

Paris, le 7 septembre 2017

Mission « flash » relative à la situation des EHPAD : « Retrouvez la contribution du SYNCASS-CFDT »

EN BREF : la CFDT a été auditionnée hier par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale dans le cadre de la "mission flash" relative à la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, conduite par Monique IBORRA. L'objectif de cette mission est de procéder à un "état de la question" et de formuler des propositions "en vue de travaux ultérieurs". Les résultats seront présentés le 13 septembre prochain à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Le SYNCASS-CFDT a été associé à cette audition pour apporter le diagnostic et l'analyse des directeurs aux prises avec les effets des réformes qu'ils ont la charge de conduire. Une opportunité pour porter nos revendications. Les principales préoccupations et alertes de la CFDT ont porté sur les effectifs très en-deçà des orientations du plan solidarité grand âge accentué par la contraction des marges de manœuvre et les effets réels de la réforme de la tarification.

Le SYNCASS-CFDT vous reproduit ci-dessous sa contribution remise lors de cette audition.

I- Un constat qualitatif, avant application de la réforme de la tarification

En France, on dénombre en 2014 près de 7 752 EHPAD qui accueillent 592 900 personnes. C'est 6 % de la population âgée de plus de 85 ans qui vit actuellement en EHPAD^[1]. Pourtant les ratios soignants alloués à chaque établissement restent fortement insuffisants au regard des objectifs du plan solidarité grand âge. Voici quelques éléments d'illustration :

Pour 100 places, un EHPAD dispose en moyenne de l'effectif suivant (en ETP) :

	IDE ^[2]	AS	AHSQ
EHPAD privé non lucratif	5,41	22,4	20,43
EHPAD public	6,71	24,09	20,27

Traduction dans l'organisation quotidienne du matin dans les établissements :

Pour une unité de 35 lits en moyenne, sont présents le matin, hors absentéisme de dernière minute : 2 AS et 1 ASHQ participant aux soins de nursing, par glissement de tâche (ce qui peut être sanctionné par les autorités de tarification à l'occasion d'une inspection) - Soit un professionnel pour plus de 11 résidents.

Pour une unité de 24 lits en moyenne, sont présents le matin, hors absentéisme de dernière minute : 2 AS au mieux ou, plus souvent, 1 AS et 1 ASHQ participant aux soins de nursing, par glissement de tâche. Soit un professionnel pour plus de 12 résidents.

Ces ratios et leurs conséquences concordent évidemment avec ceux présentés lors de cette audition par la CFDT dans son enquête « Parlons travail, combien sommes-nous aujourd'hui ? » et dont les résultats seront prochainement rendus publics ([lire ici](#)). Comment, dans ces conditions, envisager ne serait-ce qu'un bain/douche par résident et par semaine ? Même cet accompagnement le plus élémentaire semble impossible ! L'accompagnement pour l'acte de la toilette, pour ce même service, ne sera pas fini avant 12h00. Les soignants vont courir après le temps, et de leur côté, les résidents n'auront bénéficié dans la matinée que d'un accompagnement de 20 à 30 minutes. **Difficile dans de telles conditions, de promouvoir la bientraitance.**

Et la situation ne s'améliore pas l'après-midi et la nuit :

Dans cette même unité de 35 lits, l'après-midi, sont présents 2 agents, une AS et une ASHQ, participant aux soins de nursing, également et toujours par glissement de tâche. Comment alors accompagner les résidents lors du repas et du coucher ? Ne nous étonnons donc pas de l'heure du repas en établissement et de l'heure du coucher.

La nuit, pour un établissement de 100 à 120 lits, la présence soignante sera de 2 agents (une AS et une ASHQ).

^[1] Source : Études et résultats – DRESS - N° 877 • février 2014 « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 »

^[2] IDE – infirmier diplômé d'Etat ; AS – Aide-soignant; ASHQ – Agent de service hospitalier qualifié

Comment garantir la continuité des soins et de l'accompagnement, comment développer une sécurité maximale et éviter des hospitalisations inutiles dans ces conditions ?
Comment accompagner des résidents de plus en plus atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, et donc au rythme nocturne/diurne très perturbé ?

Cette situation ne satisfait ni les usagers, ni les professionnels qui exercent dans ces établissements avec engagement et courage. Les usagers méritent mieux !

- **Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés**

Une étude de la DREES publiée en septembre 2016^[3] est particulièrement intéressante. Elle y est fait état de professionnels globalement très investis mais dont les conditions de travail se dégradent objectivement :

« Le travail soignant se caractérise donc par le caractère répétitif d'une part, et ingrat d'autre part, des tâches réalisées. »

« On sait qu'à 12h tous les résidents doivent être lavés et habillés, et on fait en sorte de respecter ces objectifs. Après, on s'adapte pour gérer les imprévus et respecter autant que possible les besoins des résidents. », Stéphane, 49 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 11 ans »

« La principale conséquence des évolutions du public et des modes d'organisation durant la période récente est l'intensification des cadences qui apparaît, sans augmentation importante des moyens, comme la seule possibilité pour effectuer l'ensemble des tâches imparties aux soignants. »

« Il s'agit par ailleurs d'une caractéristique essentielle des conditions de travail des professionnels en EHPAD, comme ils le soulignent unanimement. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés forte dépendance des résidents contribue à faire réaliser aux professionnels des prises en charge plus lourdes, demandant donc un temps accru, qui ne sont pas compensées par un accroissement des moyens humains. La « pression de la pendule », autrement dit le travail dans l'urgence, est systématiquement mentionnée par les soignants. »

« La notion de « travail empêché », définie comme un travail qui ne peut être mené à bien du fait des contraintes de l'organisation permet de restituer ce ressenti des professionnels. »

« Face à l'objectif de maintien voire de développement de l'autonomie des résidents, les professionnels témoignent fréquemment de leur sentiment d'échec et d'impuissance. »

« Sommés d'être bien traitants, ils en viennent régulièrement à parler de maltraitance, même passive, à l'égard des résidents. « On a le sentiment de ne pas avoir le temps et la possibilité de bien faire les choses. C'est autant frustrant que décourageant. Les résidents se rendent bien compte du stress et du manque de temps qu'on a à leur consacrer, ce qui détériore parfois la relation qu'on a avec eux ». Marine, 28 ans, AS, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 4 ans. »

- **L'évolution du profil des résidents**

Cette même enquête de la DREES pointe la modification majeure du profil des résidents, dont principalement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés :

« Ces changements dans les profils des résidents accueillis en EHPAD entraînent un accroissement de la charge mentale subie par les professionnels soignants. »

Autre phénomène dans l'évolution des profils des résidents : l'augmentation des manifestations d'agressivité dans les EHPAD, participant à la complexification des accompagnements mais également à l'augmentation de l'épuisement professionnel. Cela est largement étayé par l'enquête de la CFDT « Parlons effectifs ».

Aujourd'hui, la population accueillie en EHPAD est très majoritairement atteinte d'une pathologie de type démence. C'est devenu le motif principal d'entrée en établissement (plus de 70%).

- **L'absentéisme : un baromètre de l'épuisement !**

Les établissements font face à un taux d'absentéisme croissant, manifestation de l'épuisement des professionnels que peu d'études analysent à ce jour. Les remontées des indicateurs de l'ANAP doivent permettre de développer ce suivi.

Ce que nous savons aujourd'hui : avec 32,5 jours d'absence par agent et par an, le taux d'absentéisme moyen en EHPAD est 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé. Par ailleurs,

^[3] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues^[4].

Cette alerte majeure ne peut rester sans réponse de la part des pouvoirs publics.

II- Des marges de manœuvre déjà réduites en EHPAD

Depuis 2008, les établissements subissent des baisses de leurs financements, réduisant progressivement leurs marges de manœuvre pourtant déjà initialement faibles.

L'effet de ciseau, entre des charges qui mécaniquement augmentent et des produits qui n'augmentent pas à due concurrence, conduit les établissements à réduire la qualité de leur prestation, les contraignant à limiter les remplacements en cas d'absentéisme, à recourir de manière plus importante qu'auparavant aux contractuels, entraînant ainsi une précarisation du personnel et freinant le recrutement statutaire.

- **Le tarif hébergement**

En raison d'une pression convergente des familles et des usagers (les pensions évoluant moins vite que l'inflation) et des conseils départementaux (pour la plupart, en situation financière très difficile), les prix de journée relatifs au tarif hébergement ont subi depuis 5 ans des taux d'évolution faibles, parfois nuls, voire, dans certains départements, négatifs. Les évolutions ont été en tout cas globalement inférieures à l'inflation, entamant les marges de manœuvre des EHPAD.

- **La dotation dépendance : Une situation fortement dégradée**

Depuis 2008, la dotation dépendance a également vu son taux d'évolution annuel limité entre 0 et 1%. **Les décrets d'application de décembre 2016 en application de la loi ASV ont introduit la convergence appliquée au forfait dépendance : un coup dur supplémentaire pour les établissements, notamment publics.**

Le calcul du point GIR départemental est le socle des problématiques issues de la mise en œuvre du calcul de convergence. C'est la raison pour laquelle il est utile de revenir sur son contenu et sa mise en œuvre. Et pour cause, aucune publicité n'est faite sur la modalité retenue pour établir le montant des points GIR départementaux. **Ce manque d'information dans l'élaboration du calcul initial par les départements renforcé par l'hétérogénéité dans le formalisme des décisions du Président du Conseil départemental, constitue un risque fort d'applications variables d'un département à l'autre et compromet l'application équitable de la réforme sur le territoire et entre établissements.**

Ces disparités sont renforcées par l'absence de prise en considération des singularités juridiques, sociales et fiscales entre les structures (lucratives, associatives et publiques) qui, à la faveur d'un calcul uniforme, précipite les établissements publics au-dessus de la valeur du point GIR départemental et donc dans la plus forte convergence négative.

La convergence du forfait conduit à une redistribution des dotations, dans le cadre d'un processus de convergence étalé sur sept ans. **Nombreux sont les établissements, notamment publics mais également associatifs, qui voient en conséquence leur dotation subir des baisses programmées de 10, 15 ou 20%, jusqu'à 30% voire plus, sur cette durée.** En l'absence de marge de manœuvre, et pour une section couvrant essentiellement des charges de personnel, cette péréquation imposée a deux conséquences : la première est le plafonnement des ressources, sans prise en considération des populations accueillies ou alors de manière facultative ; la seconde réside dans la contraction « mécanique » des moyens pour un grand nombre d'établissements.

Il s'agit alors d'une mesure générale qui affecte tous les établissements, quels que soient leur situation, leurs investissements et leur trésorerie. Ce nouveau désengagement fragilisera encore les établissements, les personnels et les usagers. La réduction de moyens touchera les effectifs au service des personnes, les animations, les sorties, l'alimentation, la qualité du matériel, les fournitures d'hygiène et de protection, ainsi que les autres prestations. **Alors qu'il est de notoriété publique que les EHPAD ne disposent à ce jour d'aucune marge de manœuvre et que leurs effectifs sont très en deçà des ambitions du Plan solidarité grand-âge et des attentes des usagers.**

À l'origine de cette disparité structurant le calcul du point GIR figure principalement le régime des charges sociales et fiscales, la TVA notamment, mais également des différences autour des charges salariales en vigueur, dans une section tarifaire qui est constituée à 85-90% de charges de personnel.

^[4] Source : ANAP et le cinquième baromètre de l'absentéisme d'Alma CG

▪ **Le secteur des EHPAD privés lucratifs :**

Les établissements connaissent l'assujettissement à la TVA au taux de 5,5% sur la dépendance et l'hébergement, qui impacte donc les dépenses communes d'hébergement et de dépendance. **Cet assujettissement entraîne l'exonération de taxe sur les salaires.** Et enfin ce secteur **bénéficie du CICE.**

Les enjeux pour le CICE^[5]: cela correspond à une baisse de cotisations sociales à hauteur de 7%^[6] des charges (9% en outre-mer) de rémunération brute soumises aux cotisations sociales.

▪ **Les EHPAD privés non-lucratifs :**

Les établissements du secteur associatif bénéficient soit d'un assujettissement à TVA au taux de 5,5% (récupérable) et assorti d'une exonération de taxe sur les salaires, soit ils ne sont pas assujettis à la TVA et bénéficient du crédit d'impôts CITS.

Les enjeux pour le CITS : ce crédit d'impôt (institué depuis le 1er janvier 2017)^[7], est réservé aux associations et organismes sans but lucratif (OSBL)^[8] et correspond à une exonération de 4% sur la taxe sur les salaires assise sur toute ou partie des rémunérations versées au cours de l'année civile.

▪ **Les EHPAD du secteur public : deux situations à distinguer**

Les EHPAD publics territoriaux :

Les **EHPAD non personnalisés** sont le plus souvent rattachés à une collectivité territoriale (une commune pour l'essentiel). Ces établissements, du fait de ce rattachement, sont exonérés de taxe sur les salaires et peuvent récupérer la TVA sur les investissements par le biais du fond de compensation de la TVA (**le FCTVA**).

Le secteur des EHPAD publics du champ de la Fonction publique hospitalière :

Les **EHPAD publics du champ de la fonction publique hospitalière**, qu'ils soient autonomes ou rattachés à un établissement public de santé sont certes non assujettis à la TVA, mais s'acquittent de la taxe sur les salaires et ne bénéficient ni du CITS, ni du CICE. En effet, le secteur public n'accède pas à ces avantages fiscaux récemment mis en place. Et cela représente un différentiel significatif.

Cette distinction, non compensée en pratique a un impact significatif (10 à 15% de charges sociales exonérables). Et pourtant tous partagent le même montant de point GIR. On comprend alors que les établissements publics seront plus particulièrement amenés à contracter la masse salariale pour s'aligner avec des opérateurs privés, qui de leur côté bénéficient des exonérations de charges.

Des enjeux significatifs sur la section dépendance :

Rappelons que la section dépendance a été structurée pour prendre en considération des charges de fournitures et de prestations (surcoûts hôteliers liés à la dépendance) et pour l'essentiel des charges de personnel :

Pour environ 15% des charges des fournitures hôtelières, notamment les protections, alèses et produits absorbants (appelons cela les produits de première dignité).

Pour environ 85% des charges de personnel, notamment 30% en équivalent temps plein des ASH, AMP et aides-soignants. La mise en œuvre de la convergence impacte fortement les équilibres sur ces catégories de professionnels essentiels dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Pour illustrer : **l'application d'une convergence négative de 15% sur l'ensemble de la section aura des effets sur l'ensemble des personnels dont les charges sont potentiellement partagées entre les sections dépendance, soins et hébergement** (les AS, les AMP et les ASHQ).

^[5] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000028536855&cidTexte=LEGITEXT000006069577>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026949977&cidTexte=LEGITEXT000006069577>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000028421050&cidTexte=LEGITEXT000006069574>

^[6] <http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/8437-PGP.html>

^[7] Remarque : donc postérieurement au calcul du point GIR 2016

^[8] Le périmètre du dispositif (CITS) concerne : les associations ; les fondations reconnues d'utilité publique ; les centres de lutte contre le cancer ; les syndicats professionnels ; les organismes de complémentaire santé régis par le Code de la mutualité.

- **Un forfait soins bloqué depuis 2008**

En 2009, les établissements les mieux dotés, n'ayant pourtant pas encore atteint les objectifs du Plan solidarité grand âge en termes de ratios, se sont vus appliquer une convergence à la baisse. C'était le premier acte d'une série à venir. Les circulaires budgétaires de ces 5 dernières années ont limité, pour chaque établissement, le forfait à 95% de son plafond théorique.

Egalement, comme pour les autres sections tarifaires (hébergement et dépendance), le taux d'évolution annuel s'est situé en-deçà des évolutions réelles des charges (évolutions notamment mécaniques liées au GVT et aux revalorisations statutaires ou conventionnelles).

Dès 2008, il n'a plus été possible de réévaluer le forfait soins en cours de convention. Les écarts se sont ainsi creusés entre les niveaux effectivement constatés, à la hausse, du niveau moyen de dépendance des établissements (GMP) et du niveau des besoins en soins techniques (PATHOS moyen pondéré).

La coupe PATHOS, élément déterminant dans le calcul de la dotation, a fait l'objet par ailleurs de critiques vives de la communauté professionnelle. Il est à souligner notamment que les modalités de calcul du forfait soin, assises sur le GMP et le PMP **n'incluent absolument pas la dimension « prévention en santé publique »**. Bien au contraire, les GMP et PMP peuvent se voir minorer par des actions de prévention et de stimulation, consommatrices en temps humain mais non valorisées financièrement.

La CFDT dénonce également le gel depuis 5 ans des dotations soins pour les établissements ayant opté pour l'option « tarif global », option qui n'est par ailleurs désormais ouverte que dans des situations marginales.

Enfin, les conventions tripartites ont pris un retard important. Nombreuses sont celles qui sont arrivées à leur terme depuis au moins 2 ans. Ce qui n'a plus permis d'adapter le financement aux évolutions des populations accueillies.

III- La réforme de la tarification : un déverrouillage en trompe-l'œil

Le passage d'une dotation plafonnée à un forfait assis sur l'équation tarifaire peut libérer des marges de manœuvre pour les établissements. Mais :

- **Le rythme de convergence à la hausse est lent (7 ans) ;**
- **Et surtout il inclut le taux de reconduction annuel, avec pour effet pour les établissements en forfait global, si le tarif n'est pas revalorisé, une marge « mangée » par ce taux.**

Les montants de financements supplémentaires évoqués dans l'instruction du 7 avril 2017 se révèlent en partie factices et ne peuvent en aucun cas être considérés comme une forme de compensation de la perte pour de nombreux établissements au titre de la dépendance.

Rappelons le risque de déqualification induit par ces contractions de moyens : les insuffisances de personnel AS sont compensées dans les établissements par des ASHQ, assurant des missions très similaires par glissement de tâches (en dépit de la réglementation), mais dont le financement est porté en grande partie par le tarif hébergement. **Au fond, on demande aux résidents de prendre en charge une partie des dépenses qui devraient être prises en charge par le forfait soins, mais dont le niveau ne le permet pas.**

Pour les 3 sections tarifaires, on constate sur ces 5 dernières années des taux de reconduction qui ne permettent pas de prendre en charge les impacts financiers du GVT et notamment des avancées statutaires (PPCR, revalorisations) entamant d'autant les marges de manœuvre des établissements.

- **Prix de journée comme variable d'ajustement**

Les prestations socles, définies par décret, permettent, voire appellent, le développement de facturations complémentaires (entretien du linge...). Les contraintes fortes, pesant sur les forfaits soins et dépendance amènent les établissements à rechercher l'équilibre budgétaire par l'augmentation du tarif hébergement. Pour ces derniers, la tentation sera forte de se déshabiller de l'aide sociale et/ou de renoncer à certaines prestations.

- **Logique EPRD**

La logique EPRD, dans un cadre pluriannuel, peut être intéressante. Mais les marges de manœuvre entamées largement ne permettront pas de dégager des résultats suffisamment positifs pour générer une capacité d'autofinancement suffisante. **La liberté du gestionnaire affichée par la réforme est ici en trompe-l'œil.**

IV- 2017, année du cumul des difficultés

- **Les contractions des enveloppes de formation de l'ANFH**

La LFSS pour 2017 a opéré des prélèvements d'autorité sur les réserves de l'ANFH pour équilibrer l'ONDAM, la conséquence est réelle puisque les formations qualifiantes sont en baisse de financement. Les plus petits établissements, dont les EHPAD, sont particulièrement pénalisés.

- **La suspension des contrats aidés :**

Déjà aux prises avec les contraintes budgétaires précitées, les établissements doivent aussi reconsidérer dans l'urgence les effectifs 2017 des emplois aidés. La suppression de ces personnels, souvent impliqués au plus près des prises en charge et de l'accompagnement des usagers, fragilise encore plus la qualité des prises en charge.

Ainsi, des personnes en emplois aidés ont pu intégrer nos effectifs statutaires, de manière progressive, même si ce phénomène ne s'est pas généralisé. Dans bon nombre d'établissements, les emplois aidés ont été inscrits dans les conventions tripartites, ou dans les CPOM, traduisant un engagement fort et explicite des pouvoirs publics, qui à l'époque ont largement sollicité les établissements pour la création de ces mêmes emplois.

La CFDT insiste sur l'urgence de considérer les effets d'ensemble des décisions publiques, car leurs conséquences négatives, immédiates et futures, se cumulent. On ne peut persister dans les réductions d'effectifs sans compromettre la bientraitance et la sécurité.

DES AMELIORATIONS RAPIDEMENT ATTENDUES POUR LES EHPAD :

1. **Obtenir la convergence du forfait soins à la hausse pour la totalité du montant, dès la première négociation du CPOM ou dès 2018 pour les établissements programmés après 2020, permettant d'augmenter les ratios soignants rapidement.**
2. **Obtenir la revalorisation des tarifs de l'équation tarifaire soins, annuellement, incluant l'augmentation des coûts, notamment statutaires, de manière à stopper l'effet ciseau entre recettes et dépenses constaté depuis au moins 2008.**
3. **Etablir des objectifs de ratios soignants nationaux à la hauteur de nos ambitions. Le plan solidarité grand âge avait développé cette ambition. Ces objectifs nous conviennent.**
4. **Obtenir le retrait de la convergence du forfait dépendance assis sur la valeur moyenne départementale, source de nivellement par le bas, qui nie les réalités de niveaux de charges en fonction des statuts des établissements et qui acte de manière définitive les différentiels de financement entre départements.**
5. **Maintien des contrats aidés dans les établissements médicalisés assortis à une évaluation de leur qualification.**
6. **Un plan d'investissement à la hauteur pour rénover les murs puisque la moitié du parc public et privé non lucratif est à restructurer d'ici 20 ans.**
7. **Evaluer pour aller plus loin pour les UHR-PASA : parmi les 52 % d'EHPAD du secteur non lucratif ayant une prise en charge spécifique Alzheimer, 26 % disposent d'un PASA et 6 % d'une UHR. Parmi les 54 % d'EHPAD Publics qui ont une prise en charge spécifique Alzheimer, un tiers dispose d'un PASA et 20 % d'une UHR, il est nécessaire de mailler le territoire de manière renforcée.**
8. **Définir et mettre en œuvre une certification des EHPAD indépendante et nationale : aujourd'hui l'évaluation externe n'est pas reconnue par les ARS dans le cadre de la contractualisation.**

9. **Promouvoir les EHPAD comme des plateformes gérontologiques de services coordonnés.**
10. **Intégrer les ESMS au chantier de l'interopérabilité numérique Ville/Hôpital.**
11. **Aboutir au développement effectif d'une offre qualitative pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.**

Le SYNCASS-CFDT agit pour une gestion concertée des établissements et la reconnaissance des responsabilités des cadres de direction, en vue d'un exercice professionnel maîtrisé.