

**RAPPORT D'INFORMATION****EHPAD. LE CONTRÔLE, AU SERVICE  
DES RÉSIDENTS : C'EST POSSIBLE !**

Sur le constat des graves insuffisances actuelles, la commission des affaires sociales propose de renforcer substantiellement les outils de contrôle des Ehpad. En complément de ses travaux récents invitant au virage domiciliaire, elle souhaite réinsérer les établissements dans une politique globale en adéquation avec les besoins que va nourrir l'évolution démographique des années à venir.

**L' « affaire Orpea » et la réaction du Gouvernement**

C'est au bout de quatre ans de réflexions sur l'organisation du secteur du grand âge en France, quatre années scandées par les rapports de la commission des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale et ceux de la concertation grand âge et autonomie, qu'a paru le livre de Victor Castanet sur les pratiques répréhensibles de l'un des premiers groupes d'Ehpads privés commerciaux en France.

Le Gouvernement a d'abord diligenté une mission d'inspection sur la gestion des établissements du groupe Orpea, puis saisi la justice sur la base de ses conclusions. Celles-ci montrent, d'une manière générale, les effets délétères pour la qualité du service rendu d'une très grande centralisation, une utilisation contestable des fonds publics perçus, et la perception de commissions sur les achats du groupe.

Le Gouvernement a également annoncé une batterie de mesures destinées à améliorer les pratiques du secteur tout entier. La première consiste en un vaste plan de contrôle des 7500 Ehpads de France, ce qui sonne comme l'aveu d'une politique insuffisante en matière de contrôles de routine.

La publication d'un certain nombre de textes réglementaires au printemps visait ensuite à provoquer un choc de transparence : financière et budgétaire d'abord, en renforçant les obligations de transmission d'informations pesant sur les établissements, notamment privés, mais aussi dans l'information transmise aux résidents et à leurs familles par la lisibilité accrue des contrats de séjour et par la refonte des conseils de la vie sociale.

Le Gouvernement a enfin cherché à apporter une réponse globale à l' « affaire Orpea » en accélérant la mise en œuvre des travaux en cours sur l'évaluation des établissements et la médicalisation du secteur.

La commission des affaires sociales du Sénat estime que cette réponse doit être complétée, pour proposer une vision globale de la place des groupes privés à but lucratif dans le secteur, de l'évolution de leurs relations avec l'État et les autorités de tarification et de contrôle.



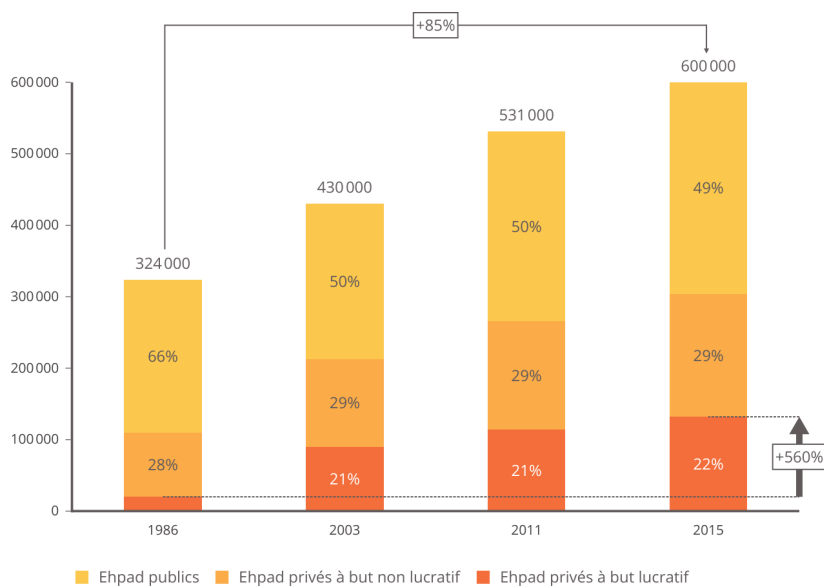
# 1. DES AUTORITÉS DE CONTRÔLE QUI PEINENT À REMPLIR LEURS MISSIONS

## A. UN CONTRÔLE QUI COMPORTE DE NOMBREUX ANGLES MORTS

### 1. Le contrôle des groupes multi-gestionnaires

La constitution de groupes multi-gestionnaires dans le secteur privé lucratif, mais également dans le secteur privé non lucratif, est une caractéristique centrale des restructurations constatées dans le secteur des Ehpad depuis plus de 20 ans.

#### Évolution de la part des Ehpad privés commerciaux dans l'offre totale



Source : livre blanc « Quel Ehpad pour demain ? », commission des affaires sociales du Sénat

Or les compétences de contrôle des autorités de tarification et de contrôle s'arrêtent au niveau de l'établissement. La commission propose d'y remédier en donnant une vision complète des flux financiers entre le siège et les établissements, avec un appui national : dans un premier temps, des missions IGAS/IGF seraient chargées de contrôler tous les groupes intervenant dans le secteur, en commençant par les groupes privés commerciaux. Une convention pluriannuelle d'objectifs entre ces groupes privés et la CNSA serait conclue pour piloter cette campagne.

**Les flux financiers entre le siège des groupes et leurs établissements doivent encore faire l'objet d'un encadrement renforcé.** D'une part, il conviendrait de plafonner les frais de siège, afin de limiter leur utilisation à d'autres fins que celles déjà prévues par la loi.

Il est d'autre part impératif de remédier à la porosité permise depuis 2015 entre les sections budgétaires des établissements, qui fait par exemple financer jusqu'à 30 % parfois des services hôteliers sur la section dépendance, en **clarifiant les règles d'imputation des dépenses et d'usage des excédents**. La commission propose en outre de **plafonner le montant des crédits publics non consommés pouvant être mis en réserve**.

Enfin, se pose la question **du contrôle de la section hébergement**, financée par des fonds qui ne sont pas publics et donc soumise, au mieux, au droit de la consommation dans une logique de protection du consommateur. Un décret d'avril dernier a d'ailleurs renforcé cette dernière. Il convient cependant d'aller plus loin en **étendant les compétences de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur le contrôle du volet hébergement** des établissements et services médico-sociaux.

## 2. Un régime de sanctions inadapté

Le régime de sanctions à la disposition des autorités compétentes montre des limites. Elles sont d'abord complexes à mettre en œuvre. Le régime applicable repose en effet prioritairement sur des mesures de police administrative pouvant être prises à l'issue d'une période d'échange contradictoire et selon une gradation allant de recommandations à la fermeture administrative, en passant par des prescriptions et des injonctions.

Ce régime n'exclut pas les sanctions financières mais celles-ci n'ont jamais été appelées à l'encontre d'un groupe, et d'ailleurs les textes d'application manquent pour y procéder. La commission préconise par conséquent de **mieux définir les actions préalables au prononcé de telles sanctions et de compléter la procédure de récupération des sommes utilisées à d'autres fins** que celles prévues par les textes.

## B. UN CONTRÔLE QUI MANQUE DE MOYENS D'EXERCICE

### 1. Des moyens en baisse, une doctrine à clarifier

La mission rapport IGAS/IGF a mis l'accent sur le nombre de contrôles réalisés par les ARS sur la période 2018-2021 : environ 2 800 missions d'inspections, soit environ 700 par an en moyenne, produisant des rapports jugés riches par les inspecteurs. Toutefois, le nombre reste limité au regard du nombre d'établissements autorisés en France. La Cour des comptes le relevait déjà : un Ehpad est contrôlé tous les 20 ou 30 ans. Une première explication réside dans la baisse des effectifs des autorités de tarification et de contrôle, déjà dénoncée par nos collègues Alain Milon et Jacky Le Menn en 2014.

---

**En 2018, 2 700 des 8 300 équivalents temps plein (ETP) travaillant dans les ARS étaient juridiquement habilités à réaliser des contrôles, dont 500 seulement consacrés à l'inspection-contrôle, soit 6 % des ETP totaux, lesquels se consacrent pour moitié à la santé environnementale.**

**Il n'en reste donc que 230 pour le champ sanitaire et médico-social.**

---

Les situations sont en outre assez contrastées selon les territoires. Il est en tout cas indispensable d'attribuer des moyens supplémentaires aux autorités de tarification et de contrôle pour accroître les missions dans ce secteur.

La doctrine devra par ailleurs être clarifiée, car pour l'heure les contrôles plus ciblés menés sur l'utilisation des dotations publiques allouées, notamment en cas de dysfonctionnements présumés dans la gestion des établissements, ne constituent pas une cible prioritaire.

### 2. Des acteurs nombreux et mal coordonnés

L'activité de contrôle est susceptible de faire intervenir plusieurs services de l'État, de la sphère sociale mais aussi de la sphère économique, avec la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), et de manière conjointe, selon les structures à inspecter.

Renforcer l'articulation entre les acteurs se justifie d'abord car tous les manquements à la réglementation devraient être signalés aux autorités de tarification et de contrôle comme signaux faibles, ensuite car leur agglomération permet de contrôler davantage d'établissements, et enfin pour mieux partager l'information.

**La commission propose à cette fin de créer un comité d'animation des contrôles au niveau national**, mais aussi de contraindre les autorités de tarification et de contrôle à coordonner leurs actions d'inspection-contrôle par la tenue d'une réunion bimestrielle.

## 2. UN DÉFICIT DE PILOTAGE STRATÉGIQUE DU SECTEUR

### A. DES MODALITÉS D'AUTORISATION ET DE TARIFICATION À SIMPLIFIER

#### 1. Un régime d'autorisation qui doit trouver son équilibre

La réglementation relative aux transferts d'autorisation ne laisse qu'une marge de décision limitée aux autorités compétentes pour s'opposer à un transfert d'autorisation. La loi HPST de 2009 a instauré une procédure d'appel à projets qui a redonné une capacité de contrôle aux autorités de tutelle pour l'ouverture de nouvelles places, mais qui ne leur permet guère de contrôler les transferts. Dans la pratique, un rejet ne peut se fonder que sur l'incapacité du cessionnaire à remplir les conditions de gestion de l'établissement mais, comme la plupart des organismes cessionnaires gèrent déjà des établissements, démontrer une telle incapacité est complexe. **Un droit d'opposition à ces transferts doit donc être accordé aux autorités de tarification** afin qu'elles soient en capacité de piloter l'offre dans le temps et de choisir les opérateurs.

**La délivrance de l'autorisation pourrait par ailleurs être soumise au versement d'une redevance.** Une autorisation donne en effet droit à la perception de dotations publiques finançant principalement les salaires des soignants sans lesquels l'établissement n'accueille personne et ne réalise donc pas de profit. Les rapporteurs partagent ainsi l'analyse de Laure de la Bretèche et Jean-François Vitoux, présidente et directeur général d'Arpavie, selon qui l'autorisation d'exploiter un Ehpad est un actif public qui doit être considéré de la même façon que les licences de téléphonie, les autorisations d'occupation du domaine public, ou les concessions d'autoroutes, et donner lieu au paiement d'une contrepartie.

Enfin, la procédure d'appels à projets renforce la concurrence non seulement entre établissements publics et privés commerciaux, mais encore entre ces derniers et les établissements de l'économie sociale et solidaire. Les rapporteurs proposent ainsi de proposer des **mesures d'encadrement de l'offre à but lucratif**, qui dépasse déjà 50% de l'offre sur certains territoires.

#### 2. Un mode de tarification excessivement complexe

Même si la loi ASV de 2015 a réduit l'intensité des négociations budgétaires entre les établissements et les autorités de tarification, la complexité budgétaire liée à la triple source de financement des établissements demeure. La mission ne peut sur ce point qu'appeler à ce qu'une loi grand âge propose une évolution des modalités de financement des Ehpad.

En attendant, un premier bilan de la loi ASV fait apparaître des défauts de mise à jour des coupes tarifaires qui sous-tendent le calcul des dotations, lesquels empêchent la revalorisation des budgets et sont source de pertes de recettes préjudiciables à la qualité de la prise en charge.

**Une réflexion doit être lancée afin que les règles de financement incitent les établissements à investir davantage dans la prévention**, comme l'a recommandé la Cour des comptes récemment, et les modalités de financement destinées à favoriser la prise en charge des besoins d'accompagnement des résidents doivent également être révisées. Cette évolution doit encourager le développement des prestations particulières telles que les unités d'hébergement renforcées (UHR), les pôles de soins adaptées (Pasa) ou les unités de vie protégées.

### B. POUR UNE GOUVERNANCE PLUS EFFICACE

#### 1. Mieux associer les usagers à la gouvernance des établissements et du secteur

*A contrario* de la pratique constatée dans le groupe Orpea, la gouvernance des établissements a un grand besoin de gestion de proximité, laquelle passe par une meilleure association des résidents ou de leurs familles, notamment au moyen du conseil de la vie sociale (CVS).

---

**Les associations d'usagers estiment qu'un CVS sur cinquante seulement est opérationnel, et qu'une très grande proportion des résidents, des familles et des personnels ne connaît pas son existence et son rôle.**

---

Avec le décret du 25 avril 2022, le Gouvernement a procédé à d'opportunes précisions : la composition du conseil a été élargie, notamment aux élus et aux médecins coordonnateurs, les attributions des CVS ont été complétées pour mieux l'associer au fonctionnement de l'établissement, et l'élaboration d'un règlement intérieur et d'un rapport d'activité a été introduite. Les rapporteurs préconisent d'aller plus loin, en prévoyant la présence dans les CVS d'associations agréées, sur le modèle des associations d'usagers dans le secteur sanitaire.

**Au niveau national, la création d'un conseil national consultatif des personnes âgées sur le modèle du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) est à considérer.** Depuis 1975, le CNCPH peut être saisi et se saisir de toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées, dont il évalue la situation matérielle, financière et morale. De telles missions ne sont actuellement pas remplies pour les personnes âgées en perte d'autonomie autrement que par la remise de rapports ponctuels, à la suite du rapport Laroque de 1962... Aussi un organe permanent trouverait-il sa place dans la formalisation des solutions nécessaires, au plus près des pouvoirs publics. Un tel organe pourrait d'ailleurs être relié par convention au comité d'animation des contrôles, convention qui aurait pour objet de favoriser la concertation et les échanges d'informations.

## 2. Un besoin de pilotage territorial adapté

**La création en 2020 d'une nouvelle branche de sécurité sociale chargée de la gestion du risque de perte d'autonomie n'a pour l'heure pas amélioré le pilotage local de cette politique.** La CNSA, chargée par le législateur de la gestion de cette branche, n'a même presque pas été citée par les interlocuteurs de la mission.

Pour un certain nombre d'acteurs, la médicalisation souhaitable des Ehpad emporte ou emportera à terme une compétence élargie des ARS dans les territoires, ne laissant éventuellement aux départements que la compétence d'aide à domicile. La commission considère qu'un tel recul de la place des départements dans la politique médico-sociale n'est pas opportun.

Le rapport rendu par Dominique Libault en mars 2022 adopte une démarche plus intéressante, considérant que l'objectif ne doit pas être de remettre en cause les choix de gestion des acteurs mais de les amener à traiter ensemble les sujets à la frontière du social, du médico-social et du sanitaire.

D'après ce rapport, la gouvernance territoriale de la politique de l'autonomie pourrait être refondée au sein d'une **conférence territoriale de l'autonomie (Cotea), dont les missions seraient les quatre blocs d'actions d'un « service public territorial de l'autonomie »** : réaliser un diagnostic des besoins ; définir une stratégie départementale répondant aux besoins, sur la base d'un cahier des charges national ; animer les dynamiques partenariales locales, par exemple en matière de prévention, ou pour organiser des sorties d'hospitalisation ; et établir à cette fin une programmation des projets et des financements associés, tout cela, sous le pilotage de la CNSA.

## 3. UN PILOTAGE PAR LA QUALITÉ À DÉVELOPPER

### A. GÉNÉRALISER LA DÉMARCHE QUALITÉ EN ÉTABLISSEMENT

#### 1. La qualité mesurée par le regard porté sur l'activité par une tierce partie

**La Haute autorité de santé (HAS) a finalement publié en mars 2022 le premier référentiel d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux**, en vertu du dispositif prévu par la loi Santé de 2019, et dont l'entrée en vigueur avait été repoussée.

Il ne s'agit que d'une évaluation, la HAS n'ayant pas les moyens nécessaires pour assurer la certification de l'ensemble des structures ; celle-ci sera donc réalisée par des organismes tiers ou les procédures de labellisation accréditées par le COFRAC. Les premières évaluations fondées sur le référentiel devraient débiter en septembre.

## 2. La qualité suivie par des indicateurs publics

Le plan d'action gouvernemental présenté en mars 2022 prévoit justement que chaque fiche signalétique d'établissement s'enrichisse d'indicateurs clés publiés annuellement et ayant vocation à figurer sur le portail internet géré par la CNSA, quel que soit le statut de l'Ehpad.

### Indicateurs de suivi de la qualité du service rendu en Ehpad

Les dix indicateurs annoncés par le Gouvernement en mars 2022 (en gras, les cinq indicateurs dont la transmission par les établissements a été rendue obligatoire par le décret du 28 avril 2022) sont :

- 1° le taux d'encadrement ;
- 2° le taux de rotation des personnels ;
- 3° le taux d'absentéisme ;
- 4° la date de la dernière évaluation de la qualité de l'établissement ;
- 5° le plateau technique : présence d'une salle de stimulation sensorielle, balnéothérapie, etc. ;**
- 6° le profil des chambres (doubles/simples) ;**
- 7° le budget quotidien pour les repas par personne ;
- 8° le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement ;**
- 9° la présence d'une infirmière de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'Ehpad ;**
- 10° le partenariat avec un réseau de santé (gériatrique, de soins palliatifs, etc.).**

Il conviendra de suivre de près la mise en œuvre de ces évolutions, en veillant à la définition des indicateurs et en complétant cette logique, qui vise à améliorer la capacité de choix des usagers, par un meilleur pilotage de l'offre globale qui leur est effectivement proposée – ainsi qu'y prétendent les propositions précédentes.

## B. MIEUX LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE

### 1. Mieux lutter contre la maltraitance

Selon Jean-Luc Gleyze, président du conseil départemental de la Gironde, « *les outils de détection des maltraitances sont trop éclatés, avec trois canaux : l'ARS, le département et le 3977. Ainsi les saisines sont-elles assez rares, même si elles sont aujourd'hui en augmentation. Nous observons une grande difficulté à recouper les informations pour analyser correctement les signaux faibles* ».

Il convient par conséquent de **redoubler d'efforts pour faciliter la détection des situations problématiques graves en établissement**. Cela impose de fiabiliser au plus vite la connaissance du problème par la **finalisation des outils informatiques nécessaires**, mais aussi de développer la culture du signalement en Ehpad. Comme le suggère l'ARS Île-de-France, cela pourrait faire l'objet d'une rubrique plus précise au sein des CPOM.

Les CVS pourraient contribuer à mieux diffuser la culture de prévention de la maltraitance, par une définition plus large des événements indésirables graves portés à leur connaissance, et par une obligation de réponse sur la suite donnée aux signalements de maltraitance adressée par les familles aux autorités tarifcatrices et de contrôle.

### 2. Redonner de l'attractivité aux métiers du grand âge

**Reste que la meilleure politique de lutte contre la maltraitance consiste à assurer l'encadrement suffisant des résidents**. Or sur les carences du secteur et les moyens de remédier à son déficit d'attractivité, tout a déjà été dit, notamment par le rapport de Myriam El Khomri de 2019 : les métiers du grand âge sont peu attractifs, car le turn-over y est important, le nombre de candidats aux concours d'aide-soignant a baissé de 25 % en cinq ans, la sinistralité de l'emploi atteint des niveaux records, les rémunérations du secteur sont durablement faibles, les formations restent cloisonnées, et l'organisation du secteur est encore insuffisamment structurée.



## 4. UN BESOIN DE RÉFORME TRAÇANT DES PERSPECTIVES D'AVENIR

### A. CONSTRUIRE, MALGRÉ TOUT, DE NOUVELLES PLACES EN EHPAD

**Malgré tous les moyens engagés pour réussir le virage domiciliaire, et les succès déjà engrangés en la matière, le besoin de places en Ehpad va continuer à s'accroître dans les années à venir.** La population de personnes âgées dépendantes, estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, pourrait atteindre 4 millions en 2050. Si la dépendance évolue de façon plus optimiste, il faudrait ouvrir 56 000 places en Ehpad d'ici 2030.

Il devient fondamental **d'investir massivement dans la modernisation du bâti des Ehpad surtout publics, dont le bâti est plus ancien**, et de réfléchir aux moyens à leur donner pour faciliter le portage de leur immobilier, par exemple via la possibilité de s'appuyer sur des professionnels, tels des offices publics d'HLM ou des foncières solidaires, pour les accompagner dans la gestion de ce patrimoine.

**Une réflexion doit en outre être ouverte sur la pertinence des dispositifs fiscaux visant à favoriser l'investissement privé dans le secteur.** Une grande partie des Ehpad commerciaux appuient leur immobilier sur la vente en lots sous statut de loueur en meublé non professionnel ouvert à l'investissement défiscalisé qui s'adressent notamment aux particuliers et promettant en contrepartie des taux de rendement importants. Or ces montages pèsent lourd, avant même la mise en fonctionnement de l'établissement, sur le niveau du tarif hébergement et les exigences de rentabilité de l'exploitation. **Aussi les rapporteurs s'interrogent-ils sur l'opportunité de restreindre très sérieusement les mécanismes de défiscalisation de l'investissement locatif en Ehpad.**

### B. EN ATTENDANT UNE LOI « GRAND ÂGE »

Examiner une loi consacrée au grand âge et à l'autonomie, afin de répondre aux besoins de la population, est désormais une priorité absolue. Ne pas le faire serait manquer de considération pour nos aînés.

Une telle réforme devra en particulier trouver les sources de financement pérennes appelées par la constitution d'une offre de service de meilleure qualité. Outre le renforcement des qualifications et l'effort d'investissement, notamment immobilier, mentionnés précédemment, il conviendra d'augmenter le taux d'encadrement en établissement, d'aménager les aides existantes pour améliorer la couverture des besoins, en réexaminant par exemple l'opportunité de certains seuils d'âge ou les cloisonnements entre politiques du handicap et politique du grand âge, améliorer la coordination des acteurs pour fluidifier les prises en charge et structurer une politique de prévention de la perte d'autonomie cohérente et efficace.

## Principales recommandations

**Proposition n° 1** : Étendre la campagne de contrôle annoncée par le Gouvernement aux sièges des groupes privés lucratifs multi-gestionnaires d'Ehpad.

**Proposition n° 2** : Conclure une convention pluriannuelle d'objectifs entre la CNSA et chaque groupe privé lucratif multi-gestionnaires d'Ehpad.

**Proposition n° 4** : Clarifier les règles d'imputation des dépenses de personnel entre les différentes sections tarifaires.

**Proposition n° 5** : Clarifier la réglementation et les attentes des autorités de tarification et de contrôle sur les imputations budgétaires et l'usage des excédents par les gestionnaires d'Ehpad.

**Proposition n° 6** : Plafonner le montant des crédits pouvant être mis en réserve.

**Proposition n° 7** : Étendre la compétence de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes au volet hébergement des établissements et services médico-sociaux.

**Proposition n° 8** : Définir les actions préalables au prononcé de sanctions financières.

**Proposition n° 10** : Attribuer des moyens supplémentaires aux autorités de tarification et de contrôle pour accroître le nombre de missions d'inspections-contrôles dans le secteur médico-social.

**Proposition n° 11** : Créer un comité d'animation des contrôles au niveau national réunissant les directions d'administrations centrales et les caisses de sécurité sociale concernées, le défenseur des droits, afin de définir des orientations nationales et donner des impulsions aux réseaux déconcentrés.

**Proposition n° 12** : Décliner le comité d'animation des contrôles au niveau départemental, avec un représentant du conseil départemental, afin de coordonner les actions.

**Proposition n° 13** : Donner un droit d'opposition élargi aux autorités de tarification et de contrôle sur les transferts d'autorisation (et notamment en cas de vente).

**Proposition n° 14** : Prévoir le versement d'une redevance pour les Ehpad commerciaux

**Proposition n° 15** : Encadrer l'évolution de l'offre privée lucrative par rapport à l'offre globale d'un département.

**Proposition n° 16** : Supprimer les dispositifs de défiscalisation pour les investissements immobiliers en Ehpad (ou les soumettre à des règles plus protectrices des petits épargnants et plus contraignantes sur l'entretien du bâti).

**Proposition n° 18** : Ouvrir les CVS à des personnes extérieures à l'établissement, telles des associations d'usagers agréées sur le modèle du secteur sanitaire.

**Proposition n° 19** : Créer un conseil national consultatif des personnes âgées.

**Proposition n° 21** : Créer une conférence territoriale des personnes âgées.

**Proposition n° 22** : Se doter rapidement d'outils fonctionnels de signalement des événements indésirables graves en Ehpad.

**Proposition n° 23** : Imposer une obligation de réponse sur la suite donnée aux signalements de maltraitance adressés par les familles aux autorités tarifatrices et de contrôle.

**Proposition n° 24** : Examiner une loi grand âge visant à structurer un service public de la prise en charge de la perte d'autonomie répondant aux besoins et aux souhaits de la population.



**Catherine Deroche**  
Sénatrice (LR) de  
Maine-et-Loire  
Présidente



**Bernard Bonne**  
Sénateur (LR) de la Loire  
Rapporteur



**Michelle Meunier**  
Sénatrice (SER) de  
la Loire-Atlantique  
Rapporteuse

Consulter le rapport d'information

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-771-notice.html>