre, Vitéal Oléron

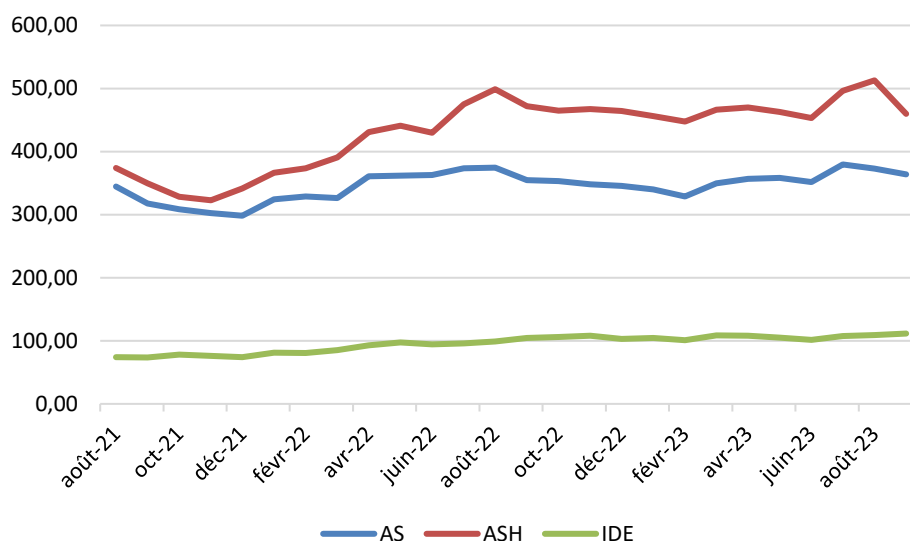
Annexe III

Le code de l'action sociale et des familles n'est pas normatif quant au personnel exerçant dans les EHPAD (sauf pour le médecin coordonnateur, cf. ci-dessus), l'article D. 312-155-0 indiquant la nécessité de disposer d'une équipe pluridisciplinaire « *comprenant au moins un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs* ».

Les fonctions de soins ne peuvent toutefois être exercées que par des personnes qualifiées, dans le cadre des dispositions du code de la santé publique régissant l'exercice des professions de santé. C'est notamment le cas pour les aides-soignants, dont les règles d'exercice et le champ de compétence sont définies par le code de la santé publique (Art. L 4391-1 et suivants, R 4311-4) et le référentiel de formation arrêté le 10 juin 2021.

Le graphique 8 retrace, pour la période d'août 2021 à septembre 2023, l'évolution des effectifs d'infirmiers, d'aides-soignants et d'agents de service (ASH) dans les EHPAD du groupe Médicharme.

Graphique 8 : Évolution des effectifs (ETP) IDE – ASH – AS



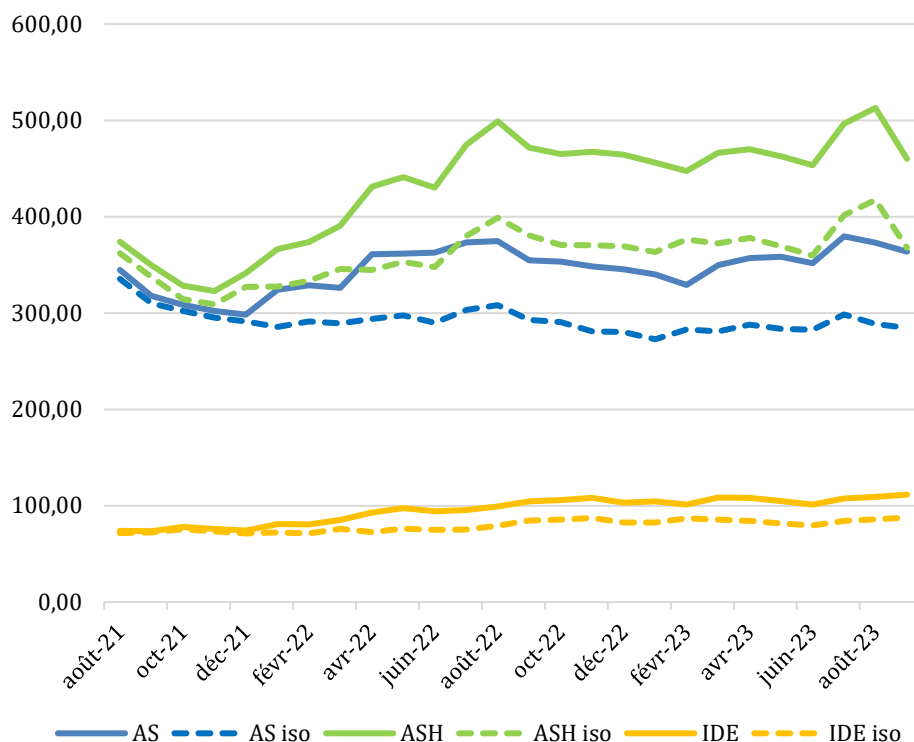
Source : Mission d'après données Médicharme

Les effectifs infirmiers progressent de 50 % (de 74 à 111) entre septembre 2021 et septembre 2023. La progression des effectifs d'ASH (+39% entre ces deux dates) est plus rapide que celle des effectifs d'aides-soignants (+14%).

Il a semblé intéressant là encore de neutraliser les effets d'évolution du périmètre du groupe. Le graphique suivant met ainsi en regard de l'évolution des effectifs, l'évolution à périmètre constant (cf. graphique 9).

Annexe III

Graphique 9 : Évolution des effectifs d'infirmiers, d'aides-soignants et d'ASH, dont à isopérimètre



Source : Mission d'après données Médicharme

La croissance des effectifs d'ASH est imputable sur cette période à plus de 2/3 à l'effet de périmètre. La croissance du nombre d'aides-soignants masque en réalité une diminution des effectifs à périmètre constant (8% entre septembre 2021 et septembre 2023), pour les établissements présents dans le groupe avant 2021.

Ces évolutions illustrent les difficultés de recrutement de personnels qualifiés et tout particulièrement d'aides-soignants. La comparaison des effectifs prévus et réalisés dans les EPRD et ERRD (annexe relative au tableau des emplois et rémunérations) de quelques établissements met en évidence la situation d'EHPAD qui ne parviennent pas à recruter les aides-soignants nécessaires et recrutent des ASH en substitut (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Comparaison des effectifs d'AS et ASH prévus et effectivement recrutés - EPRD/ERRD 2022

Etablissements	Aides-soignants		ASH	
	Prévision EPRD	ERRD	Prévision EPRD	ERRD
La Vallée du Bandiat	10,7	5,57	6,14	11,85
Les Jardins d'Aiffres	8	5,03	7,3	13,49
Les Châtaigniers	7,57	4,54	13,74	16,07

Source : EPRD/ERRD 2022

Annexe III

Ainsi dans l'EHPAD « La vallée du Bandiat », confronté à une forte crise du recrutement, les effectifs globaux d'aide-soignant et d'ASH employés par l'établissement ont ainsi été légèrement plus importants que prévus à l'EPRD (17,4 ETP contre 16,8 ETP) mais les proportions d'aide-soignant et d'ASH sont inversés entre la prévision et la réalisation (63% d'aide-soignant prévus à l'EPRD, 68% d'ASH réalisés).

La réponse aux carences de recrutement passe, lorsqu'il s'agit d'infirmiers, par le recours à l'intérim ou à des infirmiers libéraux. Dans certains cas, c'est l'ensemble du personnel infirmier de l'établissement qui est ainsi précarisé. Le rapport d'inspection de l'EHPAD « les jardins d'Aiffres »⁴⁰ indique ainsi qu'« *actuellement l'EHPAD fonctionne avec un infirmier en CDD (refuse un CDI) et des intérimaires* ». La mission a toutefois pu constater lors de sa visite qu'une infirmière avait pu être recrutée en CDI depuis lors.

Ponctuellement, le groupe a été amené à tolérer ou cautionner des recrutements non conformes au droit. Lors de l'inspection de l'EHPAD Aeria »⁴¹, il est mentionné le recrutement en tant qu'infirmier d'un professionnel détenteur d'un diplôme de « technicien supérieur de la santé » hors Union européenne. Au moment de la visite de la mission au sein de cet établissement, le contrat de travail de ce professionnel avait été modifié pour un poste d'ASH.

3.5.2. Les ratios du nombre de soignants par place témoignent d'un encadrement déficitaire en personnel soignant

La difficulté persistante de recrutement du personnel qualifié a sa traduction dans la faiblesse des ratios d'encadrement en personnel soignant des EHPAD du groupe.

Le tableau 10 établit, pour l'année 2022 :

- ◆ les taux d'encadrement en aides-soignants, infirmiers et en personnels soignants (y compris médecin et psychologues) ;
- ◆ les taux d'encadrement en ASH ;
- ◆ les taux d'encadrement cumulés AS/ ASH et IDE ;
- ◆ et enfin, les taux d'encadrement tout personnels confondus, et ce pour les EHPAD du groupe en activité au 31 décembre 2022⁴².

Tableau 10 : Effectifs globaux, effectifs IDE, AS et ASH et effectifs soignants par place dans les EHPAD du groupe Médicharme – moyenne 2022

Établissements	AS+AMP/ place	IDE/ place	Professionnels soignants/ place	ASH/ place	AS+ASH+IDE/ place	ETP (global)/ place
Les jardins d'Aiffres	0,13	0,06	0,19	0,34	0,53	0,70
Résidence St Georges	0,17	0,05	0,22	0,15	0,36	0,45
Résidence de France	0,33	0,05	0,39	0,11	0,49	0,58
Les Airelles	0,17	0,07	0,24	0,32	0,55	0,72
Viteal Oleron	0,20	0,07	0,28	0,34	0,61	0,72
Les eaux vives (3 EHPAD)	0,23	0,06	0,30	0,18	0,47	0,58

⁴⁰ Inspection du 24 mai 2023

⁴¹ Inspection du 27 janvier 2023

⁴² À l'exception de l'EHPAD « Les Charmilles », dont la fermeture était programmée

Annexe III

Établissements	AS+AMP/ place	IDE/ place	Professionnels soignants/ place	ASH/ place	AS+ASH+IDE/ place	ETP (global)/ place
les châtaigniers	0,07	0,08	0,19	0,33	0,49	0,66
La croix du Sud	0,12	0,04	0,17	0,20	0,37	0,45
AiseyMaison deThérèse	0,22	0,00	0,23	0,30	0,52	0,62
Résidence du lac (3 EHPAD)	0,19	0,05	0,25	0,24	0,49	0,61
Varennes	0,24	0,06	0,32	0,26	0,56	0,67
Villa Claudine	0,15	0,07	0,24	0,25	0,48	0,63
La Madrague	0,11	0,06	0,18	0,27	0,45	0,55
Les quatre saisons	0,21	0,06	0,27	0,33	0,59	0,68
Le beau site	0,23	0,06	0,29	0,30	0,59	0,73
les genévriers	0,18	0,04	0,23	0,38	0,59	0,69
L'Elvody	0,20	0,04	0,25	0,29	0,53	0,66
La Juvenie	0,12	0,05	0,21	0,32	0,48	0,65
Les Chênes Verts	0,30	0,05	0,38	0,20	0,56	0,67
La Vallée du Bandiat	0,26	0,04	0,32	0,17	0,48	0,66
Les Jardins de Sainte Baume	0,24	0,06	0,31	0,18	0,48	0,60
La Fruitière	0,15	0,06	0,22	0,19	0,40	0,52
Au bon accueil	0,22	0,09	0,31	0,33	0,64	0,71
Les amis de nos aînés	0,12	0,03	0,15	0,37	0,52	0,57
Oreadis	0,24	0,09	0,34	0,24	0,57	0,67
La Bastide du Luberon	0,20	0,05	0,27	0,31	0,56	0,67
Aeria Meissel	0,19	0,06	0,26	0,18	0,43	0,52
Les Feuillantines	0,15	0,05	0,23	0,28	0,48	0,64
Total général	0,20	0,05	0,26	0,24	0,49	0,61

Source : Mission d'après données Médicharme ; Note de lecture : il y a, à l'EHPAD « le jardin d'Aiffres », 0,7 personnel par place. Dans ce total, les personnels soignants représentent 0,19 personne par place et les ASH 0,34 personne par place. Les personnels soignants incluent à titre principal les aides-soignants et AMP et les IDE (colonnes 1 et 2) ainsi que les médecins et les psychologues

Les taux d'encadrement en personnel soignant au sein du groupe Médicharme, et tout particulièrement en aides-soignants, sont sensiblement inférieurs à ceux des EHPAD comparables. Le tableau 11 indique les taux d'encadrement en professionnels soignants dans les EHPAD selon leur secteur d'appartenance.

Tableau 11 : Taux d'encadrement en personnel soignant dans les EHPAD, selon le secteur d'appartenance

Professions	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public autonome	Public rattaché à un EPS	Public territorial	Total
Professionnels paramédicaux	30,2	30,5	38,8	40,6	34,5	33,9

Annexe III

Professions	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public autonome	Public rattaché à un EPS	Public territorial	Total
dont IDE	5,2	5,4	6,5	7,6	6,1	6,1
dont AMP	3,2	2,8	2,5	1,9	2,3	2,6
dont AS	20,9	21,4	27,2	30,5	25,3	24,5
Psychologue	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Médecin	0,6	0,5	0,5	0,7	0,4	0,5
Total professionnels soignants	31,4	31,6	37,8	41,8	35,5	35,1
Total	56,7	61,1	76,9	72,1	72	66,1

Source : Tableau de bord de la performance du secteur médicosocial – CNSA – 2021

Les écarts les plus notables concernent l'encadrement en aides-soignants et AMP. Le taux moyen au sein du groupe Médicharme (AS+ AMP) était de 20 pour 100 places contre un taux comparable de 24,1 pour 100 places dans le secteur privé à but lucratif.

L'encadrement moyen est également plus faible concernant les psychologues et les médecins coordonnateurs. Il n'y a pas en revanche d'écart concernant le personnel infirmier. Au total, l'encadrement en personnel soignant qualifié est inférieur de l'ordre de 5 points par rapport au secteur des EHPAD privés à but lucratif.

Ce déficit est compensé par un encadrement en ASH nettement plus élevé au sein du groupe Médicharme. Le taux d'encadrement est de 24 pour 100 places au sein du groupe. Il est de l'ordre de 15 pour 100 places en moyenne dans le secteur des EHPAD à but lucratif selon les données du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

Plus globalement, si le taux d'encadrement en personnel soignant est plus faible le taux d'encadrement global est en revanche, du fait principalement du nombre important d'ASH, plus élevé que la moyenne du secteur commercial (61 pour 100 places contre 57,6 pour 100 places).

D'un point de vue méthodologique, il faut souligner que les comparaisons ci-dessus supposent que les données du tableau de bord du secteur médico-social reflètent bien la composition du personnel selon leur qualification et non selon leur emploi effectif, c'est-à-dire que les ASH faisant fonction sont bien répertoriées comme ASH, ce dont la mission n'a pas la certitude.

3.5.3. Des ASH « faisant fonction » d'aide-soignant exercent dans de nombreux établissements mais cette situation, relevée dans de nombreux rapports d'inspection, n'est pas propre au groupe

L'existence d'agents de service hospitalier « faisant fonction » d'aide-soignant est une réalité connue au sein du groupe.

Annexe III

À la demande de la mission, la DRH du groupe a produit une liste, établie par les directions d'établissement, de 154 salariés, ASH, occupant des fonctions de soins⁴³. Leur nombre varie sensiblement d'un établissement à l'autre : neuf établissements, sur les 32 en activité au 1^{er} novembre 2023, concentrent ainsi plus de 60% des salariés figurant sur cette liste. Dans ces établissements, ils représentent une part majoritaire des ASH.

Le tableau 12 met en rapport le nombre d'ASH en CDI faisant fonction, mentionné sur cette liste avec le nombre (ETP) des ASH dans la structure.

Tableau 12 : Nombre d'ASH faisant fonction d'aide-soignant/ETP d'ASH dans l'établissement

EHPAD (numéro de département)	Nombre de lits autorisés	Nombre d'ASH en CDI faisant fonction	ETP d'ASH (2022)
Les genévriers (31)	82	17	31,23
Les eaux vives (55)	109	14	19,28
Les jardins d'Aiffres (79)	39	13	13,43
La croix du sud (09)	95	11	19,29
La vallée du Bandiat (16)	40	8	11,98
Le beau site (14)	40	8	12,15
Résidence de Beurre (47)	36	5	10,99
Les amis des aînés (83)	24	5	7,09
Au bon accueil (83)	19	5	7,91

Source : Liste des ASH faisant fonction (Médicharme - DRH)

Le recours structurel à des ASH pour contribuer aux fonctions de soins concerne ainsi des établissements de taille très variable.

L'on peut faire l'hypothèse que le territoire d'implantation est un facteur déterminant : c'est notamment le cas pour l'EHPAD « Les Eaux vives », visité par la mission, confronté à des difficultés de recrutement de personnels qualifiés. Les services du conseil départemental ont pu confirmer que cette situation était commune aux EHPAD du département de la Meuse. C'est également le cas dans les Deux-Sèvres (EHPAD « les jardins d'Aiffres »). Mais il faut signaler l'hétérogénéité des situations : d'autres établissements ont un recours moins important aux ASH faisant fonction, alors même qu'ils sont également situés en zone rurale. Ainsi l'examen du planning du mois d'octobre de la Résidence Saint Georges (Aisne), visité par la mission, n'a mis en évidence de recours qu'à quatre ASH pour des fonctions de soins et pour l'une d'entre elle de façon ponctuelle.

L'évidence du recours à des ASH faisant fonction transparait jusque dans la formulation des contrats de travail. La mission a pu ainsi prendre connaissance à l'EHPAD « les Eaux vives » de contrats de travail à durée déterminée prévoyant le recrutement de salariés ASH « pour effectuer le remplacement pour une partie des tâches » d'une aide-soignante absente.

⁴³ Cette liste n'est certainement pas exhaustive, certains établissements identifiés pourtant comme étant en pénurie de personnel qualifié déclarent peu d'agents faisant fonction ex : EHPAD « Les châtaigniers »)

Le constat d'un défaut de qualification du personnel est également présent dans de nombreux rapports d'inspection des agences régionales de santé et des conseils départementaux.

À titre illustratif, le rapport d'inspection de l'EHPAD « les jardins d'Aiffres »⁴⁴ note qu'« une majorité des professionnels de l'établissement sont des faisant fonction. Sur la partie soins, trois personnes sont diplômées sur les 14 : une personne diplômée sur les 10 personnes travaillant en journées et deux personnes diplômées sur les quatre travaillant de nuit ».

L'inspection de l'EHPAD « Les châtaigniers »⁴⁵ met également en évidence un « manque de qualification du personnel de soins. Sur les 23 intervenants identifiés sur le soin, seuls 8 agents ont le diplôme d'aides-soignantes (...) Ainsi 15 ASH font fonction d'AS, dont 2 ASH ayant accepté de s'engager dans un processus de VAE. (...) Il est également constaté le peu d'expérience de l'équipe d'ASH faisant fonction d'AS puisque plus de la moitié ont débuté leur contrat dans le mois qui précède ».

Le rapport d'inspection de l'EHPAD « Le Beau site » à Clécy⁴⁶ fait le constat de la présence aux effectifs de 3 aides-soignants, pour 9 ASH dont 5 dédiés aux soins et souligne que « la qualification du personnel intervenant auprès de la personne âgée n'est pas adaptée aux compétences requises. ».

Le rapport d'inspection concernant l'EHPAD « la Fruitière »⁴⁷ note que, sur le pool des aides-soignants, 42% sont des ASH faisant fonction d'aide-soignant, 42% sont en CDD et 42% également sont à temps partiel.

La situation du groupe Médicharme doit être toutefois mise en regard de la situation prévalente dans le secteur des EHPAD, qui montre un recours massif à des personnels non qualifiés pour accomplir une partie des tâches dévolues aux aides-soignants. La DREES évaluait en 2019 à 27 000 le nombre des faisant fonction d'aide-soignant en EHPAD, soit 16% du total des aides-soignants, dont 56% n'avaient aucun diplôme⁴⁸. Une enquête de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) indiquait que plus de la moitié des EHPAD avait recours à des faisant fonction⁴⁹. Cette situation, conjuguée à la situation de tension sur les effectifs d'aides-soignants, a conduit les pouvoirs publics à envisager la création d'une qualification intermédiaire d'« accompagnant autonomie » et un plan de résorption des faisant fonction dans les EHPAD.

3.5.4. La politique d'encouragement à la qualification est déconcentrée, non homogène et globalement insuffisante

Le diplôme d'aide-soignant peut être acquis par la validation des acquis de l'expérience (VAE – art. D 4391-1 du code de la santé publique). Outre le fait de disposer de personnels qualifiés, l'intérêt pour l'employeur réside également dans la capacité d'imputer les dépenses à ce titre sur la dotation soins des EHPAD (art.R.314-166 du code de l'action sociale et des familles – cf. annexe Comptabilité et utilisation des fonds publics).

⁴⁴ Rapport de l'inspection du 24 mai 2023

⁴⁵ Inspection des 27, 28 et 29 novembre 2021

⁴⁶ Inspection du 12 janvier 2023

⁴⁷ Inspection du 30 mai 2022

⁴⁸ Enquête EHPA DREES 2029

⁴⁹ Enquête flash du réseau URIOPSS/ UNIOPSS septembre 2019

Annexe III

La mission a pu constater un positionnement de principe du groupe favorable à cette démarche, sans que toutefois cette orientation se traduise par une politique unifiée à l'échelle du groupe ni par une prise en charge financière, alors même qu'il s'agit d'une problématique essentielle pour lui.

La consultation par la mission des listes de personnels engagés dans une démarche de VAE montre une grande hétérogénéité de pratiques d'un établissement à l'autre. Certains établissements (EHPAD « La Croix du Sud », « Les genévriers », « La bastide du Luberon », « Les amis des aînés », « Au bon accueil »), pratiquent une politique systématique d'inscription de leur personnel dans la démarche de VAE. Quatre des cinq établissements cités figurent parmi les établissements comportant une forte proportion d'ASH faisant fonction. Mais d'autres établissements, pourtant dans la même situation, ne se distinguent pas par le nombre de leurs personnels engagés dans une démarche de VAE.

Il faut signaler que certains établissements sont engagés dans des démarches de qualification différentes de la VAE, sans que le groupe n'ait là encore une vision d'ensemble de ce qui est entrepris : c'est le cas par exemple de l'EHPAD « Les Eaux vives », qui, en plus d'accompagner des personnels en VAE, accueillait au moment du déplacement de la mission six apprentis aides-soignants. C'est le cas également de l'EHPAD « les jardins d'Aiffres », qui accueillait un apprenti aide-soignant au moment de la visite de la mission.

L'inscription dans une démarche de VAE, qui se traduit par une décision de recevabilité du dossier, n'est pas gage d'aboutissement. Il n'existe pas, dans le groupe Médicharme, de suivi national du parcours de VAE et son aboutissement. L'inspection en date des 26 et 27 novembre 2019 de l'EHPAD « La croix du sud » signalait le défaut de qualification des personnels mais notait que 14 personnes étaient engagées dans une VAE. La mission a demandé que lui soit indiqué l'état d'avancement de la démarche pour les 10 personnes signalées comme engagées dans une VAE au 31 décembre 2020. Sur ces 10 personnes, six avaient quitté l'établissement depuis, une avait abandonnée, deux étaient encore en cours (et ont d'ailleurs dû se réinscrire) et une personne était diplômée.

Il faut toutefois noter que les difficultés du dispositif de VAE sont identifiées par les pouvoirs publics et ne sont pas propres au groupe. Une note de la DGCS fait état en 2022, pour 1 736 diplômes d'aide-soignant délivrés par ce canal, d'un nombre supérieur (1 853) de validations seulement partielles et de 843 échecs ; les abandons ne sont par ailleurs pas comptabilisés.

La mission a pu constater lors de ses échanges et de ses déplacements qu'il n'existe pas d'appui systématique de l'employeur à la VAE, qui est avant tout considérée comme une démarche personnelle du collaborateur. Jugé difficile par les collaborateurs concernés (remplissage du livret 2, oral final), le parcours de VAE peut faire l'objet d'un accompagnement informel au sein de l'établissement, par l'IDEC notamment, mais il n'est pas systématique. Plus rarement, il a été signalé à la mission la mise en place d'un accompagnement externe par un prestataire. La mission a pu constater lors d'un de ses déplacements (Résidence de Beurre – Lot et Garonne) que dans ce cas, le prestataire était financé par le compte personnel formation de l'agent concerné.

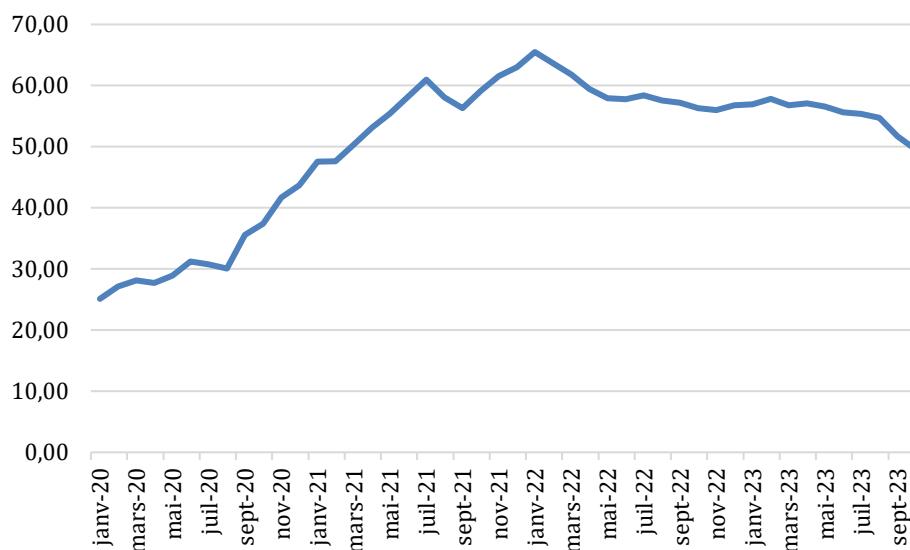
Lorsqu'il n'y a pas d'appui par l'employeur, il n'y a pas non plus systématiquement de suivi de l'avancée du salarié dans sa démarche, comme la mission a pu le constater par exemple à l'EHPAD « Résidence Saint Georges ». Quatre salariés étaient toujours considérés comme en VAE par la direction sans qu'elle se soit informée de l'état d'avancement du parcours, alors que l'inscription dans le parcours datait de plus de trois ans et n'était donc plus valable.

Au total, alors que le déficit de recrutement en aides-soignants est fort, le groupe Médicharme ne s'est pas donné les moyens d'une politique active et homogène de soutien à la qualification de ses agents.

3.6. L'évolution des effectifs du siège a été beaucoup plus importante que celle des établissements

Les effectifs du siège ont progressé très fortement en même temps que le groupe augmentait son périmètre et se structurait. Ils ont été ainsi multipliés par 2,6 en deux ans, de janvier 2020 à janvier 2022, avant de diminuer de près de 25% entre janvier 2022 et octobre 2023.

Graphique 10 : Effectifs (ETP) du siège du groupe Médicharme



Source : Mission d'après données Médicharme

Début janvier 2020, alors que le siège, ne comptait que 29 collaborateurs, certaines fonctions étaient absentes (direction médicale, responsable de projets médicaux sociaux), d'autres étaient embryonnaires (ressources humaines, appui au réseau). En octobre 2023, les effectifs sont constitués pour moitié des personnels de la direction des affaires financières, personnels comptables pour l'essentiel. La direction des ressources humaines est un peu plus étoffée mais les fonctions d'appui soignant ou médico-social représentent nettement moins de 10% des effectifs.

4. La politique de formation est encore en cours de construction malgré des obligations fortes

Les professionnels de santé exerçant en EHPAD doivent satisfaire depuis le 1^{er} janvier 2013⁵⁰ l'obligation de développement professionnel continu (DPC). La direction de l'établissement en est responsable pour les personnels paramédicaux salariés. Les professions médicales et libérales portent leur propre responsabilité sous le contrôle des ordres et des ARS. Le choix des thématiques du DPC fait partie intégrante du plan de formation de l'établissement.

Au-delà de cette obligation globale de maintien des compétences pour les professionnels de santé, des formations spécifiques obligatoires existent, qui peuvent également concerner d'autres catégories de personnel. S'ajoutent les formations obligatoires liées aux usages de logiciels spécifiques (cf. tableau 13).

⁵⁰ Article 59 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

Tableau 13 : Formations obligatoires par type de personnel

Formation	Personnel concerné	Fréquence
Formation aux gestes et soins d'urgences qui délivre une attestation (AFGSU)	Niveau 1 : tout le personnel Niveau 2 : soignants	Tous les 4 ans
Sécurité incendie	Tout le personnel	2 fois/an
Habilitation électrique	ATM	Tous les 3 ans
Plan de maîtrise sanitaire - HACCP	Cuisiniers, animateurs, ASH cuisine	Une fois
Titan soins	Soignants	Une fois
Titan facturation	Directeur et personnel administratif	Une fois
Silae (logiciel de gestion de la paye)	Directeur et personnel administratif	Une fois
Bionettoyage	ASH	Tous les ans

Source : Document Médicharme

Les formations sont proposées par des organismes de formation mais également par certains des fournisseurs. C'est notamment le cas pour la formation au bionettoyage à destination des ASH.

4.1. Le défaut majeur de formation est documenté dans les rapports d'inspection des ARS

L'analyse des rapports d'inspection des ARS dans les différents établissements du groupe met en exergue un déficit majeur de formation des personnels sur la période préalable à 2022. Sur l'ensemble des inspections, 30 ont mentionné un défaut de formation, qu'il s'agisse d'une absence globale de plan de formation, de déficit sur des formations obligatoires (gestes d'urgence) ou de thématiques plus spécifiques comme la bientraitance, la procédure événements indésirables graves ou encore le recours au logiciel Titan ou le ciblage d'une partie des personnels.

Les défauts sont donc multiples et dans certains cas, si la formation n'est pas évoquée dans les rapports, c'est parce que les autres difficultés ou manquements sont tels que cela n'apparaît pas comme une priorité immédiate. Ces constats sont d'ailleurs corroborés par les entretiens réalisés par la mission.

Cependant il est difficile d'imputer la responsabilité de cette absence de formation au seul groupe Médicharme. En effet, la plupart des établissements n'ont été acquis que très récemment et l'impact de la politique RH du groupe, ou de son absence, est donc difficile à mesurer. Cette situation dont on peut supposer qu'elle préexistait au rachat de ces établissements a été renforcée par la crise sanitaire qui n'a permis qu'une attention réduite et des possibilités diminuées d'accès à la formation pendant une période relativement longue.

Enfin, le *turn over* des directeurs et l'absence d'équipe médicale (médecin coordonnateur, IDEC) ont achevé de reléguer la formation dans les activités accessoires.

4.2. La formalisation de la politique de formation voulue par le siège peine à prendre de l'ampleur faute d'appui concret sur le terrain

4.2.1. Le siège a développé un ensemble de procédures à destination des directeurs d'établissements

Le déploiement de plans de formation s'est considérablement renforcé du fait de la formalisation de procédures partagées au niveau du siège.

Sur le volet structuration, une fiche de procédure pour l'établissement du plan de formation a été établie par la DRH. Elle propose un calendrier d'élaboration du plan et en retrace les différentes étapes : diagnostic des besoins, recensement des formations obligatoires et choix parmi les formations optionnelles ouvertes, modalités de financement et validation par la direction régionale.

En 2023, 27 établissements ont élaboré leur plan de formation sous la forme d'un tableau excel harmonisé mais qui n'est pas consolidé au niveau du siège. Celui-ci recense les formations programmées, les organismes pourvoyeurs, le nombre d'heures, le coût ainsi que le coût de remplacement du personnel à prévoir. Certains mentionnent le nombre d'inscrits, d'autres si la formation est rattachée au DPC ou non. Depuis qu'ils existent, ces tableaux/plans sont réédités chaque année sans toujours conserver l'historique de l'année précédente.

L'attestation de la bonne tenue de ces formations et de la participation effective des personnels n'est en revanche pas assurée hormis pour les formations délivrant une attestation, telle la formation aux gestes et soins d'urgences qui délivre une attestation (AFGSU). Les établissements n'effectuent pas de bilan. La plupart du temps, le nombre d'inscrits n'est pas renseigné et, s'il l'est, il n'est jamais rapporté au nombre de personnes qui devraient être formées (notamment pour les formations obligatoires) ou qui seraient potentiellement concernées (formations optionnelles).

Dix-huit établissements disposaient déjà d'un plan de formation en 2022 mais pour certains très succinct, consistant en une liste de noms associés à une thématique de formation, sans mention de la date, de l'organisme organisateur, ou du nombre d'heures.

La direction médicale du siège a également été à l'initiative de la production de l'outil « medibox », un ensemble de procédures relatives à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Diffusées dans l'ensemble des établissements, ces procédures servent de support à des formations effectuées en interne par les MedCo et les IDEC. Si ces formations ont le mérite de permettre des échanges facilitant le développement de pratiques communes, elles sont souvent assez courtes car contraintes par l'activité. Des remplacements sont prévus pour permettre aux professionnels d'y participer quand cela est possible.

La mission relève que le plan de formation de certains établissements, hors formations obligatoires, reposent quasi exclusivement sur cette offre.

4.2.2. L'harmonisation des pratiques demeure faible, notamment du fait d'un manque d'accompagnement des RRH et d'implication d'autres directions du siège

L'activité des RRH s'est principalement centrée sur la mise en conformité juridique de la gestion administrative. Les formations n'ont pas été leur priorité au regard des difficultés que rencontraient les établissements. Les possibilités de mutualisation sur une région ou un ensemble de département n'ont donc été exploitées que très marginalement. Pourtant certaines formations pourraient être proposées à l'échelle régionale afin de garantir une harmonisation des pratiques au sein du groupe et entre établissements, gagner du temps dans l'organisation, permettre des fréquences plus régulières, adapter les formations aux besoins etc.

De la même façon, les personnels du siège qui sont en contact avec le terrain soit au travers d'échanges, soit par le biais des audits réalisés, ne sont pas associés à la définition d'axes de formation. Il serait pourtant en mesure de faire remonter les besoins identifiés lors de leurs déplacements sur le terrain

Les directeurs d'établissements sont demandeurs d'un tel appui. Ils estiment perdre beaucoup de temps et d'énergie à prévoir et organiser ces modules, à identifier les bons organismes de formation et à assurer un suivi. De ce fait, la formalisation s'est arrêtée au milieu du gué.

Le recours aux formations fournisseurs a été évoqué lors des entretiens et déplacements comme un appui réel aux professionnels et la garantie d'un bon usage des dispositifs. Toutefois, le groupe n'est pas en mesure de suivre la mise en place et la participation effective à ces formations qui sont organisées au niveau de chaque établissement.

4.3. L'évaluation de la portée de ces dispositifs de formation est difficile

Au regard de ces éléments et en l'absence de bilan et d'évaluation des formations, il est difficile de mesurer leur impact sur les professionnels des établissements. On note toutefois dans les rapports des ARS, et lors des entretiens auprès des directeurs, une amélioration des pratiques. Mais celle-ci n'est pour l'instant pas objectivée, ce qui est regrettable au regard du travail accompli.

Lorsque l'historique est conservé, il permet de constater une relative absence de formation pendant la période de la crise sanitaire et d'observer une certaine évolution dans les thématiques de formation inscrites au plan depuis deux ans. Auparavant les formations étaient centrées sur le risque incendie et la sécurité. L'émergence de thématiques d'amélioration de la qualité de prise en charge comme la bientraitance, la nutrition ou encore la prévention des chutes apparaît dans les deux dernières années. Cette évolution est liée pour partie au travail qu'a effectué la direction médicale du siège à partir de 2022.

Réponses au contradictoire – Annexe III

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Annexe III page 1, 1.1 dernier § Le siège ne dispose que de peu de données consolidées. La DRH du siège pilote la politique des ressources humaines du groupe en concertation avec la Présidente du groupe et en tenant compte des délégations de pouvoir de chaque métier. - Annexe III page 2, 6^{ème} § « <u>Les responsables ressources humaines</u> » Les responsables ressources humaines exercent principalement une mission de conseil et d'appui juridique auprès des directeurs d'établissement dont le niveau d'autonomie est défini pour chaque procédure par le DR et le directeur d'établissement. La mise en conformité des pratiques avec le droit a sous-tendu leur action depuis l'arrivée de la DRH en juin 2021. - Annexe III page 2, dernier § « <u>Audits sociaux</u> » Lors des acquisitions le groupe MEDICHARME réalisait un audit social complet de la société acquise, souvent avec le concours de son avocat, pour identifier les problématiques et ainsi pouvoir mettre en conformité l'établissement acquis. Il est important de souligner que les EHPAD acquis étaient très souvent indépendants. Au cours des reprises, il est clairement apparu que les gestionnaires individuels rencontraient les plus grandes difficultés à mettre en place les dispositions nécessaires au respect de la législation relative au droit du travail, occasionnant, de fait, un travail colossal à la suite des reprises pour les équipes RH afin de mettre en conformité les établissements. - Annexe III page 3, 2 derniers § et page 7 2.1.2.2. Page 3 « <u>Les profils des directeurs recrutés et la part variable de leur rémunération</u> »	Constat et rédaction maintenus Rédaction maintenue Vu. La mission maintient ses observations. La sensibilisation à la gestion financière n'est pas apparue lors des entretiens menés.

Réponses au contradictoire – Annexe III

Le groupe veille à recruter des directeurs accomplis ayant également des compétences de gestionnaire. Il est à noter que la mission ne semble pas tirer les justes conséquences du mode de détermination de la part variable de la rémunération des directeurs. En effet, le mode de détermination de la part variable de rémunération des directeurs est lié aux résultats financiers des établissements, ce qui démontre que le groupe souhaite sensibiliser les directeurs concernant la gestion financière des établissements. En revanche, Il n'est pas prévu de part variable, si la condition de qualité comprenant la bientraitance n'est pas remplie. L'objectif d'EBITDAR en matière budgétaire se calcule avec les éléments dont les Directeurs ont la maîtrise et l'initiative, à savoir : les tarifs, les autres charges externes, le taux d'occupation, la liste des investissements, les ETP liés à l'organisation journalière au regard de la structure et des résidents. - Annexe III page 4, § 2 <u>« Du fait de la faible structuration du groupe, le pilotage stratégique des ressources humaines est fragilisé. [...] »</u> Contrairement à ce que laisse entendre le rapport, la direction des RH a déployé la politique du groupe au sein des établissements après les acquisitions et a bien procédé à une harmonisation au sein des différentes structures. Tout l'enjeu est de trouver un équilibre afin de permettre à chaque établissement de garder l'identité connue des résidents et des salariés, tout en déployant la politique du groupe. Cet équilibre peut s'avérer difficile à trouver d'autant plus lors du rachat de structures familiales. Les salariés peuvent avoir une réaction négative voir de rejet face aux changements inhérents au rachat de l'établissement par un groupe, d'où la nécessité de déployer la politique du groupe de façon progressive. En tout état de cause l'harmonisation a bien avancé, le service RH ayant mis en place : - Une gestion du personnel unifiée (intitulés des fonctions - dates d'ancienneté - rubriques de paies - simplification de saisie des variables - gestion des dispenses de mutuelle - suivi des visites médicales...);	S'agissant des éléments participant de l'EBITDAR, ils sont également fonctions du contexte dans lequel évolue l'établissement (tarifs pratiqués par ses concurrents par exemple) et la mission ne partage pas l'idée que les directeurs en ont la maîtrise. La mission maintient sa rédaction. Elle ne remet pas en question la volonté actuelle de cadrer et d'harmoniser les pratiques et l'évolution <u>en cours</u>. Elle a même souligné à de nombreuses reprises dans le rapport le travail des RRH sur ce point. Mais elle considère que l'harmonisation de pratiques et la « mise aux normes » ne constituent pas per se des éléments de pilotage ou une véritable politique RH.

Réponses au contradictoire – Annexe III

- Des contrats de travail uniformes sur tout le réseau ; - Une gestion des paies uniformisée ; - Une structure de rémunération partiellement uniformisée dont l'harmonisation pourrait s'achever avec la mise en place de l'avenant 33 concernant les rémunérations ; - Une suppression progressive de certains usages spécifiques liés aux établissements ; - Un organisme de mutuelle uniformisé (ce point est en cours, il reste 8 établissements où il convient de la déployer) ; - La suppression de la subrogation en cas de maladie afin d'uniformiser la gestion du maintien de salaire ; - Une gestion des congés payés uniformisée ; - Uniformisation des entretiens annuels ; - Un Règlement intérieur et un DUERP type pour tous les établissements du groupe. Il est important de souligner que la direction des ressources humaines est intervenue sur de nombreux points en dehors des contentieux, contrairement à ce que laisse entendre la mission, à savoir : 1. La définition des priorités RH en lien avec la stratégie de la société chaque année : - Gestion du personnel ; - Recrutement des cadres réseau/siège ; - Organisation des activités RH en établissement ; - Politique portant sur le maintien d'un bon climat social ; - Soutien et pilotage pour répondre aux questions du CSE ; 2. Le support juridique au niveau du droit social : - Relecture/rédaction des courriers complexes réseau de tous ordres ; - Gestion des relations avec les administrations : inspections du travail / médecine du travail / URSSAF ; - Aide à la rédaction ou rédaction des accords de société locaux ; - RH du siège : CSE/gestion du personnel du siège/réponses aux courriers ; 3. La gestion de projets : - Organisation du réseau (création du poste des DR) ; - Harmonisation des plannings réseau ; - Formation des directeurs : parcours d'intégration/recrutement ; - Procédures RH ;	

- Développement de la marque employeur au niveau local ; - Qualité de vie du travail des salariés en établissement (cf. audit social des RRH). - Annexe III point 1.2 page 5 <u>« Il n'y a pas d'unité économique et sociale reconnue à l'échelle du groupe. »</u> Le groupe MEDICHARME respecte dans ses différentes filiales les obligations en matière d'élections professionnelles. Il est important de souligner qu'il n'y a pas de CSE pour 9 établissements ayant le nombre d'ETP nécessitant sa mise en place uniquement en raison soit de l'établissement d'un PV de carence ou de l'organisation d'élection en cours, de sorte que cela ne saurait en aucun cas être reproché au groupe qui respect la législation applicable en la matière. S'agissant du Comité de groupe, les dispositions légales permettent d'opter pour un comité de groupe ou pour un CSE de groupe. La société MEDICHARME a respecté la législation en vigueur en choisissant de mettre en place un comité de groupe correspondant mieux à la réalité sociale et juridique du groupe ainsi qu'à ses moyens d'alors. - Annexe III 1.2 page 5 <u>« L'organisation des relations sociales est essentiellement déconcentrée et faiblement structurée. »</u> Contrairement aux affirmations de la mission, l'organisation des relations sociales est essentiellement déconcentrée et <u>est structurée</u>. Les RRH ainsi que la DRH veillent à la tenue des CSE, à leur bon déroulement et à la qualité des réponses apportées en instance. L'équipe RH met tout en œuvre pour apporter des solutions avec les DR si nécessaire afin de garantir un bon climat social dans les établissements et de bonnes relations sociales. - Annexe III 1.2 page 5 <u>« Il n'existe aucun essai d'harmoniser l'organisation du travail. »</u>	Dont acte. Rédaction maintenue : elle fait le simple constat du nombre des entités sans CSE, en indiquant par ailleurs que la responsabilité en revient en partie aux exploitants précédents Dont acte, rédaction maintenue. La mission a fait le constat du caractère assez formel de ce comité Dont acte s'agissant de l'appui de la DRH aux établissements pour la gestion des CSE. Rédaction toutefois maintenue : les relations sociales sont pratiquement inexistantes à l'échelle du groupe, exception faite du comité de groupe dont l'activité a été faible Rédaction maintenue : l'organisation du travail est essentiellement locale et une prérogative du directeur d'établissement

Il existe des grands principes qui sont individualisés en tenant compte des résidents, des bâtiments et de l'historique lors des acquisitions d'EHPAD. - Annexe III 2.1.1.2.1. page 7 <u>« Il faut noter que l'un des directeurs qui a exercé par ailleurs pendant plus de 3 ans les fonctions de directeur du réseau au sein du groupe MEDICHARME, n'est rémunéré que sur la base de 20% d'un temps plein au titre de ses fonctions de directeur d'établissement. Lors de l'échange avec la mission, qui l'a rencontré lors de son déplacement sur site, il a pourtant indiqué être en réalité impliqué en continu dans la gestion de l'établissement. »</u> Le Directeur évoqué ici est rémunéré sur la base de 20% d'un temps plein car il ne travaille qu'un jour par semaine, ce qui est d'ailleurs confirmé par le contrat de travail transmis à la mission. Si ce directeur n'est présent qu'un jour par semaine c'est parce qu'il était auparavant embauché en qualité de directeur réseau par la société MEDICHARME. Lors de la rupture conventionnelle de son contrat de travail avec MEDICHARME, son contrat de travail avec la résidence de COEUVRES est demeuré inchangé. Ledit contrat correspond bel et bien à la réalité de la relation contractuelle des parties. Il est à noter que ce directeur se sent particulièrement impliqué dans l'établissement car il était auparavant actionnaire de la société d'exploitation, jusqu'à la cession de ses titres au groupe MEDICHARME le 27 septembre 2018.	Rédaction (y compris la note de bas de page) maintenue, les précisions apportées sont conformes à la rédaction initiale
- Annexe III 2.1.1.3. page 8 <u>« Les directeurs régionaux sont également munis d'un DUD, dont le contenu est globalement cohérent avec la mission de supervision de deuxième niveau qui est la leur, mais dont la formulation peut être source de confusion dans l'exercice des responsabilités. »</u> Si certaines des missions confiées aux directeurs régionaux dont les thèmes sont similaires à ceux indiqués dans les missions des directeurs d'établissement, aucune confusion ne peut exister. Le spectre géographique de compétence des directeurs régionaux étant bien distinct du spectre géographique de compétence des directeurs d'établissement. Les directeurs régionaux ont plusieurs établissements dans leur spectre de compétence et jouent un rôle de supervision distinct de celui des directeurs d'établissement.	Rédaction maintenue : s'agissant de la sécurité, les attributions des directeurs et directeurs régionaux sont en partie concurrentes et de nature à susciter une interrogation sur les responsabilités effectives dans ce domaine.

- Annexe III page 11 § 3 et suivants <u>« La rotation accélérée des titulaires des postes a pour corollaire de fréquentes périodes de vacance et de rupture dans la continuité de direction, voire de carence, en l'absence de sous-directeur et plus largement d'équipes administratives étoffées.</u> Il convient de souligner que ces périodes de vacance sont inhérentes aux dispositions du droit du travail et amplifiées par les difficultés de recrutement du secteur. En effet en cas de licenciement, la procédure de recrutement ne peut être lancée qu'à compter de la notification de la rupture au salarié. Si le recrutement est lancé avant, cela signifie que la décision de licencier le salarié était prise avant l'issue de la procédure disciplinaire ce qui constitue une faute de l'employeur engageant sa responsabilité. Dès lors, compte tenu des délais de recrutements, en cas de licenciement il est quasiment impossible de trouver un nouveau directeur avant le départ du précédent. Ceci est d'autant plus vrai que les licenciements de directeur sont souvent intervenus pour faute grave, et que dans un tel cas, aucun préavis n'est réalisé par le salarié licencié. Indépendamment de la chronologie inhérente aux procédures disciplinaires, ces périodes de vacances s'expliquent également par les difficultés de recrutement structurelles existant dans le secteur. Ces difficultés sont d'ailleurs soulignées dans le rapport publié par la Cour des comptes en février 2022. Toutefois, comme le relève la mission, le groupe MEDICHARME a mis en place des stratégies palliatives afin d'assurer la direction des établissements par l'usage des ressources internes (directeurs d'appui) et externes au groupe (directeurs de transition) dans l'attente des remplacements définitifs. Le groupe MEDICHARME fait donc tout son possible pour résoudre ce problème structurel en anticipant ces problématiques et a ainsi créé un poste entièrement dédié à cette question au siège (un recruteur pour les postes cadre). - Annexe III 2.1.2.2.2. page 13	Dont acte ; le turn over très important constaté pour les fonctions de direction se traduit effectivement par des périodes de carence incompressible. La rédaction mentionne les stratégies palliatives et leurs limites, de même que la création d'un poste à la DRH spécialement chargé du recrutement. Rédaction maintenue

Réponses au contradictoire – Annexe III

« 2.1.2.2.2. Des difficultés de gouvernance persistent dans certains établissements <i>Les progrès dans la gouvernance des établissements laissent subsister des situations de fragilité.</i> <i>Le groupe n'échappe pas aux déconvenues managériales, qui conduisent à des situations de crise dans le fonctionnement des établissements. »</i> Une nouvelle directrice a été recrutée le 1^{er} novembre 2023 pour les EHPAD situé dans le Lot-et-Garonne. La mission vise ici des cas particuliers démontrant la rigueur du groupe qui met tout en œuvre pour veiller à la santé et la sécurité de ses résidents et salariés en ayant une tolérance 0 face aux agissements de maltraitance et de harcèlement. S'agissant de l'établissement Résidence du Lac, la mission vise le licenciement de Monsieur T. à qui des faits de maltraitance divers sont reprochés, parmi lesquels des faits de maltraitance dans les soins ainsi que de dénutrition des résidents. Son successeur a eu un comportement tout aussi répréhensible en commettant des actes de harcèlement grave à l'égard des salariés, ayant nécessité la rupture du contrat de travail pour préserver la sécurité des salariés de l'établissement concerné. S'agissant de la directrice des JARDINS D'AIFFRES, l'employeur a découvert que la salariée, dont l'employeur avait pourtant vérifié le casier judiciaire, lui avait caché qu'elle avait fait l'objet d'une condamnation pénale pour avoir volé 33 chèques à une personne âgée résidant au sein de l'EHPAD dont elle était alors salariée. Lorsque la salariée a su que son employeur avait découvert l'existence de sa condamnation pénale elle a produit un arrêt maladie puis elle a été licenciée pour inaptitude professionnelle. Les cas particuliers ainsi mentionnés, bien loin de démontrer une défaillance du groupe, démontrent au contraire une rigueur importante mise en place afin de veiller au respect de la législation sociale et médico-sociale en vigueur. - Annexe III 2.1.2.3 pages 13 et 14 <u>« Le groupe Médicharme a actuellement 25 contentieux en cours qui concernent d'anciens directeurs d'établissements mais également des personnels soignants. La plupart des motifs de litige sont relatifs à la contestation par les anciens salariés des motifs de licenciement ou à des réclamations relatives au</u>	Erreur factuelle de date (2022 au lieu de 2023) rectifiée s'agissant du recrutement de la nouvelle directrice. Les deux cas particuliers s'inscrivent dans une longue série de turn over accéléré sur les postes de direction des établissements du groupe, même si la mission a pu noter une amélioration de la situation au cours des deux dernières années. Rédaction maintenue. La mission maintient ses observations : ce qu'elle décrit est factuel et étant donné les provisions opérées par le

Réponses au contradictoire – Annexe III

<u>temps de travail et à la rémunération (congé, heures supplémentaires, etc.). Une procédure concerne une personne qui se trouve toujours en poste.</u> La mission laisse entendre que le nombre de contentieux serait colossal alors qu'il s'agit des contentieux sur la période ouverte depuis 2019 à ce jour. Il convient de souligner que le groupe emploie plus de 1 300 salariés, de sorte qu'il est impossible dans ce type de structures d'éviter la survenance de contentieux sociaux. Le groupe travaille néanmoins quotidiennement afin de prévenir la survenance de tels contentieux. Il convient de préciser que les juridictions prud'homales ne condamnent qu'exceptionnellement les salariés, et ont au contraire tendance à être particulièrement sévères avec les employeurs, de sorte que selon les cas d'espèce, la réduction des condamnations est considérée comme une décision positive. Ce point doit être pris en compte dans l'appréciation de l'issue d'une procédure contentieuse. - Annexe III 2.2.1. page 15 <u>« 2.2.1. La couverture des établissements est partielle et pour une quotité insuffisante »</u> <u>L'article L.312-12 (V) du code de l'action social rend obligatoire la présence d'un médecin coordonnateur en fonction de la taille de l'établissement.</u> Il est tout d'abord important de noter que le législateur a augmenté le temps de présence des médecins coordonnateurs exigé au sein des EHPAD sans prendre de mesures pour remédier aux difficultés de recrutement de médecin coordonnateur existant dans ce secteur. Les difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs et des IDEC sont un problème structurel en EHPAD, lequel a d'ailleurs été mis en exergue par le rapport publié par la Cour des comptes en février 2022. Ces difficultés se sont renforcées avec la crise sanitaire et le scandale ORPEA qui ont rendu les recrutements encore plus difficiles. Cette problématique est particulièrement présente au sein du groupe MEDICHARME en raison :	groupe et les montants versés, les litiges ne sont pas minimales Rédaction maintenue ; les difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs ne sont effectivement pas propres au groupe Médicharme, mais sont toutefois comparativement plus importantes pour ce groupe.

- De l'existence de déserts médicaux autour de certains établissements ; - De la concurrence acharnée existant pour procéder au recrutement de ce personnel qualifié et qui défavorise les groupes de taille intermédiaire. Le groupe MEDICHARME a tenté de trouver des solutions pour pallier ces difficultés de recrutement et a notamment augmenté les salaires proposés aux médecins coordonnateurs, aux IDE et aux IDEC pour attirer plus de candidats (ex : en moyenne l'offre de salaire pour un IDE chez MEDICHARME est passée de 2 400 € à 2 700 € et de 3 000 € à 3 500 € pour un IDEC). Cependant, ces efforts ne suffisent pas à rendre les postes plus attractifs. - Annexe III 2.2.1. page 16 <u>« Lorsque des médecins sont présents dans les EHPADs, les quotités de présence sont en deçà de ce que prévoit le code de l'action sociale et des familles »</u> L'offre d'emploi des médecins coordonnateurs est toujours conforme aux conditions légales. Pour le cas des médecins coordonnateurs en poste, une proposition d'augmentation du temps de travail est toujours faite par le directeur et souvent refusé par le médecin coordonnateur. - Annexe III 2.2.3. page 17 <u>« La recherche systématique d'une solution palliative au déficit de médecins coordonnateurs »</u> Le salaire moyen d'un médecin coordonnateur s'élève à 8.000 € par mois soit 3.200 € pour 0,4 ETP. - Annexe III 2.4. pages 19 et 20 <u>« Les conséquences délétères pour les résidents de la défaillance du trio de gouvernance d'un établissement ont été clairement mis en évidence lors des inspections réalisées par l'ARS d'Ile-de-France et le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis à l'EHPAD « La Roseraie », aboutissant à la fermeture de l'établissement (cf. encadrer 1)</u> Face au plan d'action mené tant sur le plan opérationnel que structurel (d'investissement significatif), et malgré l'accord de principe des Tutelles (ARS et CD) du projet	Dont acte, la quotité de travail dépend effectivement de la disponibilité et de la volonté du médecin. La performance du groupe à ce sujet est toutefois inférieure à celle du secteur dans son ensemble. Rédaction maintenue Note de bas de page modifiée pour apporter cette précision Rédaction maintenue.

de transfert de lits sur un EHPAD neuf à Montreuil, la société MAISONS DE SANTE LA ROSERAIE a saisi le Tribunal Administratif de Montreuil pour une demande d'annulation de l'abrogation de l'arrêté d'exploitation. Le groupe n'entend développer les arguments faisant l'objet de son mémoire dans le cadre de procédure en cours. - Annexe III 3.2. page 22 <u>« 3.2. Le taux de contrat à durée déterminée est plus élevé que la moyenne du secteur »</u> Il est tout d'abord intéressant de noter que la mission se fonde sur la moyenne de recours aux CDD en EHPAD établie en 2019, soit avant la crise sanitaire liée au COVID et le scandale ORPEA qui ont amplifié les difficultés de recrutement et donc le taux de recours au CDD. Il est donc difficile d'affirmer sur cette base que le taux de recours au CDD est plus important que la moyenne au sein du groupe MEDICHARME. Il n'est toutefois pas contesté que le taux de recours au CDD est important au sein du groupe, notamment en raison du refus des salariés de conclure des CDI qui sont moins avantageux financièrement. La pénurie de personnels soignants, permet à ces derniers de changer de poste régulièrement sans craindre de période d'inactivité. Ce phénomène a été amplifié par le développement de différentes applications permettant aux soignants de connaître en temps réel les différents postes vacants autour de leur domicile. - Annexe III 3.3. page 25 <u>« Tableau 8 : Dépenses d'intérim (ensemble du groupe) entre 2020 et 2022 »</u> L'augmentation du recours à l'intérim s'explique par l'augmentation des difficultés de recrutement rencontrées par certains établissements du groupe, en fonction de leur histoire et de leur positionnement géographique.	L'année de référence est effectivement antérieure à la crise de la Covid, laquelle a pu contribuer à majorer les taux de CDD. Une précision apportée à ce sujet dans la rédaction Rédaction maintenue ; elle précise que le recours à l'interim intervient en dernier ressort et qu'il est largement lié à quelques situations particulières d'établissements

Toutefois, il convient de souligner que si cette solution s'avère couteuse, le groupe n'y a eu recours qu'en l'absence d'autres solutions pour pourvoir les postes vacants et indispensables à la prise en soins des résidents. - Annexe III 3.4. page 26 <u>« L'analyse de l'ensemble des contrats passés en 2022 dans plusieurs établissements du groupe montre un très grand nombre de contrats en CDI avec une durée de présence dans l'établissement très courte, de quelques semaines à quelques mois, ce qui contribue à majorer le taux de rotation. Ce constat a été partagé avec la direction du groupe. De cet échange, il ressort que ce fort turn over serait le reflet d'une part de la forte volatilité du marché du travail, d'autre part d'une posture assumée visant à ne pas conserver des personnels dans les effectifs qui ne donnent pas satisfaction. »</u> Comme indiqué par la mission, le turnover constaté s'explique par le marché du travail lui-même mais aussi par un choix de la direction MEDICHARME de faire preuve d'une tolérance 0 en cas de maltraitance, étant précisé que cette notion est bien plus large que la simple violence physique. - Annexe III 3.5.1. page 29 <u>« Ponctuellement le groupe a été amené à tolérer ou cautionner des recrutements non conformes au droit. Lors de l'inspection de l'EHPAD Aeria, il est mentionné le recrutement en tant qu'infirmier d'un professionnel détenteur d'un diplôme de « technicien supérieur de la santé » hors Union européenne. Au moment de la visite de la mission au sein de cet établissement, le contrat de travail de ce professionnel avait été modifié pour un poste d'ASH ».</u> Contrairement à ce que laisse entendre la mission, le groupe n'a pas accepté de recruter un infirmier n'ayant pas le diplôme nécessaire. Il s'agissait en réalité d'un ressortissant hors union européenne qui avait fait la demande d'équivalence de son diplôme, raison de son embauche en qualité d'IDE. Lorsque l'établissement a su que l'équivalence n'était pas obtenue elle a procédé à la modification de sa qualification. - Annexe III 3.5.4. page 34 « <u>V.A.E.</u> »	La réponse confirme la rédaction, qui est maintenue. Rédaction maintenue. Le groupe ne peut ignorer que les diplômes d'infirmiers hors union Européenne (en l'occurrence algérien) ne sont pas reconnus et n'ouvrent pas droit à équivalence en France. L'emploi, même temporaire, d'un professionnel titulaire de ce diplôme en tant qu'infirmier est contraire au code de la santé publique.

Les VAE sont toujours proposés par la direction mais ne sont pas toujours acceptés par le salarié. Dans le plan de formation, il est donné pour consigne de bien intégrer les salariés qui le souhaitent et d'encourager les autres salariés à pratiquer une VAE. - Annexe III 3.5.4. page 34 <u>« Début janvier 2020, alors que le siège ne comptait que 29 collaborateurs, certaines fonctions étaient absentes (direction médicale, responsable de projets médico-sociaux), d'autres étaient embryonnaires (ressources humaines, appui au réseau). En octobre 2023, les effectifs sont constitués pour moitié des personnels de la direction des affaires financières, personnel comptable pour l'essentiel. La direction des ressources humaines est un peu plus étoffée mais les fonctions d'appui soignants ou médico-social représentent nettement moins de 10% des effectifs. »</u> Contrairement à ce que laisse entendre la mission, une direction des ressources humaines a été mise en place dès la création de la société, tout d'abord par la conclusion d'un contrat avec une consultante extérieure, Madame ROUSSEAU, qui est intervenue dès 2015. Par suite du départ de Madame ROUSSEAU, Madame Emmeline CARRE a été recruté en 2019 au poste de DRH afin de structurer la direction des ressources humaines et de relever les défis inhérents au fort développement du groupe. Madame CARRE a quitté le groupe au bout de quelques mois. La société MEDICHARME a donc embauché Madame Martine LESTOQUOY en qualité de DRH. Malheureusement cette dernière n'avait pas les compétences nécessaires, elle a quitté son poste aux alentours de juin 2020. C'est ainsi que Madame Catherine DE FREITAS a été embauchée en juin 2021 au poste de DRH du groupe MEDICHARME, poste qu'elle occupe depuis lors. Cet historique démontre que si la société MEDICHARME s'est heurtée à des difficultés de recrutement, elle n'a pas attendu 2021 pour développer la direction des ressources humaines, mais a, dès son origine, investi dans cette fonction support primordiale. Le groupe a également très rapidement développé une direction réseau.	Rédaction maintenue. La politique d'incitation à la VAE et d'accompagnement du salarié est, au-delà d'une position de principe favorable, très faible au sein du groupe. Rédaction maintenue : elle mentionne que les fonctions « ressources humaines » et « appui au réseau » ont longtemps été embryonnaires, bien moins développées que les fonctions financières et immobilières. S'agissant de la direction médico-sociale, il s'agit comme le précise la réponse du groupe, d'une ressource externe contractuelle et non d'un ou une salarié(e) de Médicharme.

Réponses au contradictoire – Annexe III

Cette fonction support avait pour but de superviser les exploitations et d'aider les directeurs dans l'accomplissement des nombreuses missions leurs incombant. Le 1^{er} juillet 2018, la société MEDICHARME a ainsi embauché Madame Claire RAD en qualité de directrice des exploitations. Compte tenu du développement très rapide du groupe, la société MEDICHARME a embauché un deuxième directeur des exploitations le 2 janvier 2019. Si ces deux salariés ont quitté leurs fonctions au cours de l'année 2019, la société MEDICHARME a pourvu à leur remplacement par l'embauche de Monsieur GAYRAUD et de Madame CLERC en qualité de directeurs réseaux. La société MEDICHARME a également développé, dès sa création, la direction médico-sociale par la conclusion d'un contrat avec Madame Nathalie MANAUT, consultante externe chargée de cette fonction.	

ANNEXE IV

L'accompagnement des résidents

SOMMAIRE

1. L'OFFRE D'ACCUEIL EST DE FAIBLE CAPACITE ET PEU DIVERSIFIEE.....	1
1.1. Les établissements du groupe sont nettement plus petits que la moyenne du secteur	1
1.2. L'offre d'accueil est également moins diversifiée.....	3
1.3. Les conditions d'autorisation sont globalement respectées	5
2. LE GROUPE A OPERE RECEMMENT UN VIRAGE EN STRUCTURANT SA POLITIQUE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE	6
2.1. La structuration de la politique de soins est récente	6
2.1.1. <i>La constitution d'une direction médicale a impulsé une politique de soins à l'échelle du groupe</i>	<i>6</i>
2.1.2. <i>Le déploiement d'un système d'information et de procédures métiers, associé à des outils internes d'évaluation, a favorisé l'amélioration des pratiques.....</i>	<i>8</i>
2.2. Le groupe rattrape son retard dans la mise en conformité de ses établissements avec le cadre institutionnel de fonctionnement des EHPAD.....	16
2.2.1. <i>La négociation des CPOM progresse mais elle est pour l'heure moins avancée que dans le reste du secteur commercial</i>	<i>17</i>
2.2.2. <i>Le pilotage de la politique d'évaluation externe est encore en construction</i>	<i>17</i>
2.2.3. <i>Les projets d'établissement ont commencé à être élaborés de façon systématique dans la période récente.....</i>	<i>18</i>
2.2.4. <i>Les projets d'accompagnement personnalisés restent inégalement et incomplètement déployés et construits sans participation systématique des résidents et de leur famille.....</i>	<i>19</i>
2.2.5. <i>Les conseils de la vie sociale sont mis en place dans la plupart des établissements.....</i>	<i>20</i>
3. SI LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS S'EST AMELIOREE, IL SUBSISTE DES MARGES DE PROGRES SIGNIFICATIVES.....	21
3.1. Les résidents ont un profil un peu plus jeune et un peu moins requérant en soins que la moyenne du secteur	21
3.2. L'organisation des soins dans les établissements dépend de la stabilité de l'équipe de coordination et des capacités de recrutement de personnel qualifié ...	23
3.2.1. <i>La coordination des soins s'est davantage structurée.....</i>	<i>23</i>
3.2.2. <i>L'organisation des soins et la prise en charge des résidents pâtissent de la difficulté à recruter du personnel soignant qualifié en nombre suffisant..</i>	<i>28</i>
3.2.3. <i>La sécurisation du circuit du médicament a été renforcée par l'adoption de la préparation des doses à administrer mais reste fragilisée par des transcriptions non sécurisées d'ordonnances dans le logiciel Titan.....</i>	<i>32</i>
3.3. L'accès des résidents aux professionnels de santé est le reflet de l'offre de soin des territoires	37
3.3.1. <i>Malgré des difficultés liées à une densité médicale en décroissance, la quasi-totalité des résidents disposent d'un médecin traitant.....</i>	<i>37</i>
3.3.2. <i>L'accès aux spécialistes reste cependant plus difficile.....</i>	<i>39</i>

3.3.3.	<i>L'intensité des soins de masso-kinésithérapie prodigués varie beaucoup en fonction des établissements.....</i>	41
3.3.4.	<i>Les relations de partenariat avec les établissements de santé sont inégalement développées.....</i>	43
3.4.	<i>La politique de la bientraitance, incluant le traitement des événements indésirables, est en voie de structuration.....</i>	44
3.4.1.	<i>Le signalement des EIG fait l'objet de procédures nationales qui restent en cours d'appropriation.....</i>	44
3.4.2.	<i>La politique de bientraitance ne s'est structurée que récemment à l'échelle du groupe</i>	45
3.4.3.	<i>Si les contentions sont bien réalisées sur prescription médicale, le suivi et le renouvellement des prescriptions n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques.....</i>	47
3.5.	<i>Une attention renforcée aux enjeux d'alimentation et aux risques de dénutrition qui doit être poursuivie</i>	48
3.6.	<i>L'animation dans les établissements souffre d'un déficit de structuration.....</i>	50

1. L'offre d'accueil est de faible capacité et peu diversifiée

1.1. Les établissements du groupe sont nettement plus petits que la moyenne du secteur

Le groupe exploite essentiellement des EHPAD. Au 1^{er} novembre 2023, ils étaient au nombre de 32, après trois fermetures d'établissement : la première (EHPAD « la Roseraie » à Livry Gargan – Seine-Saint-Denis) consécutive à une mesure administrative de cessation d'activité ; la deuxième (EHPAD « Les Charmilles » à Melle – Deux Sèvres) dans le cadre d'une opération de regroupement ; la troisième (EHPAD « la Fruitière » à Marseille) à la suite de désordres dans le bâti créant des risques pour la sécurité des résidents. Un autre EHPAD (« La chevalière » à Mazamet – Tarn) a été abusivement rattaché au périmètre du groupe alors qu'il n'avait pas le contrôle effectif de cet EHPAD à gouvernance associative.

Le groupe gère également un petit Foyer d'accueil médicalisé de 14 places, accolé à l'un des EHPAD en Ardèche. Les deux établissements ont en commun de recruter historiquement de façon privilégiée des patients adressés par un établissement psychiatrique, même si cette spécificité s'est aujourd'hui amoindrie. Enfin, le groupe gère une résidence autonomie et dispose de places de même nature en sus de places d'EHPAD dans le Lot-et-Garonne.

Les développements qui suivent concernent les EHPAD, qui constituent l'essentiel de l'offre.

Les EHPAD du groupe Médicharme sont de faible capacité : la taille moyenne des EHPAD en fonctionnement au 1^{er} novembre 2023 est de 53 lits. Le tableau suivant indique la répartition des EHPAD du groupe selon leur capacité.

Tableau 1 : Répartition des EHPAD du groupe Médicharme en fonctionnement au 1^{er} novembre 2023 selon leur capacité

Capacité	Nombre d'établissements
Moins de 41 places	13 ¹
41 à 59 places	10 ²
60 à 79 places	1
80 places et plus	8

Source : arrêtés d'autorisation.

Tant la taille moyenne que la forte proportion des établissements de petite capacité sont très atypiques au sein du secteur privé à but lucratif. Les données du tableau de bord de la performance du secteur médico-social pour 2021 font état d'une moyenne (hébergement à temps complet + hébergement temporaire) de 82 lits dans ce secteur. Près des 2/3 des EHPAD du secteur ont une taille comprise entre 60 et 99 places. Le tableau ci-dessous compare la répartition par taille des EHPAD du secteur privé à but lucratif avec celle des EHPAD du groupe.

¹ Un EHPAD de 39 places (les jardins d'Aiffres- Deux Sèvres) doit toutefois voir sa capacité portée à 87 places à la suite du regroupement de capacités avec l'EHPAD « Les Charmilles ».

² Un des EHPAD de cette catégorie est situé sur le même site qu'un EHPAD de 85 places ; les deux ont toutefois des organisations distinctes et du personnel dédié pour l'essentiel.

Annexe IV

Tableau 2 : Répartition des EHPAD selon leur capacité (en pourcentage)

Capacité	EHPAD à but lucratif	Médicharme
1 à 24 places	9,1 %	9,3 %
25 à 44 places	7,4 %	31,3 %
45 à 59 places	9,9 %	31,3 %
60 à 99 places	63,1 %	25 %
100 et +	10,4 %	3,1 %

Source : Tableau de bord de la performance du secteur médico-social – 2021.

Il n'existe pas de référentiels mettant en regard la taille de l'établissement et la qualité de la prise en charge et définissant une taille optimale sur ce critère. Il est certain toutefois qu'une capacité réduite pose des difficultés spécifiques dans le recrutement de certains personnels qui ne pourront exercer qu'à temps partiel : médecin coordonnateur ; psychologue ; animateur... L'organisation reposant sur un nombre plus réduit de personnels (infirmier notamment), le risque de rupture dans la continuité des prises en charge est également accru, en cas d'absence (maladie, maternité) ou de vacance de poste. Enfin, la taille réduite des équipes administratives ne favorise pas la conduite de projets et l'établissement de procédures garantissant la qualité et la continuité.

L'offre, déjà structurée au moment de son acquisition par le groupe Médicharme, a peu évolué sous sa gouvernance. La seule opération structurante concerne le regroupement de deux établissements de petite taille situés à moins de 30 km l'un de l'autre dans les Deux-Sèvres (EHPAD « les jardins d'Aiffres » de 39 places et « Les charmilles » de 48 places), opération en voie de finalisation. Elle est pour l'heure source de déficits importants pour le groupe. Seuls 10 résidents ont accepté d'être transférés de l'EHPAD « Les charmilles » vers l'EHPAD d'Aiffres. En dépit de ces transferts, l'EHPAD accueillait seulement 30 résidents le jour de la visite de la mission, pour une capacité opérationnelle de 39 places et ce alors qu'une partie du personnel des Charmilles a été transférée à Aiffres. La montée en charge des 48 nouvelles places, portant la capacité totale de l'EHPAD à 87 places, s'annonce difficile dans un contexte où l'offre locale ne semble pas saturée et où les coûts de l'hébergement sont dans la fourchette haute du département (2 773 euros/ mois pour une chambre seule)³.

³ Le département des Deux Sèvres compte 72 EHPAD dont le prix d'hébergement varie de 1 990 à 2 997 euros/mois. Seuls 3 EHPAD affichent des prix d'hébergement supérieurs à ceux des Jardins d'Aiffres.

[https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge?departement=DEUX-SEVRES%20\(79\)&form=form-annuaire&annuaire=EHPAD#container-result-query](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge?departement=DEUX-SEVRES%20(79)&form=form-annuaire&annuaire=EHPAD#container-result-query)

Annexe IV

L'organisation actuelle laisse subsister des configurations territoriales peu adaptées à une organisation des soins efficace et économe en ressources humaines. C'est notamment le cas pour l'EHPAD « les Eaux Vives », dans le département de la Meuse, visité par la mission, qui comporte trois petites structures de respectivement 30, 30 et 49 places, éloignées d'une vingtaine de kilomètres, dispersion qui oblige à prévoir des effectifs de nuit supplémentaires par rapport à une configuration regroupée, complexifie la coordination et impose des déplacements chronophages à la direction, à l'IDEC et à la psychologue. La coordination médicale pâtit de cette dispersion, un même médecin assurant les fonctions de médecin coordonnateur pour les 3 structures, sans présence physique régulière dans deux des trois sites. C'est le cas également de deux petites structures, en deçà de 25 places, localisées dans le Var, acquises en 2021, pour lesquelles un projet de regroupement avec un établissement plus important situé dans le même département a été envisagé et demandé par le groupe aux autorités de tutelle mais ne s'est pas à ce jour concrétisé et fait donc perdurer une organisation de la prise en charge des résidents contestable (cf. *infra*).

1.2. L'offre d'accueil est également moins diversifiée

Les EHPAD du groupe Médicharme comportent essentiellement des places d'hébergement permanent (cf. tableau 3). Onze établissements, sur les 32 en fonctionnement au 1^{er} novembre 2023, proposent également des places d'hébergement temporaire, généralement d'une à trois, à l'exception d'un établissement qui en comporte sept. Trois établissements seulement comportent des places d'accueil de jour, dont un de six places. Les places d'hébergement temporaire représentent environ 2,7% de l'offre dans le secteur commercial, une proportion plus élevée de 50% que dans le groupe Médicharme.

Tableau 3 : type d'accueil au sein des EHPAD du groupe Médicharme

Type d'hébergement	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Nombre de places autorisées	1765	33	10

Source : Arrêtés d'autorisation. Ehpads autorisés au 1^{er} novembre 2023.

Une partie de l'offre d'EHPAD est adaptée à l'accueil spécifique de personnes souffrant de troubles neuro cognitifs. Parmi les établissements du groupe, 14 comportent ainsi une unité de vie protégée Alzheimer (UVP), d'une capacité comprise entre 8 et 14 places. En revanche, seuls 4 établissements sont dotés d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et le groupe n'a pas souhaité répondre à des appels d'offre de création de nouveaux PASA.

Encadré 1 : Les unités de vie protégée Alzheimer (UVP) et les pôles d'activités et de soins adaptés PASA

Les UVP sont des services d'hébergement, situées au sein d'un EHPAD, permettant d'accueillir en toute sécurité des personnes valides, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. De petite taille, elles disposent généralement d'une capacité d'accueil de 10 à 20 résidents. D'une architecture adaptée aux spécificités de la maladie d'Alzheimer et troubles cognitifs, elles comportent des chambres réparties autour d'une salle commune permettant de partager les repas et les activités et d'un espace extérieur. Des dispositifs de sécurité (digicodes, serrures, clôtures ...) permettent d'éviter que le résident ne se perde ou sorte de l'enceinte de l'EHPAD. Elles disposent de personnels spécifiquement formés.

Création du plan Alzheimer et maladies apparentées, le PASA propose, durant la journée, à des résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et adapté à leurs besoins.

Alors que la création d'une UVP ne donne lieu à aucun financement public, les ARS accordent des crédits lors de l'ouverture d'un PASA, crédits destinés à financer des postes dédiés exclusivement aux soins (assistants de soins gériatriques, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides-soignants ou aide médico-psychologiques.)

Source : mission.

Les unités protégées répondent à une demande forte, confirmée par les directeurs des établissements visités par la mission. Elles induisent toutefois également des contraintes supplémentaires en locaux, en organisation et en personnel dédié, sans financement supplémentaire.

Ainsi, le cahier des charges d'un appel à projet⁴ pour la création de 19 places d'UVP de l'ARS Auvergne Rhône Alpes⁵ précise la nécessité pour l'EHPAD candidat (seul projet nouveau à ce jour pour le groupe) de disposer d'une équipe d'encadrement comportant *a minima* un directeur, un médecin coordonnateur, un cadre de santé et un psychologue et de s'engager à mettre en place un plan de formation du personnel spécifique à la prise en charge de personnes atteintes de maladies dégénératives. Les équipements et locaux devront être adaptés à la prise en charge de ces résidents (cf. encadré 1).

Treize établissements sont habilités à l'aide sociale, pour un total de 286 places, soit 16% du total des capacités. Ces habilitations préexistaient au rachat des établissements concernés par le groupe. Trois établissements concentrent près de 60% des capacités : un des établissements est habilité en totalité⁶, deux autres respectivement à 49% et 82%⁷ de leur capacité. Le taux de places habilitées est significativement supérieur au taux constaté dans le secteur des EHPAD privés à but lucratif (légèrement inférieur à 10% en 2021⁸). Cette proportion élevée peut paraître d'autant plus surprenante que l'encadrement par les conseils départementaux de l'évolution des tarifs d'hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale ne créait pas un élément de contexte favorable à une mise en vente de leur immobilier (cf. annexe tarification et facturation du groupe Médicharme vis-à-vis des résidents).

⁴ Procédure d'appel à projet dans le cadre de l'arrêté du 30 août 2010 relatif au contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques du projet déposé dans le cadre de la procédure de l'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ ARS Auvergne-Rhône-Alpes : Cahier des charges de l'appel à projets pour la création de 19 places d'hébergement permanent en unité de vie protégée pour personnes âgées dépendantes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée sur la filière gériatrique de Roanne (42), AAP n° 2020-DD42-EHPAD département de la Loire AAP n° 2020-14.

⁶ EHPAD « la madrague ».

⁷ EHPAD « la croix du Sud » et Aeria.

⁸ Donnée issue du tableau de bord de la performance médico-sociale 2021.

1.3. Les conditions d'autorisation sont globalement respectées

La mission s'est assurée que les capacités exploitées correspondaient bien à des autorisations en vigueur. Elle note toutefois la fragilité juridique de l'autorisation d'exploitation d'un des EHPAD du groupe, situé à Tonneins (Lot et Garonne), la résidence Zoppola. L'autorisation délivrée conjointement par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental le 15 décembre 2014, antérieurement à l'acquisition par le groupe Médicharme, concerne un établissement situé à Clairac, à quelques kilomètres de Tonneins, établissement qui devait faire l'objet d'une reconstruction à Tonneins. L'établissement a été reconstruit mais l'arrêté autorisant le transfert n'a pourtant jamais été pris. L'accord de l'ARS et du département ne fait pas de doute et le nouveau bâtiment a d'ailleurs fait l'objet d'une visite de conformité en 2016 mais les deux tutelles devraient s'attacher à régulariser la situation⁹.

Concernant une opération beaucoup plus récente, la mission note également qu'alors que les travaux visant à rénover et transformer les locaux d'une ancienne résidence services seniors pour accueillir des places d'EHPAD sont achevés à Aiffres (cf. supra), l'autorisation de transfert de l'EHPAD n'a pas été préalablement délivrée par l'ARS et le conseil départemental, plaçant le groupe dans une situation d'insécurité juridique¹⁰.

La mission a vérifié également que les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives au changement de gestionnaire ont été respectées. Ces dispositions (art. L. 313-1) prévoient un accord préalable des autorités en cas de cession des autorisations et une information, dont il n'est pas précisé qu'elle doit être « préalable », en cas de changement important dans « *l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation* ». Le groupe Médicharme s'est porté acquéreur, dans la plupart des cas, des parts sociales des sociétés d'exploitation, constituées sous forme de SAS. Dès lors, il n'y a pas eu changement de la personne morale détentrice de l'autorisation et pas d'accord préalable sollicité. La mission a pu vérifier en revanche que les ARS et les conseils départementaux avaient été systématiquement destinataires d'un courrier d'information du groupe Médicharme au moment de l'acquisition. Dans un cas seulement (l'acquisition du premier EHPAD « Viteal les mimosas » à Oléron), l'information a été délivrée avec un délai de cinq mois. Dans quelques rares situations, l'acquisition a été précédée d'une rencontre avec l'ARS et le conseil départemental.

La mission a enfin vérifié que la capacité exploitée correspondait bien à la capacité autorisée. Elle conclut que la capacité autorisée est respectée à deux exceptions près : un établissement, le plus petit en capacité du groupe, a accueilli régulièrement davantage de résidents que de places autorisées. La situation a été constatée en avril 2023 par une inspection¹¹ et a donné lieu à un signalement au Procureur de la République sur le fondement de l'article L. 313-22 du code de l'action sociale et des familles. Le tableau de suivi des taux d'occupation du groupe¹² permet de constater que la situation perdurait en mai mais a été rectifiée à compter du mois de juin. Par ailleurs une ARS a noté un taux de suroccupation ponctuel dans un second établissement¹³.

⁹ L'absence d'autorisation constitue une infraction pénale (Article L.313-22 du code de l'action sociale et des familles).

¹⁰ La décision d'autorisation est finalement intervenue le 10 janvier 2024.

¹¹ Inspection de l'EHPAD « Les amis des aînés » 13 avril 2023 ; 23 places installées, 21 résidents accueillis pour 19 places autorisées.

¹² « Palmarès opérationnel 2023 ».

¹³ Résidence du Lac (Lot et Garonne).

2. Le groupe a opéré récemment un virage en structurant sa politique de soins et de prise en charge

2.1. La structuration de la politique de soins est récente

2.1.1. La constitution d'une direction médicale a impulsé une politique de soins à l'échelle du groupe

La direction du groupe dispose d'une direction médicale coordonnée par un directeur médical secondé d'une responsable des soins et d'une infirmière coordinatrice (IDEC) réseau. Le directeur médical est placé directement sous l'autorité de la présidente. Un service médico-social, également sous l'autorité de la présidente, est constitué d'une seule personne, coordinatrice de projets médico-sociaux. Ces services sont de création récente.

2.1.1.1. La création bien que tardive d'un poste de directeur médical a permis la mise en œuvre d'une stratégie médicale de groupe et un saut de performance rapide dans les établissements

Le Directeur Médical est chargé de définir la politique médicale du groupe, de contrôler sa bonne application et d'animer, former et coordonner l'ensemble des équipes médicales au sein des établissements. Responsable de la qualité et de l'organisation des soins dans les établissements du groupe, il a la charge de l'évaluation de la mise en œuvre des bonnes pratiques. Le directeur médical est l'interlocuteur des tutelles, en particulier des ARS, sur le champ médical (suivi des inspections, CPOM...). Chargé de l'accompagnement et de l'animation des équipes d'encadrement (médecin coordonnateur et infirmier coordinateur ou référent), il peut mener des coupes PATHOS¹⁴ et AGGIR¹⁵ en cas d'absence d'un médecin coordonnateur.

La création de ce poste intervient très tard dans la structuration du groupe puisque l'embauche du premier et à ce jour seul titulaire du poste ne date que d'octobre 2022, témoignant de l'absence de priorité donnée jusque-là à la structuration d'une démarche qualité à l'échelle du groupe. Le directeur médical a quitté ses fonctions durant l'été dernier, moins d'un an après son recrutement et le poste était donc vacant au moment de la mission.

Le travail accompli permet pourtant de mesurer le caractère indispensable de cette fonction.

L'arrivée d'un directeur médical a permis d'uniformiser et d'optimiser les pratiques de soins dans les EHPAD du groupe. Si certains établissements avaient développé des bonnes pratiques sous l'impulsion en particulier de médecins coordonnateurs (EHPAD Meissel et Aeria...), selon les dires des personnels des EHPAD rencontrés, corroborés par les constats des ARS, la plupart des établissements ne disposaient pas de procédures solides dans le domaine du soin. Le directeur médical, en s'inspirant parfois de protocoles utilisés dans certains établissements du groupe, a élaboré et diffusé de nombreuses procédures. L'équipe médicale nationale s'est rendue dans les EHPAD pour les présenter et promouvoir leur utilisation (cf. infra).

¹⁴ Le référentiel PATHOS évalue les soins requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées.

¹⁵ La grille AGGIR permet de classer les résidents du Groupe iso-ressources (GIR) 1 (le plus dépendant) au GIR 6 (le moins dépendant).

L'équipe médicale a accès aux bases du logiciel métier TITAN de tous les établissements. À partir de ces données, elle réalise des analyses qui peuvent servir de bases à des audits (cf. infra).

2.1.1.2. Le recrutement d'une infirmière diplômée d'état coordinatrice réseau très opérationnelle avait précédemment permis une avancée substantielle dans la gestion de la prise en charge des résidents et de la qualité des soins

L'infirmière diplômée d'état coordinatrice (IDEC) réseau recrutée en 2021, toujours en poste à ce jour, avait précédemment permis une avancée substantielle. Avant son arrivée, le groupe ne disposait d'aucune structure de coordination des équipes soignantes des établissements. Depuis l'arrivée du directeur médical, elle exerce ses fonctions sous sa responsabilité. Il s'agit d'un poste très opérationnel : elle a pour mission principale d'auditer, de réorganiser, de coordonner et d'optimiser les pratiques de soins dans les établissements du groupe, en veillant à la qualité et la sécurité des pratiques. Pour ce faire, elle participe, en lien avec le directeur médical, à l'élaboration et la diffusion de protocoles de soins, accompagne la mise en œuvre de projets de soins et participe à l'animation et à la formation des équipes. Elle peut assurer le remplacement d'une IDEC ou accompagner une prise de poste. Elle a la charge en propre du suivi de la consommation et des coûts des dispositifs médicaux.

Plusieurs équipes rencontrées ont évoqué des réunions organisées mensuellement par l'IDEC réseau, permettant un échange de pratiques et des audits. Si elle reconnaît leur intérêt, une IDEC a indiqué n'être en capacité d'y participer que rarement, les horaires n'étant pas compatibles avec sa charge de travail. Dans certaines équipes rencontrées, certains soignants parmi les plus aguerris ou les plus anciens voient peu d'intérêt à la création de cette fonction, certains regrettant l'autonomie d'organisation dont ils bénéficiaient jusque-là. *A contrario*, plusieurs équipes d'encadrement ont fait des retours très positifs sur l'appui de l'IDEC réseau, en particulier lors de la vacance d'un poste d'IDEC ou l'arrivée d'une nouvelle coordinatrice.

2.1.1.3. Le recrutement très récent d'une responsable des soins devrait permettre de suppléer pour partie au départ du directeur médical

Début octobre 2023, le groupe a procédé au recrutement d'une responsable des soins, placée sous l'autorité directe de la présidente. Ce cadre infirmier se voit confier une partie des fonctions du directeur médical démissionnaire (suivi et évaluation de la mise en œuvre des protocoles, du projet de soins, relations avec les ARS). En complément de ces missions dont elle assure en quelque sorte l'intérim, elle participe au recrutement, à la formation et à l'animation des IDEC. Elle propose à la direction une répartition des ressources en soins des établissements et évalue les besoins de remplacement. La responsable des soins anime le réseau des directeurs régionaux sur les thématiques liées à la qualité des soins. Elle se voit confier des missions tenant aux ressources humaines. L'arrivée de ce cadre infirmier est trop récente pour évaluer l'intérêt de la fonction. On peut cependant s'interroger sur la plus-value de ce poste si un nouveau directeur médical devait être nommé. Alors que la phase de déploiement des protocoles est terminée, que la quasi-totalité des établissements disposent d'un médecin coordonnateur (ou des services de la société MEdCo conseil) et d'un IDEC, les fonctions de cette responsable pourraient être réparties entre le directeur médical et l'IDEC réseau.

La coordinatrice de projets médico-sociaux doit conforter son rôle d'accompagnement des établissements. Elle a été recrutée au siège en 2021 et est directement rattachée à la directrice générale. Infirmière de formation, ses missions sont centrées sur le suivi de la démarche qualité et de l'évaluation. Elle aide les établissements à se préparer aux évaluations externes dont ils vont faire l'objet et a ainsi réadapté la grille d'évaluation interne de façon à y intégrer les éléments du référentiel HAS sur lequel elle doit être prochainement formée. Du fait de premières évaluations externes insatisfaisantes, elle devrait accompagner dès janvier 2024 les EHPAD soumis à une évaluation externe et assurer le suivi de la mise en place des plans d'action qui en résulteront, ce qui n'était pas fait jusqu'à présent.

La coordinatrice a également dans son portefeuille le développement de projets d'extension ou de transformation, de création d'UVP ou de PASA mais n'a répondu à aucun appel à projets dernièrement au regard de l'absence de demande des établissements. Au moment du contrôle, la fonction de coordination consiste encore pour l'essentiel en un accompagnement au fil de l'eau et à la demande plutôt qu'au déploiement d'une stratégie de développement de la qualité suscitant la mobilisation des établissements.

2.1.2. Le déploiement d'un système d'information et de procédures métiers, associé à des outils internes d'évaluation, a favorisé l'amélioration des pratiques

2.1.2.1. *La politique d'évaluation de la prise en charge des résidents est très récente et mériterait davantage de coordination entre les directions médicale et médico-sociale*

La direction médicale mène depuis 2021, dans les EHPAD, des audits portant sur la prise en charge des résidents. Certains audits, réalisés par l'IDEC réseau avec l'appui d'aide soignants d'EHPAD du groupe, se concentrent principalement sur la sécurisation du circuit du médicament (EHPAD Meissel, Aeria, « Résidence de Beurre », Zoppola), mais sont également circonstanciels (audit d'intégration de l'EHPAD « Les Jardins d'Aiffres », audit à l'arrivée d'une IDEC dans la résidence Saint Georges ou l'établissement des Charmilles). Certains des supports d'audit comportent un plan d'action mais sans calendrier de mise en œuvre. La mission n'a pas eu connaissance de données tenant à l'évaluation de ces plans.

La direction médicale a réalisé par ailleurs des audits qualité, de périmètre plus large, à partir d'une grille standardisée de 186 items. Ces audits, centrés sur l'accompagnement et la prise en charge des résidents, s'intéressent dans une moindre mesure aux dimensions management et ressources humaines. La mission a analysé les grilles d'audit complétées de six établissements, adressées par la direction du groupe à la mission. Ces grilles ne comportent ni date ni identité des auditeurs. Seule la colonne « commentaires » est renseignée. Les différents items ne sont pas scorés et l'onglet « synthèse » est vide, rendant ces audits inexploitable tant pour la direction du groupe que pour les EHPAD concernés.

L'IDEC réseau a confirmé qu'aucun suivi de ces audits n'avait été réalisé, tout du moins à l'échelle du groupe. La responsable des soins, nouvellement arrivée, a indiqué avoir abandonné ces deux modalités d'audit au profit d'une nouvelle grille plus complète, en voie de finalisation. Une campagne d'audits, qu'elle va mener avec l'IDEC réseau, est en cours de préparation.

Ces audits seront menés pour partie en lien avec la direction médico-sociale dans le cadre de préparations aux audits externes. En 2022, les trois établissements de la Meuse¹⁶ et les trois EHPAD du Lot et Garonne¹⁷ ont fait l'objet d'évaluations externes (cf. *infra*), menées par des organismes habilités par la HAS, dans le cadre de l'obligation d'évaluation quinquennale de la qualité des activités et prestations délivrées aux personnes accueillies par les ESSMS¹⁸. Ces établissements n'avaient bénéficié d'aucun accompagnement du siège. La coordinatrice des projets médico-sociaux a été chargée par la présidente, en lien avec les directions des établissements concernés, d'une part de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de plan d'actions permettant de répondre aux constats de ces évaluations et d'autre part de la préparation, des audits externes HAS prévus en 2024.

Sans une coordination forte, ce double pilotage pourrait être source de redondance et d'incompréhension de la part des équipes de terrain. Aussi, est-il impératif que les deux directions élaborent ensemble la stratégie d'évaluation de la qualité de la prise en charge, y compris la préparation aux audits externe HAS.

La société MedCo conseil réalise également des audits transversaux dans les établissements dans lesquels intervient l'un de ces médecins. La procédure prévoit la réalisation d'un audit initial, puis d'un audit à 2 mois et à six mois. La mission a eu connaissance des audits réalisés dans neuf EHPAD suivis par cette société. Les audits initiaux comportent une évaluation scorée à deux et six mois. Les grilles sont accompagnées d'un plan d'action. La direction médicale est destinataire de ces documents et peut intervenir lorsque la mise en œuvre du plan d'action le nécessite. La mission n'a eu toutefois connaissance d'aucun document de suivi de la mise en œuvre des plans d'action. La direction indique prévoir de déployer une V2 intégrant un module de gestion des plans d'actions

2.1.2.2. Des protocoles de soins nationaux élaborés et déployés sous l'impulsion du directeur médical dans des délais très restreints ont permis de lever des injonctions et prescriptions faites par les ARS lors de contrôles

Comme indiqué *supra*, sous l'impulsion du directeur médical, des protocoles de soins ont été élaborés et diffusés dans les EHPAD du groupe. Ces procédures, couvrent les domaines suivants :

- ◆ sécurisation du circuit du médicament ;
- ◆ gestion et la prise en charge de l'urgence ;
- ◆ prévention et prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ;
- ◆ prévention et prise en charge des plaies et des escarres ;
- ◆ prévention et prise en charge des chutes et de la contention ;
- ◆ prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation ;
- ◆ prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ;
- ◆ prévention et prise en charge de la dépression et de l'état suicidaire ;
- ◆ prévention et prise en charge du risque infectieux ;
- ◆ protocoles techniques ;
- ◆ appui aux missions du médecin.

¹⁶ Les eaux Vives de Souilly, de Pierrefitte et de Triaucourt.

¹⁷ Résidence de Beurre, du lac et « Zoppola ».

¹⁸ Établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Annexe IV

Chaque procédure comporte plusieurs protocoles, de portée très variée (de la fiche technique au protocole pluridisciplinaire de prise en charge), assurant une très bonne couverture du spectre des situations pouvant être rencontrées en EHPAD. Ils sont disponibles sur un portail informatique (Médibox) accessible aux médecins coordonnateurs et aux IDEC et infirmières référents (IDER)¹⁹ des établissements du groupe. Ils précisent le public concerné et comportent une liste d'émargement. Ils sont signés par les rédacteurs, le vérificateur et l'approbateur et comportent les dates d'application et de diffusion. En revanche, toutes ne font pas mention d'une échéance de révision. La mission n'a pu analyser dans le fond l'ensemble de ces nombreuses procédures. L'analyse par la mission d'un échantillon, l'absence de constat des ARS portant sur un défaut de qualité de ces procédures, et le renvoi régulier à des recommandations, en particulier de la HAS et, pour les protocoles liés au médicament, à des documents établis par des OMEDIT²⁰, sont en faveur d'une conformité aux recommandations. Toutefois l'absence de réévaluation programmée systématique, confirmée par la direction médicale, n'est pas conforme aux bonnes pratiques. Aussi, il conviendrait de prévoir, pour chaque protocole, un calendrier de révision et de nommer une personne en charge de ce suivi.

La procédure nationale prévoit que, sous la responsabilité de l'IDEC ou de l'IDER, un classeur regroupant l'ensemble des protocoles soit mis à disposition des personnels concernés. Une annexe à chaque protocole permet d'indiquer le lieu de classement (version papier et version informatique) et, pour chaque séance de formation, la date et la liste des personnes présentes.

Douze contrôles d'ARS pointent des manquements dans l'existence, l'adaptation ou l'appropriation par les personnels de protocoles de soins donnant lieu à injonction ou prescription. Le tableau suivant retranscrit, à titre d'exemples, des injonctions ou prescriptions concernant l'absence ou le défaut d'appropriation de protocoles et procédures de soins et la situation au 1^{er} novembre.

Tableau 4 : Exemples d'injonctions ou de prescriptions faisant suite à des contrôles des ARS en rapport avec les protocoles de soins

Identité de l'EHPAD	Date de l'inspection	Nature et libellé de l'injonction (I) ou de la prescription (P)		Situation au 1 ^{er} novembre 2023
Au bon accueil	Décembre 2021	I	Établir les procédures et protocoles de soins permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des résidents	Levée
			--- Elaborer une procédure de préparation, distribution et administration des médicaments. S'assurer de sa diffusion auprès du personnel soignant	Levée
La croix du sud	Novembre 2019	I	Transmettre les protocoles et les procédures de soins	Levée sous réserves de l'apport de précisions dans les meilleurs délais
Les eaux vives	Octobre 2019	I	Rédiger les protocoles sur les conduites à tenir en cas d'urgence. Formaliser un protocole écrit du circuit du médicament de la préparation jusqu'à l'administration.	Levée sur ce point
Oréadis	Janvier 2023	I	Élaborer un protocole de prévention des chutes	Maintenue

¹⁹ Les IDER assurent des fonctions de coordination en plus de fonctions de soins.

²⁰ Les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) ont été créés dans chaque région en 2006 conformément au décret n°2005-1023 du 24/08/2005 relatif au Contrat de Bon Usage des Médicaments, Produits et Prestations et à la circulaire d'application du 19/01/2006.

Annexe IV

Identité de l'EHPAD	Date de l'inspection	Nature et libellé de l'injonction (I) ou de la prescription (P)		Situation au 1 ^{er} novembre 2023
Résidence du lac	Septembre 2022	P	Organiser l'élaboration ou la mise à jour des protocoles et procédures en les adaptant à l'environnement de l'EHPAD et assurer leur appropriation par le personnel	Maintenue
			--- Elaborer ou actualiser les protocoles et procédures relatives à la gestion de la douleur, des contentions, l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs et le suivi des médicaments à risque	Maintenue
			--- Actualiser les procédures et protocoles relatifs aux conduites à tenir en cas d'urgence et veiller à leur appropriation par le personnel concerné	Levée
Résidence de beurre	Mars 2022	P	Elaborer une procédure de signalement et de gestion des dysfonctionnements graves et EIG	Levée
		I	--- Organiser l'élaboration ou la mise à jour des protocoles et procédures et assurer leur appropriation par le personnel	Levée
		I	--- Elaborer ou actualiser les protocoles et procédures relatives à la gestion de la douleur, l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs et le suivi des médicaments à risque	Levée

Source : Rapports d'inspection des ARS – Données retravaillées par la mission.

Le nombre important d'injonctions et de prescriptions levées à ce jour témoigne d'un effort important mais récent de la direction médicale du groupe pour diffuser ces protocoles et d'une appropriation par les personnels en cours.

La mission confirme ces évolutions. Elle a pu constater dans les établissements visités la présence en salle de soins de ces classeurs, très volumineux, dont l'accessibilité est variable selon l'EHPAD. Les personnels de plusieurs établissements ont confirmé à la mission l'organisation, à l'arrivée de personnels dans l'établissement et lors des points journaliers ou hebdomadaires organisés par l'IDEC, de mini-formations sur un ou des protocoles selon les besoins ou les circonstances (survenue d'un événement indésirable...). Certains personnels ont indiqué à la mission être incités à consulter les protocoles en dehors de toute formation organisée. Ils apposent alors leur signature dans l'annexe correspondante. Plusieurs soignants, en particulier des aides-soignants, notaient toutefois la lourdeur et la complexité de certains protocoles ne permettant pas une appropriation aisée. Par ailleurs, plusieurs cadres infirmiers ont signalé les difficultés d'appropriation de ces protocoles par des personnels en contrat à durée déterminé ou en intérim.

2.1.2.3. Un système informationnel unique, TITAN Groupe, est en cours de déploiement dans l'ensemble de ces établissements

Depuis février 2023, le groupe a entrepris la migration de l'ensemble de ses établissements sur le logiciel Titanlink (TL) ou Titan. Ce logiciel de soin, développé par la société Malta informatique, est l'un des logiciels spécifiquement dédiés aux EHPAD. Il répond aux normes d'hébergement des données de santé. Le groupe Médicharme équipe progressivement ces établissements de la version « groupe » de ce logiciel. Il se compose de plusieurs modules :

- ◆ Soins et activités comportant en particulier le dossier du résident, le cahier de transmission, un plan de soins personnalisable, le tableau de bord des soignants et du médecin coordonnateur ;
- ◆ Nomade, qui permet aux infirmiers de disposer des données de soins « aux pieds du résident », sur un support de type tablette ;
- ◆ Pharma, outil permettant l'accès à distance par l'équipe de l'officine pharmaceutique ;
- ◆ Réception des résultats de biologie ;
- ◆ Téléconsultation ;
- ◆ Hygiène et hôtellerie ;
- ◆ Zapette, solution de pointage par code-barres ;
- ◆ Interopérabilité permettant des interphases avec les logiciels métiers et le DMP ;
- ◆ Facturation ;
- ◆ Famille, extranet destiné aux familles.

L'accès est sécurisé via un login et un mot de passe personnel. Plusieurs niveaux d'accès peuvent être créés pour tenir compte des fonctions de l'utilisateur. Chaque utilisateur est alors rattaché à un groupe, ce qui détermine ses droits d'accès, permettant en particulier de restreindre l'accès aux données médicales aux seuls professionnels de santé.

À la date de la mission, Titan groupe était déployé dans 17 EHPAD. L'absence d'accès à un internet de qualité suffisante est la principale cause du non-déploiement de la solution dans les autres établissements. Il s'agit en particulier de structures implantées dans des zones rurales encore mal équipées. Si le problème est en cours de résolution dans quatre EHPAD, 11 restent sans solution à ce jour. Le groupe a indiqué à la mission avoir entrepris des démarches auprès de plusieurs opérateurs pour résoudre ces difficultés. La direction indique que cette migration est facilitée par le fait que la plupart des établissements utilisaient déjà TITAN, dans sa version « individuelle » peu différente. Seuls quelques établissements dotés d'un logiciel métier différent devront s'approprier les fonctionnalités de ce nouvel outil. Le tableau suivant, transmis par le siège, détaille la situation de chaque EHPAD vis-à-vis de Titan groupe.

Tableau 5 : Etat d'avancement de la bascule des EHPAD du groupe Médicharme vers la solution TITAN groupe (au 3 novembre 2023)

Nom de l'établissement	Déploiement titan Groupe techniquement possible à ce jour	Effectivité de titan Groupe dans l'EHPAD	Date prévisionnelle de bascule dans TITAN Groupe
EHPAD Résidence de France	OUI	OUI	22/02/2023
EHPAD La Croix du Sud	OUI	OUI	08/03/2023
EHPAD Les Quatre Saisons	OUI	OUI	16/03/2023
EHPAD La Vallée du Bandiat	OUI	OUI	05/04/2023

Annexe IV

Nom de l'établissement	Déploiement titan Groupe techniquement possible à ce jour	Effectivité de titan Groupe dans l'EHPAD	Date prévisionnelle de bascule dans TITAN Groupe
EHPAD Les Chênes Verts	OUI	OUI	14/04/2023
EHPAD La Juvenie	OUI	OUI	20/04/2023
EHPAD Les Airelles	OUI	OUI	27/04/2023
EHPAD La Bastide du Luberon	OUI	OUI	28/04/2023
EHPAD Le Beau Site	OUI	OUI	04/05/2023
EHPAD L'Elvody	OUI	OUI	11/05/2023
EHPAD La Maison de Thérèse	OUI	OUI	17/05/2023
EHPAD OREADIS	OUI	OUI	06/06/2023
EHPAD Villa Claudine	OUI	OUI	15/06/2023
EHPAD Les Genévriers	OUI	OUI	14/07/2023
EHPAD AERIA	OUI	OUI	26/07/2023
EHPAD MEISSEL	OUI	OUI	28/07/2023
EHPAD Les Jardins d'Aiffres	OUI	OUI	14/09/2023
EHPAD Viteal Oléron	OUI	NON	Q4/2023
EHPAD Les Feuillantines	NON	NON	Q1/2024
EHPAD La Fruitière	NON	NON	En attente
EHPAD Les Jardins de Sainte-Baume	NON	NON	Q1/2024
EHPAD Les Amis des Aînées	NON	NON	Q1/2024
EHPAD Au Bon Accueil	NON	NON	Q1/2024
EHPAD Les Châtaigniers	NON	NON	Q1/2023
EHPAD Résidence du Lac	NON	NON	Q4/2023
EHPAD Résidence Zoppola	OUI	NON	Q4/2023
EHPAD Résidence de Beurre	OUI	NON	Q4/2023
EHPAD Les Eaux Vives - Triaucourt	NON	NON	Q4/2023
EHPAD Les Eaux Vives - Pierrefitte	OUI	NON	Q4/2023
EHPAD Les Eaux Vives - Souilly	NON	NON	Q4/2023
EHPAD Le Champ de la Dame	NON	NON	Q1/2024
EHPAD La Madrague	NON	NON	Q1/2024

Source : Médicharme.

Les groupes d'utilisateurs (ou profils) ont été définis par le siège. La gestion des habilitations est déléguée à chaque direction d'EHPAD, qui attribue à chaque personnel un profil (et donc des droits) selon sa fonction, en se référant aux consignes nationales. Ainsi, seuls le médecin coordonnateur, les médecins traitants, l'IDEC et les infirmiers ont accès aux dossiers médicaux des résidents²¹. Les aides-soignants disposent quant à eux d'un accès au dossier de soins. Les agents de service hospitaliers (ASH) faisant fonction d'aide-soignant ont également accès au dossier de soins. Les autres ASH n'ont accès qu'à la partie hébergement.

²¹ Le médecin traitant n'ayant accès qu'aux seuls dossiers de ces patients ;

Les personnels se connectent au logiciel à partir de postes fixes implantés dans les salles de transmission et les infirmeries. Les infirmiers sont dotés de tablettes leur permettant de disposer du dossier médical au chevet des résidents et de valider en temps réel la dispensation des médicaments ou la réalisation des soins. Les aides-soignants sont équipés de lecteurs de code-barres (zapettes) permettant de tracer la réalisation des tâches. Un cahier de transmissions est accessible dans le module soins. Certaines données sont intégrées automatiquement (création ou modification d'une ordonnance, saisie fiche de chute, départ d'un résident...). Pour le reste, la saisie se fait texte libre ou à partir d'un menu déroulant. La mission a pu constater l'utilisation de cet outil, en salle de transmission, dans des infirmeries et des bureaux de Médecin coordonnateur, dans plusieurs EHPAD visités. Certains des personnels interrogés regrettent l'obligation fastidieuse de rentrer leurs identifiants à chaque connexion et le manque de fluidité du logiciel.

Les médecins coordonnateurs ont accès, dans l'établissement ou depuis leur cabinet²², aux dossiers médicaux des résidents. Ils disposent, selon les configurations, d'un poste dédié ou partagent l'ordinateur des soignants. Dans les établissements ayant contractualisé avec la société Médecin coordonnateur conseil, le médecin coordonnateur en charge de l'EHPAD dispose d'un accès à distance à Titan. L'accès des médecins traitants aux dossiers de leur patients peut se faire sur place ou depuis leur cabinet, sous réserve de disposer du matériel ad hoc.

L'équipe médicale nationale, renforcée d'une personne en octobre 2022, a accompagné les établissements lors de la phase de déploiement en réalisant des réunions, le plus souvent sous forme de visioconférence avec les cadres de santé. Ils assurent une formation au fil de l'eau aux nouveaux arrivants. Un corpus documentaire fourni par la société Malta et complété par des guides propres à Médicharme, est disponible dans le logiciel Titan.

Selon la direction, le passage à une solution unique de groupe doit contribuer à l'uniformisation des pratiques et permettre la réalisation d'évaluations nationales. Ce dernier objectif semble toutefois difficile à atteindre pour l'équipe chargée du déploiement de cet outil, la solution « groupe » ne leur permettant à ce jour qu'un accès à des bases individuelles juxtaposées sans possibilité d'obtenir des données agrégées sur la totalité ou une partie des EHPAD.

Aucune procédure de contrôle n'a été mise en place et aucun audit n'a été mené permettant de s'assurer de la bonne application des directives nationales concernant l'attribution des profils, le respect des règles de confidentialité et tout particulièrement du secret médical²³.

Les salariés de plusieurs établissements rencontrés par la mission ont ainsi pu déplorer que certaines personnes, y compris soignants, laissaient en évidence leurs identifiants. Les directions et un médecin coordonnateur nous ont indiqué réaliser des rappels très fréquents sur l'obligation de confidentialité des identifiants.

Par ailleurs des contrôles ARS (EHPAD « les Genévriers », « Zoppola », « Résidence de Beurre », « Les châtaigniers », « l'Elvody ») ont relevé des pratiques de transcription d'ordonnances dans TITAN par des infirmiers ou des aides-soignants en particulier lorsque les médecins n'utilisent pas le logiciel de soins. Ces transcriptions peuvent être réalisées en dehors de la présence du médecin et sans aucune validation, ce qui est contraire aux normes réglementaires de qualité et de sécurité²⁴. Le tableau suivant détaille, pour chacun de ces établissements, les constats lors des contrôles des ARS et au 1^{er} novembre 2023.

²² Pour ceux ayant une activité libérale et qui disposent de la solution web.

²³ Article L1110-4 du code de santé publique.

²⁴ Article R 4312-42 du code de santé publique.

Annexe IV

Tableau 6 : Nature des constats des ARS sur les pratiques de transcriptions de prescriptions médicales par des infirmiers

EHPAD	Date de l'inspection	Qualification et libellé des constats		Situation au 1^{er} novembre 2023
Zoppola	Février 2023	Injonction	Anticiper le renouvellement des prescriptions avec les médecins traitants et faire cesser les retranscriptions des prescriptions sans vérification médicale dans le logiciel TITAN	Maintenue
Les Genévriers	Décembre 2020	Prescription	Plusieurs médecins traitants refusent d'utiliser TITAN. Ils rédigent leur prescription médicamenteuse sur ordonnance papier ou la dicte à l'IDE. La transcription est faite ultérieurement par l'IDE ou l'AS sans vérification systématique de sa qualité par le médecin	Prescription levée
Les chataigniers	Septembre 2021	Prescription	Garantir la signature des prescriptions médicales par le médecin ...	Levée
Elvody	Juillet 2021	Prescription	La retranscription de la quasi-totalité des prescriptions médicales par l'IDE sur le logiciel TITAN est source d'erreurs potentielles	Levée partiellement
Beurre	Mars 2022	Injonction	Les prescriptions sont toutes sous format papier. C'est le personnel infirmier qui retranscrit l'ensemble des prescriptions sur le logiciel TITAN, sans vérification médicale ultérieure. Cette pratique expose à un risque d'erreur et engage la responsabilité des IDE	Levée

Source : Rapports d'inspection des ARS – Données retravaillées par la mission.

Ces constats font écho aux propos des personnels des EHPAD visités par la mission qui ont évoqué les réticences de nombreux médecins traitants à utiliser le logiciel. Dans un tel cas, la transcription des ordonnances papier devrait être réalisée par le médecin coordonnateur. Si, selon les dires des personnels rencontrés, il leur est facile d'obtenir cette transcription lorsque le médecin coordonnateur appartient à MedCo conseil, tous font état de difficultés pour obtenir rapidement cette transcription par le médecin coordonnateur, souvent à temps partiel et très occupé par son exercice libéral, à une exception près (« Aeria » – « Meissel »). Dans ces deux établissements marseillais, qui partagent le même site, le médecin coordonnateur commun (à 0,9 ETP) a indiqué à la mission avoir obtenu des médecins traitants (dont il fait partie) qu'ils renseignent informatiquement les dossiers de leurs patients, au-delà de la transcription des ordonnances. Il indique avoir organisé un tour de garde de nuit en semaine avec trois autres médecins traitants de résidents et a, de ce fait, élargi leur habilitation à l'ensemble des résidents. Ces bonnes pratiques restent malheureusement manifestement l'exception. Si le rôle moteur du médecin coordonnateur est indéniable, la situation plus favorable en termes de démographie médicale de ce département²⁵ explique certainement pour partie la coopération de ces médecins.

2.2. Le groupe rattrape son retard dans la mise en conformité de ses établissements avec le cadre institutionnel de fonctionnement des EHPAD

Le fonctionnement des EHPAD s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire destiné à garantir et améliorer la qualité de prise en charge des résidents.

Une première composante fondamentale est la négociation avec ARS et conseils départementaux d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM), rendu obligatoire par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Conclu pour cinq ans, le CPOM doit être conforme dans son contenu à un cahier des charges type défini par un arrêté du 3 mars 2017, prévoyant la réalisation systématique d'un diagnostic partagé et des items possibles de contractualisation, dont la structuration des parcours des personnes âgées et qualité de prise en charge des résidents. La tarification forfaitaire « à la ressource », est calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie, à partir du calcul du groupe iso-ressources (GIR)²⁶ moyen pondéré (GMP), ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, à partir du PATHOS²⁷ moyen pondéré (PMP). GMP et PMP sont calculés en début de contrat, respectivement à partir de coupes AGGIR et PATHOS²⁸. Une évaluation à mi contrat peut être réalisée.

Une deuxième composante majeure de cadre est l'évaluation à venir des établissements dans un contexte juridique et opérationnel renouvelé par la loi 2019-774 du 24 juillet 2019.

²⁵ Au 1^{er} janvier 2022, la densité de médecins généralistes était de 180/100 000 dans les Bouches du Rhône versus 149/100 000 France entière (source ASIP – santé RPPS, traitement DREES).

²⁶ La grille AGGIR permet de classer les résidents du GIR 1 (le plus dépendant) au GIR 6 (le moins dépendant).

²⁷ Le référentiel PATHOS évalue les soins requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées.

²⁸ Les coupes sont des enquêtes qui prennent en compte l'ensemble des résidents présents en hébergement permanent et non hospitalisés un jour donné. Elles sont menées par le médecin coordonnateur à partir de grilles nationales standardisées et sont validées par des médecins valideurs du département et de l'ARS.

Enfin, troisième composante, différents outils et instances, issus de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, sont destinés à piloter et organiser le fonctionnement des EHPAD. Dans la suite de l'affaire Orpéa, le ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées a lancé un plan de contrôle des EHPAD en 2 ans (2022-2023). Dans ce cadre, les inspections menées par les ARS et les services des conseils départementaux contrôlent systématiquement le respect de ces prescriptions réglementaires. La mission s'est attachée plus particulièrement à évaluer le respect de trois des prescriptions obligatoires parmi les plus structurantes : l'existence d'un projet d'établissement ; la réalisation de projets d'accompagnement personnalisés ; la mise en place et le fonctionnement des conseils de la vie sociale.

2.2.1. La négociation des CPOM progresse mais elle est pour l'heure moins avancée que dans le reste du secteur commercial

La direction du groupe a fait de la négociation des CPOM une priorité, inscrite au nombre des objectifs qualitatifs dont l'atteinte est susceptible de déclencher une partie de la part variable des directeurs d'établissement.

La négociation des CPOM est toutefois également dépendante de la capacité et de la volonté des services des ARS et des conseils départementaux à mener la négociation.

Au 1^{er} novembre 2023, 12 EHPAD sur les 32 en fonctionnement (37%) étaient dotés d'un CPOM. Concernant les 20 autres, trois devaient être conclus avant la fin de l'année, neuf disposaient d'un engagement de négociation avec l'ARS et le conseil départemental courant 2024 et huit n'avaient en revanche pas de perspective précise. En dépit des CPOM signés cette année, le taux de conclusion des CPOM pour le groupe reste inférieur au taux observé sur le plan national (51,4% au 31/12/2021, dernière donnée connue²⁹).

La forme comme le contenu des CPOM déjà signés sont hétérogènes et dépendent du cadre et des priorités de négociation établies par les deux tutelles.

Plusieurs directions ont souligné que les coupes GIR et Pathos étaient rarement réévaluées en cours de contrat, ce que confirment les ARS rencontrées, arguant d'un déficit de moyens et de compétences, en particulier médicales, difficultés que l'on retrouve dans les services départementaux. Ainsi, si le profil des résidents entrant en cours de CPOM se modifie, les financements des parties soins et dépendance ne sont pas ajustés en conséquence, ce qui peut être défavorable si l'établissement a accueilli durant la période des résidents plus dépendants ou présentant des pathologies plus sévères.

2.2.2. Le pilotage de la politique d'évaluation externe est encore en construction

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 a créé un nouveau cadre d'évaluation des établissements médico-sociaux, dont elle a confié l'architecture à la Haute autorité de santé (HAS). L'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les établissements intervient désormais tous les cinq ans, dans le cadre d'une programmation établie par les autorités en charge de l'autorisation. Elle est réalisée par un organisme certificateur accrédité par la HAS, sur la base d'un référentiel national établi également par la Haute autorité³⁰. Les résultats des évaluations sont pris en compte dans le renouvellement de l'autorisation.

La démarche d'évaluation repose, outre cette évaluation quinquennale par un organisme tiers, sur une auto-évaluation régulière des établissements, non obligatoire mais fortement recommandée.

²⁹ Tableau de bord de la performance du secteur médico-social.

³⁰ La Haute autorité de santé a publié le 8 mars 2022 un référentiel national et un manuel d'évaluation de la qualité.

Les conditions d'application de la réforme ont été précisées par le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS et le décret modificatif n° 2022-695 du 28 avril 2022, ainsi que par la récente instruction du 28 juin 2023. La première programmation est établie à compter de juillet 2023 jusqu'au 31 décembre 2027. Des dispositions de transition, articulant le nouveau dispositif avec le précédent, sont prévues pour les établissements autorisés en 2008 et 2009 qui n'ont pas transmis entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2022 de rapport d'évaluation ou de certification pour le renouvellement de leur autorisation prévue en 2023 ou 2024 : ils doivent réaliser une évaluation fondée sur le référentiel national établi par la HAS entre le 1^{er} janvier et 1^{er} juillet 2023.

Six établissements du groupe Médicharme ont donné lieu à évaluation par un organisme tiers de mai à juillet 2023. Il s'agit d'une part de trois établissements de l'EHPAD « les Eaux vives » (Meuse), d'autre part des trois établissements de Lot et Garonne, tous concernés par les dispositions de transition. On notera que dans la Meuse comme en Lot et Garonne, les établissements sont placés sous une direction unique. Les résultats sont globalement satisfaisants pour le premier groupe d'établissement, en revanche insuffisants pour les établissements du 2^{ème} groupe. Même si les démarches sont différentes, ces résultats sont convergents avec les observations des inspections et celles de la mission. Mais ils reflètent aussi les conditions de préparation à l'évaluation.

Cette préparation a en effet été laissée largement à la main des directions d'établissement pour ces premières évaluations, la coordinatrice des établissements médico-sociaux au siège du groupe (cf. supra) intervenant subsidiairement et en appui. Ce positionnement ne peut qu'étonner s'agissant d'une démarche nouvelle, mettant en œuvre une méthodologie très spécifique, fondée notamment sur le recueil d'éléments de preuve et des entretiens tant avec des résidents qu'avec des professionnels. Les gains en efficacité liés à une démarche partagée dans le groupe et à un pilotage centralisé sont évidents.

La démarche d'accompagnement est, à la date du présent rapport, en cours de structuration à l'échelle du groupe, qui a désormais connaissance de la programmation prévue par les ARS et les conseils départementaux pour la plupart de ses établissements : 11 établissements doivent réaliser une évaluation en 2024, neuf en 2025, trois en 2026 et deux en 2027.

Le référentiel de la HAS a été intégré dans le logiciel utilisé par le groupe Médicharme³¹ et servira de support au dialogue entre les établissements et le siège ; ce référentiel se substitue aux outils propres au groupe utilisés jusqu'alors. Les six établissements d'ores et déjà évalués sont accompagnés dans la production de leur plan d'action, déjà réalisé pour le premier groupe d'EHPAD, en cours pour le second.

2.2.3. Les projets d'établissement ont commencé à être élaborés de façon systématique dans la période récente

Le projet d'établissement a vocation à traiter de l'organisation, du fonctionnement, des coopérations, comme des procédures d'évaluation de la qualité et lutte contre la maltraitance au sein des EHPAD ; il est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il est obligatoire en application des articles L. 311-8 et D. 311-38 du code de l'action sociale et des familles.

³¹ Logiciel développé par GEPI Conseil.

Sept inspections menées par les ARS depuis 2019 ont donné lieu à injonction ou prescription du fait de l'inexistence ou la péremption des projets d'établissement. La direction de Médicharme a fait de l'élaboration ou de l'actualisation des projets d'établissement une priorité de l'exercice 2023, inscrite, comme les CPOM, parmi les objectifs qualitatifs ouvrant droit, pour les directeurs d'établissement, à la part variable de rémunération. La mission a pu effectivement constater l'existence de projets pour la plupart des établissements, à des stades variables de réalisation allant de l'ébauche (avec calendrier de finalisation début 2024) à la production d'un document finalisé (10 projets aboutis). Les projets consultés sont élaborés, pour les plus récents, sur une même trame formelle, commune aux établissements du groupe. Ils correspondent dans leur contenu aux attendus de ce type de document.

2.2.4. Les projets d'accompagnement personnalisés restent inégalement et incomplètement déployés et construits sans participation systématique des résidents et de leur famille

Dans la suite de la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les articles L. 311-3 et D.312-155-0 (3°) du code de l'action sociale et des familles prévoient, dans une logique de parcours, que chaque résident bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) adaptés à ses besoins. Elaboré dans les six mois suivant l'admission du résident, il s'agit d'un outil de coordination, co-construit avec la personne ou son représentant légal, qui doit permettre de répondre aux besoins et attentes du résident sur le long terme, dans le respect de l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le PAP comporte un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser le développement, de l'autonomie et l'insertion du résident. Il doit être adapté à son âge et à ses besoins. Chaque établissement désigne un référent de projet qui est l'interlocuteur privilégié du résident et de la famille. Un coordonnateur des projets personnalisés, qui peut se confondre avec le référent, s'assure du déploiement de ces projets. Le logiciel TITAN, déployé dans la quasi-totalité des établissements du groupe (cf. *infra*), propose une fonctionnalité « projet personnalisé » permettant la saisie des éléments constitutifs du PAP et de son suivi.

Le projet de soins vise à s'assurer de la qualité de la prise en charge de la personne au sein de l'EHPAD. Réalisé par l'équipe soignante, il est adapté aux besoins et prend en compte le niveau de dépendance du résident³². Dans les établissements visités par la mission, les personnels interrogés n'identifient pas de démarche de co-construction des projets de soins personnalisés et ne disposent pas d'une méthode d'élaboration des PAP. Le médecin de la mission a pu vérifier la présence de données actualisées de soins dans le logiciel Titan de plusieurs établissements, mais les données apparaissent de manière segmentée, en différenciant ce qui relève de la responsabilité des infirmiers de ce qui incombe aux aides-soignants, sans synthèse globale et sans notion de participation ou d'information du résident ou de sa famille. Aucun référent projet n'est formellement désigné.

Trois contrôles menés en 2023 par les ARS relèvent également un déficit de PAP. Ainsi, le rapport de février 2023 concernant l'EHPAD « Résidence du Lac » situé à Casteljalous (Lot et Garonne) fait injonction à l'établissement d'« élaborer et actualiser, de façon pluridisciplinaire l'ensemble des projets de vie des résidents de l'établissement et de communiquer la méthodologie de l'élaboration de ces projets de vie retenue pour l'EHPAD ». Deux autres contrôles font état de carence de PAP, voire d'absence de procédure de rédaction et de mise en œuvre des PAP opérationnelle pour chaque résident³³.

³² Evalué selon la grille AGGIR, cf. supra.

³³ EHPAD Les Châtaigniers (Ardèche) et « les jardins de Sainte Baume » (Var).

Plusieurs audits, réalisés par la direction médicale du groupe Médicharme, mettent également en évidence l'absence de procédures d'entrée pour l'accueil du résident (Résidences de Beurre et du lac) ou des données du PAP incomplètes (EHPAD « les Jardins d'Aiffres »).

Le projet de vie est, quant à lui, réalisé par le psychologue attaché à l'établissement. Sa réalisation est donc très directement tributaire d'un recrutement effectif sur ce poste. En l'absence de psychologue, les inspections sont amenées à constater, comme à l'EHPAD « l'Elvody »³⁴, l'absence de formalisation du projet personnalisé d'accompagnement, le projet de vie prenant la forme en l'occurrence d'une « fiche projet de vie » qui comporte quelques éléments personnels sur l'usager ». À la « Résidence de Beurre », comme à la « Résidence du lac » (Lot et Garonne), seuls bénéficient d'un projet individualisé respectivement sept des 46 résidents et trois des 49 résidents³⁵. À l'EHPAD Oreadis³⁶ (Alpes Maritimes), le projet de vie se limite à l'indication du lieu des repas, du régime et des textures. D'autres rapports font mention de l'absence d'actualisation des projets de vie du fait de l'absence pour maladie ou de la carence de psychologue.³⁷

L'examen des effectifs de psychologues dans les EHPAD du groupe sur une période de 20 mois, entre janvier 2022 et septembre 2023, montre un effectif global compris entre 10 et 12 ETP, couvrant 24 à 26 (75 à 80%) des 32 EHPAD en fonctionnement au 1^{er} novembre 2023. La quotité attachée à l'établissement varie de 0,1 à 1 ETP. La moyenne pour les établissements dotés est de 0,5 ETP, contre 0,7 ETP pour les établissements du secteur privé commercial en 2021³⁸. Six établissements du groupe ne salarient pas de psychologue sur la période et parmi ces six EHPAD, quatre des cinq établissements du groupe avec une capacité inférieure à 30 lits, le cinquième étant doté en fin de période d'un effectif de 0,1 ETP. Au sein du groupe, la taille est donc un facteur discriminant important de la capacité à recruter un psychologue.

2.2.5. Les conseils de la vie sociale sont mis en place dans la plupart des établissements

Le conseil de la vie sociale (CVS) est un organe consultatif présent dans chaque EHPAD en application de l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles. Il a pour objectif de représenter et de prendre en compte la parole des résidents et de leurs proches. Il est composé de représentants élus des résidents, de leurs familles, du personnel ainsi que de représentants de l'organisme gestionnaire. Il se réunit au moins trois fois par an³⁹.

L'analyse des procès-verbaux d'élection et des comptes-rendus permet de constater que, dans la plupart des établissements, les CVS sont constitués⁴⁰ et se tiennent généralement tous les quatre à six mois. Deux établissements présentaient en revanche des périodes d'inactivité de plus d'un an et sept établissements n'ont pas eu d'activité sur des périodes de cinq à dix mois. En outre, dans cinq établissements, il n'y pas trace d'activité, deux de ces établissements ayant établi des procès-verbaux de carence.

³⁴ Rapport d'inspection des 6 et 7 juillet 2021.

³⁵ Inspection des 8 mars et 21 septembre 2022.

³⁶ Inspection du 24 janvier 2023.

³⁷ Contrôle sur pièce Résidence Saint Georges 18 avril 2023 ; inspection de la résidence Zoppola du 22 février 2023.

³⁸ Données du tableau de bord de la performance du secteur médico-social, sans distinction de taille alors que les EHPAD du groupe sont de capacité inférieure à la moyenne du secteur.

³⁹ Article D 311-16 CASF.

⁴⁰ Il doit comporter au minimum deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge, s'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux, un représentant du personnel, un représentant de l'organisme gestionnaire.

Plusieurs éléments notables tendent à ressortir dans les ordres du jour et comptes-rendus des CVS du groupe. Les difficultés de recrutement et le manque de personnel sont mentionnés de façon récurrente. La qualité et la diversité des repas sont également fréquemment à l'ordre du jour, de même que le contenu des animations. De façon générale toutefois, la diversité des sujets abordés, liés au contexte propre à chaque établissement, confirme l'intérêt de réunir régulièrement le conseil.

3. Si la prise en charge des résidents s'est améliorée, il subsiste des marges de progrès significatives

3.1. Les résidents ont un profil un peu plus jeune et un peu moins requérant en soins que la moyenne du secteur

Les EHPAD du groupe Médicharme accueillent des résidents en moyenne un peu plus jeunes et avec un besoin en soins un peu moins important de celui des établissements du secteur privé à but lucratif.

Le tableau ci-dessous met en regard la répartition par âge des résidents des établissements du groupe avec d'une part, celle observée dans le secteur privé à but lucratif et d'autre part, celle observée, dans le même secteur, dans les EHPAD ayant une taille comparable à la taille moyenne des EHPAD du groupe Médicharme (45 à 59 places).

Tableau 7 : Répartition selon l'âge des résidents dans les établissements du groupe Médicharme et dans les établissements du secteur privé lucratif

Établissements	60-74 ans	75-84 ans	85 - 95 ans	96 ans et plus
Établissements du groupe Médicharme (moyenne)	12 %	19 %	55 %	14 %
EHPAD secteur privé à but lucratif (quelle que soit la taille)	8 %	20 %	58 %	14 %
EHPAD secteur privé à but lucratif – 45 à 59 places	8 %	20 %	56 %	16 %

Source : Tableau de bord de la performance médico-sociale / DGCS/ CNSA.

La part des résidents âgés entre 60 et 74 ans est significativement plus élevée, celle des 85-95 ans plus réduite que dans les EHPAD comparables. Le caractère rural de certains établissements, desservant une population de proximité, peut expliquer la proportion plus élevée de résidents de moins de 75 ans. Ainsi, l'EHPAD « Les eaux vives » (Meuse), qui déploie son activité sur trois sites, accueillait-il le jour du déplacement de la mission 15 résidents de 74 ans et moins sur un total de 101 résidents (soit près de 16%). Toutefois, la mission a pu constater une augmentation de l'âge d'entrée dans ces établissements.

Il n'y a pas de spécificité du groupe quant au degré de dépendance de ses résidents. Le tableau ci-dessous met en regard la répartition des résidents selon leur niveau de dépendance. La distribution est comparable à ce que l'on observe dans les établissements à but lucratif.

Tableau 8 : Répartition des résidents dans les établissements du groupe Médicharme et les établissements du secteur privé lucratif par GIR

Établissements	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Établissements du groupe Médicharme (moyenne)	17%	43%	20%	14%	4%	2%
EHPAD secteur privé à but lucratif (quelle que soit la taille)	16%	42%	20%	18%	3%	1%
EHPAD secteur privé à but lucratif – 45 à 59 places	16%	42%	20%	18%	3%	1%

Source : Tableau de bord de la performance médico-sociale / DGCS/ CNSA

Le niveau de soins requis est en revanche un peu inférieur à ce qui est constaté dans le secteur privé à but lucratif. Le tableau ci-dessous met en regard le GMP et le PMP des établissements du groupe avec ceux de ce secteur.

Tableau 9 : GMP et PMP moyens validés dans les établissements du groupe Médicharme et les établissements du secteur privé lucratif

Établissements	GMP ⁴¹ validé	PMP ⁴² validé
Établissements du groupe Médicharme (moyenne)	758	213
EHPAD secteur privé à but lucratif (quelle que soit la taille)	742	227
EHPAD secteur privé à but lucratif 25-44 lits	752	223
EHPAD secteur privé à but lucratif – 45 à 59 places	749	230

Source : Tableau de bord de la performance médico-sociale / ERRD 2022/ projets d'établissement.

Si le niveau de GMP est comparable, le niveau de PMP est inférieur à ce qui est constaté dans le secteur. On peut ainsi dresser un profil de « résident type » des établissements du groupe de niveau de dépendance comparable au secteur mais nécessitant une prise en charge médicale légèrement moindre.

Cependant, ces données moyennes concernant le groupe recouvrent des situations très différentes. Ainsi, plusieurs établissements, bien que de très petite taille (moins de 30 places), accueillent des personnes dépendantes et requérantes en soins⁴³ (EHPAD « La maison de Thérèse », « Au bon accueil »). D'autres établissements ont un profil inverse, accueillant des personnes manifestement peu requérantes et peu dépendantes⁴⁴ (EHPAD « La vallée du Bandiat » et « La croix du sud »)⁴⁵.

⁴¹ GMP= Gir moyen pondéré, évaluant le niveau de dépendance des résidents.

⁴² PMP = pathos moyen pondéré, évaluant le besoin requis en soin.

⁴³ GMP > 850 et PMP > 255.

⁴⁴ GMP proche ou inférieur à 700, PMP < 206.

⁴⁵ Donnée CNAM « profils des EHPAD 2022 ».

3.2. L'organisation des soins dans les établissements dépend de la stabilité de l'équipe de coordination et des capacités de recrutement de personnel qualifié

3.2.1. La coordination des soins s'est davantage structurée

3.2.1.1. Les médecins coordonnateurs peinent, faute de temps, à assumer leur mission

Les fonctions de coordination et d'organisation des soins sont dévolues au médecin coordonnateur et à l'infirmière coordonnatrice (IDEC).

Les missions des médecins coordonnateurs sont définies à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

Encadré 2 : Les missions du médecin coordonnateur

14 missions sont listées par le code de l'action sociale et des familles pour le médecin coordonnateur :
1° Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir ;
3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ;
4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis ;
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques (...) et formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses ;
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des dispositifs médicaux ;
8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire ;
9° Élabore un dossier type de soins ;
10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement ;
11° donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement ;
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, (...). Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation (...);
14° Élabore les mesures particulières de protection ou de restriction de la liberté d'aller et venir adaptées à la situation des personnes.

Source : Article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

Annexe IV

Les missions de coordination sont essentielles dans l'organisation des soins, leur traçabilité, l'amélioration des pratiques professionnelles et la structuration d'une démarche de qualité au sein des établissements. Elles sont d'autant plus nécessaires que la part des professionnels non permanents, en CDD ou en intérim, est importante, ce qui est le cas pour le groupe Médicharme (cf. annexe ressources humaines).

Le groupe dispose de médecins coordonnateurs en présentiel dans un peu moins des 2/3 de ses établissements. Cependant, la mission a pu constater dans deux EHPAD visités que le temps de présence effective du médecin coordonnateur n'est pas suffisant pour réaliser une réelle coordination. Ainsi, dans la Meuse, alors que son contrat est établi sur la base de 0,6 ETP, selon la direction, le médecin assurant les fonctions de coordination pour les trois EHPAD⁴⁶, par ailleurs médecin traitant de plusieurs résidents du site de Pierrefitte, n'est présent que quelques heures un jour par semaine, et uniquement sur le site de Pierrefitte. Il reste disponible par téléphone pour les équipes en dehors de ce temps de présence. Concernant la résidence « Zoppola »⁴⁷, le médecin coordonnateur n'a accepté qu'un contrat de 43 heures mensuelles alors que la structure dispose d'un financement à hauteur de 0,4 ETP, selon les besoins estimés par la tutelle. La direction a indiqué à la mission être en négociation avec ce médecin pour augmenter son temps de coordination.

Pour le tiers restant des EHPAD, sans médecin coordonnateur, le groupe est lié contractuellement à la société MedCo Conseil, pour 10 établissements, et à la société Telemedicare pour un 11^{ème} (cf. annexe ressource humaine), deux sociétés situées en région PACA qui réalisent une prestation pour l'essentiel en distanciel.

Un certain nombre d'indicateurs, correspondant à des prescriptions réglementaires d'organisation ou de production découlant de l'article D. 312-158, permettent d'évaluer une partie des missions des médecins coordonnateurs :

- ◆ l'élaboration des **projets généraux de soins** (1°) dépend de celle des projets d'établissement, dont ils sont l'une des composantes (cf. *supra*). En l'état actuel, ils font donc encore défaut dans la plupart des établissements du groupe mais sont en voie d'élaboration ;
- ◆ la **commission de coordination gériatrique** (3°) réunit sous la présidence du médecin coordonnateur les professionnels du soin intervenant dans l'établissement, dont les professionnels libéraux, médecins traitants et masseurs kinésithérapeutes notamment. Elle doit être réunie au moins une fois par an. Les inspections menées par les ARS et les conseils départementaux n'analysent pas de façon systématique ce point. L'étude des comptes-rendus transmis par le groupe Médicharme ne permet pas par ailleurs, compte tenu de la faible formalisation de ces documents et de leur hétérogénéité, d'évaluer leur réalité comme leur utilité (les participants ne sont notamment pas toujours recensés). Toutefois, la mission a pu faire le constat d'une structuration des ordres du jour et d'une formalisation des décisions sensiblement plus importantes lorsque ces réunions sont organisées par le prestataire Medco conseil ;

⁴⁶ Les trois EHPAD disposent d'une autorisation de 109 places, dont 98 places d'hébergement permanent, 6 Places d'accueil de jour et 5 places hébergement temporaire.

⁴⁷ La résidence « Zoppola » dispose d'une autorisation de 45 places d'hébergement permanent.

- ♦ le médecin coordonnateur est chargé d'élaborer un « dossier type de soins » (9°). Le logiciel TITAN comporte un **dossier médical** et un **dossier de soins**. Une nomenclature éditée par la direction du groupe limite l'accès à certaines données sensibles aux médecins et infirmiers (dossier médical), voir aux seuls médecins et cadre de santé (codage des pathologies, élaboration du plan de soins). Le dossier de soins standardisé, accessible également aux aides-soignants, reprend le dossier médical expurgé de données médicales du résident. Il ne comporte ni les antécédents, ni le PATHOS, ni le GIR ni les évaluations gériatriques. Le dossier médical standardisé proposé par TITAN, classique et complet, est organisé en sous dossiers (rapport de pré admission, antécédents-allergies, pathologies en cours, traitements, plan de soins individuel, modèle PATHOS, vaccinations, résultats biologiques, GIR, évaluations gériatriques...). Il permet de disposer d'une vision hebdomadaire des soins, activités et consultations. Son accès est limité au médecin coordonnateur et aux infirmiers. Les médecins traitants ont accès aux dossiers médicaux de leurs patients. Le dossier de soins standardisé comporte des fonctionnalités permettant de réaliser un suivi transversal des dossiers (projets personnalisés, vaccinations, pansements, prescriptions à renouveler, transmissions non clôturées ...). Le médecin de la mission a pu consulter quelques dossiers médicaux dans trois établissements⁴⁸. Les niveaux d'habilitation étaient respectés et les dossiers correctement renseignés. Le médecin coordonnateur (dont l'un est un salarié de MedCo conseil) et les infirmiers maîtrisaient les fonctionnalités du logiciel ;
- ♦ le **rapport d'activité médicale annuel** (RAMA) retrace « (...) *les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents* » (10°). Il est établi conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur d'établissement. La production de ce rapport est donc logiquement tributaire de la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'établissement ou de sa couverture par MedCo conseil. Toutefois, la mission a pu constater qu'elle est largement automatisée et standardisée dans l'environnement Titan et fait la part belle à la réalisation d'états statistiques préétablis. Un certain nombre de rapports ont d'ailleurs pu être produits même en l'absence de médecin coordonnateur censé en coordonner la production avec l'équipe soignante.

Au-delà de ces aspects formels, l'apport du médecin coordonnateur se mesure dans la structuration des démarches qualité et d'amélioration des pratiques professionnelles par la formation, la prévention des risques collectifs (notamment infectieux) et dans l'appui des équipes soignantes dans la prise en charge des résidents (évaluation des résidents à l'admission, prévention des chutes, mesures de contention). Lors de ces déplacements, la mission n'a rencontré que deux médecins coordonnateurs, faute de disponibilité des autres praticiens lors des visites inopinées. Il s'agit du médecin coordonnateur des EHPAD « Aéria » et « Meissel » déjà cité *supra* et de celui des Airelles.

⁴⁸ EHPAD « Meissel », « Aéria » et « les jardins d'Aiffres ».

Dans les EHPAD « Aéria » et « Meissel », le médecin coordonnateur était présent avant le rachat de ces deux établissements par Médicharme. Médecin coordonnateur expérimenté, il a assumé les fonctions de directeur médical d'un groupe d'EHPAD puis des fonctions de médecin coordonnateur dans deux autres EHPAD avant son arrivée en 2017 dans ces structures. Il est salarié sur la base d'un contrat à 0,9 ETP pour les deux structures. Il dispose d'un bureau dans l'enceinte des établissements et est présent du lundi au vendredi. Il est également médecin traitant de nombreux patients de « Meissel ». Précédemment à l'arrivée du directeur médical du groupe, il avait élaboré et diffusé des procédures de soins dans les deux EHPAD, dont certaines ont été reprises par la direction nationale. Les structures disposaient du logiciel Titan dont il gérait les habilitations versant soins et suivait le bon usage. Comme indiqué supra, il a créé une dynamique avec ses trois confrères médecins traitants intervenants dans la résidence⁴⁹, qui, selon ses dires, complètent l'outil TITAN lors de chaque visite et assurent, avec lui, une astreinte nocturne en semaine.

Dans l'EHPAD « Les Airelles », le médecin coordonnateur est arrivé en février 2022, après des venues perlées pour aider à la vaccination pendant la crise du covid. L'IDEC est arrivée au printemps de la même année. Médecin généraliste, il est prévu qu'il entre en formation de Médecin coordonnateur en janvier 2024. Il est présent à raison de 0,4 ETP, les mercredis et vendredis, journées pendant lesquelles il organise des temps de transmission et de réunion avec l'équipe. Lors de ces échanges, sont notamment passées en revue les situations de contention, l'évolution du poids et les chutes des résidents. Un médecin traitant vient tous les 15 jours à 3 semaines, selon les besoins, pour assurer le suivi de l'ensemble des résidents, lui permettant ainsi de se concentrer sur ses tâches spécifiques. En lien étroit avec la direction médicale du siège, le médecin coordonnateur a réadapté les fiches et protocoles à l'échelle de l'établissement et organise régulièrement des temps de formation, même très courts, pour garantir leur appropriation par les équipes, si nécessaire la nuit pour l'équipe de nuit. Il est associé aux recrutements de nouveaux résidents et se déplace quand la demande vient de l'hôpital. Concernant la commission de coordination gériatrique, le médecin coordonnateur souligne la difficulté à mobiliser les professionnels libéraux qui ne voient pas toujours l'intérêt d'y participer.

Dans les trois EHPAD de la Meuse, le médecin coordonnateur, salarié à 0.6 ETP, est présent un jour par semaine et uniquement sur un site. En dehors de cette vacation, il peut être joint par téléphone. Les personnels soignants indiquent « *faire une synthèse toutes les 3 semaines* » avec le médecin coordonnateur, ce qui est largement insuffisant au regard des missions qui lui sont dévolues. Les personnels ont fait part à la mission des difficultés à mobiliser ce médecin, très pris par ailleurs par son exercice libéral, mais aussi à trouver des médecins traitants pour leurs résidents entrants. La faiblesse de la densité médicale dans la Meuse⁵⁰ explique en grande partie le peu de disponibilité du médecin coordonnateur. De leur côté, les EHPAD « Résidence de Beurre » et « les jardins d'Aiffres », situés eux aussi dans une zone à faible densité médicale et confrontés à une impossibilité de recruter un médecin coordonnateur, ont fait appel, sur incitation de la direction, à la société MedCo conseil.

3.2.1.2. L'intervention à distance de médecins coordonnateurs gériatres permet de pallier de manière satisfaisante l'absence de solution locale

La mission a souhaité examiner plus spécifiquement la prestation délivrée par la société MedCo Conseil aux 10 établissements du groupe qui y ont recours.

⁴⁹ Deux autres médecins n'interviennent chacun que pour un patient.

⁵⁰ 131/100 000 habitants versus 149/100 000 France entière pour les généralistes, 74/100 000 versus 192/100 000 France entière.

Il n'existe pas de contrat-cadre à l'échelle du groupe, chaque établissement contractualisant avec cette société pour son compte. La mission fait le constat que les contrats, tous établis sur le même modèle, ne définissent aucune obligation pour la société à l'égard des établissements, autre que « *le suivi et la mise en place d'un partenariat autour des missions de coordination médicale et du soin dans l'établissement concerné* ». En particulier il n'existe aucune indication concernant le temps consacré à l'établissement par le médecin coordonnateur désigné. Il lui apparaît que le groupe Médicharme se prive ainsi des moyens d'un pilotage précis de la relation contractuelle, même si la mission a pu constater par ailleurs, la réalité de la prestation, tenant à la disponibilité et également à la qualification en gériatrie de ces professionnels, ce qui est rarement le cas des médecins coordonnateurs.

La prise en main d'un établissement s'appuie sur la réalisation d'un audit transversal (cf. *supra*) réalisé sur place par le médecin de la société en charge de l'EHPAD. En régime de croisière, la prestation de la société s'organise autour de deux staffs hebdomadaires, thématiques (dont un au moins consacré chaque mois respectivement à la nutrition, aux contentions, aux plaies et aux chutes). Deux séances de formation sont également prévues sur des thématiques variables. En dehors de ces temps récurrents, des échanges quotidiens ont lieu entre le personnel infirmier et les médecins coordonnateurs pour la prise en charge des patients. L'intervention de la société inclut la retranscription des prescriptions des médecins traitants dans le logiciel Titan et, le cas échéant, la prescription de traitements, à défaut de médecin traitant.

La mission a pu évaluer le fonctionnement de ce dispositif lors de ses déplacements dans deux établissements bénéficiant de cette prestation (Résidence de Beurre en Lot-et-Garonne et EHPAD « les jardins d'Aiffres » dans les Deux Sèvres). Elle a pu constater la qualité des prestations effectuées et la satisfaction des personnels concernés quant à l'appui ainsi prodigué. Cependant, certains soignants, tout en reconnaissant l'implication du médecin de MedCo conseil, déplorent l'absence de connaissance individuelle des résidents, rendant les interventions impersonnelles. Cette organisation, qui peut apparaître meilleure à certains égards que dans des situations où le médecin coordonnateur, physiquement présent, est peu investi, suppose une stabilité de l'organisation soignante de l'EHPAD et de ses personnels infirmiers, interlocuteurs du médecin en distanciel. Elle rencontre par ailleurs des limites : elle ne permet pas ce qui, dans les missions d'un médecin coordonnateur, requiert un examen clinique du résident, comme l'évaluation du résident à l'entrée en EHPAD et ne satisfait donc pas complètement aux dispositions de l'article D. 312-158 (13°).

Au total, compte tenu des difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs, les services de « télé coordination médicale » pourraient être amenés à se développer. La mission estime que le recours à de tels services, dès lors qu'il est avéré que le recrutement d'un médecin coordonnateur n'a pas été possible, permettrait d'améliorer l'accompagnement des résidents. Cependant, afin de garantir la qualité de cette coordination, il serait préférable d'encadrer au préalable ces pratiques, en élaborant un cahier des charges précisant les conditions de réalisation de la prestation par les services de « télé médecine de coordination » et en définissant précisément le contenu du contrat liant la société employeur du médecin coordonnateur et l'EHPAD.

3.2.1.3. La fonction des infirmiers coordinateurs devient centrale du fait de l'absence ou de la faible disponibilité des médecins coordonnateurs

La fonction d'infirmier de coordination n'est pas consacrée par la réglementation. Aucune disposition légale ou réglementaire n'impose la création de ce poste dans un EHPAD. Le rapport des Prs Jeandel et Guérin relatif aux Ehpad et aux USLD⁵¹ a toutefois souligné le caractère indispensable de ce poste et préconisé la reconnaissance d'un statut de l'infirmière coordonnatrice. La feuille de route « EHPAD USLD » 2021-2023 publiée en mars 2022 dans la suite du rapport précité prévoit (mesure 10) la reconnaissance de la fonction d'infirmière de coordination sur la base d'un référentiel métier national.

Les missions de l'IDEC sont larges. La fiche de poste type au sein du groupe Médicharme en identifie six groupes : la conception, la mise en œuvre d'un projet paramédical ; l'animation et encadrement des équipes soignantes ; l'organisation des actes de soins et paramédicaux, gestion, coordination et planification de l'activité ; le contrôle et évaluation de la qualité des activités du service ; la prévention et l'évaluation de la souffrance et de la détresse des personnes et participer à leur soulagement.

La fonction de coordination recouvre, outre la définition des plannings (cf. *infra*), l'organisation des transmissions, soit entre équipes (matin/après-midi ; jour/nuit), soit au sein d'une équipe en journée. Si les transmissions ont d'abord pour support le logiciel TITAN, l'organisation de phase de chevauchement lors des changements d'équipe, comme la tenue régulière de réunions d'équipe, sont en effet des bonnes pratiques dans la circulation de l'information relative aux résidents. La mission a pu par exemple constater une telle organisation à l'EHPAD « Meissel » (réunion quotidienne à 15h00). Dans l'EHPAD « Les jardins d'Aiffres », à la suite du contrôle de l'ARS, la direction a procédé à une réorganisation du travail des équipes de nuit (modification des horaires) afin que les transmissions puissent être assurées par un infirmier. La carence en IDEC, les difficultés de recrutement ou les organisations du travail mises en place dans les établissements peuvent au contraire compromettre la qualité des transmissions. Ainsi le rapport d'inspection de l'EHPAD « les châtaigniers » note-t-il que les « *horaires instaurés ne permettent pas un temps de transmissions en commun des équipes qui se succèdent sur les 24H. Ces dernières sont donc exclusivement écrites.* » Le rapport d'inspection de l'EHPAD « Beau site » note également qu'aucun chevauchement d'équipe n'est prévu et que « *l'IDEC réitère les transmissions orales de fin de postes du matin auprès de l'équipe d'après-midi* ».

3.2.2. L'organisation des soins et la prise en charge des résidents pâtissent de la difficulté à recruter du personnel soignant qualifié en nombre suffisant

3.2.2.1. L'organisation des soins est directement affectée par le défaut de personnel qualifié, notamment en période de nuit

Les visites effectuées par la mission ont confirmé la présence en nombre important d'agents de services hospitaliers (ASH) faisant fonction d'aide-soignant, intervenant de façon structurelle dans l'organisation des soins et notamment pour les aides à la toilette et aux repas dans les établissements (cf. annexe ressources humaines).

⁵¹ Unités de soins de longue durée et les EHPAD – rapport de mission – juin 2021.

Plusieurs directions des établissements visités ont fait état de la compétence et de l'engagement professionnel de ces personnels. Par ailleurs, il semble que les organisations réservent en général aux aides-soignants la réalisation des actes et prestations les plus complexes. Il demeure que, dans certaines circonstances, l'absence de personnels qualifiés expose à des risques de rupture dans la continuité des soins et des prises en charge. C'est notamment le cas la nuit, compte tenu du faible nombre de personnels présents qui ne permet pas de garantir complètement la présence de personnel soignant.

Seul un établissement a mis en place un système d'astreinte infirmière de nuit⁵², organisation pourtant en cours de déploiement sur le territoire national⁵³ dans la mesure où elle permet de réduire sensiblement le recours au SAMU et à l'hospitalisation en période de nuit et qui a donné lieu à des aides dédiées versées par les agences régionales de santé. Le groupe, confronté à des difficultés de recrutement pour ses personnels infirmiers, n'a pas souhaité ajouter une contrainte qui pouvait être facteur de défaut d'attractivité. Il n'a pas non plus cherché à s'inscrire dans des organisations territoriales plus larges, avec des services d'HAD par exemple. Il a été indiqué à la mission lors de ces déplacements que l'IDEC pouvait parfois être sollicitée, de façon informelle, pendant la période nocturne.

Les équipes de nuit sont en règle générale composées d'un binôme aide-soignant/ASH, renforcé éventuellement, selon la configuration des lieux, la taille de l'établissement ou l'existence d'une UVP, par un personnel supplémentaire. C'est le cas dans les établissements visités par la mission : à la Résidence « Saint Georges » (Aisne – 110 places), une aide-soignante (AS), une ASH et une auxiliaire de vie sont présents pour couvrir les deux bâtiments d'hébergement ; à l'EHPAD, les « Eaux vives » (Meuse), une aide-soignante et une ASH sont présents sur chaque site. C'est également le cas à « Meissel » (57 places). Dans l'EHPAD « Aeria » (85 places), deux aides-soignants et une ASH sont présents la nuit.

La difficulté à recruter des aides-soignants expose toutefois l'établissement à des situations dans lesquelles aucun personnel soignant qualifié n'est présent dans l'établissement. Les rapports d'inspection relatent fréquemment ces situations : le rapport d'inspection de l'EHPAD « les Châtaigniers »⁵⁴ indique ainsi que *« les plannings mettent en évidence que la nuit est assurée par la présence d'un binôme AS/ ASH. Toutefois, le départ d'un AS affecté la nuit et non remplacé ne permet pas d'assurer la présence de ce binôme toutes les nuits. Dans le cadre des roulements, il arrive donc que deux ASH effectuent seules les nuits »*. Le constat est identique lors de l'inspection des EHPAD « Résidence de Beurre »⁵⁵ et « Résidence du lac » (Lot et Garonne) ou encore à l'EHPAD « La vallée du Bandiat » (Charente)⁵⁶.

Le défaut de personnel qualifié est un facteur de fragilité et d'insécurité dans les soins dispensés aux résidents, notamment pour la dispensation des médicaments. Plusieurs rapports d'inspection relatent des situations où un personnel non qualifié a été amené à opérer cette distribution, en dérogation avec les règles d'exercice des professions et d'organisation du circuit du médicament : c'est là encore le cas lors de l'inspection des EHPAD « Résidence de Beurre » et « Résidence du lac ». Le rapport d'inspection de l'EHPAD « L'Elvody » (Calvados) fait pour sa part mention d'un événement indésirable grave de non-administration d'un médicament dans un contexte particulier de l'absence inopinée d'AS « laissant seule une ASH pour l'administration des 2 services de médicaments du soir ».

⁵² L'EHPAD Les Airelles dispose d'une convention avec l'URPS à cet effet.

⁵³ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 garantit dans le budget alloué aux EHPAD la généralisation en 2023 de la présence d'une astreinte d'infirmier de nuit dans tous ces établissements.

⁵⁴ Inspection des 27, 28 et 29 septembre 2021.

⁵⁵ Inspection des 8 mars et 21 septembre 2022.

⁵⁶ Inspection du 12 décembre 2022.

La mission note que, dans un cas très spécifique, le groupe Médicharme s'est accommodé d'une organisation qui, pour historique qu'elle soit, est nettement dérogatoire aux principes de bonne organisation. L'EHPAD « les amis des aînés » (Var) est une structure familiale de très petite taille (19 places), acquise par le groupe Médicharme en 2021. Le rachat par le groupe n'a pas modifié l'organisation familiale qui prévalait. Le père de la directrice fait office d'agent d'entretien et de cuisinier sans en avoir les diplômes. La mère, ancienne gérante, est l'une des deux infirmières. En retraite depuis 2029, elle « exerce bénévolement au sein de la structure. Elle n'est pas inscrite dans l'annuaire santé contrairement à l'article L.4311-15 du code de la santé publique. Le conseil de l'ordre des infirmiers, sollicité, n'a pas retrouvé de professionnel inscrit à son nom ⁵⁷ ». En période de nuit, la taille très faible de la structure comme son organisation très particulière induisent une organisation fragile et hors norme : ainsi, « *le planning ne prévoit la nuit qu'un seul personnel ayant la qualification d'ASH (...). Lors des entretiens il a été indiqué à la mission que l'agent de nuit débute son service à 20h00 et le termine à 5h45. L'IDE bénévole assure la surveillance de 5h45 jusqu'à l'arrivée d'un premier personnel de jour à 7h30* ».

Au-delà de ce cas particulier, la mission note que les établissements de faible capacité sont beaucoup plus exposés, compte tenu de la faiblesse de leurs effectifs, aux risques de carence en personnel qualifié pendant ces périodes en cas notamment d'arrêt maladie des titulaires de poste.

3.2.2.2. La disponibilité des ressources humaines et l'organisation des cycles de travail conditionnent également l'organisation de la journée des résidents

L'élaboration des plannings d'intervention des personnels revient à l'IDEC.

L'organisation hebdomadaire ou mensuelle du travail distingue équipe et contre-équipe (ou équipe miroir), dont l'alternance permet d'assurer la continuité des prises en charge sept jours sur sept et garantit la prise de jours de repos selon une trame régulière, en semaine ou en week-end.

L'organisation quotidienne du travail distingue l'organisation en journée de celle de nuit. La dichotomie d'organisation entre le jour et la nuit peut toutefois recouvrir des réalités différentes dans l'organisation du travail et pour les résidents selon d'une part les horaires d'embauche de l'équipe de nuit, d'autre part les tâches assignées à cette équipe, qu'il s'agisse des levers et des couchers ou de la distribution de médicaments

En cours de journée, les ressources soignantes et en personnel hôtelier disponibles sont concentrées en matinée, pour la réalisation des levers, des petits déjeuners et des toilettes, ainsi que des soins, puis pour le service du déjeuner assuré en salle de restauration collective. Les effectifs présents l'après-midi et en fin de journée (pour le repas du soir) sont plus restreints.

L'on retrouve ce canevas général d'organisation dans tous les EHPAD. L'organisation effective dépend toutefois dans chacun d'entre eux des effectifs disponibles et des tâches attribuées.

En matinée, le temps consacré à la toilette est un marqueur de la qualité de la prise en charge des résidents. Il dépend du nombre des aides-soignants ou ASH affectés aux soins au regard du nombre de résidents.

À cet égard, les ratios suivants ont pu être relevés dans les établissements visités par la mission ou lors des inspections :

⁵⁷ Inspection du 13 avril 2023.

Annexe IV

Tableau 10 : Nombre moyen d'aides-soignants ou d'ASH faisant fonction par résident

Établissement	Nombre d'AS ou d'ASH faisant fonction en matinée	Nombre de résidents présents (capacité)	Ratio
Établissements visités par la mission			
Résidence saint Georges	12	100 (110)	8,3
Meissel	6	57 (57)	9,5
Aeria	9	85 (85)	9,5
Les jardins d'Aiffres	6	30 (39)	5
Les eaux vives	4	44(49)	11
Résidence de Beurre	4	34(36)	8,5
Constats issus de rapports d'inspection			
Les amis des aînés	2	21 (19)	10,5
Oreadis	2	14(24)	7
Les Feuillantines	6	46 (54) ⁵⁸	7,5
Les genévriers	9 à 10	(82)	8 à 9

Source : Mission et rapports d'inspection ARS/ CD.

Ces ratios sont dans certains cas le reflet de taux d'occupation parfois relativement faibles (exemple d' « Oréadis » : 58 %), qui diminuent temporairement la charge des personnels présents. Dans le cas de l'EHPAD « les jardins d'Aiffres », le ratio très bas reflète à la fois un faible taux d'occupation (77%) et du renfort depuis le 1^{er} août des personnels auparavant employés à l'EHPAD « Les Charmilles », fermé dans le cadre de l'opération de regroupement sur le site d'Aiffres⁵⁹ (cf. *supra*).

En dehors de ces circonstances particulières, le ratio semble s'établir fréquemment autour de neuf résidents par personnel réalisant des toilettes. Ce ratio ne prend pas en compte les absences inopinées et non remplacées qui peuvent majorer la charge de travail un jour donné. Ces constats ne sont pas éloignés de ceux de la conférence des directeurs d'EHPAD, citée par la Cour des comptes⁶⁰, établissant à 10 le nombre de résidents par soignant pour l'accompagnement du matin.

⁵⁸ Contrôle sur pièce et non un jour donné ; le taux d'occupation était de 85% fin 2022.

⁵⁹ Le rapport d'inspection du 24 mai 2023, réalisé antérieurement au regroupement, évoque un nombre de toilettes de 6 à 8 en moyenne par agent.

⁶⁰ Rapport relatif à la prise en charge médicale en EHPAD février 2022.

Ces ratios ne reflètent pas complètement la disponibilité des personnels, qui est également fonction de l'état de dépendance des patients et du nombre des toilettes complexes, impliquant deux personnels. Lors de la visite de l'EHPAD « Les eaux vives » par exemple, l'échange avec des personnels a ainsi mis en évidence la difficulté à assurer une toilette complète incluant une douche plus d'une fois par semaine. La fréquence des douches peut varier sensiblement d'un établissement à l'autre. Sur le fondement des entretiens menés par la mission avec les personnels des établissements, elle s'établissait par exemple à une douche par jour dans l'unité protégée de l'EHPAD « Meissel », et à une douche tous les deux jours dans l'EHPAD « les jardins d'Aiffres » (pour lequel le ratio personnel sur résident est pourtant particulièrement bas) et à une à deux douches par semaine aux Eaux Vives.

Pour les résidents, les heures du repas, en particulier du petit déjeuner et du dîner, de même que les heures du coucher comme du lever sont également des repères importants pour la qualité de vie. Ils peuvent être impactés par le déficit en personnel ou en personnel qualifié et l'organisation du travail, tout particulièrement pour les personnes les plus dépendantes qui nécessitent une aide au repas ou au coucher.

Les organisations locales, dans les établissements visités par la mission, prévoient fréquemment un lever à partir de 7h00 et des heures de début de repas entre 18h00 et 19h00. À l'intérieur de ce cadre général, l'adaptation au rythme de vie particulier des résidents fait partie des éléments du projet d'accompagnement personnalisé.

Les rapports d'inspection relatent toutefois des organisations parfois plus contraignantes du fait de l'insuffisance de personnel ou de personnel qualifié, qui peuvent se traduire par des périodes allongées de jeûnes nocturnes.

Le rapport d'inspection de l'EHPAD « l'Elvody » (Calvados) note ainsi que le dîner se fait en deux services du fait du nombre d'agents réduit pour l'aide à la prise du repas : 17h30 pour les dépendants et 19h00 pour les résidents autonomes. Pour les premiers, l'amplitude du jeûne entre le souper et le petit déjeuner est de 15h00, bien supérieur aux recommandations (pas plus de 12 heures de jeûne). Suite à l'inspection, l'horaire du dîner a été décalé entre 18h00 et 18h30.

Le rapport d'inspection de l'EHPAD « Au bon accueil » fait également mention d'un coucher qui débute à 16h30 pour quelques résidents (mais entre 17h30 et 18h00 pour la plupart).

Le rapport d'inspection de l'EHPAD « Les amis des aînés », déjà cité, donne une illustration synthétique de ce qu'une organisation défaillante, reposant sur des moyens insuffisants, peut avoir comme incidence délétère sur les résidents. Ce rapport note que « *le respect du rythme de vie des résidents est peu effectif au sein de l'établissement (...) Le matin, les toilettes se déroulent toutes de la même manière. Les résidents sont d'abord déshabillés lors du passage des AS, puis douchés un par un lors du passage de l'IDE. Cela signifie donc que les personnes attendent, dévêtues, d'avoir leur douche alors que la porte de leur chambre est ouverte (...). La mise en pyjama pour la nuit se fait à partir de 17h00. Ce changement précocement ne respecte ni le rythme individuel des résidents, ni leur dignité, ni leur bien-être physique et moral. Il ressort des entretiens que le dîner débute à 17h45 et que le petit déjeuner est servi à partir de 7h30, ce qui génère un jeûne important de 12h30.* »

3.2.3. La sécurisation du circuit du médicament a été renforcée par l'adoption de la préparation des doses à administrer mais reste fragilisée par des transcriptions non sécurisées d'ordonnances dans le logiciel Titan

La direction médicale a élaboré et diffusé de nombreux protocoles dans le champ du médicament, actant d'une volonté de sécuriser le circuit du médicament. L'encadré suivant détaille les protocoles constitutifs de la procédure de sécurisation du circuit du médicament diffusée par la direction médicale et disponible dans Titan.

Encadré 3 : Procédures de sécurisation du circuit du médicament diffusées par la direction médicale de Médicharme

Présentation et mode d'emploi

V0-Ind 01 Présentation et mode d'emploi du circuit du médicament.docx

Les protocoles

V01-Ind 01 CAT médicament rupture de la chaîne du froid.docx

V01-Ind 01 La iatrogénie.docx

V01-Ind 01 La prescription.docx

V01-Ind 01 Médicaments cytotoxiques.docx

V01-Ind 02 Insulinothérapie.docx

V02-Ind 01 Distribution et administration.docx

V02-Ind 01 Gestion des AVK.

V02-Ind 01 La préparation.docx

V02-Ind 01 Prescriptions anticipées personnalisées ou si besoin.docx

V02-Ind 01 Stock tampon en médicaments urgents.docx

V02-Ind 01 Stockage des médicaments.docx

V02-Ind 01 Température et médicament.docx

V02-Ind 01 Utilisation du stock Tampon.docx

V03-Ind 01 Suivi sac d'urgence.docx

Documents et guides

Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances.docx

OMEDIT- médicaments écrasables.xlsx

Prévention et gestion des erreurs médicamenteuses

Durée d'utilisation des solutés et des sirops

Bon usage de l'oxygénothérapie en EHPAD

OMEDIT-oxygénothérapie

Règlementation Gaz Comprimés

Outils de suivi

V01-Ind 01 Affiche identification frigo med.docx

V01-Ind 01 Affiche réfrigérateur SONDE.doc

V02-Ind 01 Fiche de suivi de la maintenance du réfrigérateur médical.docx

V02-Ind 01 Relevé températures des locaux.docx

Source : Médicharme.

Annexe IV

Aucun établissement du groupe ne dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Dans ce cas, les EHPAD peuvent conclure avec une ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine ou avec un pharmacien assurant la gérance d'une pharmacie à usage intérieur, des conventions relatives à la fourniture en médicaments ou produits de santé des personnes qu'elles hébergent⁶¹. La, ou les, À conventions désignent un pharmacien référent qui doit concourir à la bonne gestion et au bon usage des médicaments, collaborer avec les médecins traitants et participer, avec le médecin coordonnateur, à l'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement. Les conventions déterminent les modalités d'approvisionnement, de dispensation et de détention pour les médicaments et autres produits⁶². Elles sont transmises à l'ARS, à la caisse primaire d'assurance maladie et au conseil régional de l'ordre des pharmaciens. La mission n'a pas trouvé trace de document officiel constituant une trame de convention. Plusieurs ARS (Ile de France, pays de Loire, Centre Val de Loire, PACA...) proposent toutefois des trames ou des guides méthodologiques pour aider à la rédaction de ces conventions.

Tous les établissements du groupe ont signé des conventions avec au moins une officine. Les conventions analysées par la mission suivent des modèles types et comportent les éléments réglementaires requis, y compris concernant la préparation des doses à administrer (PDA) (cf. *infra*). La plupart, de portée très générale, renvoient à des annexes (cahier des charges et procédures de contrôle, en particulier de la PDA, identification du pharmacien référent, des modèles de courriers, fiches de traçabilité ...). Les conventions analysées sont signées des deux parties.

Afin de sécuriser le circuit du médicament (sécurité du traitement et traçabilité de l'administration), il est recommandé de mettre en place la préparation des doses à administrer. La PDA permet de préparer des piluliers nominatifs contenant la ou les prises des patients, selon les prescriptions. Les médicaments sont conditionnés sous forme de sachets-doses ou de pilulier rigide pour une durée de 7 à 28 jours. Ce conditionnement permet d'éviter les erreurs de dispensation (oubli ou erreur de dosage voire erreur de patient). La PDA procure par ailleurs un gain de temps pour le personnel infirmier. Selon les documents fournis par le siège, à sept exceptions près, dont un en instance de migration, les EHPAD du groupe sont passés en PDA (cf. tableau suivant).

Tableau 11 : Situation des EHPAD du groupe Médicharme vis-à-vis de la préparation des doses à administrer (PDA)

EHPAD	Mise en place d'une PDA
Maison de Thérèse	OUI
Résidence de France	OUI
Résidence Saint Georges	OUI
Les Airelles	OUI
Les Eaux Vives Pierrefitte-sur-Aire	OUI
Les Eaux Vives Souilly	OUI
Les Eaux Vives Triaucourt	OUI
Villa Claudine	Devis validé
Le Champ de la Dame	OUI
Résidence Les Chênes Verts	OUI

⁶¹ Articles L5126-10 et R5126-106 du code de santé publique.

⁶² Articles R5126-107 à R5126-112 du code de santé publique.

Annexe IV

EHPAD	Mise en place d'une PDA
Les Jardins d'Aiffres	OUI
Résidence le beau Site	OUI
Résidence du Lac	OUI
Résidence Zoppola	OUI
Résidence de Beurre	OUI
La Vallée du Bandiat	OUI
Résidence EHPAD Vitéal Oléron	OUI
La Juvénie	OUI
Résidence Elvody	OUI
Résidence les 4 Saisons	NON
Les Châtaigniers	OUI
Résidence La Croix du Sud	OUI
Résidence Au Bon Accueil	NON
Résidence La Madrague	OUI
Les Feuillantines	NON
Résidence Aéria	NON*
Résidence Meissel	NON*
Les Jardins de Sainte Baume	OUI
Nice Oréadis	OUI
La Bastide du Luberon	OUI
Les Genévriers	OUI
Résidence Les Amis Des Aînés	NON

**Lors de la visite de la mission, la PDA venait de se mettre en place dans la résidence Aéria. Son déploiement était prévu avant la fin de l'année à Meissel*

Source : Médicharme.

La mission a pu constater dans six établissements visités la mise en place de la PDA. Les médicaments sont conditionnés, pour chaque résident en sachets dose, reliés entre eux⁶³. Les infirmiers valident sur leur tablette reliée à TITAN la délivrance ou la prise (si le résident n'est pas en capacité de prendre seul son traitement) des médicaments. Les équipes rencontrées se sont montrées satisfaites de ces modalités, très récentes pour certaines (EHPAD « Aéria »), qui les sécurisent et permettent un gain de temps appréciable⁶⁴. Il s'agit d'une bonne pratique qui permet de sécuriser l'observance.

Plusieurs rapports d'inspection des ARS ont signalé des dysfonctionnements liés au circuit du médicament.

⁶³ Système dénommé « escargot » par les équipes.

⁶⁴ Auparavant, les infirmiers se chargeaient de la préparation (déconditionnement et mise en piluliers) de la délivrance des médicaments.

Annexe IV

Les constats posés à la suite d'une inspection menée durant l'été 2021 dans un établissement (résidence « Elvody ») était particulièrement inquiétant. Ainsi, l'ARS a formulé plusieurs injonctions, dont certaines immédiates et des prescriptions sur ce champ. Les injonctions tenaient au manque de sécurisation du circuit (depuis l'officine) et de l'administration des médicaments. L'ARS relevait par ailleurs des manquements concernant le tri des médicaments périmés et le stockage des médicaments stupéfiants. Au-delà de ces éléments, le rapport soulignait « *un niveau critique d'exposition aux risques avec menace de mise en place d'une administration provisoire en cas de réponse insuffisamment adaptée.* » Depuis, si la grande majorité de injonctions et prescriptions ont été levées, il persiste des anomalies concernant la comptabilisation des médicaments stupéfiants et l'amélioration du circuit de transmission de la prescription à l'officine.

À côté de ce cas extrême, cinq rapports d'inspections ont été suivi d'injonctions. Plusieurs tiennent à la sécurisation du circuit du médicament, d'autres à la qualification des personnels en charge de la distribution des médicaments par l'équipe de nuit, ce qui fait écho aux constats, tant par les ARS que par la mission, de l'emploi fréquent de personnel non qualifié (ASH faisant fonction d'AS), en particulier dans les équipes de nuit. Enfin, certaines injonctions concernent la transcription des ordonnances dans TITAN par du personnel non habilité (infirmier ou aide-soignant) sans validation médicale. Le tableau suivant retranscrit un échantillon d'injonctions illustratives.

Tableau 12 : Extraits de rapports d'inspections d'ARS concernant des injonctions dans les suites de dysfonctionnements du circuit du médicament

Nature de l'injonction	EHPAD	Libellé de l'injonction
Injonction immédiate	Résidence Elvody	Nécessité de saisir en temps réels l'administration ou la non-administration de chaque médicament pour chaque résident, sur une tablette opérationnelle, synchronisée au logiciel titan
Injonction	La Fruitière	Les prescriptions doivent toutes être effectuées dans le logiciel titan
Injonction immédiate	Résidence Elvody	Sécuriser le circuit du médicament en mettant en place des organisations et des mesures adaptées respectant la réglementation en vigueur
Injonction	Au Bon Accueil	Élaborer une procédure de préparation, distribution et administration des médicaments. S'assurer de sa diffusion auprès du personnel soignant
Injonction	La Fruitière	Les médicaments doivent rester identifiables jusqu'à leur administration
Injonction	La Croix du Sud	Sécuriser la dispensation des soins et le circuit du médicament
Injonction	La Fruitière	Le casier nominatif d'un résident ne doit contenir que les médicaments que le patient utilise dans le cadre de son traitement.
Injonction	La Fruitière	Les infirmiers et les aides-soignants doivent pouvoir disposer d'informations claires pour procéder à l'administration des traitements aux patients. Selon les cas, une prescription médicale anticipée personnalisée doit être rédigée par le médecin coordonnateur
Injonction	Résidence de Beurre	S'assurer pour chaque résident de la complétude du dossier médical concernant la prise en charge des médicaments, notamment la validité des ordonnances et la traçabilité de la dispensation et de l'administration. L'usage des prescriptions préremplies par le personnel infirmier est à proscrire.

Annexe IV

Nature de l'injonction	EHPAD	Libellé de l'injonction
Injonction	Résidence Zoppola	Anticiper le renouvellement des prescriptions avec les médecins traitants et faire cesser les retranscriptions des prescriptions sans vérification médicale dans le logiciel titan
Injonction	Résidence Elvody	Tenir un registre de compatibilité des médicaments stupéfiants pour chaque résident en bénéficiant, et sécuriser spécifiquement leur stockage dans le local de stockage des médicaments à accès réservé de l'infirmerie.
Injonction	Résidence de Beurre	Respecter et faire respecter les règles de prescription des médicaments stupéfiants (en particulier non-chevauchement, ordonnance sécurisée

Source : Rapports d'inspection des ARS – Données retravaillées par la mission.

Au 1^{er} novembre 2023, les injonctions reprises dans le tableau ci-dessus ont été levées, à l'exception de celle concernant « la Croix du Sud », de celle tenant à la sécurisation de la retranscription des prescriptions dans Titan notifiée à la résidence « Zoppola » et enfin de celle concernant la sécurisation des médicaments stupéfiants pour la résidence « l'Elvody », comme indiqué supra.

Dans plusieurs établissements, les équipes ont soulevé des difficultés de distribution des médicaments par l'équipe de nuit. En effet, les équipes de nuit des EHPAD visités ne disposent pas d'un infirmier et certaines pas non plus d'un aide-soignant diplômé de manière régulière (cf. *supra*). Devant l'impossibilité de disposer d'un aide-soignant diplômé chaque nuit, une équipe a indiqué à la mission, élaborer avec le médecin coordonnateur un protocole visant à sécuriser la distribution de médicaments par des équipes de nuit non diplômées. Ces modalités ne sont pas conformes à la réglementation mais témoignent d'une volonté de l'équipe soignante d'améliorer la sécurité de la délivrance des médicaments.

Comme explicité également *supra*, un point majeur de non-conformité reste la transcription non sécurisée des ordonnances dans le logiciel Titan. Ces difficultés ne pourront se résoudre sans un renforcement notable de l'implication d'une part des médecins traitants pour améliorer la dématérialisation dans Titan de leurs prescriptions et d'autre part de certains médecins coordonnateurs. En effet, ces derniers doivent contribuer à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des dispositifs médicaux et peuvent intervenir pour tout acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation.

3.3. L'accès des résidents aux professionnels de santé est le reflet de l'offre de soin des territoires

3.3.1. Malgré des difficultés liées à une densité médicale en décroissance, la quasi-totalité des résidents disposent d'un médecin traitant

Si le médecin coordonnateur joue un rôle fondamental dans les EHPAD en intervenant dans le processus d'admission, en élaborant et en suivant le projet de soins de l'établissement et en animant des personnels soignants, cette fonction est bien différente de celle de médecin traitant. Cela ne fait toutefois pas obstacle, s'il exerce par ailleurs une activité libérale, à ce qu'il soit lui-même médecin traitant de certains des résidents, ce qui est d'ailleurs très fréquent.

Annexe IV

Pour intervenir auprès de leurs patients dans un établissement, les médecins doivent signer une convention en application de l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles. Un arrêté fixe les modèles des contrats types⁶⁵. La direction de Médicharme a transmis à la mission des conventions avec des médecins traitants passées par 13 EHPAD, soit moins de 40% de ses établissements. Parmi ceux-ci, seuls cinq établissements (« Beau site », « Les Feuillantines », « La fruitière », « résidence du Lac », « Meissel ») ont signé plusieurs contrats. Ceux-ci sont établis sur la base d'un modèle type conforme aux dispositifs réglementaires⁶⁶. L'établissement « Les Chênes verts », qui n'a signé aucun contrat, a fait parvenir à la mission un courrier de deux médecins généralistes indiquant leur refus de signer la convention « *pour diverses raisons d'ordre déontologique et professionnel* ». Ce cas ne semble pas isolé, plusieurs directions d'établissement ayant fait état, si ce n'est de refus formels, tout du moins de difficultés à engager les médecins intervenant dans l'établissement à signer une convention. Si, légalement, ils devraient refuser l'accès à l'EHPAD à ces professionnels, la difficulté à trouver des médecins acceptant de prendre en charge les résidents rend très difficile et contraire à l'intérêt des résidents l'application de telles mesures. Des personnels de plusieurs établissements ont signalé par ailleurs à la mission le refus de certains médecins traitants de se déplacer les obligeant à faire appel à un transport sanitaire, le plus souvent couché, pour transporter le résident au cabinet de son médecin traitant.

Malgré ces difficultés, en moyenne 97,3 % des résidents des établissements du groupe⁶⁷ disposent d'un médecin traitant, ce qui est identique au taux moyen observé dans la totalité des EHPAD⁶⁸. Dans 11 EHPAD, la totalité des résidents a un médecin traitant. À l'inverse, seuls 79 %, soit 19 résidents sur 24, de la « résidence du Lac » en disposent. Dans les autres établissements, les taux varient de 92,1 à 98,9 %. Au total, au 31 décembre 2022, 1 377 des 1 415 résidents du groupe avaient un médecin traitant. Le tableau suivant détaille ces données.

Tableau 13 : Dénombrement et pourcentage de résidents disposant d'un médecin traitant dans chaque EHPAD Médicharme

EHPAD	Nbre de résidents	Nbre de résidents avec médecin traitant	% de résidents avec médecin traitant
RESIDENCE SAINT GEORGES	88	87	98,9%
OREADIS	19	18	94,7%
LES FEUILLANTINES	46	46	100,0%
LES CHATAIGNIERS	32	32	100,0%
LA CROIX DU SUD	67	64	95,5%
LA MADRAGUE	33	33	100,0%
MEISSEL	48	47	97,9%
LA FRUITIERE	20	20	100,0%
AERIA	79	77	97,5%
L'ELVODY	42	41	97,6%
LE BEAU SITE	29	29	100,0%
LA VALLEE DU BANDIAT	37	35	94,6%

⁶⁵ Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁶⁶ Articles L.311-3, L.313-12 et L.314-12 du code de l'action sociale et des familles.

⁶⁷ Hors Les charmillles et les Jardins d'Aiffres.

⁶⁸ Source : RESIDEHPAD au 31 décembre 2022- Données traitées par la Cnam.

Annexe IV

EHPAD	Nbre de résidents	Nbre de résidents avec médecin traitant	% de résidents avec médecin traitant
VITEAL - LES MIMOSAS	49	48	98,0%
LA MAISON DE THERESE	25	25	100,0%
LA JUVENIE	34	33	97,1%
LES CHENES VERTS	69	68	98,6%
LES GENEVRIERS	76	70	92,1%
RESIDENCE DU LAC	24	19	79,2%
RESIDENCE DE BEURRE EHPAD	31	29	93,5%
RESIDENCE ZOPPOLA	37	35	94,6%
LES QUATRE SAISONS	39	39	100,0%
LES EAUX VIVES - Site SEUIL D'ARGONNE	39	39	100,0%
LES EAUX VIVES - Site SOUILLY	29	29	100,0%
LES EAUX VIVES - Site PIERREFITTE-SUR-AIRE	28	28	100,0%
LE CHAMP DE LA DAME	74	73	98,6%
RESIDENCE DE FRANCE	70	68	97,1%
VILLA CLAUDINE	36	36	100,0%
LES AIRELLES	27	26	96,3%
AU BON ACCUEIL	21	20	95,2%
LES JARDINS DE SAINTE BAUME	64	63	98,4%
LES AMIS DES AINES	18	18	100,0%
LA BASTIDE DU LUBERON	85	82	96,5%
TOTAL établissements Médicharme*	1 415	1 377	97,3%
TOTAL EHPAD France	472 938	460 324	97,3%
TOTAL EHPAD Privés en financement partiel sans PUI	192 644	188 778	98,0%

* Hors Les charmilles et les Jardins d'Aiffres gérés par la MSA.

Source : CNAM à partir des données Résidehpad au 31-12-2022 – Données retraitées par la mission.

3.3.2. L'accès aux spécialistes reste cependant plus difficile

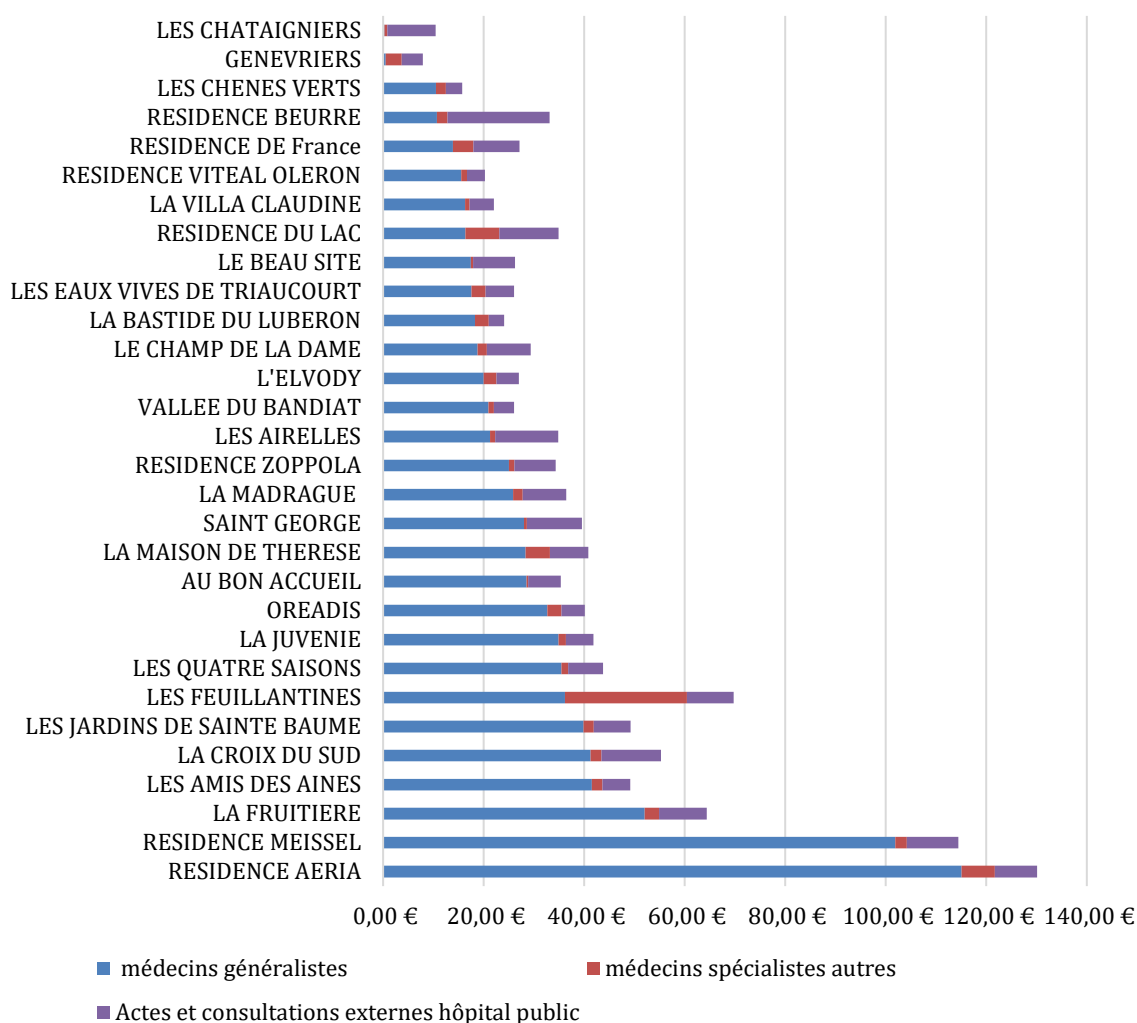
La direction médicale et plusieurs directions d'établissement ont indiqué à la mission des difficultés pour adresser leurs résidents à des professionnels de santé de ville, difficultés qui s'aggravent d'année en année.

Si des établissements ont pu signer des conventions avec des structures hospitalières (cf. *infra*), les personnels et les résidents rencontrés ont fait état de difficultés d'accès à des médecins spécialistes. L'EHPAD « Les Eaux Vives », situé dans une zone particulièrement dépourvue de spécialistes, a déployé une solution de télémedecine (TokTokDoc) et dispose d'un équipement permettant de réaliser des auscultations à distance et de transmettre les résultats d'ECG. Une convention avec le service de gériatrie du CHU de Nancy est en cours de signature.

Annexe IV

Les données de la CNAM concernant le remboursement d'actes de consultation aux résidents confirment ces difficultés d'accès. Ainsi, dans certains EHPAD, les résidents ne bénéficient que de très peu d'actes de spécialistes libéraux (« Résidence St Georges », « Au bon accueil », « Beau site », « Villa Claudine ») alors que ces dépenses sont 50 fois plus importantes à l'EHPAD « Les Feuillantines », situé dans les Alpes-Maritimes. Dans certains EHPAD, le recours à des consultations en établissement hospitalier est plus fréquent, pouvant signer un déficit en médecins libéraux (« Les Châtaigniers » - Ardèche). On notera une dynamique de dépenses de médecine générale particulièrement forte dans les établissements marseillais (« Meissel » et « Aéria »). Le constat est identique pour ce qui concerne les dépenses de kinésithérapie (cf. infra). La mission n'a pu réaliser d'analyse spécifique sur l'opportunité de ces actes de volume très atypique, dans un territoire bien doté tant en professions médicales que paramédicales.

Graphique 1 : Consultations médicales : Montants moyens remboursés par l'assurance maladie aux résidents selon l'EHPAD* en 2022



* Hors résidences Les charmillles et Les Jardins d'Aiffres

Source : CNAM – Données retravaillées par la mission.

Les difficultés d'accès concernent également les soins dentaires. Plusieurs équipes rencontrées par la mission ont signalé des difficultés pour obtenir des rendez-vous avec des chirurgiens-dentistes. De ce fait, les soins n'interviennent souvent qu'en situation d'urgence. Le siège a fait parvenir à la mission trois conventions⁶⁹, signée pour l'une avec l'association française pour la santé bucco-dentaire des Alpes Maritimes, pour la deuxième avec une société de télémedecine (TokTokDoc) et pour la dernière avec une unité mobile de soins dentaires. Les deux premières visent à réaliser des actions collectives de prévention buccodentaire. Seule la dernière prévoit la réalisation de soins à des résidents dans l'incapacité de se déplacer. Lors de la visite de l'EHPAD « les Eaux Vives, » la directrice a fait état d'une convention passée avec un chirurgien-dentiste et un prothésiste qui se déplacent dans les établissements à la demande.

3.3.3. L'intensité des soins de masso-kinésithérapie prodigués varie beaucoup en fonction des établissements

Les soins de masso-kinésithérapie sont en EHPAD à visée curative (rééducation) mais participent également à la politique de prévention, notamment des chutes. Les projets de soins que la mission a pu consulter développent toutefois peu cette dernière dimension.

Les masseurs-kinésithérapeutes intervenant dans les EHPAD doivent être eux aussi signataires d'une convention. Le groupe a transmis à la mission des contrats avec des masseurs-kinésithérapeutes pour la plupart des établissements. Ces contrats sont établis sur le même modèle, qui n'appelle pas d'observations quant à son contenu.

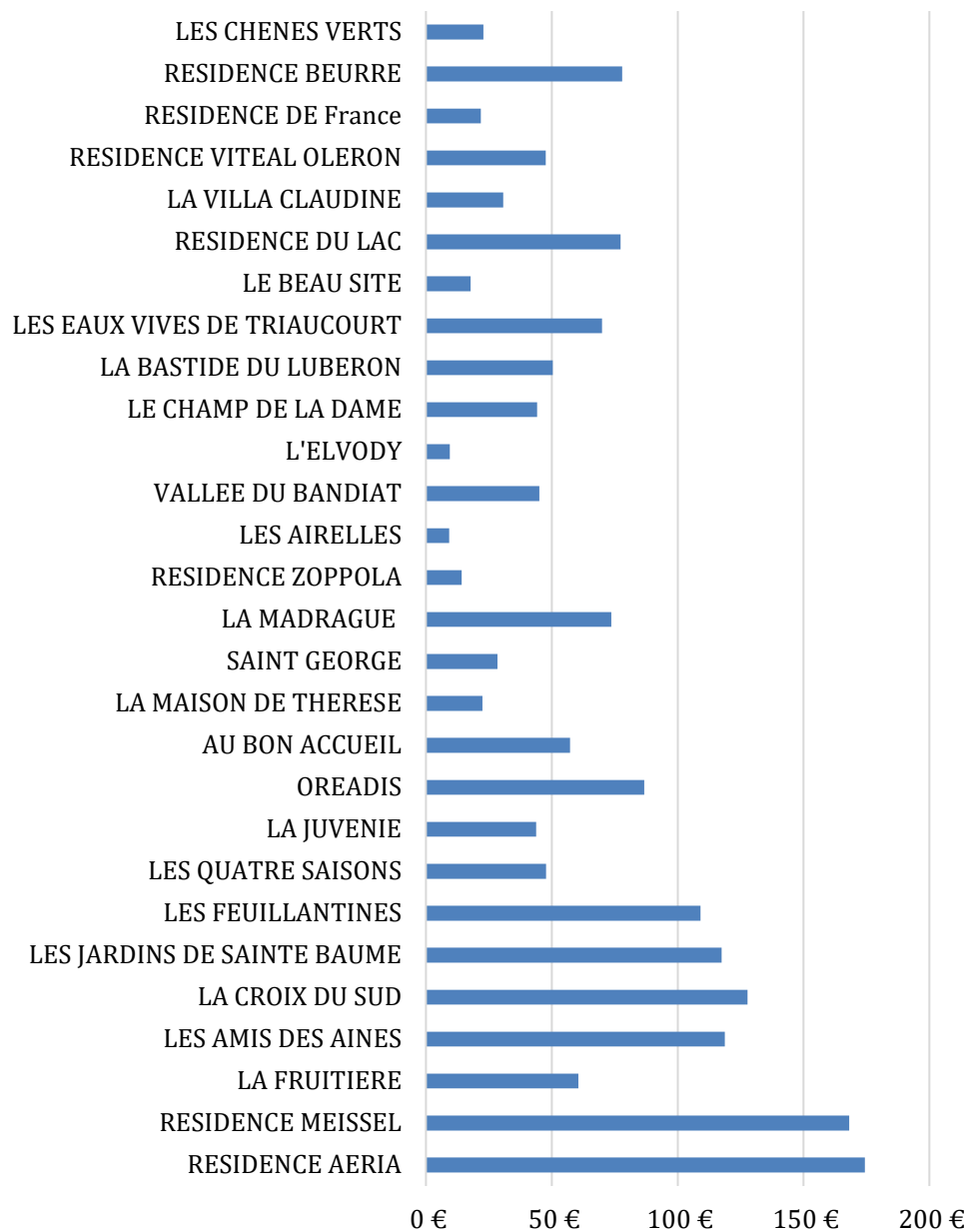
À l'exception de deux établissements⁷⁰, les EHPAD du groupe sont en tarif partiel. Les masseurs-kinésithérapeutes facturent donc les résidents à l'acte, en sus des dotations aux soins versées. La mission a pu examiner les données transmises par la CNAM sur la consommation de soins de masso-kinésithérapie dans les établissements. Il en ressort une très grande variabilité des montants facturés. En 2021, alors que la moyenne nationale de coût mensuel des soins de masso-kinésithérapie remboursés aux résidents était de 59€, sept établissements affichaient des coûts mensuels par résident supérieurs à 100€ dont deux supérieurs à 150€. À l'inverse, huit établissements avaient des coûts moyens inférieurs à 30€ (graphique 2).

⁶⁹ Avec les EHPAD les Feuillantines, Beau site et Bastide du Lubéron.

⁷⁰ EHPAD « les châtaigniers » et « Les genévriers ».

Annexe IV

Graphique 2 : Dépenses mensuelles moyennes de soins de masso-kinésithérapie des résidents des EHPAD du groupe Médicharme* (données 2022)



** hors les châtaigniers et les genévriers en forfait global et les Charmilles et les Jardins d'Aiffres dépendant de la MSA*

Source : Données Cnam retravaillées par la mission.

Les positionnements respectifs des établissements sont stables d'une année sur l'autre et l'on peut faire l'hypothèse d'une corrélation avec la densité de professionnels dans les régions concernées. Parmi les huit établissements où les montants sont les plus élevés, sept sont en effet situés en région PACA. En revanche, les établissements de Normandie figurent parmi ceux où les montants sont les plus faibles. Or, la densité des masseurs-kinésithérapeutes dans les Bouches-du-Rhône (186,6/100 000 habitants) et le Var (185,3/100 000 habitants en 2022⁷¹) est deux fois celle prévalant dans le Calvados (92,2/100 000 habitants). La comparaison des profils des établissements avec celle des autres établissements de leur région confirme cette hypothèse. La mission a pu observer, lors de la visite de deux établissements à Marseille, les plus consommateurs en soins de masseurs-kinésithérapie du groupe, une présence effectivement dense de professionnels, mobilisés par exemple plusieurs fois par semaine pour des aides à la marche.

3.3.4. Les relations de partenariat avec les établissements de santé sont inégalement développées

La bonne insertion des EHPAD dans le tissu sanitaire de leur territoire est facteur de qualité de la prise en charge pour les résidents accueillis. La mission a consulté les conventions transmises par le groupe à sa demande, qui portent en majorité sur l'hospitalisation à domicile (HAD) et les soins psychiatriques.

Les services d'hospitalisation à domicile peuvent intervenir notamment dans des situations de soins complexes ou en soins palliatifs. Compte tenu de la faiblesse des taux d'encadrement en soignants au sein du groupe, le recours à ces services paraît une bonne pratique à développer. La mission a eu connaissance de 25 conventions avec des EHPAD du groupe, établies parfois de longue date, soit un taux de couverture des établissements de 75%. Les données de consommation transmises par la CNAM mettent en évidence chaque année l'absence de recours à l'HAD dans environ la moitié des établissements. Dans dix établissements, le taux de recours en 2022 était compris entre 1 et 5 %⁷². Il faut noter toutefois que certains EHPAD font appel à d'autres types de dispositifs territoriaux, telles des équipes mobiles en soins palliatifs.

Treize établissements sont signataires de convention avec des établissements de santé mentale. L'objet de ces conventions est le plus souvent de prévoir les conditions de suivi des résidents par l'équipe de psychiatrie de secteur ou une équipe spécialisée en gériopsychiatrie et/ ou de prévoir les conditions d'hospitalisation et de suivi post-hospitalier. L'un des établissements est membre d'un GCS départemental de santé mentale. La mission considère comme un objectif souhaitable, eu égard à l'évolution de la population accueillie, d'augmenter fortement le nombre de partenariats noués avec les établissements de santé mentale qui acceptent de contractualiser, ce qui n'est pas le cas de tous.

Quelques-unes des conventions transmises portent enfin sur des dispositifs visant à faciliter l'admission des résidents en clinique ou en structures hospitalières, sans passage par les services d'urgence (accès direct). Il s'agit là encore d'une bonne pratique à développer avec les établissements de santé qui ont mis en place ce type de dispositif.

Les taux d'hospitalisation en structure hospitalière publique ou privée (MCO) des résidents du groupe en 2022 varient de 13% (La maison de Thérèse) à 56 % (La Fruitière). La moitié des établissements a un taux d'hospitalisation compris en 30 et 39%⁷³.

⁷¹ Source : conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

⁷² Source Cnam – DCIR-PMSI – hors les Charmilles et les Jardins d'Aiffres.

⁷³ Idem.

3.4. La politique de la bientraitance, incluant le traitement des événements indésirables, est en voie de structuration

3.4.1. Le signalement des EIG fait l'objet de procédures nationales qui restent en cours d'appropriation

Les inspections des ARS ont relevé la survenue d'évènements indésirables graves dont tous n'étaient pas signalés. La nature de ces incidents n'est pas toujours explicitée dans les rapports d'inspection, qui interviennent souvent une fois que l'EIG a eu lieu, ou les éléments transmis à la mission mais a pu concerner tant une panne d'ascenseur qu'une ingestion de produits toxiques, la fugue d'une résidente ou un abandon de poste. Certains EIG relèvent de comportements agressifs de résidents, interrogeant le caractère adapté ou non de la prise en charge et les difficultés d'accompagnement des résidents présentant des troubles neurocognitifs.

La direction de Médicharme a mis en place une procédure qui n'a été finalisée qu'au printemps dernier. Auparavant, aucune procédure nationale n'avait été mise en place. Il incombait à chaque établissement d'en définir une, sans que cela fasse l'objet d'une remontée et d'un suivi par le siège. Un mémo est disponible sur le réseau pour l'ensemble des personnels.

Il rappelle tout d'abord ce que sont les évènements indésirables et définit un plan d'action par étapes.

Liste des évènements indésirables

- ◆ Les évènements indésirables graves associés au soin
- ◆ Les sinistres et évènements météorologiques exceptionnels
- ◆ Les défaillances techniques majeures, significatives et durables
- ◆ Les cas groupés de pathologies infectieuses
- ◆ Les 33 maladies à déclaration obligatoire
- ◆ Les autres évènements en santé environnementale
- ◆ Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines
- ◆ Les difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'un résident ou autre personne extérieure à l'établissement
- ◆ Le suicide ou la tentative de suicide
- ◆ Les situations de maltraitance à l'égard des résidents
- ◆ La disparition inquiétante d'un résident
- ◆ Les comportements violents de la part d'un résident
- ◆ Les actes de malveillance
- ◆ Les infections associées aux soins inhabituelles ou qui ont provoqué un décès

Étapes à suivre

- ◆ la mise en sécurité
- ◆ L'alerte
- ◆ L'information des familles
- ◆ La formalisation de l'EIG auprès de l'ARS dans les 48 heures en lien avec le directeur régional
- ◆ La poursuite des actions
- ◆ Le retour d'expérience et la transmission du compte-rendu aux tutelles
- ◆ La clôture de l'EIG.

Une note interne a également été diffusée aux directeurs régionaux et aux directeurs d'établissements pour les informer de la mise en place d'une adresse électronique générique visant à permettre la remontée d'informations au niveau du siège, le recensement et la traçabilité des événements indésirables et l'évaluation de leur degré de criticité.

Ces événements sont retracés dans Titan et la communication à l'ARS se fait au moyen du formulaire CERFA. Certains ont été communiqués à la mission lors des déplacements au sein des établissements mais le groupe a été dans l'incapacité de transmettre à la mission la liste consolidée des EIG survenus ces deux dernières années.

Le degré d'appropriation de cette procédure par les équipes est difficile à déterminer au regard de son caractère extrêmement récent. Lors des visites d'établissement, la mission a pu vérifier que les personnels en connaissaient l'existence mais des rapports d'ARS récents soulignent encore la méconnaissance du personnel sur l'ensemble de la procédure. Ils relèvent par exemple l'absence de retour d'expérience pourtant indispensable à l'évolution des pratiques. Certaines de ces difficultés font écho au déficit de formation identifié.

3.4.2. La politique de bientraitance ne s'est structurée que récemment à l'échelle du groupe

La prévention de la maltraitance a fait l'objet d'un encadrement légal renforcé avec l'introduction dans le code de l'action sociale et des familles (article L. 119-1) d'une définition de la maltraitance par la loi du n°2022-140 du 7 février 2022 et l'obligation faite par la même loi que les projets d'établissement définissent la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement. Le référentiel national d'évaluation de la qualité dans les établissements établi par la HAS prévoit parmi les critères évalués la promotion de la bientraitance (critère 3.1) et la prévention de la maltraitance (critère 3.11).

Les situations de maltraitance, comme les définit la loi, « *peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle.* » Du point de vue institutionnel, c'est l'ensemble des actions mises en œuvre pour favoriser l'autonomie des personnes, respecter leurs droits, s'adapter à leurs besoins et garantir la continuité et la qualité de leur prise en charge qui va constituer un environnement bientraitant. Mais le déploiement de cette politique passe *a minima* par : la définition des modalités de sa mise en œuvre dans le projet d'établissement, des formations à la bientraitance et à la détection de la maltraitance et l'existence et la diffusion de procédures de signalement en cas de maltraitance.

L'élaboration des projets d'établissement a été évoquée supra. Elle est en cours mais concerne pour l'heure moins du tiers des établissements. Les projets d'établissement finalisés consultés prévoient effectivement des actions de développement de la culture de bientraitance et de prévention et de lutte contre la maltraitance. La mission note toutefois le caractère largement stéréotypé des formulations, issues du modèle type de projet d'établissement et faiblement amodiées. Le déploiement des formations à la bientraitance ou à la prévention de la maltraitance est tributaire de l'existence de plans de formation et de la priorisation des actions relatives à la bientraitance.

Plusieurs rapports d'inspection (inspection des EHPAD « le beau site », « l'Elvody », « la fruitière ») font état de l'absence de politique de la bientraitance et de formations dédiées au sein des établissements. La mission a identifié trois situations dans lesquelles des signalements pour maltraitance ont motivé des inspections. La première concerne l'EHPAD « la Roseraie » à Livry Gargan. Le rapport de l'ARS et du conseil départemental a souligné la réaction tardive et largement insuffisante du groupe après une première inspection du 8 juillet 2021 se traduisant par deux injonctions dont l'une relative au défaut d'encadrement infirmier et médical. La seconde inspection, menée le 17 février 2022, faisait le constat en effet d'une situation dégradée par rapport à la première inspection et a abouti à la décision d'urgence de suspension de l'autorisation et placement sous administration provisoire, suivie d'une décision de cessation définitive d'activité, les résidents étant transférés dans d'autres établissements.

La deuxième situation concerne les EHPAD du Lot et Garonne et plus spécifiquement les EHPAD « Résidence de Beurre » et « Zoppola ». Il faut souligner que l'inspection faisait suite dans ce cas au signalement d'un événement indésirable grave par le directeur régional du groupe Médicharme lui-même. Les faits signalés avaient trait à la fois à l'insuffisance des quantités de nourriture servies aux résidents et aux faits de maltraitance et de défaut de prise en charge médicamenteuse de la part de personnels infirmiers. L'inspection a pu objectiver la perte de poids de résidents, l'absence de suivi de certains paramètres clé (troubles de la déglutition, hydratation, contrôle des assiettes et des quantités effectivement consommées) et l'insuffisance des personnels pour les aides au repas ; de même, dans un des EHPAD, les manquements dans la régularité de la réalisation d'un soin et les difficultés relationnelles du professionnel incriminé avec ses collègues et des résidents, sans pouvoir tracer des actes de maltraitance. Le groupe Médicharme a réagi à cette situation et procédé, après confirmation des faits par un audit de l'IDEC réseau, au licenciement du directeur de l'établissement.

La troisième situation concerne l'EHPAD « Les jardins d'Aiffres ». L'inspection diligentée à la suite de signalements⁷⁴ n'a pas abouti à caractériser des situations de maltraitance mais a relevé, comme d'ailleurs l'inspection des EHPAD du Lot et Garonne, des facteurs objectifs de risque dans le fonctionnement des établissements (recours à du personnel non qualifié, absence de médecin coordonnateur, instabilité de l'encadrement de proximité, recours important à l'intérim sans tutorat).

Sans que puisse être exclue la constatation d'actes volontaires de maltraitance dans un établissement, les inspections menées comme les constats de la mission mettent d'abord en évidence les risques issus de gouvernances instables et des difficultés de recrutement de personnels, ne favorisant pas le développement et l'appropriation d'une culture professionnelle de la qualité et mettant en risque la continuité des prises en charge.

⁷⁴ Inspection du 24 mai 2023.

La mission a analysé en complément quels étaient les dispositifs à la disposition des résidents et de leurs familles pour s'exprimer en cas de dysfonctionnements ou de maltraitance. Le traitement des plaintes et réclamations fait partie des items, considérés comme critères impératifs, pris en compte par le référentiel national d'évaluation de la qualité produit par la Haute autorité de santé. Les inspections comme la mission ont pu constater que ce recueil est loin d'être généralisé et formalisé de façon homogène. Les inspections des EHPAD « les Châtaigniers », « Zoppola », « la Résidence du Lac », « l'Elvody », « le beau site », « le bon accueil » notent l'absence de support de recueil des plaintes. À l'EHPAD « les jardins d'Aiffres », visité par la mission, les plaintes sont reçues par la secrétaire chargée de l'accueil mais ne font pas systématiquement l'objet d'un recueil écrit. En revanche, dans les EHPAD « Aeria » et « Meissel », les réclamations des familles font l'objet depuis 2022 de fiches de réclamations archivées dans un classeur, que la mission a pu consulter et qui donnent lieu à analyse collective régulière. La directrice indique toutefois qu'elle privilégie d'abord l'échange direct et oral avec les familles. À la résidence « Saint Georges » (Aisne), il existe deux supports de réclamation : l'un pour les réclamations recueillies par les personnels auprès des familles ou des résidents, l'autre tenu par la secrétaire d'accueil. À l'EHPAD « les Eaux vives » (Meuse), le registre des relations avec les usagers intègre le traitement des plaintes et réclamations. Des échanges qu'elle a pu avoir avec les personnels et les directions des établissements visités, la mission retient que le cahier de réclamation, ouvert à la lecture de tous, est peu propice à une expression libre des résidents comme de leur famille. Elle retient également l'importance d'une traçabilité par un recueil écrit des réclamations et de leur examen régulier en réunion pluridisciplinaire.

3.4.3. Si les contentions sont bien réalisées sur prescription médicale, le suivi et le renouvellement des prescriptions n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques

L'état de certains résidents nécessite l'utilisation de mesures de contention mécanique. L'encadrement de ces usages fait partie de la politique de bientraitance à l'égard des résidents.

La HAS définit la contention mécanique comme « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.* »⁷⁵ Il s'agit d'une mesure exceptionnelle, employée en dernier recours, pour une durée limitée, après évaluation du patient par un médecin. Ces mesures sont appliquées sur prescription médicale. L'ANSM⁷⁶ a réalisé un bilan des incidents liés à l'utilisation de dispositifs de contention. Ainsi, entre 2011 et 2019, 99 incidents, pour la plupart en milieu hospitalier ou en EHPAD, impliquant un dispositif de contention au lit ou au fauteuil, ont été déclarés à l'ANSM. Devant ce constat, elle a publié des recommandations de mise en œuvre, en particulier des contentions au lit et au fauteuil.

⁷⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/contention_synthese_v3_actualisee.pdf

⁷⁶ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - <https://ansm.sante.fr/actualites/recommandations-pour-assurer-la-securite-des-patients-necessitant-une-contention-medicale>

La direction médicale du groupe a élaboré et diffusé une procédure relative à la prescription et au suivi des contentions. Cette procédure respecte les recommandations de bonnes pratiques. Ainsi, elle comporte les indications, le type et la durée de la contention ainsi que l'appréciation, en pluridisciplinarité du bénéfice-risque. La réévaluation est prévue toutes les semaines, respectant le caractère limité dans la durée. Le prescripteur doit indiquer la durée envisagée, sans que celle-ci ne puisse excéder un mois. Enfin, la procédure prévoit que le médecin traitant puisse expressément déléguer le renouvellement au médecin coordonnateur. Le protocole est co-signé par le médecin traitant et le résident ou son représentant. Une fiche de suivi de la contention (lieu de classement, émargement des personnes présentes lors des réunions de suivi) est annexée au protocole. Cette procédure est intégrée dans Titan.

Trois inspections menées par des ARS ont relevé une mauvaise application de ces recommandations donnant lieu à injonctions, immédiate dans un cas. Dans un établissement, les équipes de l'ARS ont constaté la mise en œuvre de contention sans prescription médicale et sans réévaluation. L'absence ou la fréquence insuffisantes des réévaluations était également le motif de l'injonction dans les deux autres établissements. Dans trois autres établissements, les ARS ont pointé la nécessité de diffuser aux équipes une procédure ad hoc.

Lors de ces déplacements, la mission a constaté une hétérogénéité des pratiques, en lien étroit avec la présence du médecin coordonnateur. Dans un établissement, si les situations des résidents avec contentions sont passées en revue par les équipes soignantes toutes les semaines, les durées de prescription peuvent être allongées et les réévaluations peu fréquentes. Dans deux autres structures, le médecin coordonnateur commun réévalue chaque semaine l'opportunité des contentions, en lien avec les médecins traitants. Dans un autre EHPAD, le médecin coordonnateur prescrit les contentions et les réévalue hebdomadairement. Dans deux EHPAD bénéficiant des services de MedCo conseil, la réévaluation est réalisée tous les mois par le médecin coordonnateur, lors d'une réunion pluridisciplinaire en distanciel, s'écartant de la procédure prévoyant une réévaluation hebdomadaire.

3.5. Une attention renforcée aux enjeux d'alimentation et aux risques de dénutrition qui doit être poursuivie

Dans sa logique de sécurisation et d'harmonisation des pratiques, la direction a bien rappelé l'obligation de formation des personnels de cuisine (cuisiniers et ASH) à la formation HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*), une formation de sécurité sanitaire qui figure dans l'ensemble des plans de formation transmis à la mission. Elle repose sur 4 piliers : l'origine et la traçabilité des matières premières, les règles à suivre tout au long du processus de préparation des aliments (manipulation, conservation, cuisine, refroidissement), le nettoyage et la désinfection du local dans son ensemble (chambres froides, installations sanitaires, espaces de stockage et systèmes de ventilation et de filtration) et l'entretien du matériel utilisé en cuisine.

Il existe une certification professionnelle de cuisinier en restauration collective mais elle n'est pas obligatoire pour exercer. Les titulaires de CAP ou BEP cuisine sont dispensés de la formation HACCP, dispensée pendant leur année de diplôme. Sur l'ensemble des établissements, seuls deux ont leur cuisine externalisée. Parmi les autres, les chefs de cuisine disposent en grande majorité d'un CAP ou d'un BEP. Deux ne sont pas diplômés et un est en cours de VAE.

Au sein des rapports de contrôle des ARS, la mission a relevé trois injonctions et quatre prescriptions. Celles-ci concernent majoritairement la gestion du risque de dénutrition, insuffisamment pris en compte. Elles sont concentrées sur six établissements. D'autres problèmes ont pu être identifiés qui ont donné lieu à des visites des ARS mais pas nécessairement à un rapport circonstancié, comme des portions insuffisantes.

Face à ces constats, la direction médicale du siège a produit une série de fiches d'information et de procédures qui accompagnent la montée en compétences des personnels sur les enjeux d'alimentation et de nutrition et sécurisent les pratiques de prise en charge.

- ◆ Dépistage, prise en charge et prévention de la dénutrition :
La fiche présente la définition de la dénutrition, les situations à risque générales et spécifiques à la personne âgée, les critères de diagnostic de dénutrition et de dénutrition sévère et les modalités de surveillance de l'état nutritionnel. Elle précise qu'en cas d'évènement clinique intercurrent ou de diminution de l'appétit et des consommations alimentaires, la surveillance doit devenir hebdomadaire et que celle-ci doit porter sur le poids avec la pesée des résidents, l'appétit et les consommations effectives⁷⁷. Le poids doit être reporté dans Titan afin de permettre une traçabilité et de visibiliser la trajectoire de poids du patient.
Ces préconisations sont d'autant plus appropriées par les soignants que la structure dispose d'un médecin coordonnateur. MedCo conseil assure ainsi une séance systématique sur le sujet par mois avec les équipes et vérifie que les pesées ont lieu régulièrement, au moins une fois par mois. Et les médecins coordonnateurs que la mission a pu croiser lors de ses déplacements ont confirmé cette attention renforcée au sujet.
- ◆ Le repas chez le résident porteur d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (MAMA) :
Cette fiche rappelle essentiellement la façon dont les personnels peuvent accompagner les résidents atteints de MAMA lors des repas, afin de faciliter leur consommation alimentaire : les conditions liées à l'environnement (calme, manger seul ou en groupe etc.), le respect des goûts alimentaires, du rythme de la personne, la présentation et la texture des aliments.

Toutefois, la possibilité de respecter l'ensemble de ces recommandations paraît compromise du fait d'un nombre de personnel présent lors des repas insuffisant. En effet, si la répartition des tâches implique que les aides-soignants soient dévolus à l'aide au repas alors que les ASH s'occupent de la préparation du lieu, du débarrassage et nettoyage, cette organisation ne fonctionne que lorsque tout le monde est présent. Ensuite, certains résidents mangent dans la salle à manger collective et d'autres dans leur chambre, ce qui oblige les aides-soignantes à circuler d'un espace à l'autre, celles qui sont en chambre ne pouvant intervenir pour un autre résident que celui dont elles s'occupent. Le fait qu'un résident prenne ses repas dans la salle à manger ne signifie pas pour autant qu'il est autonome pour la prise de repas.

De plus, les temps dédiés aux repas sont très contraints en général 12h – 13h30 pour le déjeuner et à partir de 18h le soir. L'adaptation au rythme des résidents n'est pas effective même s'il existe deux services le soir. Le deuxième commence en général une demi-heure après le premier soit à 18h30, ce qui implique que les premiers soient rapides. Dans certains établissements, les résidents passent à table dès 17h30, dès 16h30 dans l'un d'entre eux.

Le dîner doit être terminé quand l'équipe de nuit arrive, en général aux alentours de 19h15 alors que les départs de l'équipe de jour sont perlés et commencent avant. D'une part cela ne laisse pas beaucoup de personnel pour aider les résidents pendant le repas et d'autre part cette organisation génère un jeûne nocturne supérieur à 12h. Si les réserves de cuisine sont fermées la nuit ou même le week-end, comme cela est le cas dans certains établissements, il est impossible de fournir une collation si celle-ci n'a pas été spécifiquement prévue.

Un goûter est généralement servi mais sa composition est variable selon les établissements et la fiche de procédure ne fournit pas de conseils nutritionnels de ce point de vue.

⁷⁷ Critères d'alerte : Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel.

Annexe IV

S'agissant de la prise en compte des demandes des résidents, la mission a remarqué que les commissions « menu » étaient tenues dans les établissements. Les résidents y font part de leurs doléances, de leurs envies et le responsable de la cuisine évalue sa possibilité d'y répondre. Cette réponse paraît aléatoire selon les établissements. Dans certains établissements, les résidents rencontrés ont dit avoir été entendus et avoir vu les propositions de repas s'améliorer même si certaines insatisfactions demeurent. D'autres semblent plus contraints.

La capacité d'adaptation aux besoins et aux demandes des résidents est évidemment plus grande lorsque l'établissement dispose de sa propre cuisine et que la prestation n'est pas externalisée.

3.6. L'animation dans les établissements souffre d'un déficit de structuration

Concernant la fonction d'animation, celle-ci ne semble pas avoir été considérée comme prioritaire au regard des enjeux de mise en conformité qui ont pris le pas. Ainsi, sur l'ensemble des établissements, trois ne disposent pas d'animateur, neuf ne disposent d'un animateur qu'à temps partiel. Les autres ont un animateur à temps plein voire plus s'ils ont plusieurs sites. Mais ce chiffre n'est pas revu en fonction du nombre de résidents.

Tableau 14 : Nombre d'ETP d'animateurs par établissement et diplôme

Etablissements	Animateur ETP	Diplôme
Les Châtaigniers	1 ETP	BPJEPS Animation Sociale
Résidence La Croix du sud	1 ETP	BPJEPS loisirs tout public
Au bon accueil	0	-
Résidence la Madrague	0,5 ETP	Pas de diplôme
Les feuillantines	1 ETP	BPJEPS tout public
Aéria	1 ETP	Pas de diplôme
Meissel	0,7 ETP	BPJEPS Animation
Les jardins de Sainte Beaume	1,4 ETP	BPJEPS Animation
Oréadis	0,5 ETP	Aide médico-psychologique
La Bastide du Lubéron	1 ETP	BPJEPS Animation
Les genévriers	1 ETP	BPJEPS Animation
Les amis des aînés	0 ETP	-
La Maison de Thérèse	0 ETP	-
Résidence de France	1 ETP	Éducateur spécialisé
Les Airelles	0,5 ETP	CAP petite enfance
Résidence St Georges	1 ETP	Pas de diplôme
Les Eaux Vives	2 ,65 ETP / 3 effectifs	Licence pro activités sportives animatrice de convivialité en maison de retraite
Le Champ de la Dame	1 ETP	Animateur en gérontologie
La Villa Claudine	1 ETP	BPJEPS
La Juvénie	2 x 0,5 ETP	Art thérapeute

Annexe IV

Etablissements	Animateur ETP	Diplôme
Vitéal Oléron	1 ETP	AS et Aide médico-psychologique
Le beau site	0,5 ETP	Assistant de soins en gérontologie
Les chênes verts	0,5 ETP	AS
Les jardins d'Aiffres	1 ETP	BPGEPS
La vallée du Bandiat	1 ETP	Certificat formation Dien Chan multi réflexologie
Résidence Zoppola	1 ETP	Pas de diplôme dédié
Résidence de Beurre	1 ETP	Aide médico-psychologique
Résidence du lac	30h par semaine	BPGEPS
Quatre saisons	0,5 ETP	Assistant de soins en gérontologie
Elvody	1 ETP	Animateur en gérontologie

Source : Directeurs régionaux du groupe Médicharme ; Mission.

Les directeurs soulignent la difficulté à recruter des animateurs. Le vivier de recrutement est réduit car les formations du secteur de l'animation sont plutôt destinées à accompagner un public jeune. Il existe des formations d'animateurs en gérontologie ou d'animateur de convivialité mais qui ne semblent pas encore très répandues.

Le temps de présence correspond à des horaires classiques de semaine, le matin de 9h30 à l'heure du déjeuner et l'après-midi de 14h à 17h ou 17h30. À l'exception d'un établissement, il n'y a personne après 17h30, ce qui correspond peu ou prou à l'heure du dîner et la présence le week-end est très occasionnelle. Lorsque cela est prévu dans le planning, c'est en général une fois par mois.

Les activités proposées alternent entre activités manuelles (fabrication de décorations, épluchage de légumes), activité sportive douce (étirements, assouplissements), jeux de société ou loto et lecture du journal, chant, écoute de musique. Lorsque les établissements disposent d'un espace extérieur, certains y organisent des activités de type potager mais ce n'est pas généralisé.

Les activités se déroulent parfois dans des espaces dédiés mais tous les établissements n'ont pas cette possibilité, auquel cas les activités se déroulent dans l'espace de vie commune.

Certains s'appuient sur des partenariats locaux afin de faire entrer d'autres publics dans l'EHPAD mais ce n'est pas répandu et le groupe ne semble pas avoir donné d'indications ou d'orientations à ce sujet. La mutualisation d'activités entre EHPAD du groupe est inexistante et rare avec des EHPAD de proximité avec lesquels des rencontres ou des sorties peuvent être organisés, y compris lorsque des EHPAD partagent un espace extérieur commun (« Meissel » et « Aéria »).

Il est notable que le temps d'animation ou le nombre d'animateurs sont insuffisants pour mobiliser l'ensemble des résidents. En effet, la participation se fait sur la base du volontariat et les professionnels n'ont pas le temps d'aller mobiliser les résidents qui restent en retrait ou d'adapter et de développer leur « offre » afin de toucher le plus grand nombre. Les lieux disposent de peu de matériels, jeux, livres, CD ou encore DVD pour accompagner le développement d'activités accompagnées ou autonomes. Enfin des propositions relativement basiques comme des soirées jeux ou cinéma ne sont quasiment jamais proposées du fait de l'absence de personnel sur ces créneaux.

Annexe IV

Très peu de sorties sont organisées, éventuellement au marché du village s'il y en a un à proximité, notamment du fait de l'absence de véhicules adaptés pour les personnes à mobilité réduite ou d'accompagnateurs en nombre suffisant pour éviter les chutes.

En dépit des temps d'animation dédiés, la mission a pu remarquer que les résidents passaient beaucoup de temps dans leurs chambres ou alors devant la télévision. Celle-ci est allumée de façon continue dans la plupart des lieux visités sans qu'un programme précis semble avoir été décidé, et constitue un bruit de fonds permanent. Dans certains établissements, un fond de musique est diffusé en permanence et, hormis dans les chambres, il n'est pas possible d'avoir du silence.

Les rapports d'inspection des ARS relèvent des non-conformités en matière d'animation dans six établissements dont une injonction et cinq prescriptions. L'ensemble de ces manquements relèvent d'une absence de plan d'animation et de commission d'animation visant à recenser les envies des résidents conformément à la réglementation (article L 311-3 du CASF). Lors des déplacements et de la revue de documents, les établissements n'ont, de fait, pas été en mesure de fournir de tels éléments.

Réponses au contradictoire – Annexe IV

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Annexe IV 1.1. page 1, 1^{er} § Cf commentaires autres sur les 3 EHPAD actuellement fermés - Annexe IV 1.1. page 1, Tableau 1 <u>La mission indique que le groupe gèrerait deux résidences autonomie.</u> Cette affirmation est erronée le groupe gère seulement une résidence autonomie, la résidence LES BUISSONNETS. Le groupe dispose toutefois en sus de places d'EHPA au sein des EHPAD de la société RESIDENCE DU LAC - Annexe IV 1.1. page 2, dernier § Il convient de souligner que le groupe a investi 28.000.000 € pour la réalisation de travaux consistant à améliorer l'offre mais aussi en dédoublant les chambres à deux lits en chambre simple, et en rendant conforme les locaux à la réglementation. Plus précisément les travaux susmentionnés ont été les suivants : - Concernant le regroupement et du transfert des lits de l'EHPAD LES CHARMILLES sur le site d'AIFFRES : Suivant arrêté portant fermeture et transfert des 48 lits de l'EHPAD Les charmilles sur le site de l'EHPAD les jardins d'Aiffres en date du 10 janvier 2024, des travaux ont été réalisés pour permettre l'accueil d'un EHPAD de 89 lits. Le transfert des salariés et d'une partie des résidents a été opéré. - Concernant le regroupement des lits de l'EHPAD LES AMIS DES AINES situé à SIGNES et de l'EHPAD AU BON ACCUEIL situé à LA CRAU sur le site de NANS LES PINS : Le permis de construire a été obtenu et la demande de transfert des autorisations d'exploitation a été demandé aux Tutelles (ARS et CD) dès l'acquisition des titres des sociétés d'exploitation des deux EHPAD. Le groupe reste dans l'attente de l'obtention d'une autorisation de transfert et de regroupement des lits sur le site de NANS LES PINS depuis près de 3 ans.	Maintien de la rédaction, qui mentionne factuellement la fermeture de trois sites pour des motifs à chaque fois différents Rédaction modifiée pour intégrer cette précision Dont acte. Le paragraphe concerné indique simplement qu'une seule opération structurante de regroupement de deux entités a été menée à bien depuis 2015, alors même que beaucoup d'entités du groupe se caractérisent par leur petite taille, préjudiciable à leur équilibre économique. Rédaction modifiée pour mentionner qu'une demande de regroupement des sites de Signes et la Crau avec le site de Nans les pins a été effectuée

- Concernant l'EHPAD de FABAS de 82 lits : Une extension a été effectuée afin de permettre de se conformer à l'autorisation d'exploiter de 95 lits. Il a également été procédé au dédoublement des chambres. - Concernant l'EHPAD LA MADRAGUE : Une unité de vie de 9 lits a été créée. Des travaux portant sur la construction de l'unité de vie et le dédoublement des chambres ont permis d'augmenter la capacité d'accueil de l'établissement et d'améliorer l'offre de services - Concernant l'EHPAD L'ELVODY : Des travaux de mise aux normes des chambres ont été réalisés ainsi que l'amélioration de l'offre pour 8 chambres par l'installation de douche dans les chambres concernées. - Concernant l'EHPAD LA MAISON DE THERESE : Un dédoublement des chambres à deux lits a été réalisé et certaines chambres ont été agrandies. - Concernant l'EHPAD MAISON DE RETRAITE DU BEAU SITE situé à Clécy une extension et une réhabilitation de l'EHPAD existant par dédoublement de l'ensemble des chambres afin de n'offrir que des chambres simples. - Concernant l'EHPAD MAISONS DE SANTE LA ROSERAIE, construction d'un ensemble immobilier neuf destiné à accueillir à Montreuil un EHPAD de 39 lits par transfert des lits précédemment exploités au sein de l'ensemble immobilier situé à LIVRY ; - Concernant l'EHPAD COEUVRES et VALSERY, il a été procédé à une extension de l'EHPAD ainsi qu'à la réhabilitation du bâtiment Les Grands Greniers afin d'améliorer l'offre en réunissant les deux bâtiments et en dédoublant des chambres - Concernant l'EHPAD ANTRAIGUES SUR VOLANE, réhabilitation de l'EHPAD et du FAM par dédoublement des chambres. - D'autres travaux moins significatifs ont été réalisés dans un souci d'amélioration de l'offre au bénéfice des résidents.	

- Annexe IV 1.1. page 3, 2^{ème} § <u>« Le groupe n'a pas souhaité répondre à des appels d'offre de création de nouveaux PASA ».</u> Les discussions relatives à la création de nouveaux PASA se font notamment lors de la signature des CPOM. Il est, en effet, constaté un retard important apporté à la signature des CPOM, dont le calendrier est de la responsabilité des ARS et non de l'exploitant. Le groupe a relancé en 2022, l'ensemble des ARS concernées pour finaliser la signature des CPOM. Au cours de l'année 2022, le groupe a décidé d'arrêter de répondre aux appels à projet ou manifestation d'intérêt afin de pouvoir mieux s'investir et se recentrer sur les fondamentaux avant de diversifier l'offre.	Rédaction maintenue ; comme la réponse l'indique, l'absence d'implantation de nouveaux PASA est également un choix stratégique contraint, conséquence des difficultés opérationnelles du groupe qui l'ont amené à se concentrer sur son exploitation courante au détriment de projets innovants
- Annexe IV 1.3. page 5, 2^{ème} § <u>L'autorisation de transfert de l'EHPAD (LES CHARMILLES) n'a pas été préalablement délivrée par l'ARS et le Conseil département, plaçant le groupe dans une situation d'insécurité juridique.</u> La réalisation d'un transfert universel du patrimoine (TUP) de la société LES CHARMILLES à la société LES JARDINS d'AIFFRES ainsi que le transfert des salariés et partiellement des résidents sur le site d'AIFFRES a été un préalable avant la délivrance de l'autorisation de transfert qui a été accordé le 10 janvier 2024 par les Tutelles, à la suite de la visite de conformité. L'autorisation de transfert a été sollicitée par le groupe à l'ARS depuis l'acquisition des titres de la société d'exploitation LES CHARMILLES.	Rédaction modifiée pour mentionner la décision de transfert du 10 janvier 2024, postérieure à la rédaction du rapport provisoire de la mission
- Annexe IV 1.3. page 5 <u>Projet de regroupement des autorisations des EHPAD ABA et LADA situés à SIGNES et à LA CRAU pour un transfert sur le site de NANS LES PINS, l'accord n'est pas concrétisé à ce jour et fait donc perdurer une organisation de la prise en charge des résidents contestable.</u> Il a été rappelé ci-dessus que dans le cadre du regroupement des lits des EHPAD LES AMIS DES AINES situé à SIGNES et AU BON ACCUEIL situé à LA CRAU sur le site de NANS LES PINS, le groupe reste toujours dans l'attente de l'obtention d'une autorisation de transfert et de regroupement des lits depuis près de 3 ans.	Cf ci-dessus : mention page 2 de la demande de regroupement des trois sites

Réponses au contradictoire – Annexe IV

- Annexe IV 2.1.1.1 page 6, 2^{ème} § <u>Le Directeur médical</u> A la demande de la Directrice Générale du Groupe arrivée en janvier 22, le poste de directeur médical a été créé, après accord du Conseil de surveillance. Un délai de 6 mois a été nécessaire pour son recrutement. - Annexe IV 2.1.1.3 page 8, 2^{ème} § <u>La coordinatrice a également dans son portefeuille le développement de projets d'extension ou de transformation, de création d'UVP ou de PASA mais n'a répondu à aucun appel à projets dernièrement au regard de l'absence de demande des établissements.</u> Renvoi aux observations sous l'article Annexe IV 1.1. page 3, 2^{ème} paragraphe. - Annexe IV 2.1.2.1 page 9, 3^{ème} § <u>« Medco Conseil : La mission n'a eu toutefois connaissance d'aucun document de suivi de la mise en œuvre des plans d'action ».</u> Pour pallier ce manquement, le Groupe va déployer une version 2 de la CRM qui comportera un module additionnel permettant de gérer les plans d'actions qualité conformément au référentiel HAS. - Annexe IV 2.1.2.3 page 12, 2^{ème} § <u>Logiciel Titan groupe :</u> Le logiciel Titan groupe permet un paramétrage unique et répond aux normes d'hébergement des données de santé en mode SAS mais nécessite une connexion internet à haut débit. - Annexe IV 2.1.2.3 page 14, 5^{ème} § Le siège a créé des profils types TITAN qui définissent pour chaque profil l'étendue des accès aux informations contenus sur le logiciel TITAN en fonction du poste occupé. Chaque directeur d'établissement ouvre ensuite un compte TITAN pour les salariés qu'il embauche en choisissant parmi les profils types définis par le siège.	Dont acte. Rédaction maintenue, le poste a été créé en octobre 2022, soit sept ans après la création de la société Rédaction maintenue Rédaction modifiée pour intégrer ces éléments Mention ajoutée au §1 de ce chapitre Rédaction maintenue – La direction n'a apporté à la mission aucune élément factuel concernant des contrôles aléatoires

A partir de là le siège va effectuer des contrôles aléatoires en croisant la liste des salariés de l'établissement et des fiches TITAN pour vérifier que les accès donnés sont corrects. - Annexe IV 2.1.2.3 page 14, 7^{ème} § Concernant les pratiques de transcription d'ordonnances par les médecins traitants dans TITAN il serait nécessaire de convenir au niveau de la profession, d'une action corrective afin de sécuriser le système et d'être en conformité avec la législation. - Annexe IV 2.2.1 page 17, 3^{ème} § « Retard apporté dans la négociation des CPOM » Renvoi aux observations sous l'article Annexe IV 1.1. page 3, 2^{ème} paragraphe - Annexe IV 2.2.1 page 18, 3^{ème} § <u>Cette préparation (de l'évaluation) a en effet été laissée largement à la main des directions d'établissement pour ces premières évaluations, la coordination des établissements médico-sociaux au siège du groupe intervient subsidiairement et en appui.</u> La responsable médico-sociale a été formé en externe par GEPI Conseil aux nouvelles normes HAS. Elle sera un support pour la formation interne sur la nouvelle norme HAS des établissements. Pour 2024, la présidente a mis la priorité sur l'accompagnement des établissements pour préparer les évaluations externes avec le support conjoint de la responsable medico-sociale et la directrice des soins. - Annexe IV 2.2.3 page 19, 1^{er} § Tous les directeurs d'établissement ont notamment dans leur objectif qualitatif 2023 de réaliser leur projet d'établissement. - Annexe IV 2.2.4 page 20, 3^{ème} § <u>Difficulté de recruter un psychologue qui réalise le projet de vie et la taille des établissements est un facteur discriminant</u>	Dont acte, le rapport souligne ces difficultés. Rédaction maintenue Rédaction maintenue ; elle indique que le rythme de conclusion des CPOM est également tributaire des ARS et des conseils départementaux Dont acte ; rédaction maintenue : elle indique qu'après une première phase pendant laquelle la main a été laissée aux établissements, une démarche d'accompagnement par le groupe est en cours de structuration Dont acte ; c'est ce qu'indique le rapport, rédaction maintenue

Les psychologues exercent en général en libéral. Le groupe ne rencontre aucune difficulté pour recruter un psychologue à temps partiel. La responsable médico-sociale et la directrice des soins travaillent activement sur un nouveau projet de vie simplifié et la procédure associée et vont accompagner les psychologues dans le déploiement et également dans la promotion de la bientraitance (formation en cours). - Annexe IV 3.2 page 23, 3^{ème} § <u>Médecins coordonnateurs</u> : Carence des candidats. Les annonces de recrutement proposent un temps de travail légal. Pour les postes en cours, le groupe s'expose à certains refus des médecins coordonnateurs d'augmentation leurs temps de travail. - Annexe IV 3.2 page 24, 2^{ème} § et page 26 3^{ème} § <u>Médecin coordinateur dans la Meuse</u> : Le Médecin coordonnateur est toujours joignable et se rend régulièrement sur les trois établissements. Il a refusé par écrit une augmentation du temps de travail à 0,8 parce qu'il exerce en libéral. Il est également médecin traitant sur les sites de Pierrefitte et Souilly. - Annexe IV 3.2.2.2 page 32, 5^{ème} paragraphe <u>Rapport d'inspection de l'EHPAD l'Elvody portant sur le diner</u> Depuis l'inspection ARS de 2021, le changement d'horaires des salariés a été opéré pour accompagner qualitativement la prise des repas. L'horaire du diner est plus tardif entre 18h et 18h30. Dans chaque établissement, des collations de nuit sont proposées lors du tour de nuit, lorsque le résident ne dort pas. - Annexe IV 3.2.2.2 page 32, 7^{ème} paragraphe <u>Rapport d'inspection de l'EHPAD Les Amis des Aînés portant sur le respect du rythme de vie des résidents</u> Depuis deux ans, le groupe s'est employé au changement de consignes.	Rédaction maintenue. Elle relève que, factuellement, ce sont surtout les petits établissements qui sont dépourvus de psychologues. S'il n'y a aucune difficulté de recrutement même à temps très partiel, on peut s'étonner de ce que cette situation perdure. Dont acte ; rédaction maintenue Tous ces éléments figurent dans le paragraphe. Rédaction maintenue Rédaction modifiée pour intégrer cette précision et l'évolution de l'organisation des repas suite à l'inspection

Les dysfonctionnements majeurs sont levés au fur et à mesure. - Annexe IV 3.4.1 page 45, 3^{ème} paragraphe La formalisation des premiers plans de formation a été réalisée en 2023, avec la prise en compte des formations bientraitance. Il s'agit pour le groupe d'un changement culturel fort d'inciter les salariés au droit de s'exprimer sur l'outil TITAN qui permet la déclaration d'évènements indésirables. La plupart des salariés du groupe ont un accès au compte TITAN. Pour les salariés qui n'ont pas accès au compte TITAN, ils ont à leur disposition une boîte aux lettres pour déposer leurs déclarations sur les évènements indésirables. - Annexe IV 3.4.2 page 46, 1^{er} § <u>Maltraitance La Roseraie</u> Cette situation fait l'objet d'une procédure en cours en annulation de l'abrogation de l'arrêté d'exploitation devant le Tribunal Administratif de Montreuil. - Annexe IV 3.4.2 page 46, 4^{ème} § Le déploiement d'outils sur la démarche qualité permet d'assurer une continuité en cas de changement de gouvernance. L'appui d'une IDEC groupe, d'un directeur, des DR et RRH, des fonctions supports et d'une directrice d'appui permettent de stabiliser la gouvernance. Le groupe a par ailleurs développé une politique de tolérance « 0 » concernant la maltraitance. Pour ce faire, le respect de cet objectif premier est pris en compte dans le mode de détermination de la rémunération variable des directeurs. <i>Il est ainsi précisé aux directeurs que la qualité de la prise en soins des résidents est prioritaire dans le but de garantir leur bientraitance, de sorte que si celle-ci n'était pas au niveau attendu, le versement d'une prime variable ne pourrait être envisagé.</i>	Rédaction maintenue faute d'éléments probants précis vu Rédaction maintenue Dont acte s'agissant de la rémunération variable des directeurs, la formulation de la conditionnalité étant toutefois relativement imprécise. Rédaction maintenue.

- Annexe IV 3.4.2 page 47, 1^{er} § Certaines inspections ARS ont été, de fait, réalisées avant la prise en compte et la mise en place des recommandations et avant la stabilisation des mesures préconisées. - Annexe IV 3.5 page 49, 4^{ème} § Il est systématiquement mis à disposition des équipes de nuit des collations en fonction des attentes et besoins des résidents. - Annexe IV 3.5 page 50, 2^{ème} § A l'exception de deux établissements ayant une prestation de restauration externalisée à partir d'une cuisine centrale du groupe, tous les autres établissements du groupe ont une cuisine sur place. Un changement radical a été opéré avec le contrat cadre PRIMAPPRO sur tous les établissements afin de favoriser : - Les produits frais, - Une cuisine sur place, - Une adaptation des menus, - Un enrichissement naturel, - Un renforcement des équipes en cuisine en charge de piloter la restauration en fonction des attentes des résidents et dans le cadre d'un respect du CRJ - Une sécurisation des normes HAACCP - Annexe IV 3.6 page 51, 3^{ème} § Le groupe est surpris des conclusions visant les postes animation et restauration, alors que l'enjeu du groupe a porté notamment sur l'amélioration de la qualité de ces deux sujets clé, facteurs de satisfaction des résidents. Concernant la restauration, cf observations Annexe IV 3.5 page 50, 2^{ème} §. <u>Concernant l'animation :</u> L'organisation de l'animation est hétérogène sur l'ensemble des EHPAD du groupe. Le directeur d'établissement est à l'initiative et détient un budget suffisant pour proposer des animations internes de qualité et des sorties externes (avec ou sans véhicule)	Dont acte ; certaines des inspections sont antérieures aux initiatives et actions visant à développer la qualité de la prise en charge au sein du groupe. Rédaction maintenue Rédaction maintenue : La mission a pu constater dans un établissement visité que les équipes n'avaient pas accès aux cuisines durant la nuit, ne laissant à disposition des équipes qu'un nombre limité de collations, ce qui s'avère souvent insuffisant. La mission avait noté trois : correction apportée dans le rapport La mission a basé ses constats sur ses visites et ses propres observations et non sur des posts LinkedIn. Elle a consulté les plannings d'animation qui sont souvent pauvres et maintient ses observations.

Réponses au contradictoire – Annexe IV

Cette appropriation de l'animation par le directeur d'établissement se fait site par site, en fonction notamment du GMP et de la localisation de l'EHPAD. Pour constater l'implication des directeurs dans l'animation, il suffit de se connecter au compte LinkedIn ou google de l'EHPA ou du directeur, dans lequel les directeurs postent régulièrement les animations réalisées, photos à l'appui. Il existe dans les établissements des plannings d'animation. Dans certains établissements les animateurs ont des temps de présence également le Week end.	

ANNEXE VI

***Reporting* budgétaire et comptable relatif à l'usage des dotations publiques**

SOMMAIRE

1. L'INTEGRATION PROGRESSIVE DE LA FONCTION BUDGETAIRE AU SEIN DU GROUPE MEDICHARME TEMOIGNE DE LA REPRISE EN MAIN RECENTE PAR LE SIEGE DU PILOTAGE DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS.....	1
1.1. Depuis 2021, la centralisation de la fonction budgétaire au niveau du siège s'appuie sur une politique de recrutement volontaire et de restructuration des missions entre services du siège et établissements.....	1
1.1.1. <i>L'application d'une procédure budgétaire uniforme est assurée au niveau du siège par une direction dédiée dont les effectifs se sont progressivement étoffés à mesure de l'extension du groupe</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Créé en août 2021, le poste de directeur de région a vocation à structurer le déploiement de la stratégie et des projets du groupe au niveau régional....</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>Les directeurs d'établissement sont responsables de la bonne gestion financière et budgétaire de leur établissement et les interlocuteurs privilégiés des autorités publiques.....</i>	<i>7</i>
1.2. La volonté croissante de pilotage des établissements par le siège s'est accompagnée de l'adoption de procédures budgétaires dont la diffusion et l'application sont assurées à l'aide d'une démarche de contrôle de gestion.....	10
1.2.1. <i>Si la procédure d'élaboration du budget de chaque établissement repose sur une volonté de dialogue entre directeur d'établissement et direction générale, elle intervient dans un cadre défini préalablement par le siège</i>	<i>10</i>
1.2.2. <i>La politique d'achats du groupe Médicharme repose sur l'adoption récente d'une procédure de validation des engagements au profit des directeurs régionaux et la mise en place par le siège de contrats-cadres pour l'ensemble des établissements</i>	<i>13</i>
1.2.3. <i>L'application de la stratégie financière et budgétaire du groupe s'appuie sur une procédure de reporting qui permet d'assurer l'atteinte des objectifs fixés pour chaque établissement.....</i>	<i>19</i>
2. LES FINANCEMENTS PUBLICS REÇUS PAR LE GROUPE MEDICHARME ONT EVOLUE A MESURE DE SA STRATEGIE D'EXPANSION ET COUVRENT, EN MAJORITE ET DE MANIERE CONSTANTE DEPUIS 2020, DES DEPENSES DE PERSONNEL	24
2.1. Afin d'évaluer le bon usage des dotations publiques, la mission a comparé l'évolution des dotations publiques avec celle des dépenses imputables à ces deux sections sur la période 2020-2022	24
2.2. Dans un contexte d'expansion, les montants des forfaits soins et dépendance versés au groupe Médicharme ont augmenté de 41 % sur la période 2020-2022 ...	27
2.3. L'augmentation des principales dépenses financées par le forfait soins et le forfait dépendance est portée depuis 2020 par les dépenses de personnel	30
3. LE CARACTERE FASTIDIEUX, NON NORME ET NON TRANSPARENT DE LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DES ETATS DE PREVISION ET DE REALISATION DES RECETTES ET DES DEPENSES (EPRD ET ERRD) PORTE ATTEINTE A LA FIABILITE DU REPORTING BUDGETAIRE AUPRES DES AUTORITES DE TARIFICATION.....	36

3.1. La procédure de construction des EPRD et ERRD de l'ensemble des établissements du groupe est placée sous la responsabilité d'un unique responsable projets finance et comptabilité.....	37
3.2. Le remplissage des ERRD repose sur une méthodologie fastidieuse de transposition de la comptabilité générale, définie en interne par le groupe Médicharme et sans cadre normatif préalable imposé par les autorités de tarification.....	40
3.3. La reconstitution par la mission de la méthodologie employée par le groupe Médicharme pour élaborer deux ERRD 2022 révèle le manque de fiabilité et de complétude des informations transmises aux autorités de tarification.....	44
4. AFFECTEES SELON DES CLEFS DE REPARTITION DECLARATIVES, LES DEPENSES IMPUTEES ENTRE LES DIFFERENTES SECTIONS DE L'ERRD REPONDENT AVANT TOUT A UNE LOGIQUE DE SATURATION DES ENVELOPPES SOINS ET DEPENDANCE.....	55
4.1. Le <i>reporting</i> RH de l'annexe activité et le tableau des effectifs et des rémunérations sont pilotés pour minimiser les excédents sur les dotations soins et dépendance.....	55
4.2. Dès lors que l'affectation des charges est non significative, le suivi des excédents soins et dépendance par le groupe Médicharme ne reflète aucune réalité comptable ni même économique.....	58
4.2.1. <i>Entre 2020 et 2022, le groupe Médicharme déclare avoir dégagé 8 040 471,84 € d'excédents sur ces forfaits sans que la comptabilité ne permette d'en retracer le suivi ni d'en garantir l'affectation dans le respect du cadre réglementaire.....</i>	<i>58</i>
4.2.2. <i>Les crédits non reconductibles octroyés par les ARS ne font pas fait l'objet d'un suivi comptable consolidé permettant de justifier de leur consommation et de la conformité réglementaire de leur usage.....</i>	<i>64</i>
5. RENFORCE PAR L'APPLICATION EN 2023 DU CADRE COMPLET DES ERRD, LE CONTROLE DES AUTORITES DE TARIFICATION PATIT D'UN MANQUE D'OBJECTIFS ET DE METHODOLOGIE POUR POUVOIR APPRECIER LA SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS.....	68

1. L'intégration progressive de la fonction budgétaire au sein du groupe Médicharme témoigne de la reprise en main récente par le siège du pilotage de l'activité des établissements

1.1. Depuis 2021, la centralisation de la fonction budgétaire au niveau du siège s'appuie sur une politique de recrutement volontaire et de restructuration des missions entre services du siège et établissements

Depuis l'arrivée en 2021 d'une nouvelle présidente à la tête du groupe Médicharme, l'intégration budgétaire des établissements s'est traduite en premier lieu par une politique d'étoffement des services du siège (1.1.1), en particulier, à travers la création de trois postes de directeurs régionaux (1.1.2) et ensuite, par le recrutement actif des postes vacants de directeurs d'établissement (1.1.3).

1.1.1. L'application d'une procédure budgétaire uniforme est assurée au niveau du siège par une direction dédiée dont les effectifs se sont progressivement étoffés à mesure de l'extension du groupe

En parallèle de la stratégie d'expansion menée par le groupe depuis sa création en 2015 et son accélération à compter de 2018, date d'entrée d'un nouvel actionnaire, G-Square, la procédure budgétaire fait l'objet depuis 2017 d'une centralisation progressive auprès du siège.

Au niveau du siège, la procédure budgétaire et comptable est assurée depuis le 1^{er} novembre 2017 par la **Direction de l'administration et des finances**, rattachée directement à la présidente du groupe Médicharme (cf. graphique 1).

De 11 ETP début 2020, la direction de l'administration et des finances compte, à la date du contrôle, 22 ETP pour un groupe qui compte 32 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillant 1 628 résidents pour une capacité de 1 936 places, deux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 6 résidences services seniors (RSS) et un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Cette direction s'est étoffée à mesure que le groupe a acquis de nouveaux établissements et est aujourd'hui composée de :

- ◆ un poste de directeur administratif et financier qui, lors de la procédure de contrôle du groupe Médicharme par la mission, était vacant et ses missions, assurées par un directeur administratif et financier dans le cadre d'une convention d'assistance et de conseil entre Médicharme et la société Prospères depuis le 21 août 2023 et sans date de fin pré-définie ;
- ◆ un poste de responsable projets finance et comptabilité qui a pour mission :
 - d'analyser les budgets des établissements et opérer un contrôle de gestion ;
 - d'apporter également son expertise financière et budgétaire afin de coordonner et piloter des dispositifs médico-sociaux ;
 - d'assurer la réalisation et le suivi des états prévisionnels de recettes et des dépenses (EPRD) et des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) ;
- ◆ un poste de trésorier groupe et un poste de trésorière opérationnelle qui assurent la gestion des activités de trésorerie pour le groupe ;
- ◆ un poste de responsable contrôle de gestion exploitation qui, avec l'appui d'une contrôleuse de gestion sociale et médico-sociale et d'une contrôleuse de gestion exploitation, assure :

Annexe VI

- le pilotage et la production du processus budgétaire ;
- la réalisation des exercices prévisionnels ;
- l'analyse mensuelle du chiffre d'affaires ;
- et enfin, le suivi opérationnel de chaque établissement du groupe ;
- ◆ un poste de directrice administration des ventes ainsi qu'un poste de responsable administration des ventes en charge des procédures de tarification et de facturation (cf. annexe II) ;
- ◆ enfin, un poste de directeur des comptabilités qui assure des missions d'animation des clôtures comptables annuelles et mensuelles et les exercices de *reporting* qui en découlent, l'intégration des nouveaux établissements, la réalisation des clôtures des comptes consolidés en lien avec les commissaires aux comptes et les prestataires de paie. Enfin, il assure l'encadrement des différents postes qui composent la direction, à savoir :
 - un poste de responsable comptable fournisseur qui assure l'interface du groupe avec les fournisseurs à travers le logiciel « YOOZ », outil de dématérialisation des factures fournisseurs, et encadre une équipe de trois aide-comptable fournisseur ;
 - sept postes de comptables généraux qui disposent chacun d'un portefeuille de sociétés du groupe dont ils assurent les clôtures comptables mensuelles et fiabilisent les balances ;
 - deux postes de comptables immobilier qui ont pour mission d'assurer les clôtures comptables mensuelles et annuelles des sociétés civiles immobilières (SCI) du groupe, l'élaboration trimestrielle des quittances de loyers faites pour le compte des propriétaires, le suivi de la validation des factures par le service immobilier du siège, l'établissement et le suivi des encaissements des appels de fonds demandés pour les ventes des logement en l'état futur d'achèvement (VEFA) et, enfin, le suivi des encaissements des autres ventes de logements du groupe.

1.1.2. Créé en août 2021, le poste de directeur de région a vocation à structurer le déploiement de la stratégie et des projets du groupe au niveau régional

A travers la création de trois postes de directeurs régionaux en août 2021, à l'initiative de la présidente actuelle, le groupe Médicharme s'est doté d'un échelon supplémentaire dédié au pilotage opérationnel de l'ensemble de ses établissements.

Dans le cadre de la politique budgétaire, le directeur régional a pour première mission de superviser la procédure d'élaboration du budget annuel de chaque établissement relevant de son périmètre.

Lors du contrôle de Médicharme par la mission, trois directeurs régionaux avaient en charge chacun la supervision d'un des trois périmètres définis par le groupe à l'échelle régionale (cf. tableau 1) :

- ◆ le secteur Nouvelle-Aquitaine et Normandie (neuf établissements) ;
- ◆ le secteur sud qui regroupe l'Occitanie et la région PACA (quinze établissements) ;
- ◆ enfin, le secteur nord qui regroupe la région des Hauts-de-France, la région Grand-Est, la région Bourgogne-Franche-Comté, la région Auvergne-Rhône-Alpes, la région Île-de-France et le Centre-Val de Loire (sept établissements).

Chaque directeur régional est selon sa fiche de poste « *responsable du respect des budgets des établissements et ce, dans le respect de normes de qualité. Il a pour mission d'optimiser l'ensemble des charges en fonction du taux d'occupation* ». Pour ce faire, il est assisté des fonctions support du siège et notamment de la direction de l'administration et des finances. Il a ainsi pour missions :

Annexe VI

- ♦ d'analyser mensuellement les indicateurs produits par la responsable de contrôle de gestion exploitation et son équipe dans des tableaux de bord économiques et sociaux (réunis dans un document unique appelé « opération contribution ») qui recensent le taux d'occupation, le chiffre d'affaires, les frais de personnel et proposent une analyse comparative avec le prévisionnel ;
- ♦ de respecter les procédures financières ;
- ♦ de mettre en place des actions adaptées en fonction des résultats analysés par établissement dans le but de réaliser les objectifs fixés pour l'année.

Au sein des établissements de son secteur, les directeurs régionaux disposent des délégations de pouvoir de la présidente du groupe pour les missions budgétaires suivantes :

- ♦ s'assurer que tous les moyens sont réunis, notamment financiers et budgétaires, pour garantir une prise en soins qualitative des résidents ;
- ♦ communiquer aux directeurs des établissements les informations venant de la direction générale, nécessaires à la réalisation de leur activité ainsi qu'à la réalisation des projets d'établissement ;
- ♦ prendre les mesures disciplinaires nécessaires à l'encontre des directeurs d'établissement ;
- ♦ s'assurer d'un bon climat social dans les établissements de son territoire ;
- ♦ veiller en permanence à ce que les établissements de son secteur disposent des ressources humaines nécessaires à leur bon fonctionnement ;
- ♦ s'assurer que les directives et les procédures soient appliquées.

Afin d'assurer l'ensemble de ces missions, le directeur régional :

- ♦ peut engager les dépenses nécessaires pour assurer la sécurité des personnes et des biens, dans le respect de la procédure d'engagement des dépenses qui fixe les seuils de validation de celles-ci (cf. 1.2.2), à l'exclusion des dépenses d'investissement qui restent la prérogative exclusive de la présidente et qui devront faire l'objet d'une validation par cette dernière ;
- ♦ peut faire diligenter les audits nécessaires pour vérifier le respect de la législation en matière d'hygiène et de sécurité, ainsi qu'en matière sociale et médico-sociale.

Une part variable de la rémunération du directeur régional (20 %) dépend de l'atteinte d'objectifs budgétaire et financier fixés chaque année à l'échelle de son périmètre.

Selon la lettre adressée le 10 mai 2023 à chaque directeur régional par la présidente, le système de rémunération variable pour l'année 2023 repose avant tout sur « **la qualité de la prise en soins des résidents dans le but de garantir leur bientraitance** ». Trois objectifs sont cependant définis plus précisément s'agissant des enjeux budgétaires :

- ♦ un taux d'occupation moyen des établissements¹ de la région à atteindre représentant 30 % de la prime ;
- ♦ un tarif moyen d'hébergement (TMH) de la région à atteindre représentant 10 % de la prime ;
- ♦ un objectif d'*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortisation and restructuring or rent costs* (EBITDAR)² représentant 40 % de la prime et issu de la co-construction budgétaire entre le directeur régional, les directeurs d'établissement et le siège.

Ainsi, seulement 20 % de la part variable de la rémunération des directeurs régionaux ne sont pas consacrés à des objectifs budgétaires.

¹ Soit le ratio entre le nombre de lits occupés et le nombre de lits exploitables travaux exclus.

² Soit pour un établissement les revenus avant soustraction des intérêts, impôts, dépréciation, amortissement et frais de restructuration ou de location. L'EDITBAR est utilisé pour analyser la performance financière d'un établissement et son potentiel de profit.

Annexe VI

La création de ces trois postes est venue pallier un pilotage de l'activité financière et budgétaire des établissements du groupe Médicharme qui était jusqu'à présent uniquement assuré par le siège sans autre relai local que les directeurs d'établissement.

Annexe VI

Tableau 1 : Liste des directeurs régionaux et des directeurs d'établissement du groupe Médicharme à la date du contrôle

Région	Directeur régional	Nom établissement	Directeur
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	VITEAL OLERON	Céline ORRYE GARLAN
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	LES 4 SAISONS	Anne WEYNANT
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	LE BEAU SITE	Chloé ANGER
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	L'ELVODY	Anne WEYNANT
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	LA JUVENIE	Annie JABOULAY remplacée par Amélie NARFIT
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	LES CHENES VERTS	Hortense PERIER
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	RESIDENCE DU LAC RESIDENCE DU LAC (ZOPPOLA) RESIDENCE DU LAC (BEURRE)	Benjamin STROUK (manager de transition)
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	LES JARDINS D'AIFFRES	Michel DORLET (Manager de Transition)
Aquitaine Normandie	Pedro BARBOSA	LA VALLEE DU BANDIAT	Annick CASAS
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	RESIDENCE SAINT GEORGES	Raphael GAYRAUD
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	RESIDENCE DE FRANCE	Julian RAMBAULT
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	LES AIRELLES	Sonia BOUSLAMA
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	LES EAUX VIVES	Laurence LESIRE
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	LA MAISON DE THERESE	Thierno AGANDANOU
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	LE CHAMP DE LA DAME	Nicolas DA CRUZ

Annexe VI

Région	Directeur régional	Nom établissement	Directeur
Nord	Eugénie BREDIN MARCHAND	LA VILLA CLAUDINE	Guillaume FANGET
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LES CHATAIGNIERS	Jean Claude SADY
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LA PASSERELLE	Jean Claude SADY
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LA CROIX DU SUD	William ZULLO
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LES BUISSONNETS	Stephane DAMOUR
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LA MADRAGUE	Nathalie TANIC
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LES GENEVRIERS / REOC	William ZULLO
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LES JARDINS DE SAINTE BAUME	Anne VINCENT
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LA FRUITIERE	Stéphanie CRISTIANO
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	AU BON ACCUEIL	Christel MICHEL
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LES AMIS DES AINES	Christel MICHEL
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	OREADIS	Soraya BANNICQ
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LA BASTIDE DU LUBERON	Charlotte NERI
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	AERIA	Géraldine LOUISOR
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	MEISSEL	Géraldine LOUISOR
Sud	Matthias HOULLEBREQUE	LES FEUILLANTINES	Fabienne DUPILLE

Source : Données transmises à la mission par le groupe Médicharme en date du 11 octobre 2023.

1.1.3. Les directeurs d'établissement sont responsables de la bonne gestion financière et budgétaire de leur établissement et les interlocuteurs privilégiés des autorités publiques

Depuis l'arrivée en 2021 d'une nouvelle présidente, le groupe Médicharme a entrepris le recrutement et la stabilisation du nombre de directeurs d'établissement (cf. annexe III).

Aussi, lors du contrôle de la mission, le groupe Médicharme compte 26 directeurs qui encadrent ses 43 établissements parmi lesquels :

- ◆ deux directeurs de transition ;
- ◆ et quatre directeurs encadrant plus de deux établissements (cf. tableau 1).

Ces recrutements sont nécessaires au regard des prérogatives des directeurs d'établissement en termes de gestion financière au sein du groupe Médicharme.

En effet, selon sa fiche de poste, le directeur d'établissement est le garant :

- ◆ de la bonne gestion des comptes d'exploitation et du respect du budget annuel ;
- ◆ de la mise en œuvre du suivi régulier du budget ;
- ◆ de l'élaboration de la documentation financière relative aux déclarations auprès des autorités de tarification ;
- ◆ du suivi des lignes de coûts (charges avant EBITDAR) en recherchant leur maîtrise ;
- ◆ de la facturation client y compris la gestion de l'aide sociale ;
- ◆ de la politique de recouvrement des créances de l'établissement ;
- ◆ et enfin, de la gestion des stocks et de l'acquisition d'équipements nécessaires à son activité, dans le respect des contrats-cadres du siège.

Afin d'accomplir ses missions, le directeur d'établissement dispose, de la part de la présidente du groupe Médicharme, de délégations de pouvoir en termes de gestion budgétaire et financière qui sont les suivantes :

- ◆ mise en œuvre des procédures budgétaires et tarifaires nécessaires à la gestion de l'établissement ;
- ◆ participation à l'élaboration, au suivi et au respect des budgets prévisionnels en collaboration avec le directeur administratif et financier ;
- ◆ élaboration des comptes d'emploi ainsi que du recueil de tous les justificatifs nécessaires au contrôle budgétaire des autorités de tarification ;
- ◆ facturation client en conformité avec la législation et les réglementations en vigueur.

Le directeur d'établissement peut engager des dépenses pour le compte de l'établissement selon la procédure d'engagement des dépenses en date du 20 juillet 2022 qui fixe un seuil maximal de 1 000 €, au-delà duquel l'avis et la signature du directeur régional sont obligatoires (cf. 1.2.2).

Malgré une centralisation accrue de la fonction budgétaire, le directeur d'établissement demeure le garant de la sincérité du *reporting* budgétaire auprès du siège tout en étant l'interlocuteur unique des autorités publiques.

Le directeur est aussi responsable de la conformité et de l'exactitude des éléments de salaires transmis à la direction de l'administration et des finances ainsi que de la rédaction des rapports d'activités de son établissement.

Il est surtout le responsable de la sincérité des documents attestant du bon usage des dotations publiques auprès des autorités de tarification, agence régionale de santé (ARS) et conseil départemental, en étant le signataire chaque année de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) de son établissement.

Annexe VI

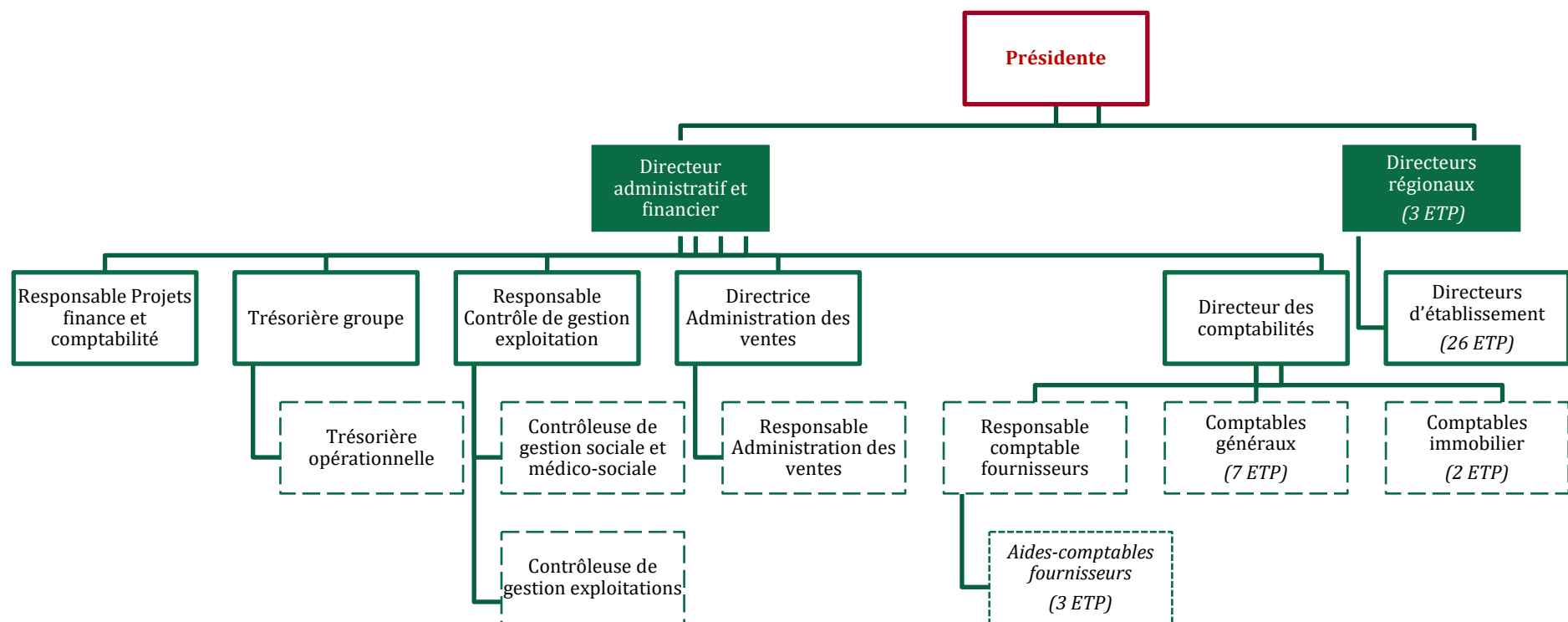
Une part variable de sa rémunération annuelle (10 %) dépend de l'atteinte d'objectifs budgétaires et financiers.

Comme pour les directeurs régionaux, pour l'année 2023, la lettre adressée le 10 mai 2023 par la présidente à l'ensemble des directeurs d'établissement définit les objectifs annuels suivants s'agissant des enjeux budgétaires et financiers :

- ◆ un taux d'occupation moyen annuel pour chaque établissement représentant 40 % de la prime ;
- ◆ un EBITDAR budgété représentant 40 % de la prime qui résulte de la co-construction budgétaire réalisée par l'établissement avec les services du siège.

Annexe VI

Graphique 1 : Organigramme de la fonction budgétaire et comptable du groupe Médicharme en octobre 2023



Source : Organigramme du groupe Médicharme à la date du 11 octobre 2023 ; Mission.

1.2. La volonté croissante de pilotage des établissements par le siège s'est accompagnée de l'adoption de procédures budgétaires dont la diffusion et l'application sont assurées à l'aide d'une démarche de contrôle de gestion

L'adoption en 2022 d'une politique budgétaire commune à l'ensemble des établissements (cf. 1.2.1), qui repose notamment sur une procédure d'achats structurée autour de contrats-cadres au niveau du groupe (cf. 1.2.2), a permis au groupe Médicharme de renforcer l'intégration financière et budgétaire de ses établissements. Intégration qui est aujourd'hui encadrée par une démarche de contrôle de gestion mensuelle qui emporte un suivi de l'atteinte des objectifs annuels fixés à chaque établissement (cf. 1.2.3).

1.2.1. Si la procédure d'élaboration du budget de chaque établissement repose sur une volonté de dialogue entre directeur d'établissement et direction générale, elle intervient dans un cadre défini préalablement par le siège

La procédure d'adoption du budget annuel s'appuie sur un calendrier commun à tous les établissements du groupe Médicharme.

Pour le budget de l'année N de chaque établissement, les directeurs d'EHPAD sont destinataires, en août N-1, de maquettes budgétaires préremplies par le service contrôle de gestion du siège. A partir de ces documents, ils sont chargés de proposer dans un premier temps et à partir des résultats cumulés depuis janvier N-1, des hypothèses relatives au chiffre d'affaires (taux d'occupation notamment), aux charges fixes de leur établissement, aux frais de personnel et, enfin, aux investissements nécessaires. Ces hypothèses font ensuite l'objet d'un échange entre chaque directeur d'établissement et chaque directeur régional en amont puis avec le service du contrôle de gestion ainsi que la direction de l'immobilier entre mi-octobre et mi-novembre N-1.

Le budget global est arrêté par le contrôle de gestion à la fin du mois de novembre N-1 et présenté mi-décembre N-1 à la direction générale pour transmission ensuite aux actionnaires pour validation.

Chaque établissement est enfin destinataire de son budget en janvier de l'année N.

Si la procédure repose sur un échange entre le siège et les établissements, la mission constate qu'une grande partie des éléments intégrés dans les maquettes transmises en août 2023 pour le budget 2024 est déjà préremplie par le contrôle de gestion (cf. tableau 2).

Pour l'hébergement, certaines hypothèses sont déjà préremplies s'agissant :

- ◆ du nombre de chambres exploitées mois par mois, sur la base des informations transmises par la direction de l'immobilier ;
- ◆ du taux d'inflation à appliquer aux résidents présents au 31 décembre 2023, soit 4 %.

S'agissant des dotations soins et dépendances, les hypothèses sont, là encore, définies par le contrôle de gestion conjointement avec le contrôle de gestion médico-sociale à partir :

- ◆ des arrêtés Soins et Dépendance 2023 communiqués avant l'été 2023 par l'agence régionale de santé et le conseil départemental ;
- ◆ des éventuels arrêtés modificatifs envoyés à l'automne 2023 ;
- ◆ des hypothèses de taux d'occupation transmises par les directeurs régionaux et les directeurs d'établissement.

Annexe VI

Pour les produits annexes, le contrôle de gestion définit le chiffre d'affaires envisagé pour les services complémentaires proposés par les établissements à partir des éléments issus de l'année 2023.

S'agissant des charges consommables, si leur évolution est proportionnelle à l'évolution de l'activité de chaque établissement (coût alimentaire par exemple), le contrôle de gestion modélise à partir des données de l'année précédente les hypothèses pour l'année 2024. En outre, certaines charges, telles que les coûts informatiques, les dépenses de maintenances et les dépenses liées à des chantiers de travaux, sont directement inscrites dans les maquettes budgétaires par les équipes du siège en lien avec la direction de l'immobilier. De même, la fixation des loyers et de leur évolution en 2024 puis dans les deux années à venir sont déterminées par la direction de l'immobilier avec le service contrôle de gestion sans association des établissements.

Enfin, pour les dépenses d'investissement liées à l'exploitation (achat de matériel par exemple), chaque établissement est invité à faire parvenir au contrôle de gestion ses besoins pour l'année 2024 en indiquant leur nature, leur ordre de priorité, le montant estimé hors taxes et la période d'investissement souhaitée. Les dépenses d'investissement liées à la maintenance et aux projets de construction et de travaux qui relèvent des sociétés d'exploitation sont budgétées directement entre le contrôle de gestion, le service maintenance régional et la direction de l'immobilier.

En définitive, les hypothèses émises par les directeurs régionaux et les directeurs d'établissement portent uniquement sur :

- ◆ s'agissant de l'hébergement :
 - le nombre d'entrées / sorties mensuelles de fin août 2023 à décembre 2024 ;
 - le prix moyen d'hébergement (PMH) applicable aux nouveaux entrants en 2024 ;
- ◆ s'agissant des charges consommables, les achats qui ne sont pas proportionnels à l'évolution de l'activité de l'établissement (honoraires, intérim, énergie par exemple) ;
- ◆ s'agissant des ressources humaines, à partir d'un fichier de travail transmis par le contrôle de gestion aux établissements mentionnant les ETP mensuels par fonction, pour les ETP réels présents à la fin du mois d'août 2023 et ceux mentionnés dans les EPRD 2023 :
 - les salaires ;
 - les dispositifs de primes ;
 - et les besoins en remplacement.

Toutefois, ce travail doit être fait en relation avec le référent ressources humaines (RRH) régional et il revient ensuite au contrôle de gestion la responsabilité du calcul de la masse salariale globale pour l'année 2024 et pour chaque établissement à partir de l'ensemble de ces données.

La procédure budgétaire ainsi que la chaîne de validation au sein des établissements du groupe Médicharme laisse donc peu de marge de manœuvre aux directeurs d'établissement à l'exception des enjeux de ressources humaines et de taux d'occupation. La mission constate que cette procédure entraîne une forme de déresponsabilisation des directeurs d'établissement s'agissant des enjeux budgétaires de leur établissement.

Annexe VI

Tableau 2 : Méthodologie de réalisation de la maquette budgétaire annuelle par établissement

Eléments de la maquette budgétaire annuelle		Données préremplies par le service du contrôle budgétaire	Hypothèses formulées par les établissements et validées par le siège
Hébergement	Nombre de chambres exploitées mois par mois	Oui	-
	Taux d'inflation à appliquer aux résidents présents au 31 décembre 2023	Oui	-
	Nombre d'entrées / sorties mensuelles de fin août 2023 à décembre 2024 ;	-	Oui
	Prix moyen d'hébergement (PMH) applicable aux nouveaux entrants en 2024	-	Oui
Dotations soins et dépendance		Oui, en lien avec le contrôle de gestion médico-sociale	Oui, pour les taux d'occupation
Produits annexes	Chiffre d'affaires pour les services complémentaires	Oui	-
Ressources humaines	Augmentation des salaires	-	Oui, en lien avec le référent ressources humaines (RRH) régional
	Dispositifs de prime	-	Oui, en lien avec le RRH régional
	Besoins en remplacement	-	Oui, en lien avec le RRH régional
	Masse salariale globale	Oui	-
Charges consommables	Si proportionnelles à l'activité de l'établissement	Oui	-
	Si non proportionnelles à l'activité de l'établissement	-	Oui
	Coûts informatiques	Oui, en lien avec la direction de l'immobilier	-
	Dépenses de maintenance	Oui, en lien avec la direction de l'immobilier	-

Annexe VI

Eléments de la maquette budgétaire annuelle		Données préremplies par le service du contrôle budgétaire	Hypothèses formulées par les établissements et validées par le siège
	Dépenses liées à des chantiers de travaux	Oui, en lien avec la direction de l'immobilier	-
Dépenses d'investissement	Si liées à l'exploitation	-	Oui
	Si liées à la maintenance et aux projets de construction ou de travaux	Oui, en lien avec le service de maintenance régional	-
Fixation des loyers		Oui, en lien avec la direction de l'immobilier	-

Source : Mission.

1.2.2. La politique d'achats du groupe Médicharme repose sur l'adoption récente d'une procédure de validation des engagements au profit des directeurs régionaux et la mise en place par le siège de contrats-cadres pour l'ensemble des établissements

Définie par la direction de l'administration et des finances, la procédure d'engagement des dépenses opérationnelles, applicable à l'ensemble des établissements du groupe depuis le 20 juillet 2022, accroît la responsabilité des directeurs régionaux aux dépens de l'autonomie des directions d'établissement.

Chaque directeur peut engager de manière autonome une dépense sans validation complémentaire dans la limite unitaire de 1 000 €. Au-delà de ce montant, le directeur doit obtenir la validation préalable du directeur de région. Cette validation doit être tracée et historisée.

De son côté, le directeur de région a la possibilité d'engager une dépense allant jusqu'à 5 000 €. Au-delà de ce montant, il doit obtenir la validation préalable de la direction générale du groupe. Là encore, cette validation doit être tracée et historisée.

En revanche, la validation préalable du siège et dès le premier euro est obligatoire pour :

- ◆ les dépenses de maintenance et d'investissement (comme par exemple le matériel de cuisine et les lits) ;
- ◆ les dépenses informatiques.

Enfin, les contrats de baux immobiliers ne relèvent pas de la responsabilité du directeur de l'établissement ou du directeur de région mais de l'équipe immobilière du siège.

Cette procédure d'engagement laisse toutefois une marge de manœuvre aux directeurs d'établissement pour les enjeux de ressources humaines et de restauration.

En effet, cette règle connaît des exceptions s'agissant des **frais relatifs au personnel salarié** pour lesquels les directeurs ont l'autonomie (sans validation du directeur régional mais dans le respect de la masse salariale définie au budget), pour :

- recruter des salariés en CDD à iso-salaire pour les remplacements ;
- autoriser des heures complémentaires et supplémentaires.

Toutefois, les autres engagements de dépenses doivent être validés par le directeur de région dès le premier euro, pour notamment :

Annexe VI

- ◆ recruter des salariés en CDI ;
- ◆ recruter des salariés en CDD hors remplacements et/ou avec des salaires supérieurs à ceux appliqués pour le même poste ;
- ◆ engager toutes procédures de rupture de contrat et de contentieux sur le plan social.

Enfin, pour les dépenses d'intérim et de travail temporaire, tout engagement doit être validé au préalable dès le premier euro par le directeur de région.

S'agissant de la restauration, l'engagement des dépenses (hors investissement relatif au matériel de cuisine) jusqu'à 10 000 € relève de la responsabilité du directeur de l'établissement. Au-delà de ce montant, la validation du directeur de région est obligatoire.

Au-delà de la procédure d'engagement, la centralisation de la politique achats du groupe est assurée par l'intermédiaire de contrats-cadres.

S'agissant des achats, le groupe s'appuie sur un ensemble de contrats-cadres qui recouvrent la majorité des besoins en achats des établissements (cf. tableau 2). Les établissements procèdent à leurs achats à travers un unique logiciel, « YOOZ », offrant une procédure entièrement dématérialisée des commandes et des factures.

L'ensemble de ces contrats-cadres couvre les principales activités d'exploitation des établissements, à savoir la restauration, les fournitures médicales et pour l'incontinence, les produits et matériels d'entretien, les vêtements de travail, le mobilier et le matériel de bureautique ainsi que les assurances et les organismes de placement (cf. annexe II).

Seuls certains contrats sont encore passés par établissement mais le suivi est, là encore, assuré par le siège. Il s'agit des activités :

- ◆ de blanchissage pour lesquelles un contrat-cadre est en cours d'étude par le groupe ;
- ◆ de copieur et d'imprimante ;
- ◆ et de réseau informatique et d'internet.

Annexe VI

Tableau 3 : Recueil des fournisseurs et des prestataires du siège et des établissements du groupe Médicharme en 2023

Destinataire	Domaine	Fournisseur	Contenu	année	contrat oui/non	Autres/commentaires
EXPLOITATIONS	-	ELRES APPRO/ELIOR	Modalités de fourniture de denrées alimentaires et assistance technique	2022	Oui	Démarrage du contrat le 01/10
EXPLOIT+SIEGE	FOURNITURES ALIMENTAIRES	Café Richard via Elres Appro	Café d'accueil/restaurant/office	2022	Non	Via ELRES APPRO /Contrat ELIOR
EXPLOITATIONS	PETIT MATERIEL DE CUISINE / RESTAURATION	Henri Julien	Matériels de cuisine, vaisselle, ustensiles, verrerie, cuisson, etc.	2021	Oui	Remise catalogue
EXPLOITATIONS	ANALYSES BACTERIOLOGIQUES	Merieux Siliker	Analyses bactériologiques alimentaires, potabilité, légionnelle, audit cuisine	2021	Oui	Fiche ouverture par établissement, mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	VETEMENT DE TRAVAIL	MCE International	Tenues de travail, badge	2021	Non	Mercuriale avec des prix négociés
		MCE International	Chaussures de travail	2021	Non	Mercuriale avec des prix négociés
EXPLOITATIONS	LOCATION et BLANCHISSAGE DU LINGE PLAT	ELIS, Kalhyge, ANETT...	Linge plat et vêtement de travail en location entretien	-	-	Regrouper les contrats en cours et négocier les conditions : mettre en place un contrat cadre et déployer au niveau groupe
EXPLOITATIONS	SOUS TRAITANCE PETIT LINGE Hors buanderie interne MÉDICHARME	Bulle de Linge	Externalisation du linge résident, éponges, nappages	2022	Oui	Contrat sur 7 établissements
		AD3	Externalisation du linge résident, éponges, nappages			
EXPLOITATIONS	FOURNITURES MEDICALES Dispositifs médicaux	Bastide Médical	DM achats et locations	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Bastide Médical	Lits médicalisés achats et location	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Bastide Médical	Gros DM achats et locations	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Bastide Médical	Oxygénothérapie	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme

Annexe VI

Destinataire	Domaine	Fournisseur	Contenu	année	contrat oui/non	Autres/commentaires
		Bastide Médical	Douche au lit, baignoire, chaise de douche	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Hartmann	DM liées au traitement de la plaie	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	INCONTINENCE	Hartmann	Produits d'incontinence, produits hygiène et soins et accompagnement palliatif	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	PRODUITS D'ENTRETIEN GENERAL	Paredes	Produits d'entretien hôtelier Fourniture Médicale/ hygiène des mains	2022	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	MATÉRIEL D'ENTRETIEN GENERAL	Paredes	Supports, lavettes, franges, etc.,	2022	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Paredes	Chariots ménage	2022	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Paredes (Karcher)	Nettoyeur vapeur, monobrosse	2022	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	MOBILIER ESPACES COMMUNS	Lyreco	Mobilier de bureau	2021	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	MOBILIER DE JARDIN	Henri Julien	Tables, chaises, salons, parasols d'extérieurs, composteur, recyclage extérieur et cuisine	2021	Oui	Remise catalogue
EXPLOITATIONS	MATÉRIEL ELECTRO	DARTY Pro	Multimédia (TV, son, ventilateurs, etc) et électroménager (linge, cuisine, etc.)	2021	Non	Mercuriale Médicharme
EXPLOITATIONS	PETIT MATÉRIEL PARTIES COMMUNES OUTILLAGE	SIDER	Outillage /Quincaillerie	2021	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme, Remise catalogue
		REXEL	Outillage /Quincaillerie	2023	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme, Remise catalogue
EXPLOIT+SIEGE	FOURNITURES DE BUREAU	Lyreco	Bureautique, produits d'accueil, animation	2021	Oui	E-shop et Mercuriale Médicharme
		Amazon	Fourniture divers	2021	Non	pour le moment que sur le siège
EXPLOIT+SIEGE	PLATEFORME DE RESERVATION VOYAGES	Ghozi (Selectour)	Réservation déplacement de plus de 10 voyageurs, events et meetings	2015	Non	Revoir les conditions

Annexe VI

Destinataire	Domaine	Fournisseur	Contenu	année	contrat oui/non	Autres/commentaires
		Ghozi (Selectour)	Réservation déplacement : vol, voiture, train, hôtel (SOUS AUTRES CHARGES EXTERNES)	2015	Non	Revoir les conditions
EXPLOIT+SIEGE	ENERGIE	ENI	Fourniture de gaz de ville	2023	OUI	Jusqu'au 31/12/2024
		EDF	Fourniture d'électricité	2021	Oui	Jusqu'au 31/12/2024
EXPLOITATIONS	REPROGRAPHIE, GRAPHISTE	VEOPRINT	Plaquette com, pochette, carte de visit, flyers, affiches...	2022	Non	Mercuriale Médicharme et prix négociés
SIEGE	CARTE ESSENCE	Total	Carte essence, lavage, péage	2019	Oui	Revoir les attributions et conditions
SIEGE	LOCATION VEHICULES fonction/service	ALD Flex	LMD	2020	Oui	
		Arval	LLD	2019	Oui	
		MYLEASING	LLD	2022	Oui	
		ALD	LLD	2020	Oui	
SIEGE	LOGICIEL	MALTA INFORMATIQUE	Logiciel métier Titan (EHPAD)		Oui	
		SAGE 1000	Logiciel comptable		Oui	
		SILAE	Logiciel de paie hébergé			
		YOOZ	Logiciel traitement de la facturation		Oui	
EXPLOIT+SIEGE	RESEAU INFORMATIQUE	Bouygues	Réseau informatique et internet	2023	Oui	Contrat par établissement
		SFR	Réseau informatique et internet	2022	Oui	Contrat par établissement
		Orange	Réseau informatique et internet	2022	Oui	Contrat par établissement
SIEGE	HEBERGEMENT	OVH	Hébergement et location de licences		Oui	
EXPLOIT+SIEGE	MATERIEL INFORMATIQUE	SMARS	PC, petite imprimantes, licences, matériel autres...	2022		
		Delta	PC, imprimantes		Oui	Contrat par établissement
SIEGE	MATERIEL INFORMATIQUE	SMARS	Tablettes			
EXPLOIT+SIEGE	COPIEUR ET IMPRIMANTE	DIGIDOC	Fourniture de copieur et imprimante y compris consommable pour l'équipement en location	2022	Oui	Contrat par établissement
		Rexrotary	Fourniture de copieur et imprimante y compris	2023	Oui	Contrat par établissement

Annexe VI

Destinataire	Domaine	Fournisseur	Contenu	année	contrat oui/non	Autres/commentaires
			consommable pour l'équipement en location			
		Delta	Fourniture de copieur et imprimante y compris consommable pour l'équipement en location		Oui	Revoir les conditions et mettre en concurrence
EXPLOITATIONS	FOURNITURE CARTOUCHE D'ENCRE IMPRIMANTE	Lyreco	Fourniture cartouche d'encre pour imprimante (hors copieur en location...)		Oui	Revoir pour trouver un autre fournisseur
EXPLOIT+SIEGE	TELEPHONIE MOBILE	SFR	Ligne téléphonique mobile	2022	Oui	
		Orange	Ligne téléphonique mobile		Oui	
EXPLOIT+SIEGE	ASSURANCES	CLC	Courtier	2021	Oui	
		RELYENS	Assurances multirisques/véhicule/Automiission	2021	Oui	
		AIG	Assurances dirigeant	2021	Oui	
SIEGE	ORGANISMES DE PLACEMENT	CAP RETRAITE	Agence de conseil et d'orientation en EHPAD	2022	Oui	
		RETRAITE PLUS	Agence de conseil et d'orientation en EHPAD	2019	Oui	Revoir les conditions

Source : Recueil des fournisseurs et prestataires, Médicharme, en date du 1^{er} février 2023.

1.2.3. L'application de la stratégie financière et budgétaire du groupe s'appuie sur une procédure de *reporting* qui permet d'assurer l'atteinte des objectifs fixés pour chaque établissement

L'analyse financière et budgétaire est assurée par la responsable du contrôle de gestion des exploitations qui a pour missions de réaliser :

- ◆ le pilotage et la production du processus budgétaire pour chaque établissement (cf. 1.1.1) ;
- ◆ la production de modélisation financière (P&L) pour les établissements du groupe à destination de la direction et des actionnaires en s'appuyant sur des indicateurs de performance (taux d'occupation, prix moyen d'hébergement, composition du chiffre d'affaires, suivi des dotations soins et dépendance, etc.).

A partir de la définition d'un budget annuel et d'une prévision financière pour chaque établissement, le service contrôle de gestion est en charge du suivi opérationnel de l'exploitation ainsi que de l'élaboration d'un *reporting* opérationnel auprès des directeurs d'établissement, des directeurs régionaux et de la direction générale.

Cette démarche, qui fait l'objet d'un dialogue de gestion mensuel entre directeur d'établissement et directeur régional appelé « *Business review* », s'appuie sur un document intitulé « Opération contribution » qui décrit pour chaque établissement, la trajectoire financière et d'exploitation réalisée et comparée aux projections définies pour l'année. Ce document doit permettre d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées par les établissements et de définir une stratégie corrective en cas de besoin.

Ce *reporting* repose en premier lieu sur **des éléments financiers relatifs à l'activité de l'établissement** (cf. tableau 4) qui présentent des résultats cumulés et réalisés pour chaque mois depuis le début de l'année mis en comparaison :

- des quatre derniers mois ;
- des objectifs budgétés pour l'année, différents de l'EPRD, lors des négociations budgétaires menées entre le directeur d'établissement, le directeur régional et le siège.

Annexe VI

Tableau 4 : Indicateurs mensuels relatifs à l'activité financière et transmis à chaque directeur d'établissement

Indicateurs	
KPIs	Lits disponibles EHPAD
	Taux d'occupation (%) annuel EHPAD
	Lits occupés EHPAD (moy/annuelle)
	PMH (€/jour) – EHPAD
Compte de résultat	Hébergement
	Soins
	Dépendance
	CA RSS (si concerné)
	Autres
Chiffres d'affaires	Consommable (et % du CA)
	Personnel (et % du CA)
	Autres charges externes (et % du CA)
	Impôts et taxes (et % du CA)
EBITDAR	Marge %

Source : Service du contrôle de gestion du groupe Médicharme.

A cela s'ajoutent :

- ♦ une analyse des **frais de personnel** internes et externes issus de la balance des comptes relatifs à la masse salariale (cf. tableau 5), aux honoraires et aux prestations d'intérim (cf. tableau 6) ;
- ♦ ainsi qu'une analyse des ETP réels et budgétés pour chaque mois depuis le début de l'année, accompagnée d'un rappel des ETP réels de l'année N-1 par fonction. Certains de ces comptes sont aussi employés par le groupe Médicharme pour renseigner les ERRD transmis aux autorités tarifatrices (cf. 3.2).

Tableau 5 : Comptes correspondant aux frais de personnel suivis chaque mois par le contrôle de gestion du groupe Médicharme

Compte	Libellé	Intégré dans les ERRD
63300100	FORMATION	Non
64110000	APPOINTEMENTS PERSL.	Oui
64110001	SALAIRES ADMINISTR.	Oui
64110100	HEURES SUP & COMP	Oui
64110200	HEURES & IND SUJETION - NUIT & DIMANCHE	Oui
64110300	ABSENCES	Oui
64111000	APPOINTEMENTS GUSO	Oui
64121000	VAR.PROV.CP DED.	Non
64122000	VAR.PRO.CP NON DED.	Non
64130000	PRIMES/OBJ & EXCEPT	Oui
64130100	PRIME D'ANCIENNETE	Oui
64131000	PRIMES SPECIFIQUES	Oui

Annexe VI

Compte	Libellé	Intégré dans les ERRD
64132000	REVALORISATION SEGUR	Oui
64136100	VAR.PROV.PRIM.SPEC	Non
64136250	VAR.PROV.IFC.CDD	Non
64140000	AVANTAGES EN NATURE	Oui
64140100	IND. DEPART RETRAITE	Oui
64140200	IND. LICENCIEMENT	Oui
64140300	INDEMNITES TRANSACT.	Non
64140400	INDEMNITES DIVERSES	Oui
64140500	INDEMNITE INFLATION	Non
64141000	IJSS PREVOYANCE - SUBROGATION	Oui
64510000	COTIS.URSSAF	Oui
64515000	COTIS.URSSAF AUTRES	Oui
64520000	CHARGES SOCIALES S/ CONGES PAY	Oui
64521000	COTIS.MUTUELLES	Oui
64530000	COTIS.RETRAITES	Oui
64532000	COTIS.PREVOYANCE	Oui
64540000	COTIS.ASSEDIC	Oui
64550000	COTIS. GUSO	Oui
64560000	COTISATIONS SOCIALES GERANT	Oui
64586021	VAR.PRO.CSOC.CP DED	Non
64586100	VAR.PROV.CH.SOC.SPE.	Non
64586500	VAR.PRO.CSOC.I.F.C	Non
64700000	AUTRES OEUVRES SOCIALES	Non
64720000	VERSEMENTS CE FONCTIONNEMENT	Non
64750000	MEDECINE DU TRAVAIL	Non
64760000	TITRES RESTAURANT	Non
64782000	Provision CP	Non
64782100	Extourne RTT	Non
64782400	64782400 Provision RC	Non
64800000	AUTRES CHGES PERSO.	Non
79120000	REMB.CH.SAL.PREVOY.	Oui
79121000	REMB. FORMATION	Oui
79140000	AVANTAGES EN NATURE	Non
79145000	TRANS CH.AV.REPAS	Oui
79147000	TRANS.CH.AV.VEHIC	Oui
79150000	RECL. RES. CHG. EXT.	Oui
79151000	TRANSFT DE CH. PERSONNELS	Oui

Source : Service contrôle de gestion du groupe Médicharme.

Annexe VI

Tableau 6 : Comptes correspondant aux honoraires et prestation d'interim suivis chaque mois par le contrôle de gestion du groupe Médicharme

Comptes	Section	Libellé	Intégré dans les ERRD
61150000	Honoraires	PRESTATIONS A CARACTERE MEDICAL	Oui
62140088		DETACHEMENT DU PERS. GROUPE	Oui
62267000		HONO MEDICAL	Oui
62268000		HONO PARA-MEDICAL	Oui
62268100		HONO PSYCHOLOGUES	Non
62267100		HONO INFIRMIERE LIBERALE	Non
62100000	Intérim	PERS. INTERIMAIRE	Oui

Source : Service contrôle de gestion du groupe Médicharme.

Le document « Opération contribution » offre, en outre, un aperçu de **l'évolution du taux d'occupation** de la dernière semaine du mois, en comparaison du taux moyen d'occupation par mois depuis le début de l'année ainsi que la décomposition des mouvements des résidents pour la dernière semaine du mois comparée à la dernière semaine de l'année N-1.

Enfin, **une analyse des consommables et des autres achats relatifs aux charges externes suivie par compte et par type** (cf. tableau 7) complète les éléments financiers et budgétaires transmis aux directeurs d'établissement. Elle introduit une comparaison de la part du chiffre annuel d'affaires que ces consommables et ces achats représentent pour l'année N et N-1. Ces achats et consommables ont été retenus par le service de contrôle de gestion car variant selon le taux d'occupation de sorte qu'ils sont représentatifs de la dynamique de l'activité de l'établissement.

Tableau 7 : Comptes correspondant aux achats de consommables suivis chaque mois par le contrôle de gestion du groupe Médicharme

Compte général	Libellé compte	Informations
60110000	ACHATS ALIMENTATION	Matières premières et fournitures destinées à entrer dans un cycle de production interne et à être stockée
60613600	ACHAT DM DECET	Fournitures non stockables
60613700	ACHAT DM HORS DECET	Fournitures non stockables
60630000	FTES HOTELIERES LIEES A DEPENDANCE	Fournitures d'entretien et petit équipement
60630100	ACHATS INCONT HYG NON STOCK	Fournitures d'entretien et petit équipement
60635000	ACHAT PROD ENTRE	Fournitures d'entretien et petit équipement
60637000	ACHATS EQUIP MEDICAL	Fournitures d'entretien et petit équipement
60656000	COMPLEMENT ALIMENTAIRES MED	Médicaments
60680000	AUTRES MATERIEL ET FOURNITURES	Film, Alu, gobelets ... (fournisseurs Paredes) Achats divers réalisés dans les magasins de bricolage ou les supermarchés Désherbants, insecticides ...
60910000	R.R.R.O ACHATS	Rabais, remises, ristournes obtenus sur achats après émission d'une facture d'avoir

Source : Service contrôle de gestion du groupe Médicharme ; Mission.

Toutefois, dans le cadre de cet exercice de reporting budgétaire, le service contrôle de gestion a choisi de ne transmettre aux directeurs d'établissement que les indicateurs relatifs à l'exploitation.

Annexe VI

Ne sont transmis qu'au siège par le service contrôle de gestion, tous les mois, les éléments financiers suivants :

- ◆ les éléments détaillés par compte de résultat (hébergement, soins, dépendance et autres) et pour la partie relative au chiffre d'affaires (consommable, personnel, autres charges externes et impôts et taxes) ;
- ◆ pour l'EDITBAR :
 - les loyers et leur part dans l'EBITDAR ;
 - EBITDA hors coûts centraux ;
 - EBITDA hors interco (amortissements) ;
 - EBI hors ICO (*management fees*, impôts (CVAE et IS)) ;
 - le résultat net (social).

Enfin, s'agissant de la comptabilité, chaque établissement dépend d'un comptable général au niveau siège appartenant à la direction des comptabilités, relevant de la direction de l'administration et des finances (cf. graphique 1) qui assure à la fois la fiabilisation des comptes mais aussi la clôture des balances annuelles.

L'ensemble des établissements du groupe est intégré à l'aide d'un unique logiciel dédié à cette fonction, « SAGE 1000 ». Ces comptables constituent aussi l'interface avec les prestataires de paie pour chaque EHPAD. En particulier, la comptabilité des achats est assurée par une équipe de trois aides-comptables fournisseur encadrée par un responsable fournisseur.

2. Les financements publics reçus par le groupe Médicharme ont évolué à mesure de sa stratégie d'expansion et couvrent, en majorité et de manière constante depuis 2020, des dépenses de personnel

Encadré 1 : Cadre réglementaire de financement des EHPAD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont financés par deux dotations publiques : ▪ le forfait global "soins" pris en charge par la sécurité sociale <i>via</i> les agences régionales de santé (ARS) ▪ et le forfait global "dépendance" financé par les conseils départementaux, avec des contributions des résidents et des tarifs déterminés par d'autres départements. Le forfait soins est calculé en fonction du "groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré" (GMP) et du "pathos moyen pondéré" (PMP), évalués individuellement pour chaque résident. Le forfait dépendance est déterminé en fonction de la capacité autorisée et financée pour l'hébergement permanent, la valeur départementale du point GIR, les participations des résidents et les tarifs des résidents d'autres départements. Les articles R. 314-166 et R. 314-176 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) détaillent les modalités d'utilisation des produits des deux forfaits. Le forfait global soins peut couvrir divers éléments tels que le petit matériel médical, les fournitures médicales, les charges liées au personnel médical, pharmaceutique et auxiliaire médical, ainsi que les médicaments. De son côté, le forfait global dépendance peut prendre en charge des dépenses telles que les fournitures pour l'incontinence, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les charges liées au personnel affecté aux fonctions de blanchissage, nettoyage, service des repas, etc. La loi du 28 décembre 2015 a introduit des changements à partir du 1^{er} janvier 2017, en instaurant une réforme tarifaire qui repose sur le financement forfaitaire des soins et de la dépendance, ainsi qu'une refonte des règles budgétaires et comptables avec la mise en place d'états prévisionnels des dépenses et des recettes (EPRD). Depuis cette réforme, les gestionnaires d'EHPAD ont la possibilité de décider de l'affectation de leurs résultats issus des dotations soins et dépendance, sous réserve du respect des règles définies dans les CPOM et tout en maintenant le droit des autorités tarifatrices de rejeter des dépenses jugées non conformes à la gestion normale de l'établissement.

Source : Code de l'action sociale et des familles ; Mission.

2.1. Afin d'évaluer le bon usage des dotations publiques, la mission a comparé l'évolution des dotations publiques avec celle des dépenses imputables à ces deux sections sur la période 2020-2022

Pour déterminer le bon usage des dotations publiques reçues par les établissements du groupe Médicharme, la mission a évalué l'évolution des forfaits soins et dépendance versés aux établissements du groupe sur la période 2020-2022 à partir de deux sources distinctes :

- ♦ les **balances des comptes annuelles 2020-2022** de chaque établissement du groupe afin d'y distinguer :
 - **les comptes de classe 7** (forfaits soins, comptes 7063XXX et forfaits dépendance, comptes 7062XXX et 70645000) pour chaque entité pour déterminer les montants issus des dotations publiques par an ;
 - **les comptes de classe 6** pour déterminer les dépenses imputables sur les dotations soins et dépendance selon la nomenclature définie par le service de contrôle de gestion pour son *reporting* budgétaire mensuel auprès des établissements (cf. tableau 7) ;

Annexe VI

- ◆ le tableau de suivi des dotations versées chaque année au groupe réalisé par la direction de l'administration et des finances placé sous la responsabilité du responsable projets finance et comptabilité.

Cette dernière source reposant sur des éléments déclaratifs, la mission a choisi de l'utiliser uniquement comme élément de comparaison avec les données issues des balances comptables. Les écarts constatés sont issus, selon le groupe Médicharme, du périmètre retenu entre les balances des comptes et le tableau de suivi sans que la mission ne partage cette analyse : le nombre d'établissements est identique dans les deux cas.

Pour le périmètre des établissements étudiés, celui-ci varie selon la politique d'expansion déployée par le groupe sur la période choisie (2020-2022), passant de 26 à 32 établissements.

Enfin, la mission a procédé à un échantillonnage portant sur sept EHPAD (cf. tableau 8) pour analyser, à l'échelle de chacun d'entre eux, les évolutions des dotations publiques reçues au regard de la dynamique des différentes dépenses imputables.

Cet échantillon est représentatif dans la mesure où :

- ◆ il comporte des établissements répartis sur l'ensemble des trois périmètres régionaux du groupe Médicharme ;
- ◆ les dates d'acquisition des établissements couvrent une période allant du 29 juillet 2016 pour la résidence des Eaux Vives (site de Souilly), au 31 janvier 2022 pour les deux établissements de la ville de Marseille, les résidences AERIA et Meissel ;
- ◆ les 384 lits pour l'ensemble de ces sept établissements représentent 21,4 % des 1 798 lits autorisés pour l'ensemble du groupe ;
- ◆ les 369 résidents représentent quant à eux 24,6 % de l'ensemble des 1 560 résidents accueillis par le groupe à la date du 30 septembre 2023 ;
- ◆ en revanche, la moyenne du taux d'occupation et de l'EDITBAR de l'échantillon, respectivement de 96,9 % et 15,0 %, est plus élevée que celle de ces deux indicateurs pour l'ensemble du groupe, à savoir 86,1 % et 14,5 %.

L'ensemble de ces établissements a fait l'objet d'une visite inopinée et sur site par la mission entre le mois d'octobre et le mois de novembre 2023.

Annexe VI

Tableau 8 : Liste des sept établissements composant l'échantillon retenu par la mission

FINESS ET	FINESS EJ	Nom établissement	Direction régionale	Date d'acquisition	Lits autorisés	Résidents au 30/09/2023	Taux d'occupation	EBITDAR	Modalités de tarification (tarif global ou tarif partiel)	Date de la visite par la mission
020004024	020001020	RESIDENCE SAINT GEORGES	Nord	27/09/2018	110	100	90,9 %	30,9 %	Partiel	04-oct-23
130008568	130001753	MEISSEL	Sud	31/01/2022	57	57	100,0 %	25,7 %	Partiel	10-oct-23
130784424	130001753	AERIA	Sud	31/01/2022	85	85	100,0 %	25,7 %	Partiel	10-oct-23
470004110	470016064	RESIDENCE DE BEURRE EHPAD	Ouest	16/07/2019	35	35	100,0 %	11,7 %	Partiel	21-nov-23
550006357	550007769	LES EAUX VIVES - Site Souilly	Nord	29/07/2016	30	30	100 %	25,6 %	Partiel	12-oct-23
770001469	750059776	LES AIRELLES	Nord	31/05/2017	28	28	100,0 %	- 0,5 %	Partiel	15-nov-23
790016588	750067340	LES JARDINS D'AIFFRES	Ouest	09/03/2018	39	34	87,2 %	- 14,3 %	Partiel	23-nov-23

Source : Mission.

2.2. Dans un contexte d'expansion, les montants des forfaits soins et dépendance versés au groupe Médicharme ont augmenté de 41 % sur la période 2020-2022

Les données issues de la balance des comptes annuelle de chaque établissement et compilées par la mission révèlent **une augmentation significative des forfaits soins et dépendance au cours de la période**, avec une évolution totale de 41 % à mettre toutefois en parallèle avec l'augmentation du nombre d'établissements concernés (19 %) sur la même période (cf. tableau 9).

Cette évolution est aussi présente à l'échelle des sept établissements de l'échantillon qui voient tous leurs dotations soins et dépendance augmenter en moyenne de 28 % entre 2020 et 2022 (cf. tableau 10).

Cette tendance est aussi constatée *via* le tableau de suivi des dotations forfaitaires du responsable des projets finance et comptabilité mais dans une moindre mesure (+ 29 %).

Annexe VI

Tableau 9 : Evolution des forfaits soins et dépendance pour le groupe Médicharme sur la période 2020-2022 (en euros)

Forfait	2020 (en €)	2021 (en €)	2022 (en €)	Evolution 2020/2022
Forfaits soins (comptes 7063XXX)	23 861 421,51	31 311 276,90	34 648 611,17	+ 45 %
<i>Forfait soins selon tableau de suivi Médicharme</i>	<i>26 416 200,41</i>	<i>33 325 413,66</i>	<i>32 842 017,62</i>	<i>+ 24 %</i>
Forfaits dépendance (comptes 7062XXX et 70645000)	8 276 639,67	9 216 303,74	10 655 251,18	+ 29 %
<i>Forfait dépendance selon tableau de suivi Médicharme</i>	<i>7 480 526,71</i>	<i>9 185 815,38</i>	<i>11 016 519,20</i>	<i>+ 47 %</i>
Total selon balances des comptes annuelles	32 138 061,18	40 527 580,64	45 303 862,35	+ 41 %
Total selon tableau de suivi Médicharme	33 896 727,12	42 511 229,04	43 858 536,82	+ 29 %
<i>Ecart</i>	<i>- 1 758 665,94</i>	<i>- 1 983 648,40</i>	<i>- 1 445 325,53</i>	<i>Non applicable</i>
Nombre d'établissements concernés	26	31	32	+ 19 %

Source : Balance annuelle des comptes de chaque établissement du groupe Médicharme 2020, 2021 et 2022 ; Tableau de suivi des dotations soins et dépendance de la Direction de l'administration et des finances de Médicharme 2020-2022 ; traitement mission.

Annexe VI

Tableau 10 : Evolution des forfaits dépendance et soins pour sept établissements du groupe Médicharme sur la période 2020-2022 (en euros)

Etablissement	Source	2020			2021			2022			Total général			Evolution 2020/2022
		Soin	Dépendance	Total	Soin	Dépendance	Total	Soin	Dépendance	Total	Soin	Dépendance	Total	
AERIA ET MEISSEL (SEMMR)	selon balance annuelle des comptes	Non applicable (N.A.)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	2 590 412,20	723 435,11	3 313 847,31	2 590 412,20	723 435,11	3 313 847,31	N.A.
	<i>selon tableau de suivi Médicharme</i>	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	2 590 412,20	702 100,23	3 292 512,43	2 590 412,20	702 100,23	3 292 512,43	N.A.
SAS COUILLY	selon balance annuelle des comptes	348 620,78	165 045,13	513 665,91	474 627,89	133 708,36	608 336,25	531 092,60	151 898,40	682 991,00	1 354 341,27	450 651,89	1 804 993,16	+ 33 %
	<i>selon tableau de suivi Médicharme</i>	480 159,42	166 091,78	646 251,20	509 088,64	176 793,64	685 882,28	652 350,73	178 279,88	830 630,61	1 641 598,79	521 165,30	2 162 764,09	+ 29 %
SAS ELTER	selon balance annuelle des comptes	1 481 339,42	558 936,82	2 040 276,24	1 970 345,66	558 158,56	2 528 504,22	1 976 370,16	612 128,24	2 588 498,40	5 428 055,24	1 729 223,62	7 157 278,86	+ 27 %
	<i>selon tableau de suivi Médicharme</i>	1 688 363,07	536 451,03	2 224 814,10	1 944 200,01	609 861,63	2 554 061,64	1 976 370,16	652 375,26	2 628 745,42	5 608 933,24	1 798 687,93	7 407 621,17	+ 18 %
SAS LES JARDINS D'AIFRES	selon balance annuelle des comptes	593 296,49	231 981,59	825 278,08	708 856,80	220 282,88	929 139,68	831 402,20	248 793,43	1 080 195,63	2 133 555,49	701 057,90	2 834 613,39	+ 31 %
	<i>selon tableau de suivi Médicharme</i>	627 478,37	213 182,78	840 661,15	703 802,00	228 121,22	931 923,22	714 646,00	230 891,22	945 537,22	2 045 926,37	672 195,22	2 718 121,59	+ 12 %
SAS RESIDENCE DU LAC	selon balance annuelle des comptes	2 007 242,58	738 761,30	2 746 003,88	2 389 857,38	794 896,59	3 184 753,97	2 372 426,98	794 383,56	3 166 810,54	6 769 526,94	2 328 041,45	9 097 568,39	+ 15 %
	<i>selon tableau de suivi Médicharme</i>	2 226 912,81	736 707,69	2 963 620,50	2 379 698,00	801 244,43	3 180 942,43	2 419 055,00	825 362,24	3 244 417,24	7 025 665,81	2 363 314,36	9 388 980,17	+ 9 %
SAS RESIDENCE SAINT GEORGES	selon balance annuelle des comptes	1 333 418,94	573 728,19	1 907 147,13	1 890 950,74	575 978,54	2 466 929,28	1 883 492,86	664 943,40	2 548 436,26	5 107 862,54	1 814 650,13	6 922 512,67	+ 34 %
	<i>selon tableau de suivi Médicharme</i>	1720198,28	608224	2 328 422,28	191161 0,52	684766 65	2 596 377,17	188349 2,81	749136 88	2 632 629,69	5 515 301,61	2 042 127,53	7 557 429,14	+ 13 %

Source : Balance annuelle des comptes de chaque établissement du groupe Médicharme 2020, 2021 et 2022 ; Tableau de suivi des dotations soins et dépendance de la Direction de l'administration et des finances de Médicharme 2020-2022 ; traitement mission.

2.3. L'augmentation des principales dépenses financées par le forfait soins et le forfait dépendance est portée depuis 2020 par les dépenses de personnel

Conformément aux articles R. 314-166 et R. 314-176 du code de l'action social et des familles, les financements publics reçus par le groupe Médicharme ne peuvent connaître que les destinations suivantes :

- ◆ les charges de personnel contribuant aux soins (aides-soignants, aides médico-psychologiques, aides, accompagnants éducatif et social, infirmiers diplômés et professions médicales) et à l'accompagnement de la dépendance (auxiliaires de vie, psychologues, serveurs, plongeurs) et les honoraires et frais liés à l'intervention de personnels contribuant à la prise en charge des soins et de la dépendance dans les établissements ;
- ◆ les achats de produits médicaux ou de nettoyage, d'entretien et de protections ;
- ◆ l'amortissement de certains matériels médicaux et petits équipements figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale ;
- ◆ les excédents éventuels dégagés sur les forfaits.

Afin de reconstituer la part et l'évolution de chacune de ces dépenses au regard des dotations reçues par le groupe Médicharme entre 2020 et 2022, la mission s'est appuyée sur les éléments qui composent la démarche de *reporting* et de suivi déployée par la Direction de l'administration et des finances (cf. 1.2.3) et a retenu les données issues des balances comptables annuelles de chaque établissement de l'échantillon (cf. 2.2).

Pour ce faire, pour le niveau siège et celui des établissements qui composent l'échantillon (cf. tableau 11 et tableau 12), la mission a retenu les charges suivantes :

- ◆ les charges de personnel interne (comptes pour le personnel interne auxquels s'ajoutent les comptes dédiés et honoraires comme les prestations à caractère médical, le détachement du personnel groupe, les honoraires médicaux, paramédicaux et des infirmières et psychologues libéraux) ;
- ◆ les charges de personnel intérimaire ;
- ◆ les charges liées aux achats de fournitures médicales dont les dispositifs médicaux recensés par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles, les achats d'équipement médical et l'achat de compléments alimentaires et de médicaments ;
- ◆ les fournitures pour l'incontinence ;
- ◆ les produits d'entretien ;
- ◆ et enfin, les prestations de blanchissage.

L'analyse de l'évolution des dépenses pour l'ensemble du groupe et par catégorie, entre 2020 et 2022, révèle plusieurs tendances significatives :

- ◆ **la part de chaque type de dépenses** dans le total annuel reste identique sur la période 2020-2022, à savoir une prépondérance des dépenses de personnel, soit 93 % en moyenne de l'ensemble des dépenses, voire 95 % si l'on y ajoute les dépenses de personnel d'intérim et d'honoraires médicaux ;
- ◆ **à l'échelle de chaque dépense**, une augmentation constante des dépenses de personnel (36 %) accompagnées par la forte progression des dépenses relatives au personnel intérimaire (25 %) et aux honoraires médicaux (273 %) qui tend à pallier des difficultés croissantes de recrutement dans ce secteur d'activité ;

- ♦ enfin, **une augmentation des autres postes de dépenses sur la même période**, en adéquation avec la stratégie d'expansion du groupe (+ 19 % d'établissements). Cette tendance maîtrisée peut être le résultat d'une optimisation des processus d'achat ou d'une renégociation des contrats avec les fournisseurs (cf. 1.2.2).

Ces tendances sont aussi observées à l'échelle des sept établissements de l'échantillon pour lesquels :

- ♦ l'augmentation globale des dépenses est portée par les charges de personnel et les honoraires médicaux qui présentent tous deux les taux d'évolution les plus élevés sur la période 2020-2022 (cf. tableau 12) ;
- ♦ une part constante des dépenses de personnel qui représentent la grande majorité des dépenses annuelles de chaque établissement (92 % en moyenne pour les EHPAD de l'échantillon).

L'analyse par la mission des dépenses imputables aux dotations soins et dépendance ne fait pas apparaître une volonté de la part du groupe Médicharme de maîtrise des dépenses ou de constitution d'excédents. Au contraire, elle fait apparaître une forte augmentation des dépenses de personnel qui dessine une tendance observée par la mission au niveau de la politique de soin et d'accompagnement des résidents (cf. annexe IV).

Annexe VI

Tableau 11 : Achats pour le soin et la dépendance réalisés par le groupe Médicharme entre 2020 et 2022

Intitulé	Compte	2020(€)	Part dans le total annuel	2021 (€)	Part dans le total annuel	2022 (€)	Part dans le total annuel	Évolution 2020-2022
Personnel interne	63300100 ; 6411XXX ; 64121000 ; 64122000 ; 64130000 ; 64130100 ; 64131000 ; 64132000 ; 64136100 ; 64136250 ; 64140XXX ; 64141000 ; 64510000 ; 64515000 ; 64520000 ; 64521000 ; 64530000 ; 64532000 ; 64540000 ; 64550000 ; 64560000 ; 64586021 ; 64586100 ; 64586500 ; 64700000 ; 64720000 ; 64750000 ; 64760000 ; 64782000 ; 64782100 ; 64782400 ; 64800000 ; 79120000 ; 79121000 ; 79140000 ; 79145000 ; 79147000 ; 79150000 ; 79151000	45 275 575,79	93,2 %	46 160 045,22	93,1 %	61 690 353,90	92,5 %	+ 36 %
Honoraires personnel médical	61150000 ; 62140088 ; 62267000 ; 62268000 ; 62268100 ; 62267100	267 834,72	0,6 %	396 401,08	0,8 %	998 598,42	1,5 %	+ 273 %
Personnel intérimaire	62100000	434 562,33	0,9 %	508 924,50	1,0 %	977 076,93	1,5 %	+ 125 %
Fournitures médicales	60613600 ; 60637000 ; 60656000	907 482,25	1,9 %	549 583,75	1,1 %	722 353,05	1,1 %	- 20 %
Fournitures pour l'incontinence	60630100	462 187,07	1,0 %	597 850,40	1,2 %	779 182,89	1,2 %	+ 69 %
Produits d'entretien	60635000	356 632,71	0,7 %	432 123,70	0,9 %	368 990,38	0,6 %	+3 %
Fournitures hôtelières liées à la dépendance	60630000	5 117,52	0,0 %	21 875,99	0,0 %	36 178,13	0,1 %	+ 607 %
Location de matériel médical	61357000	378 226,11	0,8 %	418 010,59	0,8 %	500 601,69	0,8 %	+ 32 %
Prestation de blanchissage	61122000	479 646,70	1,0 %	511 544,26	1,0 %	593 893,45	0,9 %	+ 24 %
TOTAL		48 567 265,20	100,0 %	49 596 359,49	100,0 %	66 667 228,84	100,0 %	+ 37 %

Source : Mission, d'après les balances comptables du groupe Médicharme depuis 2020.

Annexe VI

Tableau 12 : Achats pour le soin et la dépendance réalisés par sept établissements du groupe Médicharme entre 2020 et 2022

Etablissement	Achats	2020 (€)	Part total annuel	2021 (€)	Part total annuel	2022 (€)	Part total annuel	Total général (€)	Evolution 2020/2021
AERIA ET MEISSEL (SEMMR)	Blanchissage	-	-	-	-	24 157,56	0,7 %	24 157,56	Non applicable (N.A.)
	Fournitures dépendance	-	-	-	-	8 682,23	0,2 %	8 682,23	N.A.
	Fournitures médicales	-	-	-	-	69 041,72	1,9 %	69 041,72	N.A.
	Honoraires médicaux	-	-	-	-	2 688,96	0,1 %	2 688,96	N.A.
	Incontinence	-	-	-	-	52 110,10	1,4 %	52 110,10	N.A.
	Intérim	-	-	-	-	71 082,32	2,0 %	71 082,32	N.A.
	Location matériel médical	-	-	-	-	2 192,41	0,1 %	2 192,41	N.A.
	Personnel	-	-	-	-	3 351 236,99	93,0 %	3 351 236,99	N.A.
	Produits d'entretien	-	-	-	-	32 013,84	0,9 %	32 013,84	N.A.
	Total général	-	-	-	-	3 604 779,66	100,0 %	3 604 779,66	N.A.
SAS COUILLY	Blanchissage	7 816,32	0,8 %	9 220,29	1,1 %	9 239,99	0,8 %	26 276,60	+ 18 %
	Fournitures médicales	8 664,51	0,9 %	10 948,69	1,3 %	14 497,04	1,3 %	34 110,24	+ 67 %
	Honoraires médicaux	480,00	0,1 %	435,20	0,1 %	1 968,00	0,2 %	2 883,20	+ 310 %
	Incontinence	15 388,59	1,6 %	11 244,64	1,3 %	14 574,22	1,3 %	41 207,45	- 5 %
	Intérim	-	N.A.	-	N.A.	11 505,85	1,0 %	11 505,85	N.A.
	Location matériel médical	7 005,84	0,7 %	10 781,34	1,3 %	15 110,85	1,4 %	32 898,03	+ 116 %
	Personnel	913 211,74	95,9 %	804 391,03	94,3 %	1 024 563,69	93,3 %	2 742 166,46	+ 12 %
	Produits d'entretien	-	N.A.	6 289,85	0,7 %	6 201,22	0,6 %	12 491,07	N.A.
	Total général	951 895,30	100,0 %	853 270,88	100,0 %	1 097 660,86	100,0 %	2 902 827,04	+ 15 %
SAS ELTER	Blanchissage	79 154,03	3,1 %	68 803,67	3,0 %	60 023,01	2,1 %	207 980,71	- 24 %

Annexe VI

	Fournitures dépendance	-	N.A.	-	N.A.	6,16	0,0 %	6,16	N.A.
	Fournitures médicales	66 607,40	2,6 %	26 893,21	1,2 %	17 481,71	0,6 %	110 982,32	- 74 %
	Honoraires médicaux	17 059,90	0,7 %	28 319,97	1,2 %	39 276,95	1,4 %	84 656,82	+ 130 %
	Incontinence	36 740,42	1,4 %	27 578,29	1,2 %	32 437,16	1,1 %	96 755,87	- 12 %
	Intérim	-	N.A.	-	N.A.	3 494,87	0,1 %	3 494,87	N.A.
	Location matériel médical	46 240,12	1,8 %	45 445,92	1,9 %	51 558,67	1,8 %	143 244,71	+ 12 %
	Personnel	2 347 186,25	91,3 %	2 179 611,67	93,5 %	2 723 602,90	94,5 %	7 250 400,82	+ 16 %
	Produits d'entretien	22 353,36	0,9 %	31 857,65	1,4 %	18 664,79	0,6 %	72 875,80	- 17 %
	Total général	2 570 699,86	100,0 %	2 331 894,20	100,0 %	2 880 803,87	100,0 %	7 783 397,93	+ 12 %
SAS LES JARDINS D'AIFFRES	Blanchissage	23 443,97	2,0 %	18 200,91	1,6 %	7 662,29	0,5 %	49 307,17	- 67 %
	Fournitures médicales	13 790,49	1,2 %	14 917,50	1,3 %	33 277,20	2,2 %	61 985,19	+ 141 %
	Honoraires médicaux	2 760,00	0,2 %	10 722,30	1,0 %	37 833,93	2,5 %	51 316,23	+ 1 271 %
	Incontinence	11 733,91	1,0 %	11 992,64	1,1 %	6 535,70	0,4 %	30 262,25	- 44 %
	Intérim	29 963,89	2,5 %	36 502,04	3,3 %	96 855,96	6,5 %	163 321,89	+ 223 %
	Location matériel médical	17 267,93	1,5 %	12 993,48	1,2 %	21 970,13	1,5 %	52 231,54	+ 27 %
	Personnel	1 077 413,55	91,2 %	999 553,66	90,0 %	1 296 726,09	87,1 %	3 373 693,30	+ 20 %
	Produits d'entretien	10 003,76	0,8 %	6 075,06	0,5 %	8 413,48	0,6 %	24 492,30	- 16 %
	Total général	1 180 801,07	100,0 %	1 110 564,43	100,0 %	1 488 435,59	100,0 %	3 779 801,09	+ 26 %
SAS RESIDENCE DU LAC	Blanchissage	32 487,25	0,9 %	36 001,68	1,1 %	51 226,24	1,1 %	119 715,17	+ 58 %
	Fournitures dépendance	-	N.A.	-	N.A.	216,48	0,0 %	216,48	N.A.
	Fournitures médicales	38 017,28	1,1 %	35 480,95	1,1 %	42 231,52	0,9 %	115 729,75	+ 11 %
	Honoraires médicaux	-	N.A.	5 836,01	0,2 %	49 594,22	1,1 %	55 430,23	N.A.
	Incontinence	44 037,82	1,2 %	36 380,29	1,1 %	62 344,19	1,4 %	142 762,30	+ 42 %
	Intérim	460,84	0,0 %	31 541,07	0,9 %	110 169,98	2,5 %	142 171,89	+ 23 806 %
	Location matériel médical	8 962,69	0,3 %	12 774,19	0,4 %	31 526,25	0,7 %	53 263,13	+ 252 %

Annexe VI

	Personnel	3 476 534,35	97,1 %	3 190 933,42	95,8 %	4 188 442,37	93,9 %	10 855 910,14	+ 20 %
	Produits d'entretien	35 893,98	1,0 %	38 122,66	1,1 %	27 434,00	0,6 %	101 450,64	- 24 %
	Total général	3 579 375,69	100,0 %	3 332 360,18	100,0 %	4 459 221,36	100,0 %	11 370 957,23	+ 25 %
SAS RESIDENCE SAINT GEORGES	Blanchissage	19 188,13	0,9 %	17 206,58	0,9 %	27 638,53	1,2 %	64 033,24	+ 44 %
	Fournitures dépendance	-	N.A.	-	N.A.	351,96	0,0 %	351,96	N.A.
	Fournitures médicales	61 338,97	2,8 %	48 363,74	2,6 %	31 485,01	1,4 %	141 187,72	- 49 %
	Honoraires médicaux	4 880,00	0,2 %	212,06	0,0 %	92 386,74	4,0 %	97 478,80	+ 1 793 %
	Incontinence	42 136,49	1,9 %	35 638,71	1,9 %	35 381,40	1,5 %	113 156,60	- 16 %
	Intérim	68 794,83	3,2 %	60 990,46	3,2 %	28 151,09	1,2 %	157 936,38	- 59 %
	Location matériel médical	17 548,90	0,8 %	11 131,77	0,6 %	11 699,78	0,5 %	40 380,45	- 33 %
	Personnel	1 937 282,25	89,4 %	1 696 747,03	89,6 %	2 104 649,28	90,3 %	5 738 678,56	+ 9 %
	Produits d'entretien	28 211,58	1,3 %	32 187,32	1,7 %	14 541,93	0,6 %	74 940,83	- 48 %
	Total général	2 166 752,85	100,0 %	1 893 332,69	100,0 %	2 330 183,56	100,0 %	6 390 269,10	+ 8 %
Total général		10 449 524,77		9 521 422,38		15 861 084,90		35 832 032,05	+ 52 %

Source : Mission, d'après les balances comptables du groupe Médicharme depuis 2020.

3. Le caractère fastidieux, non normé et non transparent de la méthodologie d'élaboration des états de prévision et de réalisation des recettes et des dépenses (EPRD et ERRD) porte atteinte à la fiabilité du reporting budgétaire auprès des autorités de tarification

Encadré 2 : Relations avec les tutelles, EPRD et ERRD

L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a fait évoluer **les modalités de transmission des documents budgétaires des EHPAD**, avec la réalisation d'un état des prévisions de recettes et de dépenses à compter du 1^{er} janvier 2017. L'année suivant l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), l'établissement doit produire un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), justifiant l'utilisation des fonds publics. L'article 89 de la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 dispose que lorsqu'une personne morale gère ou contrôle plusieurs EHPAD situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu pour l'ensemble des établissements entre cette personne morale (le groupe Médicharme ici), le président du conseil départemental et l'ARS.

Désormais le *reporting* budgétaire de chaque EHPAD s'appuie sur deux documents principaux :

- **EPRD** : celui-ci doit être transmis dans les 30 jours suivant la réception des notifications de financements (soins et dépendance) alloués au titre de l'année en cours (entre le 30 avril et le 30 juin). L'EPRD prévoit un niveau d'activité qui induit un niveau de ressources, qui va conduire à un besoin financier adapté. Les autorités de tarification (conseil départemental ou ARS) ont ensuite 30 jours pour valider ou refuser l'EPRD, en fonction des masses financières budgétées, des objectifs du CPOM et de la trajectoire financière de l'établissement. En cas de refus, une deuxième version de l'EPRD est transmise, qui prend en compte les motifs de refus. Le second EPRD est soit exécutoire, soit refusé et arrêté par le directeur général de l'ARS ;
- **ERRD** : prévu par les articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, il comporte l'état réalisé des recettes et des dépenses (simplifié), un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat et un rapport financier d'activité. Il est transmis au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'exercice auquel il se rapporte.

L'ensemble de ces documents est soumis à **l'application du cadre comptable M22, instruction comptable de droit commun** de tous les établissements du secteur médico-social quels que soient leur activité, leur financement (par tarification ou non) et leurs gestionnaires.

Le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 a renforcé ces documents à travers **diverses mesures d'amélioration de la transparence financière** dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui concernent principalement les établissements du secteur privé qui étaient soumis à un cadre normalisé simplifié.

Ces évolutions portent sur l'obligation :

- de produire pour tous les établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF des documents relevant du cadre « complet » à compter de 2022, repoussé à 2023 ;
- d'établir une comptabilité analytique distincte pour chaque structure gérée lorsqu'un même organisme commercial ou non habilité à l'aide sociale gère plusieurs établissements ;
- de transmettre un bilan comptable par établissement joint aux annexes de l'ERRD ;
- de transmettre, si le gestionnaire est soumis à l'obligation de nommer un commissaire aux comptes, le rapport de ce dernier et ses annexes avec le compte administratif ou l'ERRD ;
- d'imputer les rabais, les remises et les ristournes sur les budgets sur lesquels ils ont été obtenus.

En outre, le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 précise **les éventuelles sanctions en cas de manquement à ces obligations**. Ainsi, l'autorité de tarification peut « *rejeter les dépenses qui sont manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement* ». Elle doit ensuite tenir compte de ce rejet lors de la fixation des tarifs de l'exercice suivant « *dans une limite de cinq ans après la réception du compte administratif de clôture afférent à l'exercice auquel se rattache la dépense* » (Article R. 314-52).

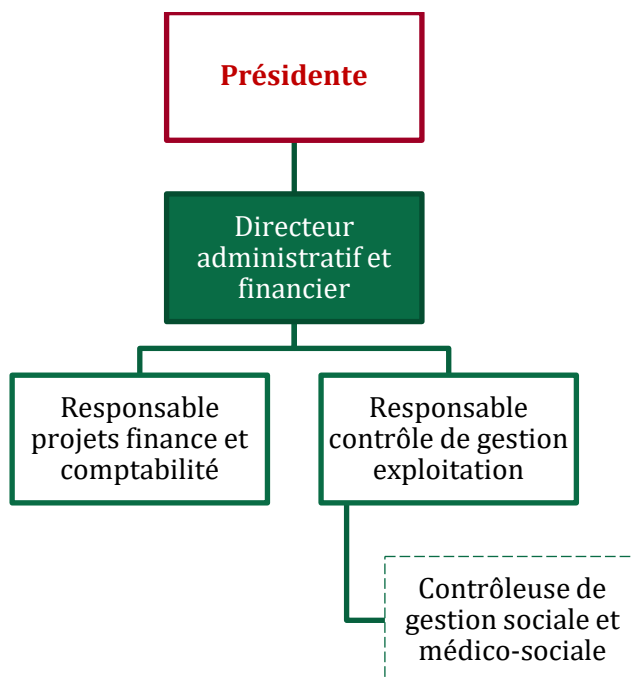
Source : Mission.

3.1. La procédure de construction des EPRD et ERRD de l'ensemble des établissements du groupe est placée sous la responsabilité d'un unique responsable projets finance et comptabilité

Support de dialogue entre les établissements et les autorités publiques, la constitution des EPRD et des ERRD est aujourd'hui entièrement centralisée au sein du groupe Médicharme.

La procédure de constitution et de transmission aux autorités de tarification des documents de justification de l'utilisation des fonds publics est placée sous la responsabilité du responsable projets finance et comptabilité, lui-même rattaché directement au directeur administratif et financier et en lien avec les directeurs d'établissement (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Organigramme de la procédure d'élaboration des EPRD et ERRD au niveau siège pour le groupe Médicharme



Source : Organigramme du groupe Médicharme à la date du 11 octobre 2023 ; Mission.

La centralisation de cette fonction n'est pas propre à Médicharme et la mission conduite par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales en 2022 auprès du groupe Orpéa avait aussi fait état d'une organisation équivalente³.

³ Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur la gestion des EHPAD du groupe Orpéa, 2022.

Le responsable projets finance et comptabilité a pour mission d'assurer :

- ◆ l'analyse des moyens financiers alloués (dotations soins et dépendance) aux établissements par les autorités de tarification ;
- ◆ la saisie des matrices budgétaires propres aux EHPAD sous le format de la comptabilité M22 pour constitution des EPRD-ERRD ;
- ◆ la rédaction des rapports budgétaires (EPRD, ERRD, BP et CA) en lien avec les directeurs d'établissement qui en sont les signataires ;
- ◆ la projection des données dans le cadre notamment des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

En outre, le responsable projets finance et comptabilité reçoit un appui de la part de la contrôlease de gestion sociale et médico-sociale, qui relève du service contrôle de gestion de la même direction de l'administration et des finances, pour compléter les éléments nécessaires aux EPRD-ERRD.

Cette procédure de réalisation des EPRD et ERRD repose sur un paradoxe :

- ◆ **ces documents de dialogue de gestion entre autorités de tarification et établissements sont réalisés pour chaque EHPAD par une seule personne au siège ;**
- ◆ **mais sont signés par chaque directeur d'établissement, lui-même responsable des données transmises aux autorités de tarification et pourtant peu associé à leur réalisation.**

En effet, la mission a pu prendre connaissance de la procédure associant services du siège et directeurs d'établissement compilée dans le document « *Objectif ERRD 2022 : Uniformisation du rapport – Base Rapport groupe Médicharme* » élaboré par le responsable projets finance et comptabilité pour les ERRD 2022 réalisés au cours de l'année 2023.

Dans ce document, la procédure de remplissage du rapport financier et d'activité pour chaque établissement est uniformisée à l'échelle du groupe. Elle repose aussi sur une répartition des rôles entre le responsable projets finance et comptabilité et les directeurs d'établissement : les éléments quantitatifs sont produits par le siège et les commentaires et éléments de contexte, apportés par les directeurs d'établissement (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Répartitions de la production des éléments du rapport financier et d'activité pour l'ERRD 2022

Partie du rapport financier et d'activité	Éléments préremplis par le contrôleur de gestion	Éléments remplis par le directeur d'établissement	Commentaires
Partie 1 - Eléments de contexte	Présentation générale de l'établissement (coordonnées, capacités autorisées de l'établissement) Conventions pluriannuelles (CPOM ou convention tripartie) Options tarifaires ou tarifs au titre de l'exercice	Historique de l'établissement Faits marquant de l'année Suivi des objectifs de la convention tripartie ou du CPOM Suivi des objectifs issus de la dernière évaluation interne Etat de la réalisation des objectifs et démarche continue de la qualité	-

Annexe VI

Partie du rapport financier et d'activité	Éléments préremplis par le contrôleur de gestion	Éléments remplis par le directeur d'établissement	Commentaires
Partie 2 – Le profil du public accueilli et activité réelle 2022	GMP et Pathos Données chiffrées pour la partie Activité de l'hébergement permanent et temporaire (nombre de lits autorisés, nombre de journées d'ouverture, taux d'occupation, etc.) Activité de l'accueil de jour	Commentaire du GMP et Pathos Profils du public accueilli Hébergement eprmanent (Provenance institutionnelle et géographique des entrées ; Détails des sorties ; Répartition Homme/Femme des résidents, durée moyenne de séjour) Commentaire sur la partie activité de l'hébergement permanent et temporaire	Données issues du logiciel Titan
Partie 3 – Analyse du résultat	Recettes EHPAD et affectations par sections (données toutes recettes confondues, recettes hébergement, recettes dépendance, recettes soins, crédits non reconductibles) Dépenses EHPAD par groupe I (dépenses afférentes à l'exploitation courante), groupe II (dépenses afférentes au personnel) et groupe III (dépenses afférentes à la structure)	Commentaire concernant les réalisations sur les dépenses de groupe II	Données dépenses issues des balances des comptes des établissements et du logiciel de paye SILAE pour les éléments RH Données relatives aux dépenses portent uniquement pour les sections dépendances et soins car ERRD simplifié Le calcul en ETP est effectué par rapport au nombre d'heures travaillées dans l'année
Partie 4 – Synthèse et situation financière	Détermination du résultat par section Affectation du résultat Suivi de l'affectation des résultats	-	Excédent ou déficit indiqué pour les sections soins et dépendance

Source : Document interne « Rapport Financier et d'Activité - ERRD 2022 » base vierge, Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme ; Mission.

S'agissant des ERRD 2022, le rapport financier et d'activité est le seul document qui associe les directeurs d'établissement.

3.2. Le remplissage des ERRD repose sur une méthodologie fastidieuse de transposition de la comptabilité générale, définie en interne par le groupe Médicharme et sans cadre normatif préalable imposé par les autorités de tarification

Pour l'ensemble des documents composant l'ERRD, le responsable projets finance et comptabilité traduit dans le cadre comptable M22 les éléments issus des balances annuelles des comptes de chaque établissement ainsi que les données RH issues du logiciel de paie « SILAE ».

Pour ce faire, il s'appuie sur une table de conversion des comptes relevant de la comptabilité générale vers le cadre comptable M22 qu'il applique à l'ensemble des établissements (cf. tableau 14).

L'analyse de cette démarche par la mission fait apparaître trois risques majeurs :

- ◆ les éléments indiqués dans les ERRD font l'objet d'un retraitement fastidieux et non systématisé de la part d'une seule personne de sorte que le risque de non fiabilité des données transmises aux autorités de tarification s'en trouve accru ;
- ◆ la matrice de passage entre comptabilité générale et M22 n'a fait l'objet d'aucun échange avec les autorités de tarification. Elle est donc propre au groupe Médicharme. Sans cadre normatif préalablement défini au niveau règlementaire, chaque EHPAD ou groupe d'EHPAD dispose aujourd'hui de sa propre méthodologie de conversion de la comptabilité générale vers la comptabilité M22, instruction comptable de droit commun de tous les établissements et services du secteur médico-social ;
- ◆ les comptes de comptabilité générale choisis par le responsable projets finance et comptabilité pour remplir les ERRD et notamment, justifier l'imputation des dépenses sur les forfaits soins et dépendance, diffèrent de ceux suivis par le contrôle de gestion pour construire les budgets annuels de chaque établissement. Cet écart renforce la décorrélation qui existe entre la procédure budgétaire interne du groupe Médicharme et la procédure de justification de l'usage des dotations publiques auprès de l'ARS et du département.

Annexe VI

Tableau 14 : Matrice de passage des comptes de comptabilité générale en M22 pour les ERRD 2022 du groupe Médicharme

M22		Comptabilité générale
Numéro de compte	Intitulé	Numéro de compte
60	ACHATS ET VARIATION DES STOCKS sauf 602, 603, 606	60110000 ; 60110088 ; 60114010 ; 60114020 ; 60114030 ; 60114060 ; 60120000 ; 60410000 ; 60410088 ; 60710000 ; 60720000 ; 60730000 ; 60910000
61	SERVICES EXTERIEURS sauf 6111, 61121, 61357, 61551, 61562 et 61681	61130000 ; 61140000 ; 61160000 ; 61190000 ; 61190188 ; 61210000 ; 61220000 ; 61221000 ; 61222000 ; 61223000 ; 61224000 ; 61320000 ; 61321000 ; 61322000 ; 61322088 ; 61322100 ; 61323000 ; 61323088 ; 61350000 ; 61350100 ; 61352000 ; 61353000 ; 61358000 ; 61359000 ; 61400000 ; 61400088 ; 61415000 ; 61419000 ; 61520000 ; 61550000 ; 61561100 ; 61561200 ; 61561300 ; 61561400 ; 61561500 ; 61561600 ; 61565100 ; 61565200 ; 61565400 ; 61565900 ; 61600000 ; 61610000 ; 61630000 ; 61650000 ; 61670000 ; 61680000 ; 61710000 ; 61810000
62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS sauf 621, 62113, 6223, 62421 et 628	62220000 ; 62221000 ; 62230500 ; 62261000 ; 62261088 ; 62262000 ; 62263000 ; 62264000 ; 62265000 ; 62265088 ; 62269000 ; 62269500 ; 62269588 ; 62269600 ; 62269900 ; 62269988 ; 62270000 ; 62270100 ; 62280000 ; 62310000 ; 62340000 ; 62350000 ; 62360000 ; 62370000 ; 62380000 ; 62410000 ; 62490000 ; 62510000 ; 62510300 ; 62560000 ; 62610000 ; 62611000 ; 62620000 ; 62622000 ; 62700000 ; 62720000
64	CHARGES DE PERSONNEL	64110000 ; 64110001 ; 64110100 ; 64110200 ; 64110300 ; 64111000 ; 64130000 ; 64130100 ; 64131000 ; 64132000 ; 64140000 ; 64140100 ; 64140200 ; 64140400 ; 64141000 ; 64560000
65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	65190000 ; 65410000 ; 65800000 ; 65810000 ; 65890000
66	CHARGES FINANCIERES sauf 6611	66150000 ; 66150088 ; 66180000
67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	67120000 ; 67180000 ; 67510000 ; 67520000 ; 67881000
69	Compte ajouté pour la Participation / IS / Intégration Fiscale Charge - Ligne inexistante sur la présentation tarifaire ou pour partie regroupée sur la partie Produit	69100000 ; 69500000 ; 69810000 ; 69890000
70	Produits	70110000 ; 70110088 ; 70120000 ; 70600000 ; 70611000 ; 70611120 ; 70611200 ; 70611300 ; 70611600 ; 70611700 ; 70612000 ; 70612300 ; 70612600 ; 70612700 ; 70615000 ; 70641000 ; 70642200 ; 70643000 ; 70644000 ; 70646000 ; 70650100 ; 70650500 ; 70652000 ; 70689262 ; 70700000 ; 70710500 ; 70712000 ; 70730000 ; 70831000 ; 70831088 ; 70839000 ; 70839001 ; 70840088 ; 70880000 ; 70881000 ; 70882000 ; 70883000 ; 70883500 ; 70883800 ; 70883888 ; 70889280 ; 70961100 ; 71330000
75	Autres produits de gestion courante	75800000 ; 75810000 ; 75820088
76	Produits financiers	76110000 ; 76180000 ; 76180088 ; 76400000 ; 76700000 ; 76800000

Annexe VI

M22		Comptabilité générale
Numéro de compte	Intitulé	Numéro de compte
79	Transferts de charges	79100000 ; 79110000 ; 79120000 ; 79121000 ; 79145000 ; 79147000 ; 79149000 ; 79150000 ; 79151000 ; 79190000 ; 79190001
621	PERSONNEL EXTERIEUR A L'ETABLISSEMENT sauf 62113	62100000 ; 62140000 ; 62140088
628	(Autres services extérieurs) Divers sauf 6281, 6283 et 6288	62810000 ; 62890000 ; 62895000
635	AUTRES IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES (administration des impôts)	63511300 ; 63511400 ; 63512000 ; 63512500 ; 63513000 ; 63514000 ; 63516000 ; 63520000 ; 63540000
637	AUTRES IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES (autres organismes)	63710000 ; 63780000 ; 63790000
645	CHARGES PATRONALES DE PERSONNEL	63110000 ; 63331000 ; 63340000 ; 63350000 ; 63711000 ; 64510000 ; 64515000 ; 64521000 ; 64530000 ; 64532000 ; 64540000 ; 64550000 ; 64700000 ; 64720000 ; 64750000 ; 64760000
687	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions : charges exceptionnelles	68725000 ; 68761100
738	Produits à la charge d'autres financeurs	74030000
711	Produits exceptionnels sur opérations de gestion	77110000 ; 77180000
775	Produits de cessions d'éléments d'actif	77510000 ; 77520000 ; 77522000
777	Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	77700000
787	Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels)	78750000 ; 78761100
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	60613700
6066	Fournitures médicales	60613600 ; 60637000 ; 60656000 ; 60656088
6111	Prestations à caractère médical	61137000 ; 61150000 ; 62260500 ; 62281000 ; 62282000
6223	Intervenants médicaux	62267000 ; 62267088
6281	Blanchissage à l'extérieur	61120000 ; 61121000 ; 61122000
6288	Autres	62260000 ; 62830000 ; 63300100

Annexe VI

M22		Comptabilité générale
Numéro de compte	Intitulé	Numéro de compte
6611	Intérêts des emprunts et dettes	66110000
6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	68111000 ; 68112000
6815	Dotations aux provisions des charges d'exploitation	64121000 ; 64136100 ; 64136250 ; 64520000 ; 64586021 ; 64586100 ; 64586500 ; 64782000 ; 64782100 ; 64782400 ; 64800000 ; 68150000 ; 68151140
6817	Dotations aux dépréciations des actifs circulants	68174000
7351	Dont produits à la charge de l'assurance maladie (sauf 7351125)	70633100 ; 70633110 ; 70635000 ; 74000000 ; 74010000 ; 74020000
7815	Reprises sur provisions d'exploitation	78150000 ; 78151140
7817	Reprises sur dépréciations des actifs circulants	78174000
60222	Produits d'entretien	60312000 ; 60635000
60626	Fournitures hôtelières sauf 606261 "Couches, alèses et produits absorbants"	60633000 ; 60633088 ; 60634000 ; 60638000
61357	Location matériel médical	61357000
61562	Maintenance du matériel médical	61565700
62113	Personnel extérieur à l'établissement : personnel médical et para-médical	62268000
73532	Dont part afférente à la dépendance (hébergement permanent)	70621000 ; 70621100 ; 70621200 ; 70621300 ; 70621400 ; 70621500 ; 70621600 ; 70623600 ; 70624000 ; 70645000
606261	Couches, alèses et produits absorbants	60313000 ; 60630100
7352121	Dont part issue du résultat de l'équation tarifaire dépendance (c/7352121)	70620000

Source : Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme ; Mission.

3.3. La reconstitution par la mission de la méthodologie employée par le groupe Médicharme pour élaborer deux ERRD 2022 révèle le manque de fiabilité et de complétude des informations transmises aux autorités de tarification

La mission s'est attachée à examiner la construction de l'ERRD de deux établissements, la résidence Saint Georges et la résidence des Airelles, pour l'année 2022 afin d'évaluer :

- ♦ d'une part, le montant des dépenses imputées sur les forfaits soins et dépendance ;
- ♦ et d'autre part, la sincérité des informations déclarées aux autorités de tarification.

Pour ce faire, la mission a choisi d'appliquer, étape par étape, la méthodologie déployée par le groupe Médicharme à partir des données issues de trois documents différents :

- ♦ l'annexe 9E2 présentant la tarification de l'ERRD pour l'année 2022 des deux établissements choisis ;
- ♦ le document de travail interne de la Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme comportant le tableau avec la clef de passage entre les comptes de comptabilité générale et les comptes de la nomenclature comptable M22 (qui s'applique à l'ensemble des établissements du groupe) ;
- ♦ enfin, la balance comptable annuelle de l'année 2022 pour les résidences Saint Georges et des Airelles.

Une première analyse par la mission fait apparaître certains écarts entre les données transmises dans les ERRD 2022 et les balances des comptes annuelles 2022 des deux établissements de l'échantillon.

Ces écarts les plus significatifs portent sur les dépenses de personnel :

- ♦ 624 100,24 € pour la résidence Saint Georges (cf. tableau 15 et tableau 16) ;
- ♦ 314 569,17 € pour la résidence des Airelles (cf. tableau 17 et tableau 18).

Les écarts constatés entre ces données ont été soumis à un échange contradictoire avec la Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme afin de clarifier les divergences observées et d'obtenir des explications sur les variations constatées dans la construction de chacun des ERRD étudiés.

S'agissant des dépenses de personnel, le responsable projets finance et comptabilité a indiqué que les écarts constatés, pour les deux établissements, sont liés aux comptes relatifs aux charges patronales et assimilées qui n'ont pas été pris en compte par la mission car non indiqués dans la matrice de passage employée par le groupe. Après ajout de ces comptes, la mission parvient à un montant de 1 132 731,59 €, soit un écart persistant de 74 602,31 €.

S'agissant des produits de l'ERRD 2022, le groupe Médicharme a indiqué qu'il était nécessaire de prendre en compte :

- ♦ pour le forfait soins, les comptes n° 7062, 706211, 706212, 706212, 706214 et 70645 pour la dépendance ;
- ♦ et les comptes n° 706331, 7063311, 70635 et 4678 pour les soins.

Le groupe Médicharme précise aussi que, pour la dotation soins, les montants sont issus de la somme des trois sections du compte n° 7351. L'ensemble de ces comptes ne sont pourtant pas indiqués dans la matrice de passage du groupe Médicharme.

Malgré ces explications, l'écart constaté entre les données déclarés dans l'ERRD 2022 et les balances des comptes demeure de 7 145,13 € pour la résidence des Airelles en raison :

- ♦ d'une erreur de report sur l'onglet Recettes du fichier préparatoire de la DAF pour la dotation dépendance ;
- ♦ et d'une reprise de provision au 1^{er} janvier 2022 pour la dotation soins.

Annexe VI

Les commentaires apportées par le groupe Médicharme pour justifier les écarts constatés par la mission mettent en valeur la fragilité de la méthodologie de *reporting* budgétaire assuré *via* les ERRD qui tient à la matrice de passage entre deux nomenclatures comptables.

Si les écarts constatés demeurent d'un faible montant, la méthodologie déployée par le groupe Médicharme, faute d'un cadre imposé par les autorités de tarification et d'une validation préalable à son application, ne permet pas aux autorités de tarification d'entretenir un dialogue de gestion et de justification de l'usage des dotations publiques qui est pourtant à l'origine du principe même des ERRD.

Annexe VI

Tableau 15 : Présentation des charges – ERRD 2022 Résidence Saint Georges

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de compte M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
60110000 ; 60610000 ; 60611000 ; 60612000 ; 60613000 ; 60614000 ; 60631000 ; 60631100 ; 60632000 ; 60640000 ; 60680000	387 804,99	60	ACHATS ET VARIATION DES STOCKS sauf 602, 603, 606	386 670,99	- 1 134,00	Cf G8 reclassement fraction du compte 60631 par défaut mis sur l'Hébergement vers le 6066 ERRD-Mat Soins (Zapettes pour suivi des Soins)
60630000	351,96	606	ACHATS NON STOCKES DE MATIERES ET FOURNITURES sauf 60622, 60626 et 6066	351,96	0,00	
60635000	14 541,93	6062 2	Produits d'entretien	14 541,93	0,00	
60633000 ; 60638000	2 683,55	6062 6	Fournitures hôtelières sauf 606261 "Couches, alèses et produits absorbants"	2 683,56	+ 0,01	
60630100	35 381,40	6062 61	Couches, alèses et produits absorbants	28 742,40	- 6 639,00	Cf. 70838 Déduction de la RFA directement en atténuation du compte de charge
60613600 ; 60637000 ; 60656000	31 485,01	6066	Fournitures médicales	72 621,50	+ 41 136,49	Somme des comptes 6021 et 6066 sur l'annexe 9e-9g + fraction du compte 60631 par défaut mis sur l'Hébergement : 1134 € de "Zapettes" utilisées pour le suivi des Soins.
61160000 ; 61190000 ; 61320000 ; 61322100 ; 61323088 ; 61350000 ; 61353000 ; 61358000 ; 61359000 ; 61415000 ; 61520000 ; 61550000 ;	950 302,84	61	SERVICES EXTERIEURS sauf 6111, 61121, 61357, 61551, 61562 et 61681	947 535,84	- 2 767,00	Se compense avec la ligne 12. Réaffectation partielle du compte de maintenance informatique 615652 (MALTA 108+220,17+219,69+112,92+112,18+11 1,87)/matériels relatifs aux dossiers de

Annexe VI

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de comp te M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
61561100 ; 61561200 ; 61561300 ; 61561400 ; 61561500 ; 61561600 ; 61562000 ; 61565100 ; 61565200 ; 61565400 ; 61565900 ; 61600000 ; 61670000						soins informatisés et du 6116 (1882,17 MALTA) sur le compte de maintenance de matériel médical.
61130000 ; 61137000 ; 61150000	7 499,68	6111	Prestations à caractère médical	7 499,68	0,00	
61357000	11 699,78	6135 7	Location matériel médical	11 699,78	0,00	
61565700	4 615,11	6156 2	Maintenance du matériel médical	7 382,11	+ 2 767,00	Cf. ligne 9
62262000 ; 62263000 ; 62264000 ; 62265088 ; 62269000 ; 62269600 ; 62269900 ; 62270100 ; 62340000 ; 62350000 ; 62370000 ; 62410000 ; 62510000 ; 62610000 ; 62611000 ; 62620000 ; 62622000 ; 62700000	512 193,50	62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS sauf 621, 62113, 6223, 62421 et 628	512 193,50	0,00	
62100000 ; 62140000 ; 62140088	60 632,92	621	PERSONNEL EXTERIEUR A L'ETABLISSEMENT sauf 62113	2 075,83	- 58 557,09	L'écart provient de l'intérim des IDE et des AS pour 28151,09 et pour 30406 de la mise à disposition d'une ASH prise en compte directement sur la partie personnel salarié.
62268000	60 740,50	6211 3	Personnel extérieur à l'établissement : personnel médical et para-médical	88 891,59	+ 28 151,09	L'écart correspond à l'intérim des IDE et des AS en 621

Annexe VI

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de comp te M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
62890000 ; 62895000	1 737,93	628	(Autres services extérieurs) Divers sauf 6281, 6283 et 6288	3 475,86	+ 1 737,93	Pas d'écart (278,85+3197,01)
61121000 ; 61122000	27 768,27	6281	Blanchissage à l'extérieur	27 768,27	0,00	
62260000	10 390,00	6288	Autres	10 390,00	0,00	
63511300 ; 63511400 ; 63512000 ; 63513000 ; 63514000 ; 63520000	33 261,80	635	AUTRES IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES (administration des impôts)	33 261,80	0,00	
64110000 ; 64110100 ; 64110200 ; 64110300 ; 64130000 ; 64130100 ; 64132000 ; 64140000 ; 64140200	1 534 716,79	64	CHARGES DE PERSONNEL	2 158 817,13	+ 624 100,34	Le compte 64 de la présentation tarifaire comprend les charges patronales et assimilées. Il faut ajouter aux comptes sélectionnés par la mission les comptes 6311 ; 63331 ; 6335 ; 6451 ; 64521 ; 6453 ; 64532 ; 6454 ; 6475 soit 593 694 € auxquels s'ajoutent les 30 406 € de mise à disposition d'1 ASH.
			<i>Dont personnel affecté aux fonctions de blanchissage, de nettoyage et au service des repas</i>	569 089,12		
			<i>Dont aides-soignants, aides médico-pédagogiques et accompagnants éducatifs et sociaux</i>	715 610,10		
65190000 ; 65800000 ; 65890000	1 220,57	65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	1 220,57	0,00	
66150088	22 415,00	66	CHARGES FINANCIERES sauf 6611	22 415	0,00	
67180000	5 997,82	67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	5 997,82	0,00	

Annexe VI

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de comp te M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
68111000 ; 68112000	158 336,31	6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	158 336,31	0,00	
64121000 ; 64782000 ; 64782400	40 139,44	6815	Dotations aux provisions des charges d'exploitation	40 139,44	0,00	
Total	3 915 917,10	Total		4 544 712,87	+ 628 795,77	

Source : Annexe 9E2 : Tableau de présentation tarifaire d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF de l'ERRD 2022 de la résidence Saint Georges du groupe Médicharme ; Balance des comptes 2022 de la résidence Saint Georges ; traitement mission.

Annexe VI

Tableau 16 : Présentation des produits – ERRD 2022 résidence Saint Georges

Présentation des produits								Ecart constatés par la mission	Commentaire de Médicharme
Comptabilité générale		M22							
N° de compte	Montant (€]	N° de compte M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)					
				Dépendance	Soins	Hébergement	Total		
70633100 ; 70633110	1 883 492,86	7351	Produits des EHPAD - Secteur des personnes âgées dont produits à la charge de l'assurance maladie (sauf 7351125)	78 734,19	1 757 995 ,00	46 763,63	1 883 492,82	- 0,04	
Non applicable (N.A.)	N.A.	789	Utilisation de fonds dédiés et de fonds reportés (ESSMS privés)	-	2 922,20	-	2922,20	N.A.	Ce produit issu d'un CNR 2021 a été en 2021 intégré au résultat comptable mais provisionné au niveau de l'ERRD et est repris en fonction des dépenses effectuées. Un écart sera toujours constaté tant que le CNR ne sera pas entièrement consommé.

Source : Annexe 9E2 : Tableau de présentation tarifaire d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF de l'ERRD 2022 de la résidence Saint Georges du groupe Médicharme ; Balance des comptes 2022 de la résidence Saint Georges ; traitement mission.

Annexe VI

Tableau 17 : Présentation des charges – ERRD 2022 Résidence des Airelles

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de compte M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
60110000 ; 60610000 ; 60611000 ; 60612000 ; 60614000 ; 60631000 ; 60631100 ; 60640000 ; 60680000 ; 60710000	133 466,97	60	ACHATS ET VARIATION DES STOCKS sauf 602, 603, 606	133 466,97	0,00	
60635000	6 201,22	60622	Produits d'entretien	6 201,22	0,00	
60633000 ; 60634000 ; 60638000	6 945,22	60626	Fournitures hôtelières sauf 606261 "Couches, alèses et produits absorbants"	6 945,22	0,00	
60630100	14 574,22	606261	Couches, alèses et produits absorbants	11 584,22	- 2 990,00	Cf. 70838 Déduction de la RFA directement en atténuation du compte de charge
60613600 ; 60637000 ; 60656000	14 497,04	6066	Fournitures médicales	19 211,87	+ 4 714,83	Somme des comptes 6021 et 6066 sur l'annexe 9e-9g
61130000 ; 61140000 ; 61190000 ; 61224000 ; 61320000 ; 61323088 ; 61353000 ; 61359000 ; 61400000 ; 61415000 ; 61550000 ; 61561100 ; 61561200 ; 61561300 ; 61561400 ; 61561500 ; 61561600 ; 61562000 ; 61562100 ; 61565200 ; 61565400 ; 61565900 ; 61610000 ; 61630000 ; 61670000	282 189,56	61	SERVICES EXTERIEURS sauf 6111, 61121, 61357, 61551, 61562 et 61681	280 778,38	- 1 411,18	Se compense avec la ligne 11. Réaffectation partielle du compte de maintenance informatique 615652/matériels relatifs aux dossiers de soins informatisés sur le compte de maintenance de matériel médical.
61137000 ; 61150000	3 260,24	6111	Prestations à caractère médical	3 260,24	0,00	
61357000	15 110,85	61357	Location matériel médical	15 110,85	0,00	

Annexe VI

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de compte M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
Non trouvé	N.A	61562	Maintenance du matériel médical	1 411,18	N.A.	Cf. ligne 8
62262000 ; 62263000 ; 62264000 ; 62265088 ; 62269000 ; 62269600 ; 62269900 ; 62270000 ; 62340000 ; 62350000 ; 62370000 ; 62410000 ; 62510000 ; 62560000 ; 62610000 ; 62611000 ; 62620000 ; 62700000	170 881,88	62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS sauf 621, 62113, 6223, 62421 et 628	170 881,88	0,00	
62100000 ; 62140000	12 128,74	621	PERSONNEL EXTERIEUR A L'ETABLISSEMENT sauf 62113	12 128,74	0,00	
61122000	9 239,99	6281	Blanchissage à l'extérieur	9 239,99	0,00	
62260000	4 472,00	6288	Autres	4 472,00	0,00	
63511300 ; 63511400 ; 63512000 ; 63513000 ; 63520000	10 795,00	635	AUTRES IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES (administration des impôts)	10 795,00	0,00	
63790000	2 569,00	637	AUTRES IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES (autres organismes)	2 569,00	0,00	
64110000 ; 64110100 ; 64110200 ; 64110300 ; 64130000 ; 64130100 ; 64132000 ; 64140000 ; 64140100 ; 64140200	743 560,11	64	CHARGES DE PERSONNEL	1 058 129,28	+ 314 569,17	Le compte 64 de la présentation tarifaire comprend les charges patronales et assimilées. Il faut ajouter aux comptes présents en A 19 les comptes 6311 ; 63331 ; 6335 ; 6451 ; 64521 ; 6453 ; 64532 ; 6454 ; 6475.
			<i>Dont personnel affecté aux fonctions de blanchissage, de</i>	323 758,66	N.A.	

Annexe VI

Comptabilité générale		M22			Ecart constatés par la mission	Commentaires de Médicharme
N° de compte	Montant (€)	N° de compte M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)		
			<i>nettoyage et au service des repas</i>			
			<i>Dont aides-soignants, aides médico-pédagogiques et accompagnants éducatifs et sociaux</i>	324 584,95	N.A.	
65190000 ; 65800000 ; 65890000	1 907,34	65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	1 907,34	0,00	
66150088 ; 66180000	36 472,58	66	CHARGES FINANCIERES sauf 6611	36 472,58	0,00	
66110000	6 760,70	6611	Intérêts des emprunts et dettes	6 760,70	0,00	
67180000	8 318,73	67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	8 318,73	0,00	
68112000	19 406,70	6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	18 069,92	- 1 336,78	Pas d'écart si repositionnement de 156,24 € de la Case G98 en G97 et de 1180,54 € de I98 en I97 Erreur de report
non trouvé	N.A	6812	Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir	1 336,78	N.A.	Idem ci-dessus. Erreur de report d'une ligne
64121000 ; 64136100 ; 64136250 ; 64586021 ; 64782000 ; 64782100 ; 64782400	- 8 143,97	6815	Dotations aux provisions des charges d'exploitation	- 8 143,97	0,00	
Total	1 494 614,12	Total		1 810 908,12	+ 316 294,00	

Source : Annexe 9E2 : Tableau de présentation tarifaire d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF de l'ERRD 2022 de la résidence Les Airelles du groupe Médicharme ; Balance des comptes 2022 de la résidence Les Airelles ; traitement mission.

Annexe VI

Tableau 18 : Présentation des produits – ERRD 2022 Résidence des Airelles

Présentation des produits								Ecart constatés par la mission (€)	Commentaires de Médicharme
Comptabilité générale		M22							
N° de compte	Montant (€)	N° de compte M22	Intitulé	Montants ERRD 2022 (€)					
				Dépendance	Soins	Hébergement	Total		
70620000 ; 70633100 ; 70633110 ; 70635000	594 035,48	735	Produits des EHPAD - Secteur des personnes âgées	-	179 959,78	576 035,83	755 995,61	+ 161 960,13	Pour comparer avec les produits de l'ERRD 2022, Il faut prendre en compte ▪ les comptes 7062 donc le 7062 ; 706211 ; 706212 ; 706212 ; 706214 et 70645 pour la dépendance ▪ et les comptes 706331 ; 7063311 ; 70635 et 4678 pour les soins. Par ailleurs, pour les soins, la dotation soins est la somme des montants répartis entre les 3 sections de la ligne-compte 7351. Soit un écart de 7 145,13 € en raison d'une erreur de report sur l'onglet Recettes de notre fichier préparatoire pour la dotation dépendance et d'une reprise de provision au 01/01/2022 pour la dotation soins.

Source : Annexe 9E2 : Tableau de présentation tarifaire d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF de l'ERRD 2022 de la Résidence Les Airelles du groupe Médicharme ; Balance des comptes 2022 de la Résidence Les Airelles ; traitement mission.

4. Affectées selon des clefs de répartition déclaratives, les dépenses imputées entre les différentes sections de l'ERRD répondent avant tout à une logique de saturation des enveloppes soins et dépendance

Dans cette partie, la mission s'est attachée à contrôler la logique ainsi que la pertinence de la répartition des dépenses affectées aux différentes sections qui composent l'ERRD, à savoir la section soins, la section dépendance et la section hébergement.

4.1. Le reporting RH de l'annexe activité et le tableau des effectifs et des rémunérations sont pilotés pour minimiser les excédents sur les dotations soins et dépendance

Encadré 3 : Règles applicables pour les dépenses de personnel

Le mode de financement tripartite retenu avant la loi de 2015 comportait une clef de répartition du financement des dépenses de personnel, entre département (forfait dépendance), ARS (forfait soins) et établissement (forfait hébergement), qui fonctionnait de la manière suivante :

- les départements finançaient 30 % des dépenses de personnel liées à la dépendance (ASH) *via* le forfait dépendance contre 70 % pour le forfait hébergement ;
- l'assurance maladie, *via* les ARS, finançait 70 % du personnel soignant (AS) *via* le forfait soins contre 30 % pour les départements, *via* le forfait dépendance.

Toutefois, depuis la réforme de 2015, les clés de répartition du financement des rémunérations du personnel des EHPAD ne sont plus définies réglementairement de sorte qu'elles doivent désormais seulement être « *concurrentiellement* » réparties entre les différents forfaits.

Cette réforme du financement du personnel des EHPAD ne dispense pas pour autant les établissements du principe de sincérité des données transmises aux autorités de tarification.

Source : Code de l'action sociale et des familles ; Code de la santé publique ; Mission.

Comme évoqué par la mission dans la partie 2 de cette annexe, l'essentiel des charges imputées sur les forfaits soins et dépendance représente des dépenses de personnel, à hauteur de 93 % pour la période 2020-2022.

Ces dépenses de personnel sont financées par les sections soins, dépendance et hébergement selon une logique tripartite à partir de clefs de répartition, qui ne sont plus encadrées de manière réglementaire depuis 2015 (cf. encadré 3).

Afin d'évaluer la pertinence des clefs de répartition choisies par le groupe Médicharme dans ses ERRD 2022, la mission a cherché à comparer les données transmises dans le tableau des effectifs et des rémunérations (annexes 9H à 9J) avec la réalité des tâches réalisées par les AS et les ASH.

Pour ce faire, elle a interrogé le groupe Médicharme sur les éléments lui permettant :

- ♦ d'assurer un suivi des tâches du personnel des établissements ;
- ♦ et de pouvoir justifier des clefs de répartition appliquées pour répartir les ETP AS et ASH entre les différentes sections.

A ce jour, ni les plannings transmis, ni les extractions des déclarations sociales nominatives n'ont permis à la mission de pouvoir évaluer la pertinence des clefs de répartition retenues.

La mission a donc transmis à six établissements du groupe Médicharme les données issues du tableau des effectifs et des rémunérations appartenant à l'ERRD 2022 de chacun d'entre eux et qui présentaient la répartition des dépenses de personnel entre les dotations la plus éloignée des clefs de répartition pré-2015 (cf. tableau 19) – charge à eux de lui transmettre les éléments nécessaires à la justification de la répartition choisie.

Par courrier en date du 14 décembre 2022, le groupe Médicharme a indiqué s'appuyer sur les dispositions de l'article R. 314-176 du CASF ainsi que celles portées par la réforme de 2015.

Le groupe Médicharme estime ainsi que : *« dans le cadre d'une tarification à la ressource où les financements relatifs aux soins et à la dépendance sont calculés automatiquement par le biais d'une équation tarifaire, les clés de répartition ne sont plus nécessaires mais le principe de la répartition demeure dans les documents budgétaires. »*

Dans cette perspective, le groupe Médicharme souligne que les dispositions de l'article R. 314-176 du CASF emportent : *« un décloisonnement sur les taux applicables aux ventilations des charges Dépendance qui doivent être supportées concurremment avec la section Hébergement et concurremment avec la section Soins »*. Les clefs de répartition appliquées dans les ERRD 2022 *« proviennent donc de l'application d'une faculté de répartition offerte par les textes. »* En outre, le groupe Médicharme tient à indiquer que *« les EPRD 2022 ont été validés par les autorités de tarification. »*

Malgré ces explications, la mission constate que ces clefs de répartition méconnaissent le principe de sincérité.

Malgré une répartition à concurrence entre les différentes sections, la mission estime que ces clefs de répartition :

- ♦ d'une part, ne sont manifestement pas représentatives de l'activité exercée par les différents personnels des établissements du groupe en l'absence d'une démarche robuste de suivi et de mesure des tâches réalisées ;
- ♦ d'autre part, relèvent avant tout d'une logique discrétionnaire visant à saturer les différentes enveloppes de manière à minimiser les excédents sur les sections soins et dépendance au profit de la section hébergement (ainsi, dans certains cas, les clefs reflètent la volonté du groupe d'affecter aux soins la dépense des ASH faisant fonction en jouant à la fois sur la clef de répartition ASH et sur celle des AS).

Aussi, ce manque de sincérité relatif à l'imputation des charges de personnel, aux différentes sections, porte atteinte à l'exercice par les autorités de tarification de leur capacité de contrôle sur la conformité de l'usage des fonds publics à partir des ERRD.

Annexe VI

Tableau 19 : Clefs de répartition des dépenses de personnel ASH et AS entre sections soins et dépendance retenues par le groupe Médicharme pour les ERRD 2022 de six établissements

Etablissement	Clés ERRD 2022			
	ASH - Part Héb	ASH - Part Dép	AS - Part Dép	AS - Part Soins
Résidence Saint Georges - Coeuvres	1 %	99 %	1 %	99 %
Résidence du Lac 470009739 - Casteljaloux	12 %	88 %	1 %	99 %
Résidence de Beurre 470004110 - Villeneuve sur lot	48 %	52 %	9 %	91 %
Résidence Zoppola 470004102 - Tonneins	51 %	49 %	15 %	85 %
Les Eaux Vives - Elter - Triaucourt/Souilly/Pierrefittes sur aire	32 %	68 %	10 %	90 %
Les Jardins d'Aiffres - Aiffres	32 %	68 %	5 %	95 %

Source : ERRD 2022 des établissements ; Mission

4.2. Dès lors que l'affectation des charges est non significative, le suivi des excédents soins et dépendance par le groupe Médicharme ne reflète aucune réalité comptable ni même économique

4.2.1. Entre 2020 et 2022, le groupe Médicharme déclare avoir dégagé 8 040 471,84 € d'excédents sur ces forfaits sans que la comptabilité ne permette d'en retracer le suivi ni d'en garantir l'affectation dans le respect du cadre réglementaire

Encadré 4 : Rappel des règles relatives au traitement des excédents soins et dépendance

Les dispositions de la loi ASV mettent fin à la possibilité pour l'autorité de tarification de reprendre les résultats, que l'établissement soit passé en contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ou qu'il soit en attente de CPOM en demeurant financé sur la base des anciennes conventions tripartites.

En effet, le régime de l'ERRD applicable aux EHPAD à partir du 1^{er} janvier 2017 ne prévoit plus la possibilité de reprise des résultats (articles R. 314-210 à 244 du code de l'action sociale et des familles (CASF)).

S'ils ne peuvent être repris, les résultats doivent néanmoins être affectés conformément aux dispositions de l'article R. 314-234 combiné aux dispositions de l'article R. 314-244 du CASF :

- ◆ l'article R. 314-234 énumère ainsi les possibilités d'affectation d'un excédent d'exploitation du compte de résultat. Celui-ci doit être affecté en priorité à l'apurement des déficits antérieurs du compte de résultat concerné. Les autres possibilités sont l'affectation à un compte de report à nouveau ou de réserve de compensation ;
- ◆ en revanche, l'article R. 314-244 interdit aux EHPAD privés commerciaux certaines des autres possibilités d'affectation de l'excédent listées au R. 314-234 : l'excédent éventuel du compte d'emploi relatif aux tarifs afférents à la dépendance et aux soins ne peut pas être affecté au financement de mesures d'investissement ni à un compte de réserve de trésorerie ou à la compensation de charges d'amortissement ;
- ◆ les mêmes articles précisent que le déficit éventuel du compte de résultat est couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce même compte de résultat.

Source : Code de l'action sociale et des familles.

Au regard du cadre juridique applicable, depuis 2017, aux excédents issus des forfaits soins et dépendance (cf. encadré 4), les excédents réalisés par les EHPAD du groupe demeurent à la disposition de Médicharme qui doit, cependant, respecter les modalités d'affectation réglementaires.

Dans le cadre de l'instruction comptable M22, le suivi des excédents est assuré à travers l'annexe « ERRD simplifié » qui indique le montant des résultats de l'exercice :

- ◆ sur le compte 1205 pour les excédents de l'exercice des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée ;
- ◆ sur le compte 1295 pour le déficit de l'exercice des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée.

En outre, l'affectation des résultats de l'établissement peut être réalisée soit en report à nouveau, soit en réserves (cf. tableau 20).

Tableau 20 : Comptes d'affectation en M22 des résultats issus des ERRD

Affectation	Compte (M22)	Intitulé
Affectations en report à nouveau	1150	Report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée (solde créditeur)
	11590	Report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée (solde débiteur) (sans signe "-")
	11591 ou 1195	Report à nouveau constitué de charges rejetées des activités sociales et médico-sociales (dépenses refusées par l'autorité de tarification) (sans signe "-")
	115921	Amortissements comptables excédentaires différés
	115922	Dépenses pour congés payés
	115923	Autres droits acquis par les salariés non provisionnés en application du 3° de l'article R 314-45
	115928	Autres dépenses non opposables aux tiers financeurs
Affectation en réserves	106852	Excédents et réserves affectés à l'investissement
	106855	Excédents affectés à la couverture du besoin en fonds de roulement (réserve de trésorerie)
	106856	Réserve de compensation des déficits
	106857	Affectation en réserves de compensation des charges d'amortissement
		Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement (montant précédé du signe "-")

Source : Annexe « cadre simplifié » de l'ERRD.

Toutefois, la nature des excédents issus des forfaits soins et dépendance ne fait pas l'objet d'une doctrine partagée entre établissements à but lucratif et autorités de tarification, notamment en ce qui concerne leur suivi et leur affectation en comptabilité générale.

Non récupérables par les autorités de tarification depuis la réforme de 2017 (cf. encadré 4), les excédents soins et dépendance des établissements ne sont pas considérés par les commissaires aux comptes comme des produits constatés d'avance, ni même des dettes, mais comme des produits certains qui peuvent intégrer le résultat de chaque établissement.

Leur suivi réalisé *via* les ERRD ne s'adresse donc qu'aux autorités de tarification et l'objectif de l'ERRD de pouvoir contrôler la conformité réglementaire de leur usage apparaît à la mission comme compromis.

Dans cette logique, sur la période 2020-2022, le suivi des ERRD du groupe Médicharme permet d'identifier, pour l'ensemble de ses établissements, 8 040 471,84 € d'excédents cumulés sur les forfaits soins et dépendance.

A la demande de la mission, le groupe Médicharme a effectué un travail de recensement des excédents réalisés pour chaque établissement à partir des ERRD 2020-2022. Ce recensement a été opéré par le responsable projets finance et comptabilité de la direction de l'administration et des finances (cf. tableau 21).

Annexe VI

Tableau 21 : Résultats des forfaits soins et dépendance pour les établissements du groupe Médicharme sur la période 2020-2022

Etablissement	Résultat Dépendance ERRD 2020	Résultat Soins ERRD 2020	Résultat cumulé (Dépendance + Soins) ERRD 2020	Résultat Dépendance ERRD 2021	Résultat Soins ERRD 2021	Résultat cumulé (Dépendance + Soins) ERRD 2021	Résultat Dépendance ERRD 2022	Résultat Soins ERRD 2022	Résultat cumulé (Dépendance + Soins) ERRD 2022
Saint Georges	27 663,62 €	107 570,96 €	135 234,58 €	54 805,94 €	449 264,74 €	504 070,68 €	89 316,76 €	448 251,12 €	537 567,88 €
OREADIS	1 239,45 €	- 55 008,55 €	- 53 769,10 €	- 32 189,81 €	- 115 803,45 €	- 147 993,26 €	- 40 109,95 €	- 17 145,80 €	- 57 255,75 €
Les Feuillantines	- 64 602,68 €	41 023,95 €	- 23 578,73 €	- 93 638,58 €	96 640,79 €	3 002,21 €	- 77 967,84 €	- 51 639,11 €	- 129 606,95 €
Chataigniers	7 020,66 €	117 411,31 €	124 431,97 €	-133 127,89 €	348 469,55 €	215 341,66 €	- 216 011,06 €	101 308,80 €	- 114 702,26 €
Passerelle		- 50 796,00 €	- 50 796,00 €		- 3 749,00 €	- 3 749,00 €		98 455,37 €	98 455,37 €
Croix du Sud	14 348,33 €	25 440,84 €	39 789,17 €	89 320,28 €	350 128,56 €	439 448,84 €	- 116 979,97 €	287 384,97 €	170 405,00 €
Le Fossat	8 843,27 €	57 081,46 €	65 924,73 €	- 88 028,14 €	92 519,99 €	4 491,85 €	- 59 270,51 €	167 215,38 €	107 944,87 €
AERIA	- 135 752,35 €	447 742,04 €	311 989,69 €	- 64 389,00 €	410 303,42 €	345 914,42 €	19 214,63 €	328 865,60 €	348 080,23 €
MEISSEL	- 6 400,24 €	234 613,60 €	228 213,36 €	- 28 664,72 €	424 790,71 €	396 125,99 €	8 872,02 €	252 614,53 €	261 486,55 €
La Fruitière	- 36 008,77 €	95 240,78 €	59 232,01 €	- 27 394,26 €	- 43 298,54 €	- 70 692,80 €	- 74 255,86 €	91 357,85 €	17 101,99 €
Le Beau Site	- 32 992,83 €	- 698,02 €	- 33 690,85 €	- 15 807,68 €	35 783,93 €	19 976,25 €	- 36 144,62 €	6 685,81 €	- 29 458,81 €
L'Elvody	- 2 393,21 €	43 957,19 €	41 563,98 €	- 120 277,07 €	164 735,29 €	44 458,22 €	- 93 002,38 €	177 203,15 €	84 200,77 €
La vallée du Bandiat	- 37 856,23 €	75 695,75 €	37 839,52 €	100 845,21 €	- 96 066,99 €	4 778,22 €	- 105 490,54 €	60 149,47 €	- 45 341,07 €
Viteal Oleron	4 394,57 €	4 437,20 €	8 831,77 €	- 61 473,63 €	131 187,27 €	69 713,64 €	- 81 120,90 €	161 564,33 €	80 443,43 €
Maison De Thérèse	13 744,97 €	127 042,70 €	140 787,67 €	22 184,04 €	48 827,35 €	71 011,39 €	10 327,72 €	79 738,68 €	90 066,40 €
La Juvénie	- 18 421,58 €	- 10 992,57 €	- 29 414,15 €	- 52 385,25 €	79 577,01 €	27 191,76 €	- 70 694,17 €	128 005,91 €	57 311,74 €
Les Chênes Verts	- 1 921,06 €	6 478,34 €	4 557,28 €	- 33 930,94 €	186 493,30 €	152 562,36 €	- 119 559,33 €	209 654,61 €	90 095,28 €
Genévriers	- 64 783,29 €	143 400,96 €	78 617,67 €	- 122 050,65 €	334 664,47 €	212 613,82 €	- 190 115,68 €	59 450,13 €	- 130 665,55 €
Résidence du Lac	43 875,99 €	73 122,20 €	116 998,19 €	- 133 968,87 €	- 48 319,66 €	- 182 288,53 €	- 43 309,65 €	- 15 739,83 €	- 59 049,48 €

Annexe VI

Etablissement	Résultat Dépendance ERRD 2020	Résultat Soins ERRD 2020	Résultat cumulé (Dépendance + Soins) ERRD 2020	Résultat Dépendance ERRD 2021	Résultat Soins ERRD 2021	Résultat cumulé (Dépendance + Soins) ERRD 2021	Résultat Dépendance ERRD 2022	Résultat Soins ERRD 2022	Résultat cumulé (Dépendance + Soins) ERRD 2022
Résidence de Beurre	928,55 €	61 011,83 €	61 940,38 €	- 38 163,40 €	- 11 088,97 €	- 49 252,37 €	- 63 671,42 €	- 159 568,64 €	- 223 240,06 €
Résidence Zoppola	9 118,06 €	131 212,10 €	140 330,16 €	- 18 391,44 €	110 654,33 €	92 262,89 €	- 46 514,05 €	85 740,71 €	39 226,66 €
Les 4 Saisons	- 233,81 €	2 530,88 €	2 297,07 €	- 27 668,28 €	31 331,95 €	3 663,67 €	- 74 797,51 €	91 314,34 €	16 516,83 €
Les Eaux Vives Elter	12 957,39 €	87 882,90 €	100 840,29 €	1 233,40 €	352 183,02 €	353 416,42 €	- 11 304,48 €	371 317,19 €	360 012,71 €
Champ de la Dame	46 629,39 €	3 765,88 €	50 395,27 €	- 28 012,43 €	8 632,17 €	- 19 380,26 €	- 77 051,16 €	33 456,45 €	- 43 594,71 €
SERF Beuvry	53 401,24 €	134 543,29 €	187 944,53 €	84 005,30 €	253 947,40 €	337 952,70 €	89 312,07 €	223 739,81 €	313 051,88 €
Randan (Papin Prost)	3 005,26 €	- 1 514,03 €	1 491,23 €	5 611,16 €	4 406,09 €	10 017,25 €	40 703,64 €	109 568,08 €	150 271,72 €
Les Airelles	- 20 327,30 €	- 34 453,06 €	- 54 780,36 €	- 52 975,63 €	14 973,40 €	- 38 002,23 €	- 33 404,10 €	626,95 €	- 32 777,15 €
Les Charmilles	10 548,27 €	15 332,91 €	25 881,18 €	- 16 887,69 €	103 058,49 €	86 170,80 €	- 24 595,12 €	117 539,74 €	92 944,62 €
Jardins d'Aiffres	5 464,85 €	72 647,93 €	78 112,78 €	36 793,42 €	84 582,61 €	121 376,03 €	- 85 527,69 €	75 357,29 €	- 10 170,40 €
Jardins de Sainte Baume	- 91 074,43 €	92 413,66 €	1 339,23 €	44 736,38 €	8 354,37 €	53 090,75 €	24 972,55 €	55 824,92 €	80 797,47 €
Les Amis des Ainés	-	10 871,82 €	10 871,82 €	- 9 500,84 €	84 397,02 €	74 896,18 €	16 818,26 €	124 362,70 €	141 180,96 €
Au Bon accueil	- 5 459,68 €	- 10 686,05 €	- 16 145,73 €	5 440,35 €	86 162,75 €	91 603,10 €	29 145,56 €	31 576,61 €	60 722,17 €
La Bastide du Lubéron	- 4 475,50 €	- 1 608,53 €	- 6 084,03 €	32 552,60 €	136 270,84 €	168 823,44 €	- 20 421,77 €	185 103,37 €	164 681,60 €
La Roseraie	- 50 007,74 €	166 459,21 €	116 451,47 €	- 6 099,21 €	263 602,97 €	257 503,76 €	-	-	-
TOTAL	- 309 526,83 €	2 213 174,88 €	1 903 648,05 €	- 727 497,33 €	4 377 617,18 €	3 650 119,85 €	- 1 432 636,55 €	3 919 340,49 €	2 486 703,94 €

Source : ERRD des établissements du groupe Médicharme pour la période 2020-2022, traitement Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme..

Annexe VI

Parmi l'ensemble des établissements du groupe Médicharme, huit établissements présentent un résultat déficitaire sur les sections soins et dépendance pour un montant total de 928 129,63 €, sur la période 2020-2022 (cf. tableau 22).

Tableau 22 : Établissement présentant un résultat déficitaire sur les sections soins et dépendance sur la période 2020-2022

Établissement	Total cumulé 2020-2022 (€)
Résidence OREADIS	- 259 018,11
Résidence Les Feuillantines	- 150 183,47
Résidence Le Beau Site	- 43 173,41
Résidence La vallée du Bandiat	- 2 723,33
Résidence du Lac	- 124 339,82
Résidence de Beurre	- 210 552,05
Résidence Le Champ de la Dame	- 12 579,7
Résidence Les Airelles	- 125 559,74

Source : ERRD des établissements du groupe Médicharme pour la période 2020-2022, traitement Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme.

Toutefois, malgré une évaluation régulière via les ERRD, ces excédents ou déficit ne sont pas traduits par le groupe Médicharme dans un suivi dédié en comptabilité générale.

Malgré les demandes répétées de la mission, le groupe Médicharme n'a pas été capable d'indiquer les numéros de comptes de la balance annuelle de chaque établissement correspondant au compte 115 « report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée » du cadre comptable M22, lui permettant à la fois :

- ♦ de justifier de la bonne affectation en report à nouveau des excédents ;
- ♦ mais encore de leur non utilisation par le groupe pour des dépenses non prévues règlementairement (dividendes par exemple).

En effet, au-delà du schéma comptable retenu, l'enjeu est bien la sincérité des comptes, ce qui nécessite de faire apparaître l'existence d'une restriction sur la capacité du groupe à librement utiliser une part de ses résultats.

Afin de connaître leur affectation, la mission a procédé à l'analyse des procès-verbaux issues des assemblées générales de six établissements afin de connaître l'usage des résultats de chacun d'entre eux.

Sur la période 2020-2022, les résultats des différents établissements de l'échantillon ont été affectés :

- ♦ en dividendes à 100 % en 2020 pour deux établissements présentant un résultat positif (résidence Saint Georges et résidence du Lac) ;
- ♦ en dividendes à 99,9 % pour les résidences AERIA et Meissele en 2020 ;
- ♦ en comptes de report pour le reste.

Pour les établissements ayant distribué en intégralité leur résultat annuel en dividendes, ils ne peuvent justifier, faute de suivi comptable dédié, de la non intégration des excédents issus des dotations publiques.

Annexe VI

Tableau 23 : Affectation des résultats pour six établissements du groupe Médicharme entre 2020 et 2022

Etablissement	2020			2021			2022			Cumul du compte report à nouveau (2020-2022) en €
	Excédent soin et dépendance (compte 115) en €	Résultat en €	Affectation	Excédent soin et dépendance (compte 115) en €	Résultat en €	Affectation	Excédent soin et dépendance (compte 115) en €	Résultat en €	Affectation	
Saint Georges	135 234,58	1 457 147,00	Dividendes	504 070,68	1 321 375,00	Compte "report à nouveau"	537 567,88	237 611,00	Compte "report à nouveau"	1 558 986,00
AERIA	311 989,69	437 869,00	Dividendes (99,9 %) et Autres réserves (0,01 %)	345 914,42	439 511,00	Compte "report à nouveau"	348 080,23	36 270,00	Compte "report à nouveau"	475 781,00
MEISSEL	228 213,36			396 125,99			261 486,55			
Résidence du Lac	61 940,38	2 543 715,00	Dividendes	- 49 252,37	1 508 800,00	Dividendes	- 223 240,06	1 663 414,00	Compte "report à nouveau"	- 1 663 414,00
Les Eaux Vives Elter	100 840,29	- 330 171,00	Compte "report à nouveau"	353 416,42	398 048,00	Compte "report à nouveau"	360 012,71	- 183 813,00	Compte "report à nouveau"	- 465 055,00
Les Airelles	- 54 780,36	- 70 052,00	Compte "report à nouveau"	- 38 002,23	- 272 460,00	Compte "report à nouveau"	- 32 777,15	- 902 824,00	Compte "report à nouveau"	- 1 653 984,00

Source : ERRD des établissements du groupe Médicharme pour la période 2020-2022 ; Procès-verbaux des assemblées générales des établissements de l'échantillon pour les années 2020, 2021, 2022 ; Mission.

4.2.2. Les crédits non reconductibles octroyés par les ARS ne font pas fait l'objet d'un suivi comptable consolidé permettant de justifier de leur consommation et de la conformité réglementaire de leur usage

Encadré 5 : Cadre réglementaire de l'affectation et du suivi des crédits non reconductibles

Le forfait global relatif aux soins est composé notamment de financements complémentaires, mentionnés à l'article R. 314-163 du code de l'action sociale et de la famille et définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12.

Ces derniers peuvent notamment recouvrir :

- les dépenses correspondant à des modalités d'accueil particulières (accueil de jour incluant les dépenses de transport entre le domicile et l'EHPAD, hébergement temporaire, pôle d'activité et de soins adaptés, unité d'hébergement renforcée) ;
- les dépenses de développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
- des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
- des actions de prévention et des actions liées à la gestion des situations de crise exceptionnelles ;
- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements.

Ces financements complémentaires peuvent être reconductibles (en particulier pour le financement de certaines modalités d'accueil) ou non reconductibles. Dans ce dernier cas de figure, s'ils ne peuvent financer des dépenses pérennes auxquelles ils n'étaient pas initialement destinés, ils sont disponibles pour un emploi sur l'exercice N, non reconductible sur l'exercice N + 1. Ils ont ainsi vocation à financer uniquement des mesures ponctuelles.

Les crédits non reconductibles qui n'ont pas été utilisés pour l'objet pour lequel ils avaient été octroyés peuvent faire l'objet d'une reprise par les agences régionales de santé.

Source : Mission.

Les crédits non reconductibles (CNR) dont ont bénéficié les établissements du groupe Médicharme n'ont pas été consommés intégralement sans que leur affectation ne soit comptablement suivie.

Au sein du groupe Médicharme, la consommation des crédits non reconductibles est assurée par le responsable projets finance et comptabilité de la Direction de l'administration et des finances.

Le tableau de suivi de la consommation des CNR versés aux établissements du groupe permet d'identifier les excédents dégagés sur les sommes octroyées par les ARS sur la période 2020-2022 (cf. tableau 24).

Ainsi, les CNR non-consommés au 31 décembre 2022 représentent environ 732 070,37 €, soit un taux de consommation de 89,3 % sur la période 2020-2022.

Conformément au cadre réglementaire (cf. encadré 5), ces montants devraient être indiqués au compte 487 « produits constatés d'avance » de la comptabilité générale mais, selon la Direction des comptabilités, les CNR ne font pas l'objet d'un suivi comptable de l'état de leur consommation.

Or, après échange avec la direction des comptabilités, il s'avère que ces excédents ne sont pas suivis en comptabilité générale⁴. Là encore, le *reporting* budgétaire réalisé n'est pas inscrit dans une réalité comptable du groupe permettant de s'assurer du bon usage de ces dotations.

⁴ Le groupe estime qu'il n'existe pas d'obligation comptable de suivre ces excédents, ce que les commissaires aux comptes n'ont pas contesté lors du processus de certification des comptes.

Annexe VI

Tableau 24 : Suivi des dotations en crédits non reconductibles (CNR) par an et par établissement entre 2020 et 2022 pour le groupe Médicharme

Départements	Etablissement	Total CNR 2020 (en €)	Total CNR 2021 (en €)	Total CNR 2022 (en €)	Total 2020-2022 (en €)	Solde des CNR à consommer au 31/12/2022 (en €)	Taux de consommation
02	Résidence Saint Georges - Coeuvres	201 758,04	87 721,08	0,00	289 479,12	1 259,19	99,6 %
06	Les Feuillantines - L'Escarène	0,00	64 558,90	14 227,04	78 785,94	13 951,73	82,3 %
06	Oreadis - Nice	129 501,68	15 388,88	0,00	144 890,56	4 020,76	97,2 %
07	Les Châtaigniers - Antraigues	78 320,36	39 073,92	257 395,30	374 789,58	2 385,09	99,4 %
07	La Passerelle - Antraigues	55 920,95	83,71	3 032,47	59 037,13	20 390,18	65,5 %
09	La Croix du Sud - Fabas	16 284,67	111 987,88	0,00	128 272,55	1 999,31	98,4 %
09	La Madrague - Le Fossat - HAS	70 743,12	3 581,44	8 653,50	82 978,06	0,00	100,0 %
13	AERIA - Marseille - HAS	0,00	122 264,59	95 900,00	218 164,59	0,00	100,0 %
13	MEISSEL - Marseille	0,00	106 705,35	0,00	106 705,35	0,00	100,0 %
13	La Fruitière - Marseille	165 544,14	99 195,48	0,00	264 739,62	5 883,77	97,8 %
14	Le Beau Site - Clécy	80 884,31	9 794,67	500,00	91 178,98	2 213,85	97,6 %
14	L'Elvody - Saint Germain De Tallevende	50 516,00	29 487,00	1 300,00	81 303,00	1 647,00	98,0 %
16	La vallée du Bandiat - Marthon	147 266,54	29 934,00	6 215,00	183 415,54	32 391,71	82,3 %
17	Viteal Oleron - St Pierre d'Oléron	83 056,55	3 601,00	8 853,00	95 510,55	13 354,00	86,0 %
21	Maison De Thérèse - Aisey sur Seine	63 558,00	8 061,00	9 340,00	80 959,00	5 895,00	92,7 %
24	La Juvénie - Payzac	123 588,39	26 193,00	97 016,00	246 797,39	117 689,61	52,3 %
24	Les Chênes Verts - Agonac	131 020,45	186 429,00	25 307,00	342 756,45	238 422,15	30,4 %
31	Les Buissonnets - Toulouse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Non applicable
31	Les Genévriers EHPAD - Saint Martory	354 496,71	69 704,36	16 899,50	441 100,57	27 887,76	93,7 %

Annexe VI

Départements	Etablissement	Total CNR 2020 (en €)	Total CNR 2021 (en €)	Total CNR 2022 (en €)	Total 2020-2022 (en €)	Solde des CNR à consommer au 31/12/2022 (en €)	Taux de consommation
47	Résidence du Lac 470009739 - Casteljaloux	116 350,42	3 387,00	8 402,00 €	128 139,42	9 688,80	92,4 %
47	Résidence de Beurre 470004110 - Villeneuve sur lot	86 047,54	61 170,00	30 103,00	177 320,54	30 574,00	82,8 %
47	Résidence Zoppola 470004102 - Tonneins	196 048,97	128 502,00	120 974,00	445 524,97	10 198,00	97,7 %
50	Les Quatre Saisons - Tessy sur vire	68 379,41	2 552,04	0,00	70 931,45	6 481,00	90,9 %
55	Les Eaux Vives - Elter - Triaucourt/Souilly/Pierrefittes sur aire	143 254,00	48 124,00	3 000,00	194 378,00	7 875,40	95,9 %
58	Champ de la Dame - Varennes lès Narcy	169 238,00	109 489,00	37 681,00	316 408,00	7 758,80	97,5 %
62	SERF - Beuvry	236 364,20	8 736,63	12 018,00	257 118,83	0,00	100,0 %
63	Villa Claudine - Papin Prost - Randan	128 512,53	62 101,40	4 875,50	195 489,43	1 662,09	99,1 %
77	Les Airelles - Couilly	115 821,55	50 177,85	126 513,00	292 512,40	124 066,57	57,6 %
79	Les Charmilles - Melle	38 517,93	16 372,00	7 553,00	62 442,93	11 791,00	81,1 %
79	Les Jardins d'Aiffres - Aiffres	64 909,14	17 590,00	7 314,00	89 813,14	12 761,00	85,8 %
83	Les Jardins de Sainte Baume - Nans- Les-Pins	111 383,07	139 036,08	0,00	250 419,15	13 937,21	94,4 %
83	Les Amis des Aînés - Signes	0,00	3 414,85	0,00	3 414,85	724,98	78,8 %
83	Au Bon accueil - La Crau	0,00	18 358,52	1 000,00	19 358,52	2 191,16	88,7 %
84	La Bastide du Lubéron - Robion	297 638,06	97 046,57	0,00	394 684,63	0,00	100,0 %
93	La Roseraie - Livry-Gargan	78 354,28	16 219,25	539 224,66	633 798,19	2 969,25	99,5 %
TOTAL		3 603 279,01	1 796 042,45	1 443 296,97	6 842 618,43	732 070,37	89,3 %

Source : Direction de l'administration et des finances du groupe Médicharme ; Mission.

5. Renforcé par l'application en 2023 du cadre complet des ERRD, le contrôle des autorités de tarification pâtit d'un manque d'objectifs et de méthodologie pour pouvoir apprécier la situation financière des établissements

Encadré 6 : Cadre règlementaire du contrôle des ERRD par les ARS et les départements

Les agences régionales de santé ont compétence pour contrôler les EHPAD sur la base de l'article L. 313-13 du CASF, qui dispose que l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation d'activité d'un établissement social ou médico-social contrôle aussi l'application des dispositions du code. Cette compétence est conjointe à celle des conseils départementaux, conformément aux dispositions des articles L. 313-3 et L. 313-13 du CASF.

Le contrôle budgétaire et financier réalisés par les ARS s'exerce au titre :

- ◆ des dispositions générales de l'article L. 313-13 du CASF relatives au contrôle des ESMS ;
- ◆ des dispositions de l'article L. 313-14-1 du CASF, qui prévoient que l'autorité de tarification peut adresser une injonction et produire un plan de redressement en cas de « *déséquilibre financier significatif et prolongé* » ou de « *dysfonctionnements dans la gestion financière de ces établissements et de ces services* » ;
- ◆ des dispositions des articles R. 314-56 et R. 314-57 du CASF qui prévoient que les ESMS et la personne morale qui en assure la gestion, « *doivent être à tout moment en mesure de produire aux autorités de tarification ou de contrôle, sur leur demande, les pièces qui attestent du respect de leurs obligations financières, sociales et fiscales* », et que les inventaires d'équipements et de matériels doivent être tenus à la disposition des autorités de tarification et de contrôle.

Source : Code de l'action sociale et des familles.

Cette partie s'appuie sur les entretiens réalisés avec les départements et les ARS où sont localisés les établissements du groupe Médicharme (cf. annexe VII). S'agissant des ARS, la mission s'est entretenue le 16 novembre 2023 avec les ARS Grand Est, Occitanie, Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France et enfin, Nouvelle-Aquitaine. Pour les départements, la mission a rencontré le département de l'Aisne le 7 novembre 2023 et les départements de la Meuse et des Bouches du Rhône le 14 novembre 2023,

La mission estime que les autorités de tarification ne sont pas capables aujourd'hui d'évaluer la situation financière des établissements de leur périmètre en raison à la fois de l'absence d'objectifs clairs mais aussi d'un manque d'outils d'analyse mis à leur disposition.

A l'absence d'objectifs clairs d'abord : les missions de contrôle des autorités de tarification n'ont pas pour nature d'évaluer la santé financière d'un établissement mais portent en premier lieu sur la conformité de l'emploi des dotations publiques.

La mission recommande ainsi d'adopter au niveau national une grille d'analyse pour introduire une démarche d'analyse financière dont il convient de définir les objectifs attendus (identification des établissements en difficulté ? et plus largement d'un groupe d'EHPAD ? Inadéquations des dotations publiques au regard des besoins financiers de l'établissement ?...).

Un manque d'outils d'analyse ensuite : le cadre de l'EPRD et de l'ERRD actuel ne permet pas de déployer une analyse financière. Aujourd'hui, les ARS reconnaissent s'en tenir, *via* les ERRD, à un contrôle de la conformité réglementaire de l'usage des dotations publiques. Analyse qui reste néanmoins partielle : les ARS ne disposant jusqu'à présent que d'une vision complète sur les sections soins et dépendance dans le cadre simplifié des ERRD. De même, lors de la réception des ERRD, le département de l'Aisne a indiqué s'attacher à vérifier en priorité les établissements habilités à l'aide sociale et, pour les documents transmis, la complétude du dossier.

Si une vision analytique d'un établissement pourrait être acquise à l'aide de l'application du cadre complet de l'ERRD pour les EHPAD privés à but lucratif prévue en 2023, offrant une vision sur la partie hébergement aux pouvoirs publics, elle doit s'accompagner de l'adoption de référentiels nationaux et locaux de gestion qui s'appuieraient sur des outils d'analyse financière. Le contrôle des ARS et des départements pâtit aujourd'hui d'un manque de coordination s'appuyant sur des dispositifs capables d'agréger les données recueillies dans chaque ERRD transmis afin d'obtenir des indicateurs à l'échelle nationale. En effet, la pertinence de l'analyse financière d'un établissement s'appuie sur la capacité des pouvoirs publics à le situer dans le contexte national, voire dans le contexte du groupe auquel il appartiendrait.

La réussite du déploiement d'une démarche d'analyse financière dépend de la formation et de la montée en compétence des services des autorités de tarification.

Les ARS et les départements ont fait part, dans l'ensemble, de leurs difficultés à exercer leur contrôle sur les établissements *via* les ERRD en raison d'un manque de moyens humains et du besoin de montée en compétences de leur personnel. En effet, les services des ARS ne sont pas formés aujourd'hui à porter une appréciation sur l'activité économique d'un groupe d'EHPAD. De leur côté, les départements de l'Aisne et des Bouches du Rhône ont indiqué ne disposer, pour assurer leur mission de contrôle, respectivement que de six personnes pour 61 EHPAD et d'une dizaine d'agents pour 279 EHPAD.

Enfin, en tout état de cause, la mission estime que les autorités de tarification n'exercent pas de manière efficiente leur mission première, à savoir leur pouvoir de contrôle de l'emploi des dotations.

Cette mission de contrôle ne peut s'exercer correctement en l'état actuel des choses, notamment faute de traçabilité des affectations analytiques des charges de personnel. Elle est donc réduite aujourd'hui à la vérification du non dépassement des enveloppes forfaitaires versées. Dans l'ensemble, les ARS et les départements rencontrés par la mission ont indiqué que le respect des montants forfaitaires attribués aux établissements et le respect de la tarification constituaient les critères prioritaires pour l'exercice de leur contrôle lors de la réception des ERRD. La sincérité et la fiabilité des données transmises n'est pas interrogée tant que l'établissement ne dépasse pas l'enveloppe forfaitaire annuelle.

En outre, aucune autorité de tutelle rencontrée, à l'exception de l'ARS Nouvelle Aquitaine, ne déclare avoir fait usage à ce jour :

- ◆ de sa faculté à reprendre les dotations qui auraient été employées à des dépenses non réglementaires ;
- ◆ de sa capacité à reprendre les éventuels excédents constitués en fin de CPOM.

Les autorités de tarification ne disposent aujourd'hui d'aucun outil de dialogue de gestion leur permettant de jouer un rôle de veille sur la santé financière des établissements de leur territoire et ainsi, d'alerter, en amont, les pouvoirs publics à l'échelle nationale en cas de difficultés économiques avérées.

Réponses au contradictoire – Annexe VI

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Annexe VI page 11, dernier paragraphe <u>La procédure budgétaire ainsi que la chaîne de validation au sein des établissement de groupe MEDICHARME laisse donc peu de marge de manœuvre aux directeurs d'établissement à l'exception des enjeux de ressources humaines et de taux d'occupation. La mission constate que cette procédure entraîne une forme de déresponsabilisation des directeurs d'établissement s'agissant des enjeux budgétaires de leur établissement.</u> Cette affirmation est erronée puisque les directeurs d'établissement ont une large latitude pour définir les ressources essentielles dont ils ont besoin pour assurer une prise en charge des résidents dans les meilleures conditions, à savoir : - Les tarifs - L'estimation du taux d'occupation - Les autres charges externes - Les investissements - Les ETP - Les consommables en lien avec le taux d'occupation Dans la procédure budgétaire, les directeurs d'établissement n'ont pas d'initiative sur les seuls postes suivants : - Les contrats groupe, - Les loyers - Les amortissements - Annexe VI page 12, tableau 2 Les données du tableau 2, page 12, concernant la compilation des données entre le contrôle de gestion et le directeur d'établissement afin de réaliser la maquette budgétaire annuelle par établissement sont exactes. Cependant, l'interprétation globale qui en est faite est erronée parce qu'il s'agit d'une méthode pour assister les directeurs d'établissements. Le processus budgétaire est construit en effet sur un « pré- remplissage » des tableaux avec notamment les données réelles des années précédentes (habituellement réel à fin septembre puis une projection en fin d'année) et les éléments qui sont reportés relèvent plutôt d'une assistance au remplissage, afin de faciliter l'appropriation des chiffres	- Annexe VI page 11, dernier paragraphe - Annexe VI page 12, tableau 2 La mission prend bonne note des éléments de réponse transmis par le groupe Médicharme. Toutefois, malgré ces précisions, l'analyse portée par la mission reste inchangée dans la mesure où elle porte sur l'ensemble du budget d'un établissement. Les éléments transmis par le siège aux directeurs ne portent que sur une partie du budget de leur établissement (et sur laquelle, en effet, un dialogue de gestion a bien été mis en œuvre ces dernières années comme précisé dans l'annexe). Cependant, des éléments essentiels de l'analyse financière d'un établissement ne sont pas transmis aux directeurs ce qui tend à ne pas les responsabiliser quant à la rentabilité réelle de leur EHPAD. Enfin, l'importance du bien-être des résidents a été soulignée par la mission comme étant un des objectifs fixés par le siège à l'ensemble des directeurs régionaux et d'établissement pour l'année 2023.

et des projections pour l'année suivante et donc le travail d'analyse des directeurs d'établissements. - Par exemple : ○ les tarifs sont définis par les directeurs d'établissement en fonction de leur zone de chalandise et de leur marché local. ○ Les taux d'occupation cible du budget sont définis par les directeurs d'établissement. ○ Les autres charges externes sont définies par le directeur d'établissement et pour celles liées au taux d'occupation, elles sont calculées au prorata de ces taux par le contrôle de gestion. ○ les investissements de chaque établissement (maintenance) sont demandés par les directeurs d'établissement et arbitrés dans le cadre d'une enveloppe avec en priorité un critère lié à la sécurité. ○ les effectifs sont bien définis par le directeur d'établissement et les évolutions de salaires sont calculées par le contrôle de gestion avec la même hypothèse d'indexation pour tous mais avec une prise en compte si besoin d'augmentations individuelles spécifiques ○ les dotations soin, qui sont le résultat des équations tarifaires sont reprises par le contrôle de gestion mais ne dépendent pas du contrôle de gestion (mais de l'ARS et des directeurs d'établissement en réalité). Le process budgétaire (en dehors de business review) fait l'objet d'un dialogue constructif entre le directeur d'établissement, le contrôleur de gestion et le directeur régional avec pour objectif de toujours mettre le résident au cœur du projet d'entreprise. - Annexe VI page 56 <u>« La mission constate que ces clefs de répartition méconnaissent le principe de sincérité » :</u> Ce constat sévère résulte du choix de clefs de répartition arbitraire utilisées par Médicharme, mais qui n'ont jamais été remises en cause directement par les ARS dans leurs examens	- Annexe VI page 56 La mission prend bonne note des précisions du groupe Médicharme qui sont identiques à celles apportées par le courrier du 14 décembre 2023, mentionnée dans l'annexe. Le caractère insincère des clefs de répartition tient à la fois (i) au fait qu'elles ne reflètent pas la réalité des tâches réalisées par le personnel d'une part, et d'autre

Réponses au contradictoire – Annexe VI

annuels des ERRD et EPRD et que nous considérons donc comme validées. D'autant plus que le groupe applique avec une parfaite transparence la répartition des salariés ASH et des ASH faisant fonction sur une ligne distincte dans les tableaux de support des ERRD. Comme le rappelle la mission l'absence de « cadre imposé par les autorités de tarification » ne peut pas être reproché à Médicharme. - Annexe VI page 65 <u>« les excédents ne sont pas suivis en comptabilité générale » :</u> À notre connaissance, il n'existe, à ce jour, aucune obligation comptable de suivre les excédents. Les Commissaires aux comptes ont toujours validé les comptes de Médicharme sans souligner ce point. De façon extra comptable, une indication est faite sur ce sujet sur les tableaux de suivi des excédents pour les ERRD et le groupe a communiqué ce tableau de suivi à la mission.	part, (ii) qu'elles répondent avant tout à une logique de saturation des forfaits soins et dépendance. - Annexe VI page 65 Vu, précision apportée en ce sens dans l'annexe.

ANNEXE VII

Personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. ACTEURS PUBLICS	1
1.1. Ministère des solidarités et des familles	1
1.1.1. Direction générale de la cohésion sociale.....	1
1.2. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.....	1
1.2.1. Direction Générale des Finances Publiques.....	1
1.2.2. DGCCRF.....	1
1.2.3. Comité interministériel de restructuration industrielle.....	1
1.3. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	1
1.4. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie	2
1.5. Agences régionales de santé.....	2
1.5.1. ARS Provence Alpes Côtes d'Azur	2
1.5.2. ARS Ile-de-France	2
1.5.3. ARS Occitanie.....	2
1.5.4. ARS Nouvelle Aquitaine	3
1.5.5. ARS Grand Est.....	3
1.5.6. ARS Normandie.....	3
1.5.7. ARS Auvergne Rhône Alpes	3
1.5.8. ARS Bourgogne Franche Comté.....	3
1.6. Conseils départementaux	3
1.6.1. Conseil départemental des Bouches du Rhône.....	3
1.6.2. Conseil départemental de la Meuse.....	4
1.6.3. Conseil départemental de l'Aisne	4
1.6.4. Conseil départemental des Deux-Sèvres.....	4
2. GROUPE MEDICHARME	4
2.1. Siègle.....	4
2.2. Directions régionales.....	4
2.3. Établissements	5
2.3.1. Résidence « Saint George », Aisne, Haut de France.....	5
2.3.2. Résidences « Les Eaux Vives » - Souilly, Meuse, Grand Est.....	5
2.3.3. Résidences « Aéria » et « Meissel », Bouches-du-Rhône, PACA.....	5
2.3.4. Résidence « de Beurre », Lot-et-Garonne, Nouvelle Aquitaine	5
2.3.5. Résidence « Les Airelles », Seine et Marne, Ile de France	6
2.3.6. Résidence « les Jardins d'Aiffres », Deux Sèvres, Nouvelle Aquitaine.....	6
3. ACTEURS PRIVES.....	6
3.1. Syndicat National des établissements, résidences et services d'aide à domicile privé pour personnes âgées (Synerpa).....	6
3.2. Cabinet Exelmans, Commissaire aux comptes	6
3.3. Société Medco Conseil	6
3.4. M Patrick Boulard, fondateur et ancien président de Médicharme	6

1. Acteurs publics

1.1. Ministère des solidarités et des familles

1.1.1. Direction générale de la cohésion sociale

- ◆ M. DUJOL Jean-Benoît, directeur général
- ◆ M^{me} ALLOT Florence, cheffe de service politiques d'appui
- ◆ M. BACHELLERY Olivier, sous-directeur affaires financières et modernisation
- ◆ M. ANRIJS Michel, adjoint au sous-directeur professions sociales, emploi et territoires
- ◆ M. AHAMEDALLY Asiffe, chef du bureau de l'animation territoriale
- ◆ M^{me} DUCOUDRE Laetitia, chargée de mission sur les réformes de la tarification des ESMS
- ◆ M. CHALENCON Gilles, adjoint à la cheffe de bureau, bureau SD5B
- ◆ M^{me} POIRET Céline, chargée de mission CPOM-performance, bureau SD5B

1.2. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

1.2.1. Direction Générale des Finances Publiques

- ◆ M. FANCELLI Éric, adjoint au chef du bureau SJCF-3B, Service de la sécurité juridique et du contrôle fiscal
- ◆ M. MONTAGNE François, bureau d'appui et de coordination des contrôles

1.2.2. DGCCRF

- ◆ M. ROUSSEL Romain, sous-directeur « industrie, santé, logement »
- ◆ M^{me} GARDON Virginie, cheffe du bureau santé
- ◆ M^{me} LALLANDE Marise, secteur social et médico-social

1.2.3. Comité interministériel de restructuration industrielle

- ◆ M. CHOTARD Pierre-Olivier, secrétaire général
- ◆ M^{me} DECAZE Laure, rapporteur

1.3. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

- ◆ M. OLIVIER Paul, directeur adjoint, direction du financement de l'offre
- ◆ M^{me} DESPLANQUES Charlotte, chargée de mission, maîtrise d'ouvrage cadre EPRD et ERRD
- ◆ M^{me} AZIZA Azza, réformes tarifaires des personnes âgées
- ◆ M^{me} TOUPIN Marie-Hélène, direction de la prospective et des études

1.4. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

- ♦ M. DEBEUGNY Gonzague, responsable du département d'étude sur les pathologies et les patients, DSES
- ♦ M^{me} LEBLANC Garménick, coordinatrice de la cellule -médico-sociale, département de l'hospitalisation, DDGOS

1.5. Agences régionales de santé

1.5.1. ARS Provence Alpes Côtes d'Azur

- ♦ M. CATILLON David, directeur adjoint, direction de l'offre médico-sociale
- ♦ M^{me} BUONSIGNORI Cathy, cheffe de mission inspection, contrôle, réclamations
- ♦ M^{me} FALIP Evelyne, adjointe, mission inspection, contrôle, réclamations

1.5.2. ARS Ile-de-France

- ♦ M. TERMIGNON Jean-Luc, directeur du pôle inspection régionale autonomie/santé
- ♦ M^{me} CAAMANO Delphine, directrice adjointe de la délégation départementale de la Seine-et-Marne
- ♦ M^{me} BOUSSYGUINE Nelly, directrice adjointe de l'inspection régionale autonomie santé
- ♦ M^{me} TALBOT Stéphanie, directrice adjointe de la délégation départementale de Seine Saint-Denis
- ♦ M^{me} DE ZELICOURT Solenne, directrice Adjointe, direction de l'autonomie
- ♦ M^{me} MONTANGNON Nathalie, responsable du département autonomie
- ♦ M^{me} SANSON Aurore, adjointe, département autonomie
- ♦ M^{me} FOUASSIER Pascale, animatrice territoriale
- ♦ M. MOLTON Anthony, juriste
- ♦ M^{me} SALVY Laura, chargée de mission ambulatoire

1.5.3. ARS Occitanie

- ♦ M. MERRICHELLI Philippe, directeur, direction des droits des usagers, des affaires juridiques et de l'inspection régionale
- ♦ M^{me} MARTINET Régine, directrice adjointe, direction de l'offre de soins et de l'autonomie
- ♦ M^{me} BLAZY Cendrine, responsable de l'unité personnes âgées
- ♦ M^{me} ROCHIS Julie, cadre référent sanitaire

1.5.4. ARS Nouvelle Aquitaine

- ◆ M. BROWN Richard, adjoint au responsable de pôle contrôle et inspection M.
- ◆ DEMOULIN Matthieu, responsable adjoint du pôle financement de l'autonomie
- ◆ M^{me} ALIOUM Yasmine, chargée de mission
- ◆ M^{me} GUILLARD Claude, cheffe de mission, DPSA
- ◆ M. TRANCHANT Arnaud, chargé de mission
- ◆ M^{me} NEKERT Marie-Christine, chargée de mission sécurisation processus inspection contrôle et déploiement SI
- Délégation territoriale des Deux Sèvres
- ◆ M^{me} ARONICA Elvire, directrice de la délégation départementale des Deux-Sèvres
- ◆ Dr CHAGNON Véronique, médecin inspecteur de santé publique délégation départementale des Deux-Sèvres
- ◆ M^{me} PASSERON Aurélie, inspectrice, délégation départementale des Deux-Sèvres
- ◆ M^{me} BIGNON Fanny, inspectrice, délégation départementale des Deux-Sèvres

1.5.5. ARS Grand Est

- ◆ M. MULIC Michel, directeur de l'inspection contrôle et évaluation
- ◆ Dr MAROTTA Joséphine, directrice adjointe, direction inspection, contrôle et évaluation (DICE)
- ◆ M. BILLIET Grégory, inspecteur, DICE

1.5.6. ARS Normandie

- ◆ M^{me} CHEVALIER Cécile, adjointe mission inspection contrôle
- ◆ M. DUPONT Jérôme, adjoint, direction de l'autonomie
- ◆ M^{me} LEBARBIER Maud, chargée de la politique et de la tarification des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux

1.5.7. ARS Auvergne Rhône Alpes

- ◆ M. DELEAU Stéphane, directeur, direction inspection, justice, usagers

1.5.8. ARS Bourgogne Franche Comté

- ◆ M^{me} RAJAUD Sandra, directrice, direction de l'inspection, contrôle et audit

1.6. Conseils départementaux

1.6.1. Conseil départemental des Bouches du Rhône

- ◆ M^{me} SAUVET Armelle, directrice adjointe des personnes âgées et des personnes handicapées
- ◆ M^{me} MEYER Véronique, cheffe de service personnes du bel âge

1.6.2. Conseil départemental de la Meuse

- ◆ M^{me} GERVASONI Laure, directrice de l'autonomie
- ◆ M. HEINEN Pascal, responsable du service établissement et services sociaux et médicosociaux
- ◆ M^{me} DA SILVA Fanny, chargée de mission, promotion et évaluation de la qualité des ESSMS
- ◆ M^{me} MATHIEU Josiane, responsable du service prévention de la dépendance

1.6.3. Conseil départemental de l'Aisne

- ◆ M^{me} GENARD Patricia, directrice, direction des politiques d'autonomie et des solidarités
- ◆ M^{me} DIEM Anne, cheffe du service offre d'accompagnement

1.6.4. Conseil départemental des Deux-Sèvres

- ◆ M. CADIOU Stéphane, directeur de l'autonomie

2. Groupe Médicharme

2.1. Siège

- ◆ M^{me} MAINGUY Delphine, présidente-directrice-générale
- ◆ M^{me} ANTONIW Hélène, directrice de l'administration des ventes
- ◆ M. DE DREUX-BREZE Antoine, directeur administratif et financier
- ◆ M^{me} DE FREITAS Catherine, directrice des ressources humaines
- ◆ M. HERNDL Andreas, directeur de la performance/qualité et réglementation
- ◆ M. LECARME Christophe, directeur administratif et financier (management de transition)
- ◆ M. LEPLAT Richard, directeur des comptabilités
- ◆ M. MOUSTACAS Laurent, directeur immobilier
- ◆ M^{me} D'HONT Valérie, coordinatrice de projets médicaux-sociaux
- ◆ M^{me} LEFIEUX Isabelle, infirmière de coordination réseau
- ◆ M^{me} MBEKEK Blandine, responsable des soins
- ◆ M. PERRIN Christophe, responsable projets finance et comptabilité (ERRD/ERPD)
- ◆ M^{me} ROGER Stéphanie, responsable contrôle de gestion exploitation
- ◆ M. YOLLO Jean-Thierry, responsable de l'administration des ventes.

2.2. Directions régionales

- ◆ M. BARBOSA Pedro, directeur régional
- ◆ M^{me} BREDIN-MARCHAND Eugénie, directrice régionale
- ◆ M. HOULLEBERQUE Matthias, directeur régional
- ◆ M^{me} COLLAS Axelle, responsable RH réseau

Annexe VII

- ◆ M^{me} RAYNAL Célia, responsable RH réseau
- ◆ M^{me} SIMEONE Marjorie, responsable RH réseau

2.3. Établissements

2.3.1. Résidence « Saint George », Aisne, Haut de France

- ◆ M. GAYRAUD Raphaël, directeur de l'établissement
- ◆ M^{me} GONZALEZ Marie-Thérèse, directrice adjointe
- ◆ M^{me} DOCTRINAL Amandine, IDEC
- ◆ M^{me} MARCHANDISE Catherine, IDE
- ◆ M^{me} JACOT Sophie, aide sociale

2.3.2. Résidences « Les Eaux Vives » - Souilly, Meuse, Grand Est

- ◆ M^{me} LESIRE Laurence, directrice
- ◆ M^{me} LENOIR Justine, IDE
- ◆ M. THILL Valentin, ASH
- ◆ M^{me} REBOURS Aurélie, ASH
- ◆ M. H. D., résident
- ◆ M^{me} H. P., résidente

2.3.3. Résidences « Aéria » et « Meissel », Bouches-du-Rhône, PACA

- ◆ M^{me} MARDIROSSIAN-LOUISOR Géraldine, Directrice
- ◆ M. PRIMAVERA Silvio, directeur Adjoint
- ◆ Dr COQUET Alain, médecin coordonnateur
- ◆ M^{me} COQUET Christine, IDEC « Aéria »
- ◆ M^{me} TARDIF Marion, IDEC « Meissel »
- ◆ M^{me} BAUMEZIREN Cristelle, responsable hébergement et vie sociale
- ◆ M. MAYAN Sébastien, IDE
- ◆ M^{me} LINARES Marjorie, IDE
- ◆ M^{me} SOETEKOUW Carla, aide-soignante
- ◆ Une résidente de « Meissel »
- ◆ Une résidente d' « Aéria »

2.3.4. Résidence « de Beurre », Lot-et-Garonne, Nouvelle Aquitaine

- ◆ M^{me} LADEL, directrice
- ◆ M^{me} DELSOL Camille, directrice adjointe site « de Beurre »
- ◆ M^{me} MASSIP Adeline, directrice adjointe, site « du Lac »
- ◆ M. MINIER Simon, directeur adjoint, site de « Zoppola »
- ◆ M^{me} BOUTELIER, IDER
- ◆ M^{me} GARDET Carole, IDE

Annexe VII

- ◆ M PUEYO Miguel, cuisinier
- ◆ M^{me} BRYNAERT Audrey, AS
- ◆ M^{me} PRATES Elisa, ASH
- ◆ M^{me} M, résidente
- ◆ M. V., résident

2.3.5. Résidence « Les Airelles », Seine et Marne, Ile de France

- ◆ M^{me} BOUSLAMA Sonia, directrice
- ◆ Dr SALGE Christophe, médecin coordonnateur
- ◆ M. ELLEICH Rami, IDEC remplaçant
- ◆ M^{me} FILLATREAU Agnès, psychologue
- ◆ M^{me} PONSART Julie, AS diplômée
- ◆ M^{me} DE BRITO Céline, ASH

2.3.6. Résidence « les Jardins d'Aiffres », Deux Sèvres, Nouvelle Aquitaine

- ◆ M. DORLET Michel, directeur d'Etablissement
- ◆ M^{me} GRELIER Claudine, IDEC
- ◆ M^{me} TURRA Nadège ASH FF, représentante du personnel
- ◆ M^{me} GUILLOT Elodie, IDE
- ◆ M^{me} DA SILVA Luciana, AS diplômée
- ◆ M^{me} GUY-OBJOIS Mélanie, ASH en charge du ménage
- ◆ M. R., résident
- ◆ M^{me} M., résidente

3. Acteurs privés

3.1. Syndicat National des établissements, résidences et services d'aide à domicile privé pour personnes âgées (Synerpa)

- ◆ M. AMARANTIS Jean-Christophe, président
- ◆ M. de BAILLIENCOURT Justin, délégué général par intérim.
- ◆ M^{me} ROY Elisabeth, chargée de mission

3.2. Cabinet Exelmans, Commissaire aux comptes

- ◆ M. GUEDJ Éric, directeur général du cabinet
- ◆ M. KONOPNICKI Julien, co-commissaire aux comptes de Médicharme

3.3. Société Medco Conseil

- ◆ Dr BEUCHAT CLOUET d'ORVAL Alexandra, présidente et fondatrice
- ◆ M. RIPOLL Jean Blaise, co-fondateur

3.4. M Patrick Boulard, fondateur et ancien président de Médicharme

Réponses au contradictoire – Annexe VII

Réponses de l'organisme	Nouvelles observations de la mission
- Annexe VII page 4, 2.1 La fonction de Monsieur Jean-Thierry YOLLO est celle de responsable de l'administration des ventes. - Annexe VII page 7, 3.3 Monsieur Patrick Boulard ne fait pas partie de la Société MedCo conseil. Il s'agit de l'ancien Président de MEDICHARME, actionnaire et membre fondateur.	Modification apportée Erreur matérielle rectifiée

PIÈCE JOINTE

Lettre de mission



Le Ministre chargé des Comptes Publics
Le Ministre du Travail du Plein Emploi et de l'Insertion
La Ministre des Solidarités et des Familles

Paris, le - 1 AOUT 2023

Réf :

Note
À l'attention de
M. Thomas Audigé
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Mme Catherine Sueur
Cheffe de l'Inspection générale des finances

Nous avons été informés de plusieurs alertes concernant les pratiques du groupe MEDICHARME.

Dans le champ médico-social, ces alertes portent sur la stratégie de prise de contrôle du groupe sur des structures médico-sociales en difficultés, tant sur le plan financier qu'opérationnel. La situation financière du groupe, fondée sur une stratégie d'acquisition et d'intégration d'établissements s'est dégradée en raison d'une augmentation des coûts et d'une faiblesse du taux d'occupation. Le groupe MEDICHARME fait face également à des difficultés au niveau opérationnel.

Plusieurs risques ont été rapportés par les agences régionales de santé eu égard à ce mode opératoire et ces montages juridico-financiers : risques budgétaires et financiers susceptibles de conduire à un détournement des moyens octroyés pour les établissements sociaux et médico-sociaux, impact sur la prise en charge des résidents (alertes sur les tensions dans l'organisation du travail, l'absentéisme, la rotation importante du personnel, la politique de recrutement fondée pour partie sur une logique de suppression de postes et le recours à l'intérim) et enfin non-respect par le groupe des dispositions réglementaires du code de l'action sociale et des familles notamment en matière de transferts d'autorisation de structures médico-sociales ou d'absence de signalement d'événements indésirables graves.

Nous vous remercions de bien vouloir désigner une mission d'inspection conjointe du groupe MEDICHARME relative à ces faits présumés.

La mission examinera en particulier les points suivants, concernant le groupe MEDICHARME :

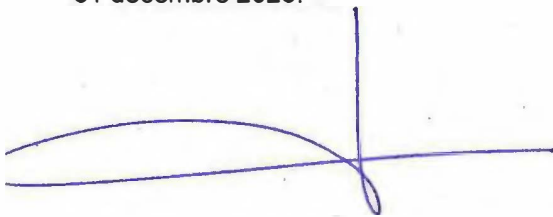
1. Les suites apportées aux contrôles et inspections effectués au sein des établissements et services dont le groupe assure le contrôle ainsi qu'aux signalements et réclamations portés à sa connaissance ;
2. Les différentes modalités de prise de contrôle d'établissements sociaux et médico-sociaux et de leurs gestionnaires et la transparence de l'information délivrée aux autorités compétentes pour délivrer les autorisations, suite aux prises de contrôle réalisées ;
3. Les chaînes de gouvernance et leurs modalités d'exercice ainsi mises en place ;
4. Les pratiques commerciales entre les différentes entités du groupe pour mettre en œuvre les prestations de prise en charge des personnes accueillies au sein des établissements ;

5. Les pratiques financières du groupe en matière de gestion des dotations soins et dépendance des EHPAD dont il assure le contrôle direct ou indirect et la sincérité des informations délivrées aux autorités de tutelle sur l'utilisation des fonds publics alloués ;
6. Les pratiques managériales, le taux d'encadrement au sein des établissements et le temps de présence effectif des personnels (notamment des soignants) auprès des résidents ;
7. Les modalités de signalement des événements indésirables graves et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches des résidents et les professionnels et les actions développées pour les prévenir ;
8. La transparence des informations sur les établissements communiqués aux résidents et à leur famille ;
9. Les modalités de contrôle et d'évaluation interne permettant le respect des obligations légales communes à tous les établissements médicosociaux accueillant des publics vulnérables.

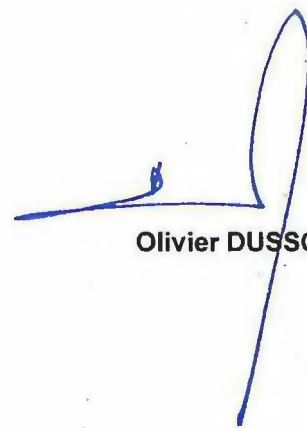
Vous pourrez proposer compte tenu des constats que vous ferez, des indications à destinations des établissements de l'Etat et notamment des agences régionales de santé ainsi qu'aux services déconcentrés de l'Etat afin d'accompagner les contrôles qui seront déclenchés dans les établissements contrôlés par le groupe.

Pour sa réalisation, vous pourrez vous appuyer notamment sur les remontées d'informations et les inspections-contrôles réalisées par les agences régionales de santé ainsi que sur la direction générale de la cohésion sociale, la direction générale du travail des ministères sociaux, sur la direction générale des finances publiques, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes des ministères économiques et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Nous souhaitons que les conclusions et recommandations de cette mission fassent l'objet d'un rapport définitif le 31 décembre 2023.



Thomas CAZENAVE



Olivier DUSSOPT

Aurore BERGÉ

