

DELIBERATION n° CD-2026/06/26-4/07

CONSIDERANT que ce rapport a été communiqué aux membres de l'assemblée délibérante dans les délais réglementaires,

Après en avoir délibéré,

DÉCIDE

Article 1 : Prend acte de la présentation du rapport « EHPAD autorisés par le Département : bilan, constats et préconisations de la Mission d'Information et d'Evaluation », ses conclusions et ses préconisations annexés à la présente délibération.

Adopté à l'unanimité

Ont voté POUR : 46

Mme Emma ABREU, M. Eric BAREILLE, Mme Nathalie BEAULNES-SERENI,
Mme Majdoline BOURGEAIS – EL ABIDI, M. Thierry CERRI, M. Jean-Marc CHANUSSOT,
M. Bernard COZIC, M. Stéphane DEVAUCHELLE, M. Smaïl DJEBARA, Mme Bouchra FENZAR-RIZKI,
Mme Isoline GARREAU, M. Laurent GAUTIER, Mme Anne GBIORCZYK, Mme Julie GOBERT,
M. Pascal GOUHOURY, M. Anthony GRATACOS, M. Michel JOZON, Mme Sarah LACROIX,
M. Olivier LAVENKA, M. Jean LAVIOLETTE, Mme Nolwenn LE BOUTER, Mme Daisy LUCZAK,
Mme Nathalie MOINE, Mme Cindy MOUSSI-LE GUILLOU, Mme Mireille MUNCH,
Mme Céline NETTHAVONGS, M. Jean-François PARIGI, Mme Véronique PASQUIER,
M. Vincent PAUL-PETIT, M. Ugo PEZZETTA, M. Brice RABASTE, M. Christian ROBACHE,
Mme Béatrice RUCHETON, M. Patrick SEPTIERS, Mme Sandrine SOSINSKI, M. Jean-Louis THIERIOT,
M. Xavier VANDERBISE, Mme Véronique VEAU, M. Mathieu VISKOVIC

Mme Sophie DELOISY a donné pouvoir à Mme MUNCH Mireille,
M. Yann DUBOSC a donné pouvoir à M. RABASTE Brice,
M. Denis JULLEMIER a donné pouvoir à M. PARIGI Jean-François,
Mme Marie-Line PICHERY a donné pouvoir à M. VISKOVIC Mathieu,
Mme Sara SHORT-FERJULE a donné pouvoir à M. DJEBARA Smaïl,
Mme Virginie THOBOR a donné pouvoir à M. LAVIOLETTE Jean,
Mme Claudine THOMAS a donné pouvoir à M. THIERIOT Jean-Louis

Ont voté CONTRE : 0

Se sont ABSTENUS : 0

N'ont pas pris part au débat et au vote : 0

DELIBERATION n° CD-2026/06/26-4/07

Etaient ABSENTS: 0

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' and 'P' followed by a horizontal line.

Jean-François PARIGI
Le Président du Conseil départemental
de Seine-et-Marne

Date de télétransmission : 30/06/2026
Date de réception préfecture : 30/06/2026
Date de Publication : 01/07/2026

Conseil départemental du 26 juin 2026
Annexe à la délibération n°4/07



Département de Seine-et-Marne

Rapport de la Mission d'information et d'évaluation (MIE) relative aux EHPAD autorisés par le Département Bilan, constats et préconisations

Rapport final de la MIE – mai 2026

Table des matières

1. Contexte et création de la Mission d'Information et d'Évaluation.....	3
1.1. Genèse de la mission	3
1.2. Délibération de création et durée.....	3
1.3. Périmètre et compétences arrêtés par la délibération	4
1.4. Finalités de la mission et attendus	4
2. Méthode de travail retenue par la mission	5
2.1. Une commission souveraine dans sa méthode, dans le cadre de la délibération	5
2.2. Une méthode en quatre volets complémentaires	5
2.3. Des auditions organisées selon une logique de montée en compétence.....	5
2.4. Des visites fondées sur un échantillon représentatif	5
2.5 Un calendrier indicatif et un pilotage opérationnel.....	6
3. Qu'est-ce qu'un EHPAD et qui finance quoi ?	6
3.1 Droits des usagers et garanties minimales	7
3.2 Organisation de la tarification : trois composantes, trois financeurs	7
3.3 Comprendre le "prix affiché" et le prix de journée.....	7
3.4 Contrôle, qualité et traitement des signalements	7
4. Évolutions structurelles du secteur et recompositions territoriales.....	8
4.1. Les GTSMS : cadre légal, dynamique départementale et enjeux d'articulation	8
4.2. Les Centres de Ressources Territoriaux (CRT) : appui au domicile et coordination territoriale..	9
4.3. Le Plan « Bien vieillir en Île-de-France » : un cadre régional en cours de construction	10
5. Diagnostic, mesures d'urgence et transformation de l'offre pour répondre aux besoins des territoires	10
6. Synthèse des constats et structuration en axes	12
Axe 1 – Parcours du bien vieillir en Seine-et-Marne.....	12
Axe 2 – Maintien à domicile, non-recours et solutions intermédiaires	13
Axe 3 – Sécuriser le parcours : information, évaluation, dossier partagé.....	14
Axe 4 – Conditions et modalités d'entrée en EHPAD.....	15
Axe 5 – Ressources humaines : tensions structurelles et attractivité	16
Axe 6 – Accès médical et désertification.....	17
Axe 7 – Fin de vie et soins palliatifs	18
Axe 8 – Familles, droits des résidents et qualité de la relation	19
Axe 9 – Bienveillance, éthique et qualité relationnelle	20
Axe 10 – Taille critique, mutualisations et gouvernance des établissements.....	22
Conclusion.....	24
Rappel de l'ensemble des préconisations	25
Annexe 1 - Lettre demandant la création de la MIE	31

Annexe 2 - Délibération créant la MIE	33
Annexe 3 : Calendrier des visites, des personnes auditionnées et des commissions plénières	35
Annexe 4 : Cartographie des EHPAD autorisés en Seine-et-Marne	38
Annexe 5 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	39
Annexe 6 : Charte Romain Jacob.....	40
Annexe 7 : Données du Tableau de Bord de la Performance, année 2024.....	41

1. Contexte et création de la Mission d'Information et d'Évaluation

1.1. Genèse de la mission

Par courrier en date du 13 octobre 2025, les élus du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain ainsi que ceux du groupe Gauche Républicaine, Communiste et Écologiste ont sollicité la création d'une Mission d'Information et d'Évaluation (MIE) relative aux EHPAD.

Conformément aux dispositions du Règlement intérieur du Conseil départemental (articles 24 et 25), il appartient au Conseil départemental de se prononcer sur cette demande et, le cas échéant, d'en arrêter la durée, la composition et les compétences.

1.2. Délibération de création et durée

Par délibération n° CD-2025/11/14-0/04, adoptée lors de la séance du 14 novembre 2025, le Conseil départemental a décidé de créer une Mission d'Information et d'Évaluation relative aux EHPAD autorisés et tarifés par le Département.

La mission est créée **à compter du 14 novembre 2025**, pour une **durée maximale de six mois**, conformément au cadre défini par le règlement intérieur.

Composition de la mission

La délibération prévoit que la MIE est composée :

- Des membres de la commission Solidarités,
- Ainsi que d'un membre de chaque groupe politique non représenté au sein de cette commission.

La mission comprend **douze membres** :

- M. **Bernard COZIC**
- Mme **Anne GBIORCZYK**
- Mme **Emma ABREU**
- M. **Jean-Marc CHANUSSOT**
- M. **Denis JULLEMIER**
- Mme **Cindy MOUSSI-LE-GUILLOU**
- Mme **Véronique PASQUIER**
- Mme **Sophie DELOISY**
- Mme **Julie GOBERT**
- Mme **Marie-Line PICHERY**
- M. **Anthony GRATACOS**
- M. **Michel JOZON**

Rapporteur et pilotage des travaux

La délibération désigne M. **Bernard COZIC** en qualité de **rapporteur** de la Mission. À ce titre, il a pour rôle « d'organiser et de piloter les travaux » de la MIE.

1.3. Périmètre et compétences arrêtés par la délibération

La MIE est compétente pour **recueillir, analyser et évaluer** quatre champs d'investigation :

- **Qualité et bientraitance** : état des lieux des signalements, contrôles et suites données depuis 2022 ; conditions de prise en charge et qualité de vie ;
- **Financement et reste à charge** : analyse des flux publics (Département / État / Assurance maladie), impact sur les tarifs ; habilitation à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et écarts territoriaux ;
- **Gouvernance et contractualisation** : examen des conventions (dont tripartites) et des clauses de qualité/évaluation ; modalités de suivi ;
- **Égalité territoriale de l'offre** : répartition géographique, capacités, taux d'occupation, fermetures/ouvertures et accès effectif aux places

1.4. Finalités de la mission et attendus

Au regard des compétences définies par la délibération, la Mission d'Information et d'Évaluation poursuit une finalité opérationnelle : **éclairer l'assemblée départementale** par un état des lieux objectif et partagé des conditions d'accueil et d'accompagnement en EHPAD, ainsi que des mécanismes de pilotage et de financement qui les structurent.

À ce titre, les attendus de la mission se déclinent en quatre objectifs complémentaires :

➤ **Objectiver la qualité et la bientraitance**

La mission vise à consolider l'information disponible sur les signalements, contrôles et suites données, et à apprécier les conditions concrètes de prise en charge, dans une logique d'amélioration continue.

➤ **Apprécier les équilibres de financement et la soutenabilité pour les usagers**

L'analyse porte sur la structure des financements publics et sur leurs effets sur les tarifs et le reste à charge, notamment au regard de l'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et des écarts constatés entre établissements ou territoires.

➤ **Évaluer la gouvernance et les outils de contractualisation**

La mission examine les conventions et cadres de contractualisation, ainsi que les modalités de suivi, afin d'identifier les marges d'amélioration possibles en matière de pilotage et de transparence.

➤ **Analyser l'égalité d'accès à l'offre sur le territoire départemental**

La mission vise à apprécier la répartition géographique des capacités, les taux d'occupation, les dynamiques de fermetures/ouvertures et, plus largement, l'accès effectif aux places. ¹

¹ Annexe 4 : cartographie des EHPAD autorisés en Seine-et-Marne

2. Méthode de travail retenue par la mission

Conformément au cadre fixé par la délibération d'assemblée, la commission a arrêté, dès sa réunion d'installation, une **méthodologie de travail structurée**, permettant de produire un diagnostic étayé et partagé, fondé sur le croisement des sources et la progressivité des travaux.

2.1. Une commission souveraine dans sa méthode, dans le cadre de la délibération

Lors de la première réunion plénière de la mission (27 novembre 2025), il est rappelé que la mission est conduite sur une durée de six mois et porte sur l'ensemble des EHPAD du département, quel que soit leur statut juridique (public, associatif, privé), afin d'établir une vision globale des enjeux de qualité d'accompagnement, de transparence de gestion et de bientraitance. La commission a confirmé sa souveraineté dans la définition de son organisation de travail, dans les limites fixées par la délibération d'assemblée.

2.2. Une méthode en quatre volets complémentaires

La méthode adoptée repose sur quatre volets, conçus pour se renforcer mutuellement :

1. **Analyse de la documentation** des établissements (rapport CVS, rapports commission animation et restauration, projet d'établissement...) ;
2. **Auditions** d'acteurs institutionnels et de terrain ;
3. **Visites** d'un échantillon d'EHPAD ;
4. **Analyse approfondie** des éléments recueillis et **rédaction** du rapport final.

2.3. Des auditions organisées selon une logique de montée en compétence

La commission a confirmé le principe d'auditions visant à **croiser les regards**, en interrogeant :

- Les instances de régulation et de contrôle (ARS, URSSAF, DDFIP),
- Les fédérations et représentants des gestionnaires (dont SYNERPA),
- Les acteurs de la coordination et de la prévention (DAC, groupement hospitalier, PAT/SAPHA, CDCA),
- Les représentants des usagers.

Afin d'optimiser la qualité des échanges, il a été acté une organisation progressive des auditions :

- D'abord les acteurs de terrain (fédérations, représentants d'usagers, directions d'établissements, syndicats),
- Ensuite les prescripteurs et partenaires (groupement hospitalier, PAT...),
- Enfin les institutions de régulation et de contrôle, afin de pouvoir leur soumettre des questions plus précises, construites à partir des constats déjà recueillis.

2.4. Des visites fondées sur un échantillon représentatif

Pour disposer d'un échantillon représentatif, la commission a arrêté des critères de sélection :

- Diversité des **territoires** du département,
- Diversité des **statuts de gestion** (public, associatif, privé),
- Diversité des **tailles et organisations**.

Une première liste de six établissements a été proposée, sur le déroulé des visites, il a également été acté que :

- Les visites se tiendraient **prioritairement l'après-midi**, afin de faciliter des échanges informels, les toilettes se faisant le matin et la commission ne souhaitant pas intervenir dans ce moment consacré au soin des résidents ;
- Les échanges avec résidents et familles devaient être **libres et spontanés** ;
- Les **Conseils de la Vie Sociale (CVS)** seraient, autant que possible, associés comme cadre formel de dialogue avec les usagers et leurs proches.

2.5 Un calendrier indicatif et un pilotage opérationnel

La mission s'est dotée d'un rétroplanning indicatif :

- **Décembre 2025** : réunion plénière de cadrage, validation de la liste des auditions et des visites, sensibilisation (spécificités des EHPAD, traitement des alertes) ;
- **Janvier à début mai 2026** : auditions et visites ;
- **Avril-mai 2026** : analyse approfondie, rédaction, conclusions et recommandations ;
- **Fin mai / début juin 2026** : restitution devant l'assemblée départementale.

Les réunions se tiennent prioritairement en présentiel, avec des formats hybrides lorsque nécessaire. L'objectif est de favoriser un dialogue direct avec les différents acteurs auditionnés.

La participation à la présente mission a été portée par la présence régulière de certains membres qui ont contribué aux auditions puis à la rédaction du présent rapport. Chacun a pu se nourrir des échanges. Les 7 contributeurs essentiels étaient : Bernard COZIC, Sophie DELOISY, Julie GOBERT, Anthony GRATACOS, Michel JOZON, Denis JULLEMIER.

3. Qu'est-ce qu'un EHPAD et qui finance quoi ?

Un **EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est un établissement social et médico-social qui assure l'**accueil**, l'**hébergement** et l'**accompagnement** de personnes âgées, qu'elles soient autonomes ou en perte d'autonomie. Il accueille en principe des personnes de **plus de 60 ans**, avec des **possibilités de dérogation** pour des personnes de moins de 60 ans dans certaines situations.

Autorisation et tutelles

Un EHPAD relève d'une **double autorisation conjointe** :

- **Celle de l'Agence Régionale de Santé (ARS)** ;
- **Celle du Conseil départemental.**

Cette co-autorisation traduit la nature hybride de l'EHPAD : à la fois lieu de vie (hébergement) et lieu d'accompagnement (perte d'autonomie, troubles cognitifs, handicap), avec des responsabilités partagées entre le champ sanitaire et le champ de l'action sociale.

Public accueilli

Les EHPAD accueillent :

- Des personnes autonomes ou en perte d'autonomie ;
- Des personnes présentant des troubles cognitifs ;
- Et, selon les situations, des personnes en situation de handicap, notamment lorsqu'elles vieillissent et que leur accompagnement relève d'un établissement pour personnes âgées.

3.1 Droits des usagers et garanties minimales

La loi du **2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé l'exigence de garanties effectives en matière de **droits et libertés** des personnes accompagnées en ESSMS, en imposant la mise en place d'**outils obligatoires** visant l'information, la participation et la protection des usagers.

3.2 Organisation de la tarification : trois composantes, trois financeurs

Le prix global d'un EHPAD se comprend classiquement comme l'addition de **trois “volets”** distincts :

1. Le tarif Hébergement

Objet : logement, restauration, entretien, animation, charges hôtelières et générales.

- **Financier principal : la personne accueillie** (ou sa famille/son représentant), avec possibilité d'aides selon la situation.
- **Repère usager** : ce tarif est celui qui ressort le plus directement dans la comparaison des établissements (prix affichés/annuaire).

2. Le tarif Dépendance

Objet : surcoûts liés à l'accompagnement de la perte d'autonomie (aide aux actes de la vie quotidienne, surveillance, organisation adaptée).

- **Financeurs** :
 - **La personne** (ticket modérateur, notamment au niveau GIR 5–6 selon les règles applicables),
 - Et **le Département**, via l'**APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie), qui couvre une part variable en fonction du niveau de dépendance et des règles d'attribution.

3. Le tarif Soins

Objet : soins infirmiers et médicaux, coordination, actes et prises en charge relevant du champ sanitaire.

- **Financier** : **l'assurance maladie**, pilotée territorialement par l'**ARS** (via les dotations/financements soins).

3.3 Comprendre le “prix affiché” et le prix de journée

Les supports de la mission rappellent la nécessité de distinguer :

- Le **prix d'hébergement** (souvent le plus visible pour le public),
- Et le **coût complet** incluant dépendance et soins, dont la structure de financement est différente.

3.4 Contrôle, qualité et traitement des signalements

L'activité des EHPAD s'inscrit dans un cadre de contrôle et de suivi qualité, incluant la gestion des signalements, réclamations et événements indésirables, pouvant donner lieu à une instruction et, selon les cas, à un traitement conjoint ARS–Département et à un suivi formalisé jusqu'à clôture.

Initié en 2022, le plan d'inspection-contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est achevé fin 2024. 100 % des EHPAD franciliens ont fait l'objet d'une inspection sur place ou d'un contrôle sur pièces. Les rapports et lettres de décisions établis lors de cette campagne d'inspection sont progressivement publiés et accessibles : Le plan d'inspection-contrôle des EHPAD franciliens (2022 - 2024) | Agence régionale de santé Ile-de-France. Des rencontres entre les autorités et les organismes gestionnaires ont pour objectif d'organiser un suivi des plans d'actions.

D'autres formes de contrôle sont déployées, telles que l'analyse des comptes, le contrôle de conformité (aux cahiers de charges, lors des ouvertures ou projets), les évaluations externes, mises en ligne sur le site de la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé - Mettre en œuvre l'évaluation des ESSMS).

4. Évolutions structurelles du secteur et recompositions territoriales

Le champ du grand âge et de l'autonomie connaît une **reconfiguration progressive de ses cadres d'action**, sous l'effet conjugué de l'augmentation des besoins (vieillesse, perte d'autonomie, troubles cognitifs), de la complexification des parcours (domicile-sanitaire-médico-social) et de tensions structurelles persistantes (ressources humaines, accès médical, soutenabilité organisationnelle et immobilière).

La reconfiguration du cadre d'action est aussi liée à l'empreinte forte de la crise du COVID et du traitement des personnes âgées dans les EHPAD lors des différents confinements. Les personnes âgées se sont souvent retrouvées isolées, sans possibilité de contact avec les familles. Certains décès sont intervenus sans que les familles puissent assister à la mise en bière. Ce traumatisme collectif a fortement interrogé la société et les familles.

En outre des scandales réguliers ont émaillé la prise en charge de personnes âgées dans certains EHPAD. L'ouvrage « Les Fossoyeurs » mais aussi les alertes lancées ponctuellement par des salariés et des familles obligent globalement le secteur du Grand Âge à se montrer plus vigilant et à revoir les modalités d'action et de contrôle dans les EHPAD. Plusieurs rapports ont vu le jour : IGAS, Défenseure des droits.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics engagent une dynamique de **structuration territoriale** visant à renforcer la **continuité des parcours**, le **décloisonnement** entre acteurs et la capacité des organisations à sécuriser le "travail réel" au plus près des personnes. Cette recomposition repose à la fois sur des **outils de coopération** (mutualisations et gouvernance), des **dispositifs d'appui au domicile** et un **cadre régional** en cours de construction, appelé à orienter la transformation de l'offre.

La présente partie vise ainsi à situer les travaux de la Mission d'Information et d'Évaluation dans un paysage en mutation, au travers de trois évolutions structurantes :

- La mise en place des **GTSMS**², comme cadre de coopération et de mutualisation à l'échelle territoriale ;
- Le déploiement des **CRT**³, comme dispositif opérationnel d'appui au maintien à domicile et aux professionnels ;
- Et le **Plan « Bien vieillir en Île-de-France »**, en cours de cheminement, qui ambitionne de donner une cohérence d'ensemble aux transformations engagées.

4.1. Les GTSMS : cadre légal, dynamique départementale et enjeux d'articulation

La création des **Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS)** s'inscrit dans le cadre de la loi du **8 avril 2024** portant mesures pour bâtir la société du « **bien vieillir** » et de l'autonomie. Cette réforme intervient dans un contexte de vieillissement accéléré, de complexification des parcours, et de tensions structurelles (ressources humaines, accès médical, soutenabilité organisationnelle), appelant une coordination renforcée entre acteurs et une structuration plus lisible des coopérations territoriales. Les GTSMS répondent à cet objectif en proposant un cadre de mutualisation et de mise en cohérence de l'action sociale et médico-sociale à l'échelle d'un territoire. Ils visent à sécuriser, sur un périmètre défini, des fonctions jugées structurantes (fonctions supports, organisation, outillage partagé), dans une perspective de continuité de prise en charge et d'efficacité.

² Groupement Territorial Social et Médico-Social (Loi du 8 avril 2024 et décret 2025-1394 du 29 décembre 2025)

³ Centre de Ressources Territorial (article 47 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2022)

En **Seine-et-Marne**, une dynamique est engagée sous l'impulsion de l'ARS, à travers des rencontres associant les directeurs des groupes hospitaliers et les directeurs d'EHPAD publics autonomes, afin de dessiner l'offre territoriale et d'envisager les modalités de structuration attendues. Cette démarche concerne les **16 EHPAD publics autonomes**, répartis sur les territoires du département. Dans ce cadre, une question structurante demeure : l'articulation entre le GHT, relevant d'une logique principalement sanitaire, et le GTSMS, centré sur le champ social et médico-social. L'enjeu dépasse la seule architecture institutionnelle : il conditionne la capacité à organiser des mutualisations pertinentes, à clarifier le « qui fait quoi » entre acteurs, et à disposer d'un pilotage lisible pour les établissements comme pour les élus.

L'option juridique retenue majoritairement par les groupes hospitaliers est celle du GHT (directions communes, mutualisation des fonctions supports). Il peut s'agir d'une première étape vers la constitution d'un GTSMS.

4.2. Les Centres de Ressources Territoriaux (CRT) : appui au domicile et coordination territoriale

Le **Centre de Ressources Territorial (CRT)** est un dispositif **adossé à un EHPAD** ou un SSIAD et déployé **avec les acteurs du domicile**, visant à renforcer le **maintien à domicile** des personnes âgées et à structurer l'**appui aux professionnels** sur un territoire.

Finalités

Le CRT a pour objectifs de :

- Offrir une **alternative à l'institutionnalisation** en mobilisant les ressources existantes ;
- Sécuriser la **continuité des soins**, notamment en contexte de désertification médicale ;
- **Améliorer les pratiques** (formation, analyse de pratiques, appui) ;
- Soutenir les aidants via des solutions de **répit**.

Public cible

Le volet « accompagnement renforcé » vise une file active de 30 personnes âgées de **GIR 1 à 4**, vivant à domicile (ou en résidence autonomie), présentant des besoins d'aide/soins insuffisamment couverts, un besoin de surveillance (y compris nocturne) et/ou une absence d'entourage ressource. Sont prioritaires : retour d'hospitalisation, isolement, logement inadapté, absence d'aidant, orientations via le **DAC**⁴.

Deux volets (point clé)

- **Volet 1 – Appui aux professionnels** : accès aux soins et prévention, lutte contre l'isolement, actions de montée en compétence (formations, analyse de pratiques).
- **Volet 2 – Accompagnement renforcé à domicile** : plan individualisé et coordination renforcée (sécurisation du domicile, télésanté, sécurisation du médicament, soutien aux aidants, gestion des crises avec HAD⁵/DAC et solutions d'urgence).

⁴ Dispositif d'Appui à la Coordination : créés par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 14 juillet 2019

⁵ Hospitalisation à Domicile : créée par l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Organisation et admission

Le CRT repose sur une gouvernance (COPIL / COTECH / retours d'expérience) et une procédure d'admission structurée (éligibilité, visite pluridisciplinaire, évaluation médicale, commission, plan et contrat d'accompagnement), en articulation avec **SAAD/SSIAD/SPASAD/HAD**, libéraux et équipes **APA**.

Le CRT ne « crée » pas l'offre : il **coordonne, outille et rend accessible** l'existant, en finançant des compléments ciblés. Sa réussite dépend donc de partenaires réellement mobilisables et d'un pilotage effectif.

4.3. Le Plan « Bien vieillir en Île-de-France » : un cadre régional en cours de construction

Dans le prolongement des orientations nationales en faveur du « virage domiciliaire » et de la transformation de l'offre, l'ARS Île-de-France a engagé un **Plan stratégique « Bien vieillir en Île-de-France »**, présenté en octobre 2025. Ce plan, annoncé à hauteur de **111 M€** (autorisations d'engagement et crédits redéployés), vise à favoriser le **décloisonnement** entre acteurs et à structurer une réponse plus cohérente aux besoins des personnes âgées sur les territoires.

Le plan s'organise autour de **cinq axes** :

1. **Renforcer l'accompagnement du virage domiciliaire**, notamment dans la perspective de la réforme des services autonomie et du déploiement des CRT, avec un objectif de meilleure articulation des dispositifs de coordination (DAC, CPTS, CRT, équipes mobiles, filières gériatriques).
2. Soutenir les aidants, en consolidant l'information, les solutions de répit et l'analyse des freins d'accès à certains dispositifs (accueil de jour, hébergement temporaire, aide au répit).
3. **Créer et transformer l'offre d'hébergement**, en faisant évoluer les EHPAD vers davantage d'ouverture et de services, et en accompagnant les habitats intermédiaires.
4. **Accueillir de nouveaux publics fragiles en EHPAD**, avec des travaux engagés sur des unités spécialisées (psychiatrie du sujet âgé, grande précarité) et sur le déploiement/encadrement des dispositifs (PASA/UVF/UHR).
5. **Renforcer l'accès aux soins des personnes âgées**, notamment via les filières gériatriques, l'HAD et l'organisation de parcours de santé, en cohérence avec les dispositifs de coordination.

À ce stade, il convient de souligner que ce plan est **en cours de cheminement** : sa mise en œuvre repose sur une méthode de travail structurée autour de **groupes de travail régionaux et interdépartementaux**, avec des jalons annoncés principalement sur **T4 2025 / T1 2026** (travaux de cadrage, rédaction de cahiers des charges, clarifications d'articulation), ainsi qu'un **point d'étape** prévu sur les avancées en fin d'année 2025.

5. Diagnostic, mesures d'urgence et transformation de l'offre pour répondre aux besoins des territoires

49 EHPAD sont habilités à l'aide sociale et bénéficient d'un tarif hébergement fixé par le Président du Conseil départemental, dont :

- 16 EHPAD publics
- 8 EHPAD hospitaliers
- 25 EHPAD associatifs.

Les défis rencontrés par les EHPAD à l'échelle nationale s'expliquent par plusieurs facteurs structurels et conjoncturels :

1. L'évolution du modèle de tarification

La loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 a introduit un nouveau cadre de financement, basé sur une logique de ressources plutôt que sur des dépenses prévisionnelles. Ce changement, bien que visant à optimiser la gestion, a pu générer des tensions, notamment avec l'instauration du forfait global dépendance. En effet, l'augmentation mécanique des charges liées à la dépendance (notamment pour les résidents en GIR 1-2 ou présentant des pathologies lourdes) n'est pas toujours couverte par ce forfait, dont le plafond et les modalités de révision ne s'adaptent pas systématiquement à l'évolution des besoins. Cette situation a pu conduire certains établissements à rechercher des marges de manœuvre budgétaires, parfois au détriment des ressources humaines ou par des réallocations internes.

La valeur du point GIR, fixée par les Départements, constitue un levier d'ajustement du forfait global dépendance. Après plusieurs années de stabilité, elle a été revalorisée, passant de 7,42 € TTC à 7,57 € TTC. Par ailleurs, l'Objectif Annuel d'Evolution des Dépenses (OAED), hors mesures nouvelles, déterminé annuellement, peut parfois limiter la capacité des EHPAD à absorber la hausse des coûts, notamment sur la section hébergement (fluides, salaires), tout en garantissant une accessibilité financière pour les résidents et leurs familles.

2. L'impact de la crise sanitaire

La période 2020-2022, marquée par la pandémie de Covid-19, a fortement affecté le secteur, avec des répercussions sur les taux d'occupation et les coûts de personnel, déjà sous tension.

3. La perte de confiance liée à des événements médiatiques

La publication du livre « Les Fossoyeurs » concernant le groupe Orpéa a pu altérer la relation de confiance entre les familles, les résidents et les établissements, nécessitant un travail de reconstruction et de transparence accru.

4. Les conséquences de la guerre en Ukraine

Le conflit a entraîné une inflation significative sur les coûts de l'énergie, de l'alimentation et des matières premières, pesant sur les équilibres financiers des EHPAD.

Face à ces enjeux, le Département a mis en place des actions concrètes :

Soutien financier ciblé : revalorisation du tarif hébergement, au-delà du taux plafond de l'OAED, pour les EHPAD les plus en difficultés (tarifs bas, problème de trésorerie, projets...), financement de mesures nouvelles (travaux de sécurité, de modernisation, etc.) et mise en place d'un fonds départemental de soutien pour 2025, permettant d'accompagner les établissements dans leurs projets ou leurs besoins de trésorerie, subventions d'investissement

Accompagnement personnalisé : signature de contrats de retour à l'équilibre financier, afin de formaliser des plans de redressement adaptés à chaque situation.

Ces initiatives s'articulent avec les dispositifs nationaux et régionaux existants :

- **Le programme PERF EHPAD**, qui vise à améliorer, dans un cadre personnalisé, la gestion interne, la qualité de vie des résidents, l'attractivité du secteur et les conditions de travail des professionnels.
- **Le fonds d'urgence ARS 2025 :** Octroi d'aides exceptionnelles pour financer des travaux, abonder la trésorerie

- **La mise en œuvre du tarif différencié** (fixation d'un tarif hébergement majoré jusqu'à 35 % pour les nouveaux résidents payants, après validation du Conseil d'administration)
- **Les commissions de suivi des ESMS en difficultés**, déployées depuis 2023 avec l'ARS et la DDFIP et sanctuarisées par la convention tripartite.
- **Des solutions structurelles sont également déployées :**
- **La mutualisation des moyens et des compétences** à l'échelle territoriale (directions communes, fonctions supports partagées, groupements territoriaux).
- **La transformation de l'offre**, avec l'extension de places, la diversification des modes d'accueil (accueil temporaire, PASA, UHR, unités de vie protégées, CRT) et l'accompagnement des projets prioritaires.
- **La pérennisation de l'expérimentation du Forfait unique autonomie** (fusion des sections soins et dépendance), incluant une revalorisation du point GIR à 7,84 € TTC

Enfin, ces actions seront enrichies par les conclusions de l'étude EHPAD 2040, qui analysera les besoins de rénovation et d'adaptation des EHPAD en Seine-et-Marne. Cette étude permettra de définir une feuille de route stratégique pour les 49 EHPAD tarifés par le Département, avec une attention particulière portée aux 16 EHPAD publics. Les premières conclusions, relatives aux EHPAD publics autonomes, seront disponibles en juin 2026, à l'issue de la première phase d'analyse.

6. Synthèse des constats et structuration en axes

Introduction aux axes du diagnostic consolidé

Les axes du présent rapport ont été ordonnés de manière à restituer, de la façon la plus cohérente possible, le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie. Ce choix ne procède pas d'un simple classement thématique : il vise à rendre compte d'une réalité observée tout au long des auditions et des visites, à savoir que les difficultés rencontrées en EHPAD prennent souvent naissance bien en amont de l'entrée en établissement.

L'ordre retenu suit ainsi une logique de cheminement. Il part des premières fragilités, des conditions d'évaluation, d'accompagnement et d'orientation, puis met en lumière les ruptures, les insuffisances de coordination, l'alourdissement des situations à l'entrée en établissement, les enjeux de ressources humaines, d'accès aux soins, de gouvernance, de relation avec les familles, de bientraitance, et enfin les questions liées à la fin de vie.

Ce parti pris permet de ne pas isoler l'EHPAD de son environnement, mais au contraire de le replacer dans une trajectoire plus large, faite d'anticipations, de retards, de choix contraints, d'interventions multiples et parfois de ruptures. Il offre ainsi une lecture plus fidèle des constats établis par la mission et éclaire plus directement les recommandations formulées.

Axe 1 – Parcours du bien vieillir en Seine-et-Marne

Synthèse

Les visites et auditions montrent que les difficultés observées en EHPAD ne se limitent pas au temps du séjour en établissement. Elles s'inscrivent dans un parcours marqué par des entrées tardives, des hospitalisations préalables, des dossiers parfois incomplets, des transitions insuffisamment sécurisées et des articulations variables entre les acteurs du domicile, de l'hôpital et de l'établissement. Les constats recueillis font ainsi apparaître un enchaînement de ruptures ou de fragilités qui affecte la continuité de prise en charge en amont comme en aval de l'entrée en EHPAD.

Constat

Les visites et auditions montrent que les difficultés observées en EHPAD prennent souvent leur source bien en amont de l'entrée en établissement. Elles renvoient à des retards d'orientation, à des ruptures de trajectoire, à des défauts d'anticipation, tel que l'absence de directives anticipées et à des situations de non-recours ou encore à la réticence financière ou psychologique relative au coût de l'EHPAD. Ce déplacement du regard, au-delà du seul établissement, s'est progressivement imposé au fil de la mission.

Enjeux

L'enjeu est de rendre lisible la succession des étapes du parcours, d'identifier les points de rupture et de mieux distinguer ce qui relève de l'accompagnement de la personne de ce qui relève de l'organisation institutionnelle et territoriale.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Construire et soutenir un véritable “parcours du bien vieillir” départemental : Mettre en place une feuille de route coordonnée réunissant Département, ARS, DAC, services d'aides à domicile, groupes hospitaliers et EHPAD, afin de réduire les ruptures de parcours, d'anticiper les fragilités et d'améliorer la lisibilité pour les habitants-usagers ; ARS – CD

S'appuyer sur le SPDA (Service Public Départemental de l'Autonomie) pour lancer un programme départemental d'information et de prévention à l'adresse des personnes âgées et de leurs familles ; CD

Améliorer l'orientation et la lisibilité des parcours pour offrir aux usagers et à leurs proches un accès lisible et simplifié à l'offre et garantir une orientation fondée sur les besoins réels de la personne ; CD

Créer, dès les premières prises en charge, un dossier individuel d'accompagnement, permettant de tracer les informations utiles au fil du parcours, dans le respect du secret médical ; Etat

Sensibiliser les médecins libéraux afin qu'ils rappellent régulièrement aux patients l'importance de rédiger des directives anticipées et d'en assurer l'accessibilité. ARS

Axe 2 – Maintien à domicile, non-recours et solutions intermédiaires

Synthèse

Le maintien à domicile apparaît comme une étape centrale du parcours, mais aussi comme un point de fragilité lorsqu'il se prolonge sans accompagnement suffisant. Les situations observées montrent des entrées en établissement plus tardives, plus lourdes et parfois subies ou précédées d'hospitalisations déstabilisantes. Les dispositifs intermédiaires existent, mais leur accès effectif demeure inégal. Les admissions sont plus souvent tardives, parfois subies, et elles interviennent après des parcours antérieurs dégradés.

Constat

Le virage domiciliaire est analysé de manière nuancée. S'il répond à une aspiration forte des personnes, il est également relevé qu'il a pu être encouragé sans moyen à la hauteur. Les solutions de répit, d'hébergement temporaire, d'accueil de jour ou d'accompagnement et d'habitats intermédiaires demeurent insuffisamment connues ou insuffisamment mobilisées. Le diagnostic existant souligne en particulier que le non-recours ou le sous-recours tiennent aussi à des difficultés très concrètes d'accès effectif, notamment le transport, la lisibilité des dispositifs et la disponibilité des solutions. S'ajoutent les difficultés de recrutement de personnel par les SAD (Service Autonomie à Domicile).

Enjeux

L'enjeu est de trouver des solutions pour éviter la dégradation progressive des situations à domicile, les entrées en urgence ou sous contrainte, l'épuisement des aidants, ainsi que les hospitalisations glissées qui déstabilisent ensuite l'entrée en établissement.

Propositions de leviers (pilotes)

*Lutter contre le non recours aux droits par un travail important d'information et de mise en relation ;
Caisses de retraite, Département, etc.*

Replacer le maintien à domicile dans une logique de parcours, en articulation avec l'anticipation, la prévention et l'orientation ; CD

Développer une culture de l'anticipation des fragilités, systématiser les évaluations précoces et multidimensionnelles partagées, promouvoir la planification anticipée des parcours afin de sécuriser les transitions et d'éviter les ruptures brutales ; CD

Développer & faire connaître les solutions intermédiaires et de répit ; ARS – CD

Etablir une feuille de route sur l'offre en résidences autonomie. CD

Axe 3 – Sécuriser le parcours : information, évaluation, dossier partagé

Synthèse

Les constats issus des visites montrent une variabilité de complétude des dossiers à l'entrée, ainsi qu'une hétérogénéité des informations cliniques, comportementales et sociales transmises aux établissements. Cette situation conduit parfois les EHPAD à reprendre eux-mêmes une partie de l'évaluation en contexte d'admission, y compris lorsque les situations sont déjà dégradées. Les auditions et visites font également ressortir que la qualité des transitions dépend fortement de la circulation de l'information entre acteurs et de l'existence de cadres de coordination suffisamment opérationnels.

Constat

Le besoin d'une information orale et écrite, régulière, lisible et progressive est fortement souligné. Plusieurs situations sont décrites comme un parcours difficilement lisible pour les personnes et les familles. La méconnaissance par les familles de la réalité du parcours menant à l'admission en EHPAD nuit à la lisibilité des informations délivrées. Les échanges mettent également en évidence des divergences de pratiques dans les évaluations APA, selon les territoires, les contextes matériels et les interprétations retenues. Enfin, sont confirmés la variabilité de complétude des dossiers à l'entrée et un report partiel de l'évaluation sur l'EHPAD hors procédure classique d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé et d'un délai important d'instruction par le Département des dossiers.

L'entrée dans un EHPAD ne veut pas dire fin du parcours : d'une part le résident peut voir sa situation sanitaire se dégrader (aggravation des symptômes des maladies neuro-dégénératives) ou bien les évaluations de pré-admission n'avaient pas permis de déceler des symptômes qui ne rendent pas possible un accueil sécurisé du résident, sans unité spécialisée.

D'où la nécessité d'un changement de lieu de vie. Celui-ci peut toutefois se produire de manière assez brutale, notamment lors d'une hospitalisation qui, parfois, permet à l'EHPAD de ne pas reprendre le patient (sans que les familles ne comprennent réellement le processus).

Enjeux

L'enjeu est de mieux documenter l'évolution de la situation, de recueillir les souhaits de la personne tout au long du parcours, de fiabiliser les informations transmises lors des changements d'étape et de limiter les ruptures liées à une connaissance incomplète de la situation.

L'enjeu est de bien prendre en compte ce que la personne âgée peut effectivement faire sans sollicitation et sans aide : par exemple se préparer un repas sans qu'il lui soit rappelé de le faire.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Harmoniser les modalités de présentation aux familles & d'évaluation de la grille AGGIR (grille homogène d'évaluation) ; **CD**

Vérifier la faisabilité réglementaire d'un complément local aux outils nationaux ; **CD / Etat**

Faire de l'EHPAD une plateforme ouverte sur son territoire ; **ARS – CD**

Préparer et sécuriser les admissions en EHPAD ; par une complétude rapide du dossier, par l'amélioration du temps de traitement des dossiers pour l'ouverture des droits APA ; **EHPAD - ARS – CD**

Accroître le nombre de places en unité protégée (UVP – UHR) sur l'ensemble du territoire seine-et-marnais ; **EHPAD - ARS – CD**

Améliorer les modalités de gestion de transfert des résident.e.s dont la situation ne répond plus aux capacités d'accueil du lieu où il est (en évitant l'hospitalisation) ; **EHPAD et Hôpitaux**

Développer la perméabilité des dossiers usagers informatisés des usagers lors des réorientations (dossier individuel d'accompagnement) ; **Etat**

Développer le relayage à domicile (service temporaire de suppléance de l'aidant familial auprès du proche en perte d'autonomie) ; **ARS - CD**

Déployer une campagne nationale d'information sur les directives anticipées et les attentes personnalisées en fin de vie. **Etat**

Axe 4 – Conditions et modalités d'entrée en EHPAD

Synthèse

Les visites convergent pour montrer que les admissions se font à des stades plus avancés de dépendance et avec des profils plus complexes qu'auparavant. Les établissements accueillent davantage de résidents présentant des troubles cognitifs importants, des troubles du comportement, des polypathologies ou des situations de crise, parfois insuffisamment documentées à l'entrée. Les constats recueillis montrent également que l'absence d'équipement adapté dans certains établissements peut transformer ces situations en impasses de prise en charge.

Constat

Les membres soulignent que les personnes accueillies entrent désormais en établissement à un âge plus avancé, après des périodes prolongées de maintien à domicile, avec des besoins accrus et des situations

multi pathologiques, les troubles cognitifs ou du comportement. Il est également observé que l'EHPAD a été conçu pour un vieillissement moins complexe que celui rencontré aujourd'hui.

Enjeux

L'enjeu est de mieux qualifier les conditions réelles d'entrée en établissement, d'objectiver l'alourdissement des profils, d'identifier les décalages entre les besoins observés et les capacités de réponse de l'EHPAD, et de relier cette analyse aux questions d'anticipation, de non-recours et de ruptures de parcours, de systématiser l'aménagement d'unités de vie protégées.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Renforcer l'information régulière, progressive et lisible des personnes et des familles sur l'admission en EHPAD, dans un but d'anticipation ; ARS – CD

Améliorer la complétude des dossiers de l'usager en amont de l'admission (notamment en urgence) en EHPAD ; ARS – CD

Travailler les pratiques d'accueil et d'explication des fonctionnements des établissements ; ARS – CD

Développer les dispositifs d'accueil temporaire et progressif (accueil de jour, hébergement temporaire, CRT) ; ARS – CD

Standardiser les évaluations préadmission pour détecter les troubles neurodégénératifs dissimulés, en formant les équipes à l'utilisation de tests validés. Etat

Axe 5 – Ressources humaines : tensions structurelles et attractivité

Synthèse

Les ressources humaines apparaissent comme un déterminant majeur de la qualité de l'accompagnement et de la stabilité des établissements. Les échanges font ressortir des difficultés persistantes de recrutement, le risque de recrutement par défaut, les défis de fidélisation et d'organisation, particulièrement marquées pour certains métiers, notamment infirmiers. Les constats établissent aussi que la montée de la dépendance et des troubles accroît la pénibilité, les frustrations professionnelles et la difficulté à maintenir des accompagnements individualisés dans des conditions jugées satisfaisantes. La pénurie de médecins et les difficultés de recrutement de médecin coordinateur en EHPAD fragilisent la prise en charge complexe en soins.

Constat

Les difficultés de stabilisation des équipes sont relevées de manière récurrente. Le recours à l'intérim est décrit comme un facteur de fragilité, avec des effets sur la continuité de prise en charge, la traçabilité, la fatigue professionnelle et les risques de gestes inadaptés. Cette problématique concerne aussi les directions et les problématiques de formation des équipes aux enjeux, d'échange avec leurs pairs pour définir des solutions co-construites. Les besoins de formation sont jugés importants, mais les établissements peinent à libérer les agents sans déséquilibrer leur fonctionnement quotidien, ce qui nuit à la réalisation des plans de formations. L'aménagement du temps de travail et la conciliation vie professionnelle et vie personnelle sont évoqués comme levier de stabilité, ainsi qu'un management de proximité. Les équipes encadrantes (MEDEC et IDEC) sont rarement complètes et doivent constamment s'ajuster.

La qualité de l'accompagnement des résidents ne peut pas être dissociée de la qualité des conditions de travail des professionnels. Les auditions ont mis en évidence un lien direct entre la bientraitance des

salariés et la bientraitance des résidents : des équipes stabilisées, formées, encadrées et reconnues sont une condition essentielle de la prévention des situations de maltraitance institutionnelle.

Enjeux

L'enjeu est de sécuriser la continuité de prise en charge, de renforcer la stabilité des équipes, de soutenir l'attractivité des métiers du médico-social et de clarifier les leviers qui relèvent du Département, de l'ARS ou d'évolutions nationales.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Soutenir la stabilité et l'attractivité des métiers du grand âge :

Développer les parcours professionnels, faciliter les VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), les passerelles et la montée en compétences en misant sur la PDMA (Plateforme des Métiers de l'Autonomie) & les acteurs de l'emploi et de l'insertion ; ARS – CD

Valoriser les établissements mettant en place des actions de qualité de vie au travail et fidélisation ; ARS – CD

Valoriser les métiers via des campagnes de communication départementales ; CD

Inscrire les métiers du médico-social dans les politiques départementales "métiers en tension" ;

Etat

Limiter le recours à l'intérim en internalisant les compétences (ex : pool de remplaçants internes) ou en les mutualisant ; ARS – CD

Favoriser un management de proximité et former les managers de proximité à la gestion transversale des équipes sanitaires et médico-sociales ; Etat

Identifier, au sein de chaque EHPAD et avec les équipes, ce que recouvre la notion de « mode dégradé » d'accueil, afin d'en réduire la fréquence et d'éviter d'exposer excessivement les professionnels à des situations d'exercice isolé de leurs fonctions. EHPAD

Axe 6 – Accès médical et désertification

Synthèse

Les constats issus des visites mettent en évidence un accès médical fragilisé : difficulté à pourvoir certaines fonctions, couverture incomplète en médecins traitants, accès insuffisant à certains spécialistes, et dépendance à des partenariats ou à des personnes-clés. Les établissements développent des solutions de contournement, notamment par la téléconsultation, la téléexpertise ou l'HAD, mais ces dispositifs ne compensent pas pleinement l'absence d'une présence médicale suffisamment structurée. Cette fragilité a des effets directs sur la prise en charge, les transferts, la fin de vie et la charge reportée sur les équipes.

Constat

Les échanges relèvent un déficit médical structurel, des inégalités territoriales d'accès aux ressources médicales, ainsi que des difficultés spécifiques en matière de gériatrie-psychiatrie. La téléconsultation est perçue comme une solution de contournement plus que comme un levier durable de sécurisation. Il est également demandé de porter une attention particulière à l'ouverture de places ou d'unités sans sécurisation médicale suffisante.

La présence effective d'un médecin coordonnateur constitue un point majeur. Son absence ou sa disponibilité limitée affaiblit la coordination médicale, la prévention des hospitalisations évitables, l'évaluation des troubles cognitifs ou psychiatriques, le suivi des prescriptions et la structuration des pratiques palliatives. Les auditions ont fait ressortir qu'un EHPAD fonctionne d'autant mieux lorsque le pilotage repose sur un trinôme stable et coordonné : directeur, infirmier coordinateur et médecin coordonnateur. Ce trio permet d'articuler la gestion de l'établissement, l'organisation des soins, la qualité de l'accompagnement et la réponse aux situations complexes.

Enjeux

L'enjeu est de sécuriser la prise en charge médicale, de mieux articuler l'offre médico-sociale et sanitaire, de limiter les effets de report sur les équipes soignantes et de réduire les inégalités territoriales.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Structurer une réponse territoriale à la désertification médicale, en lien avec l'ARS, pour résorber les tensions médicales ; ARS – CD

Renforcer les liens entre le sanitaire et le médico-social ; ARS – CD

Réintroduire des IDE de nuit pour réduire les recours aux urgences ; Etat

Renforcer les équipes mobiles, mutualiser les ressources ; ARS

Poursuivre les actions visant à lutter contre le désert médical et à renforcer l'attractivité des postes de médecins et d'IDE en EHPAD. ARS

Axe 7 – Fin de vie et soins palliatifs

Synthèse

La fin de vie constitue désormais une composante plus fréquente de l'accompagnement en EHPAD, plusieurs établissements cherchent à limiter les transferts en urgence en s'appuyant sur l'HAD, des conventions et la formation des équipes. Les constats recueillis mettent toutefois en évidence une diffusion inégale des pratiques palliatives entre territoires seine-et-marnais, une dépendance aux partenaires extérieurs et une anticipation encore incomplète, notamment sur les directives anticipées. La prise en charge de la fin de vie apparaît ainsi comme une dimension désormais structurante de l'activité des établissements. Certains gestionnaires analysent l'opportunité d'inscrire la démarche palliative dans le projet d'établissement et le projet de vie des personnes accompagnées, et mettent en place, à cette fin, une formation approfondie et personnalisée.

Constat

Le besoin de renforcer les pratiques palliatives, pour l'ensemble du personnel accompagnant les personnes âgées, est unanimement souligné. Les directives anticipées restent encore trop peu abordées, souvent du fait d'un tabou persistant ou de la difficulté à introduire ce sujet dès l'admission. Les échanges mettent aussi en évidence des écarts de pratiques entre médecins traitants et établissements, selon les organisations, les formations reçues et les ressources mobilisables. La question du constat de décès par les infirmières est également posée, notamment pour les périodes de tension médicale.

Enjeux

L'enjeu est de traiter la fin de vie comme une étape normale du parcours, d'anticiper davantage les situations, de garantir la dignité et le respect des souhaits du résident, et de mieux sécuriser les pratiques en établissement. La formation des équipes, les conventions avec l'HAD et les équipes mobiles doivent permettre d'éviter, chaque fois que cela est possible et conformément au souhait du résident, les transferts hospitaliers non nécessaires en fin de vie.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Faire de la fin de vie un élément normalisé du parcours ainsi qu'un axe structurant d'accompagnement et de qualité ; **ARS**

Généraliser la discussion sur la fin de vie, dès l'évaluation à domicile puis lors de l'admission en EHPAD ; **ARS**

Intégrer la gestion des soins palliatifs au projet d'établissement ; **Etat**

Inscrire une formation interactive et sur mesure aux soins palliatifs dans le plan de formation de chaque EHPAD ; **ARS**

Sensibiliser les ARS à la nécessité d'un financement pérenne des formations individualisées en soins palliatifs en EHPAD ; **CD**

Évaluer la possibilité d'expérimenter le constat de décès par IDE en période critique ; **Etat**

Structurer les conventions HAD / EHPAD. **ARS**

Axe 8 – Familles, droits des résidents et qualité de la relation

Synthèse

Les auditions et visites montrent une montée des attentes et des tensions avec les familles dans un contexte de séjours plus courts, de situations plus lourdes et de décisions plus sensibles. Les constats portent sur la difficulté du consentement lorsque les troubles cognitifs sont installés, sur l'usage parfois incomplet des dispositifs de représentation ou de personne de confiance, ainsi que sur une fragilisation variable des instances de participation. Les établissements qui développent des pratiques de transparence ou de conciliation apparaissent mieux armés pour contenir les situations de conflictualité.

Constat

Les familles occupent une place essentielle dans l'accompagnement. Préserver les aux droits du résident et sa liberté de choix restent un enjeu fort pour les établissements. Toutefois les établissements ne s'interrogent pas suffisamment sur la réalité de capacité de consentement des individus en fonction de leurs pathologies.

Le besoin d'une meilleure information en amont et pendant le séjour est souligné, de même que la nécessité de distinguer ce qui relève du signalement et ce qui relève de l'information. Les établissements ont des pratiques disparates sur la manière dont elles préviennent les familles. Beaucoup se montrent rétifs à l'organisation des familles de résidents entre elles (création de groupe Whats'app). Certains prennent la décision d'écarter les familles de certains moments (repas collectifs) considérant que les interactions gênent les autres résidents.

Le fonctionnement des conseils de la vie sociale est très hétérogène, plusieurs établissements visités n'ont pas réuni leur CVS depuis longtemps, d'autres le remettent seulement en place.

Les familles sont considérées souvent comme « non-sachantes » et parfois perçues par les établissements comme pratiquant le mensonge ou n'identifiant pas tous les aspects des pathologies pour forcer l'admission de leurs parents.

Les pratiques d'accueil et d'explication apparaissent comme un point d'amélioration.

Plusieurs échanges ont également mis en évidence la nécessité d'améliorer la lisibilité du traitement des alertes transmises aux autorités. Lorsqu'un signalement est transmis à l'ARS, au Département ou autre autorité compétente, l'absence de retour ou de visibilité sur les suites données peut nourrir un sentiment d'abandon, d'opacité ou de défiance. Sans méconnaître les contraintes liées au secret et à l'instruction des situations, un cadre minimal d'information-aux auteurs de signalements devrait être recherché.

Enjeux

L'enjeu est de mieux associer les familles comme accompagnateurs informés, de sécuriser la place du résident dans les décisions, de limiter les tensions relationnelles et de renforcer les outils de traçabilité utiles aux professionnels comme aux proches.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Renforcer la place des familles (les transformer en accompagnateurs informés, mieux associés au parcours) et la participation citoyenne, ainsi que les outils d'information ; Travailler sur le consentement des individus en lien avec les familles ; ARS-CD

Associer systématiquement les familles et proches à la démarche palliative individuelle ; ARS

Renforcer la transparence et la lisibilité pour les familles ; ARS-CD

Organiser régulièrement des « cafés des aidants » pour favoriser les dialogues entre les familles et les équipes y compris à des horaires accessibles à des aidants salariés ; EHPAD

Consolider le rôle des Conseils de la Vie Sociale (CVS) comme gardiens de la qualité et de la bientraitance ; ARS-CD

Développer le rôle & les missions du psychologue auprès des familles ; CD

Créer des espaces de convivialité (salons, jardins thérapeutiques) ouverts aux familles. ARS-CD

Axe 9 – Bientraitance, éthique et qualité relationnelle

Synthèse

Les visites montrent que la bientraitance se joue concrètement dans les arbitrages quotidiens entre liberté, sécurité, temps disponible, encadrement des restrictions et recours aux alternatives non médicamenteuses. L'alimentation doit être identifiée comme un marqueur de qualité de vie et de prévention sanitaire. Les constats recueillis mettent en évidence une dépendance forte à l'organisation réelle du travail, à la stabilité des équipes et à la qualité de la régulation clinique. Ils montrent aussi que des démarches de réduction des contentions et des psychotropes existent, mais qu'elles supposent un cadre collectif, des compétences disponibles et une continuité médicale suffisante.

Constat

La bientraitance ne peut rester une référence générale, sans traduction concrète en termes de suivi et d'évaluation. La maltraitance peut résulter de plusieurs conditions : formation non adéquate des personnels, surcharge de travail et mode d'organisation dégradée répété (ce qui a souvent été rencontré lors des visites ou expliqué lors des auditions), peu de travail de prévention sur les risques psycho-sociaux (surcharge de travail, non soutien par l'équipe de direction ou les managers intermédiaires), pas de réponse aux questions du personnel que ce soit sur la gestion quotidienne ou sur les questions éthiques (sexualité des personnes âgées, fin de vie...).

La qualité de l'alimentation constitue un enjeu central de santé, de dignité et de qualité de vie en EHPAD. Les personnes accueillies peuvent présenter des situations de dénutrition ou de fragilité nutritionnelle dès leur entrée en établissement. La confection des repas, leur adaptation aux capacités des résidents, le suivi du poids, la prévention de la dénutrition et l'intervention de diététiciens doivent être mieux identifiés comme des indicateurs de qualité de l'accompagnement.

Les membres insistent sur la nécessité de poursuivre les efforts de réduction des contentions et des psychotropes en particulier pour les résidents présentant des troubles cognitifs ou du comportement, ainsi que sur le développement d'approches alternatives non médicamenteuses. Il est également proposé de concevoir des outils globaux d'évaluation et de pilotage, afin d'éviter des approches ponctuelles ou uniquement réactives.

Enjeux

L'enjeu est de rendre la bientraitance plus pilotable, plus visible et plus partagée, tout en renforçant la qualité relationnelle dans les pratiques quotidiennes.

Propositions de leviers *(pilotes)*

Rendre lisible la bientraitance & la qualité, mettre en place un référentiel qualité pour éviter les risques psycho-sociaux des personnels travaillant dans les EHPAD ; ANACT-DGCS-HAS

Identifier la restauration, le suivi diététique et la dénutrition comme des signaux de la qualité de vie au sein de l'EHPAD ; ARS-CD

Généraliser des "référents éthiques" dans les établissements ; insuffler des comités d'éthique inter-établissements ou généralisé sur le département ; Etat

Rendre la bientraitance pilotable et mesurable, adossée à des repères et des outils communs ; ARS-CD

Poursuivre les efforts de réduction des contentions et des psychotropes ou leurs alternatives, mettre en place un véritable espace de partage des expériences entre les EHPAD et les milieux hospitaliers pour diminuer le recours à la camisole chimique, soutenir les expérimentations visant à mieux connaître les niveaux de prescriptions et accompagner les établissements à les diminuer ; ARS

Adapter l'offre aux besoins des résidents de plus en plus dépendants et polypathologiques et ouvrir plus d'unités protégées au sein du département tous territoires confondus ; EHPAD -ARS-CD

Veiller à la communication et l'affichage dans les ESMS de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et de la charte Romain Jacob pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap ⁶ ; ARS-CD

⁶ Annexe 5 et 6 : charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante & charte Romain Jacob

Veiller à l'adoption d'une charte de bientraitance travaillée collégialement dans chaque EHPAD. ARS-
CD

Axe 10 – Taille critique, mutualisations et gouvernance des établissements

Synthèse

Les visites font apparaître que la robustesse des établissements dépend non seulement de leur organisation interne, mais aussi de leur taille, de leur immobilier, de leur taux d'occupation et de leurs capacités de mutualisation. Les constats montrent également que la qualité du parcours repose sur une gouvernance lisible entre établissements, acteurs du domicile, hôpital et dispositifs territoriaux. Selon les configurations observées, les mutualisations et instances communes peuvent soit fluidifier les admissions et les transitions, soit complexifier les articulations et les fonctions support.

Constat

Les échanges font ressortir des fragilités structurelles liées à la petite taille de certains établissements, à la vétusté immobilière, à l'insuffisance de fonctions support et au turnover des directions. Le turnover des directions constitue un facteur de fragilisation des établissements. La fonction de directeur d'EHPAD cumule des responsabilités administratives, budgétaires, humaines, sanitaires, relationnelles et éthiques, dans un contexte de forte pression et de disponibilité permanente. Cette instabilité peut affaiblir la continuité du projet d'établissement, le dialogue avec les familles, le management des équipes et la conduite des plans de retour à l'équilibre.

Les rapprochements et mutualisations sont présentés comme des pistes à examiner pour renforcer la robustesse organisationnelle. Les transitions nécessitent des instances pluri-acteurs, faute de quoi peuvent persister les contournements et réhospitalisations rapides.

Les éléments déjà consolidés sur le modèle économique montrent enfin que la taille critique, le taux d'occupation, le coût de l'intérim & des Ressources Humaines (RH), l'immobilier et les mutualisations pèsent directement sur la soutenabilité de l'offre. Les membres des conseils d'administrations des EHPAD publics peuvent assurer un rôle de vigie sur l'organisation globale des établissements.

Les éléments communiqués par la DGFIP font apparaître une situation financière préoccupante des EHPAD publics autonomes : 9 établissements sur 16 seraient inscrits en réseau d'alerte, dont 5 en gravité maximale, 3 en gravité avérée et 1 en situation préoccupante. Ces données confirment que la soutenabilité financière des EHPAD publics constitue un enjeu majeur de sécurisation de l'offre départementale.

Enjeux

L'enjeu est de clarifier les responsabilités, de sécuriser les fonctions support, de réduire le risque de fragilisation du vivier de recrutement des EHPAD, de renforcer la cohérence territoriale de l'offre et d'inscrire les mutualisations dans une logique de planification conjointe avec les partenaires compétents.

Les auditions ont conduit à interroger la notion de taille critique des EHPAD. Un seuil d'environ 80 places a été évoqué comme repère de soutenabilité pour un EHPAD, sans qu'il puisse être retenu comme une norme uniforme. Cette question doit être appréciée au regard du statut de l'établissement, de son taux d'occupation, de son immobilier, de ses mutualisations, de son bassin de recrutement et de son niveau de médicalisation.

Propositions de leviers (pilotes)

Garantir une accessibilité financière renforcée ; **CD**

Accompagner la modernisation des établissements ; **CD-ARS**

Consolider avec l'ARS une vision partagée pour ; **CD-ARS**

Encourager les mutualisations & rapprochements pour atteindre une taille critique robuste et renforcer la gouvernance territoriale

Porter une réflexion structurante et prospective afin d'adapter durablement les EHPAD aux entrées toujours plus tardives, à l'alourdissement des profils des résidents et à la complexification des prises en charge et aux besoins d'unités spécifiques ;

Clarifier les rôles et responsabilités entre EHPAD et groupe hospitalier ; **CD-ARS**

Poursuivre les actions portées avec et par la DGFIP pour garantir la sincérité et la fiabilité des comptes pour un diagnostic financier robuste et sécuriser la situation financière des EHPAD publics ; **CD-ARS**

Proposer des formations d'acculturation et de sensibilisation aux membres des conseils d'administrations des EHPAD publics et leur présenter les points de vigilance incontournables. **CD**

Conclusion

La Mission remercie l'ensemble des personnes et des institutions rencontrées, l'engagement au quotidien des équipes des EHPAD, des autorités et des familles ainsi que les équipes de la Direction Générale Adjointe des Solidarités et la Direction de l'autonomie.

La Mission a noté le dévouement des professionnels, « au chevet » des EHPAD. Malgré les difficultés, les partenariats et les expérimentations permettent de trouver des solutions.

Les actions du Département contribuent positivement à une dynamique, constat partagé par l'ensemble des membres de la Commission, ce qui contribue à éliminer le risque de situation alarmante.

Le Département devra faire face aux défis actuels de massification, de vieillissement et de l'articulation avec les parcours de vie incluant de longs épisodes de séjours hospitaliers ou de maintien à domicile dans des conditions décentes.

À plusieurs égards, l'EHPAD de demain devra aussi retrouver certaines exigences de l'EHPAD tel que conçu à son origine : une présence humaine suffisante, une relation de proximité avec les résidents et les familles, une restauration de qualité, une équipe stable, une direction identifiée et une capacité à accompagner dignement la fin de vie.

Au-delà des leviers départementaux et régionaux, la mission souligne que le vieillissement de la population appelle un débat national structuré sur le modèle d'accompagnement du grand âge, son financement, la place respective du domicile et de l'établissement, les métiers du soin et la reconnaissance sociale des professionnels.

Les questions qui se posent sont les suivantes :

- Jusqu'où aller dans le maintien à domicile (GIR 1-2) pour des personnes en forte perte d'autonomie ?
- Comment développer l'ouverture vers le domicile des établissements sur le modèle des CRT pour aider les familles à choisir les réponses adéquates au fur et à mesure de la perte d'autonomie ?
- Comment assurer une vision médico-sociale pérenne dans le futur adossement des EHPAD publics aux Groupements Hospitaliers de Territoire qui ont une vision sanitaire des personnes âgées ? Il y a nécessité de garder un équilibre entre le résident et le patient.
- Quelle place pour les Personnes Handicapées vieillissantes au sein des EHPAD comme en maintien à domicile ?
- Comment favoriser les solutions d'habitats intermédiaires comme les Résidences Autonomie et encourager les passerelles entre les Résidences et les EHPAD afin d'encourager le parcours ?
- Quelle évolution des Résidences Services Séniors dont le modèle lorgne désormais sur le médico-social ?

Rappel de l'ensemble des préconisations

Axes et Actions	Thèmes	Pilotage institutionnel
Axe 1	Parcours du bien vieillir en Seine-et-Marne	
1	Construire et soutenir un véritable “parcours du bien vieillir” départemental : Mettre en place une feuille de route coordonnée réunissant Département, ARS, DAC, services d’aides à domicile, groupes hospitaliers et EHPAD, afin de réduire les ruptures de parcours, d’anticiper les fragilités et d’améliorer la lisibilité pour les habitants-usagers	ARS CD
2	S’appuyer sur le SPDA pour lancer un programme départemental d’information et de prévention	CD
3	Améliorer l’orientation et la lisibilité des parcours pour offrir aux usagers et à leurs proches un accès lisible et simplifié à l’offre, et garantir une orientation fondée sur les besoins réels de la personne	CD
4	Créer, dès les premières prises en charge, un dossier individuel d’accompagnement, permettant de tracer les informations utiles au fil du parcours, dans le respect du secret médical	Etat
5	Sensibiliser les médecins libéraux afin qu’ils rappellent régulièrement aux patients l’importance de rédiger des directives anticipées et d’en assurer l’accessibilité.	ARS
Axe 2	Maintien à domicile, non-recours et solutions intermédiaires	
1	Lutter contre le non recours aux droits par un travail important d’information et de mise en relation	Caisses de retraite, Département, etc.
2	Replacer le maintien à domicile dans une logique de parcours, en articulation avec l’anticipation, la prévention et l’orientation	CD
3	Développer une culture de l’anticipation des fragilités, systématiser les évaluations précoces et multidimensionnelles partagées, promouvoir la planification anticipée des parcours afin de sécuriser les transitions et d’éviter les ruptures brutales	CD
4	Développer & faire connaître les solutions intermédiaires et de répit	ARS CD
5	Etablir une feuille de route sur l’offre en résidences autonomie	CD
Axe 3	Sécuriser le parcours : information, évaluation, dossier partagé	
1	Harmoniser les modalités de présentation aux familles & d’évaluation de la grille AGGIR (grille homogène d’évaluation)	CD
2	Vérifier la faisabilité réglementaire d’un complément local aux outils nationaux	CD Etat
3	Faire de l’EHPAD une plateforme ouverte sur son territoire	ARS CD

4	Préparer et sécuriser les admissions en EHPAD ; par une complétude rapide du dossier, par l'amélioration du temps de traitement des dossiers pour l'ouverture des droits APA	EHPAD ARS CD
5	Accroître le nombre de places en unité protégée (UVP – UHR) sur l'ensemble du territoire seine-et-marnais	EHPAD ARS CD
6	Améliorer les modalités de gestion de transfert des résident.e.s dont la situation ne répond plus aux capacités d'accueil du lieu où il est (en évitant l'hospitalisation)	
7	Développer la perméabilité des dossiers usagers informatisés des usagers lors des réorientations (dossier individuel d'accompagnement)	Etat
8	Développer le relayage à domicile (service temporaire de suppléance de l'aidant familial auprès du proche en perte d'autonomie)	ARS CD
9	Déployer une campagne nationale d'information sur les directives anticipées et les attentes personnalisées en fin de vie	Etat
Axe 4	Conditions et modalités d'entrée en EHPAD	
1	Renforcer l'information régulière, progressive et lisible des personnes et des familles sur l'admission en EHPAD, dans un but d'anticipation	ARS CD
2	Améliorer la complétude des dossiers de l'utilisateur en amont de l'admission (notamment en urgence) en EHPAD	ARS CD
3	Travailler les pratiques d'accueil et d'explication des fonctionnements des établissements	ARS CD
4	Développer les dispositifs d'accueil temporaire et progressif (accueil de jour, hébergement temporaire, CRT)	ARS CD
5	Standardiser les évaluations préadmission pour détecter les troubles neurodégénératifs dissimulés, en formant les équipes à l'utilisation de tests validés	Etat
Axe 5	Ressources humaines : tensions structurelles et attractivité	
1	Développer les parcours professionnels, faciliter les VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), les passerelles et la montée en compétences en misant sur la PDMA (Plateforme des Métiers de l'Autonomie) & les acteurs de l'emploi et de l'insertion	ARS CD
2	Valoriser les établissements mettant en place des actions de qualité de vie au travail et fidélisation	ARS CD
3	Valoriser les métiers via des campagnes de communication départementales	CD
4	Inscrire les métiers du médico-social dans les politiques départementales "métiers en tension"	Etat
5	Limiter le recours à l'intérim en internalisant les compétences (ex : pool de remplaçants internes) ou en les mutualisations	ARS CD
6	Favoriser un management de proximité et former les managers de proximité à la gestion transversale des équipes sanitaires et médico-sociales	Etat
7	Identifier, au sein de chaque EHPAD et avec les équipes, ce que recouvre la notion de « mode dégradé » d'accueil, afin d'en réduire la fréquence et d'éviter d'exposer excessivement les professionnels à des situations d'exercice isolé de leurs fonctions	EHPAD
Axe 6	Accès médical et désertification	

1	Structurer une réponse territoriale à la désertification médicale, en lien avec l'ARS, pour résorber les tensions médicales	ARS CD
2	Renforcer les liens entre le sanitaire et le médico-social ;	ARS CD
3	Réintroduire des IDE de nuit pour réduire les recours aux urgences	Etat
4	Renforcer les équipes mobiles, mutualiser les ressources	Etat
5	Poursuivre les actions visant à lutter contre le désert médical et à renforcer l'attractivité des postes de médecins et d'IDE en EHPAD	ARS
Axe 7	Fin de vie et soins palliatifs	
1	Faire de la fin de vie un élément normalisé du parcours ainsi qu'un axe structurant d'accompagnement et de qualité	ARS
2	Généraliser la discussion sur la fin de vie, dès l'évaluation à domicile puis lors de l'admission en EHPAD	Etat
3	Intégrer la gestion des soins palliatifs au projet d'établissement	Etat
4	Inscrire une formation interactive et sur mesure aux soins palliatifs dans le plan de formation de chaque EHPAD	ARS
5	Sensibiliser les ARS à la nécessité d'un financement pérenne des formations individualisées en soins palliatifs en EHPAD.	CD
6	Évaluer la possibilité d'expérimenter le constat de décès par IDE en période critique	Etat
7	Structurer les conventions HAD / EHPAD	ARS
Axe 8	Familles, droits des résidents et qualité de la relation	
1	Renforcer la place des familles (les transformer en accompagnateurs informés, mieux associés au parcours) et la participation citoyenne, ainsi que les outils d'information. Travailler sur le consentement des individus en lien avec les familles	ARS CD
2	Associer systématiquement les familles et proches à la démarche palliative individuelle ;	ARS
3	Renforcer la transparence et la lisibilité pour les familles	ARS CD
4	Organiser régulièrement des « cafés des aidants » pour favoriser les dialogues entre les familles et les équipes y compris à des horaires accessibles à des aidants salariés	EHPAD
5	Consolider le rôle des Conseils de la Vie Sociale (CVS) comme gardiens de la qualité et de la bientraitance	ARS CD
6	Développer le rôle & les missions du psychologue auprès des familles	CD
7	Créer des espaces de convivialité (salons, jardins thérapeutiques) ouverts aux familles	ARS CD
Axe 9	Bientraitance, éthique et qualité relationnelle	
1	Rendre lisible la bientraitance & la qualité, mettre en place un référentiel qualité pour éviter les risques psycho-sociaux des personnels travaillant dans les EHPAD	ANACT-DGCS-HAS
2	Identifier la restauration, le suivi diététique et la dénutrition comme des signaux de la qualité de vie au sein de l'EHPAD	ARS CD
3	Généraliser des "référénts éthiques" dans les établissements ; insuffler des comités d'éthique inter-établissements ou généralisé sur le département	Etat

4	Rendre la bientraitance pilotable et mesurable, adossée à des repères et des outils communs	ARS CD
5	Poursuivre les efforts de réduction des contentions et des psychotropes ou leurs alternatives, mettre en place un véritable espace de partage des expériences entre les EHPAD et les milieux hospitaliers pour diminuer le recours à la camisole chimique, soutenir les expérimentations visant à mieux connaître les niveaux de prescriptions et accompagner les établissements à les diminuer	ARS
6	Adapter l'offre aux besoins des résidents de plus en plus dépendants et polypathologiques et ouvrir plus d'unités protégées au sein du département tous territoires confondus	EHPAD ARS CD
7	Veiller à la communication et l'affichage dans les ESMS de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et de la charte Romain Jacob pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap	ARS CD
8	Veiller à l'adoption d'une charte de bientraitance travaillée collégialement dans chaque EHPAD	ARS CD
Axe 10	Taille critique, mutualisations et gouvernance des établissements	
1	Garantir une accessibilité financière renforcée	CD
2	Consolider avec l'ARS une vision partagée pour	ARS CD
3	Encourager les mutualisations & rapprochements pour atteindre une taille critique robuste et renforcer la gouvernance territoriale	ARS CD
4	Porter une réflexion structurante et prospective afin d'adapter durablement les EHPAD aux entrées toujours plus tardives, à l'alourdissement des profils des résidents et à la complexification des prises en charge et aux besoins d'unités spécifiques	ARS CD
5	Clarifier les rôles et responsabilités entre EHPAD et groupe hospitalier	ARS CD
6	Poursuivre les actions portées avec et par la DGFIP pour garantir la sincérité et la fiabilité des comptes pour un diagnostic financier robuste et sécuriser la situation financière des EHPAD publics	ARS CD
7	Proposer des formations d'acculturation et de sensibilisation aux membres des conseils d'administrations des EHPAD publics et leur présenter les points de vigilance incontournables.	CD

Glossaire – sigles présents dans le rapport

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant(e)

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

CD : Conseil départemental

CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

COPIL : Comité de pilotage

COTECH : Comité technique

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRT : Centre de Ressources Territorial

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DA : Directives anticipées

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DDFIP : Direction Départementale des Finances Publiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPGT : Etablissement Public Gérontologique de Tournan

ESSMS : Établissement ou Service Social et Médico-Social

FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Âgées

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GIR : Groupe Iso-Ressources

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GTSMS : Groupement Territorial Social et Médico-Social

HAD : Hospitalisation À Domicile

HDJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État Coordinateur(trice)

MDS : Maison Départementale des Solidarités

MedCo : Médecin coordonnateur

MIE : Mission d'Information et d'Évaluation

OAED : Objectif Annuel d'Evolution des Dépenses

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PAT : Pôle Autonomie Territorial

SPDA : Service Public Départemental de l'Autonomie

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

QVT : Qualité de Vie au Travail

RH : Ressources Humaines

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAD : Service Autonomie à Domicile

SAPHA : Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile

PDMA : Plateforme des Métiers de l'Autonomie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

SYNERPA : Syndicat National des Établissements, Résidences et Services d'Aide à Domicile Privés pour Personnes Âgées

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UMG : Unité Mobile de Gériatrie

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

UVP : Unité de Vie Protégée

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Annexes

Annexe 1 - Lettre demandant la création de la MIE

GROUPE SOCIALISTE, ECOLOGISTE ET REPUBLICAIN

Hôtel du Département 77010 Melun Cedex - 01 64 14 71 32 / claire.planchou@departement77.fr

Conseillères départementales & Conseillers départementaux

Champs-sur-Marne

Combs-la-Ville

Pontault-Combault

Savigny-le-Temple

Julie GOBERT – Mathieu VISKOVIC

Jean LAVIOLETTE – Virginie THOBOR

Smaïl DJEBARA – Sara SHORT-FERJULE

Éric BAREILLE – Marie-Line PICHÉRY



Monsieur Jean-François PARIGI
Président
Conseil départemental de Seine & Marne
Hôtel du Département
CS 50377
77010 MELUN CEDEX

Melun, le 13 octobre 2025,

Objet : Demande d'inscription à l'ordre du jour – Création d'une Mission d'information et d'évaluation (MIE) relative aux EHPAD

Monsieur le Président,

Conformément à l'article L.3121-22-1 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) et à l'article 24 du règlement intérieur du Conseil départemental et de la Commission permanente, les conseillers départementaux soussignés – au moins un cinquième des membres de l'Assemblée départementale – vous sollicitent pour l'inscription à l'ordre du jour de la prochaine séance du Conseil départemental de la proposition de création d'une Mission d'information et d'évaluation intitulée : « **Qualité, transparence et soutenabilité des EHPAD en Seine-et-Marne** ».

Certes, cette demande n'est pas de droit. Le règlement intérieur ne prévoit que la possibilité pour l'Assemblée Départementale d'en débattre. Mais, il ferait honneur à la majorité départementale d'y souscrire en défendant les droits de l'opposition pour donner aux élus de l'opposition une sorte de droit de tirage à l'instar du règlement intérieur de l'Assemblée nationale.

Certes, la Commission d'Appel d'Offres du 9 octobre 2025 vient d'accepter un marché relatif à l'étude prospective à l'horizon 2040 sur les besoins de rénovation et d'adaptation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Seine-et-Marne, mais celui-ci porte principalement sur les travaux et les bâtiments. La mission proposée apparaît tout à fait complémentaire.

En effet, la MIE aurait pour objet :

1. La qualité et la bientraitance : état des lieux des signalements, des contrôles et des suites données depuis 2022, conditions de prise en charge et qualité de vie ;
2. Le financement et le reste à charge : analyse des flux publics (Département/État/Assurance maladie), de leur impact sur les tarifs, de l'habilitation ASH et des écarts territoriaux ;
3. La Gouvernance et la contractualisation : examen des conventions (dont tripartites) et des clauses de qualité/évaluation, modalités de suivi ;
4. L'égalité territoriale de l'offre : répartition géographique, capacités, taux d'occupation, fermetures/ouvertures et accès effectif aux places.

En termes de formalisme, cette demande respecte :

- le seuil de saisine prévu par l'article L.3121-22-1 du CGCT (1/5 des membres soit pour le Conseil départemental de Seine-et-Marne : 10 signatures au minimum) ;
- la question de l'intérêt départemental sur laquelle porterait la Mission au regard des compétences du Département en matière d'autonomie, d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et d'Aide sociale à l'hébergement (ASH) ;
- la fenêtre temporelle posée par le même article : aucune Mission d'information et d'évaluation ne pouvant être créée à compter du 1er janvier de l'année précédant le renouvellement général du Conseil ;
- le délai imparti pour saisir le Président du Conseil départemental prévu par l'alinéa 2 de l'article 24 du règlement intérieur du Conseil départemental et de la Commission permanente ;
- la règle selon laquelle un même conseiller ne peut soutenir qu'une demande par an fondée sur ce même article.

Nous vous remercions de bien vouloir soumettre à l'Assemblée une délibération visant à la création de cette Mission d'information et d'évaluation lors de la prochaine séance qui aura lieu le 14 novembre 2025.

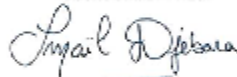
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Les conseillers départementaux soussignés :

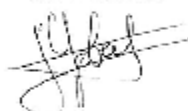
Éric BAREILLE



Smail DJEBARA



Julie GOBERT



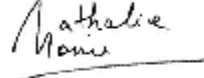
Anthony GRATACOS



Jean LAVIOLETTE



Nathalie MOINE



Marie-Line PICHÉRY



Sara SHORT-FERJULE



Virginie THOBOR



Mathieu VISKOVIC



Annexe 2 - Délibération créant la MIE

DELIBERATION n° CD-2025/11/14-004



DÉPARTEMENT DE SEINE-ET-MARNE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Séance du vendredi 14 novembre 2025

DÉLIBÉRATION N° CD-2025/11/14-004

OBJET : Création d'une Mission d'Information et d'Evaluation (MIE) relative aux EHPAD autorisés et tarifiés par le Département.

Les élus du groupe Socialiste, Ecologiste et Républicain (Mesdames GOBERT, PICHÉRY, SHORT-FERJULÉ et THOBOR et Messieurs BAREILLE, DIEBARA, LAVIOLETTE et VISKOVIC) et du groupe Gauche Républicaine, Communiste et Ecologiste (Madame MOINE et Monsieur GRATACOS) ont demandé, par un courrier en date du 13 octobre 2025, la création d'une mission d'information et d'évaluation (MIE) relative aux EHPAD.

Conformément aux dispositions de l'article 24 du Règlement Intérieur du Conseil départemental et de la Commission permanente, il appartient au Conseil départemental de délibérer sur cette demande et, le cas échéant, de déterminer la durée de la mission (qui ne peut excéder 6 mois) ainsi que sa composition et ses compétences.

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL,

VU le Code général des Collectivités territoriales,

VU les articles 24 et 25 du Règlement Intérieur du Conseil départemental et de la Commission permanente,

VU le rapport du Président du Conseil départemental,

Après en avoir délibéré,

DÉCIDE

Article 1 : De créer une mission d'information et d'évaluation (MIE) relative aux EHPAD autorisés et tarifiés par le Département,

DELIBERATION n° CD-2025/1714-004

Article 2 : Que la MIE est créée à compter du 14 novembre 2025 et ce pour une durée maximale de 6 mois,

Article 3 : Que la MIE est composée des membres de la commission Solidarités ainsi que d'un membre de chaque groupe politique non représenté au sein de la commission Solidarités,

Article 4 : Que la MIE est ainsi composée des 12 membres suivants :

- Monsieur Bernard COZIC
- Madame Anne GBIORCZYK
- Madame Emma ABREU
- Monsieur Jean-Marc CHANUSSOT
- Monsieur Denis JULLEMIER
- Madame Cindy MOUSSE-LE-GUILLOU
- Madame Véronique PASQUIER
- Madame Sophie DELOISY
- Madame Julie GOBERT
- Madame Marie-Line PICHERY
- Monsieur Anthony GRATACOS (au titre du Groupe Gauche Républicaine, Communiste et Écologiste)
- Monsieur Michel JOZON (au titre du Groupe Avenir 77)

Article 5 : Que le rapporteur de la MIE est Monsieur Bernard COZIC, et qu'en cette qualité, il aura pour rôle d'organiser et de piloter les travaux de la Mission,

Article 6 : Que la MIE est compétente pour recueillir, analyser et évaluer les éléments suivants :

- La qualité et la bientraitance : état des lieux des signalements, des contrôles et des suites données depuis 2022, conditions de prise en charge et qualité de vie ;
- Le financement et le reste à charge : analyse des flux publics (Département/Etat/Assurance maladie), de leur impact sur les tarifs, de l'habilitation ASH et des écarts territoriaux ;
- La Gouvernance et la contractualisation : examen des conventions (dont tripartites) et des clauses de qualité/évaluation, modalités de suivi ;
- L'égalité territoriale de l'offre : répartition géographique, capacités, taux d'occupation, fermetures/ouvertures et accès effectif aux places.

Adopté à l'unanimité

Ont voté POUR : 46

Mme Emma ABREU

Mme Nathalie BEAULNES-SERENI

Mme Majdoline BOURGEAIS – EL ABIDI

M. Thierry CERRI

M. Jean-Marc CHANUSSOT

M. Bernard COZIC

Mme Sophie DELOISY

M. Stéphane DEVAUCHELLE

M. Smail DJEBARA

DELIBERATION n° CD 2025/11/14 0/04

M. Yann DUBOSC

Mme Bouchra FENZAR RIZKI

Mme Isolina GARREAU

M. Laurent GAUTIER

Mme Anne GRIORCZYK

Mme Julia GOBERT

M. Pascal GOUHOURY

M. Anthony GRATACOS

M. Michel JOZON

M. Denis JULLEMIER

Mme Sarah LACROIX

M. Olivier LAVENKA

M. Jean LAVIOLETTE

Mme Nolwenn LE BOUTER

Mme Daisy LUCZAK

Mme Nathalie MOINE

Mme Cindy MOUSSI-LE GUILLOU

Mme Mireille MUNCH

Mme Céline NETTHAVONGS

M. Jean-François PARIGI

Mme Véronique PASQUIER

M. Vincent PAUL-PETIT

M. Ugo PEZZETTA

M. Brice RABASTE

M. Christian ROBACHE

Mme Béatrice RUCHEYON

M. Patrick SEPTIERS

Mme Sara SHORT-PERJULE

M. Jean-Louis THIERIOT

Mme Virginie THOBOR

Mme Claudine THOMAS

M. Xavier VANDERBISE

Mme Véronique VEAU

M. Mathieu VISKOVIC

M. Eric BAREILLE a donné pouvoir à M. VISKOVIC Mathieu

Mme Marie-Line PICHERY a donné pouvoir à M. LAVIOLETTE Jean

Mme Sandrine SOSINSKI a donné pouvoir à Mme RUCHEYON Béatrice

Ont voté CONTRE : 0

Page 3/4

DELIBERATION n° CD-2025/11/14-004

Se sont ABSTENUS : 0

N'a pas pris part au débat et au vote : 0

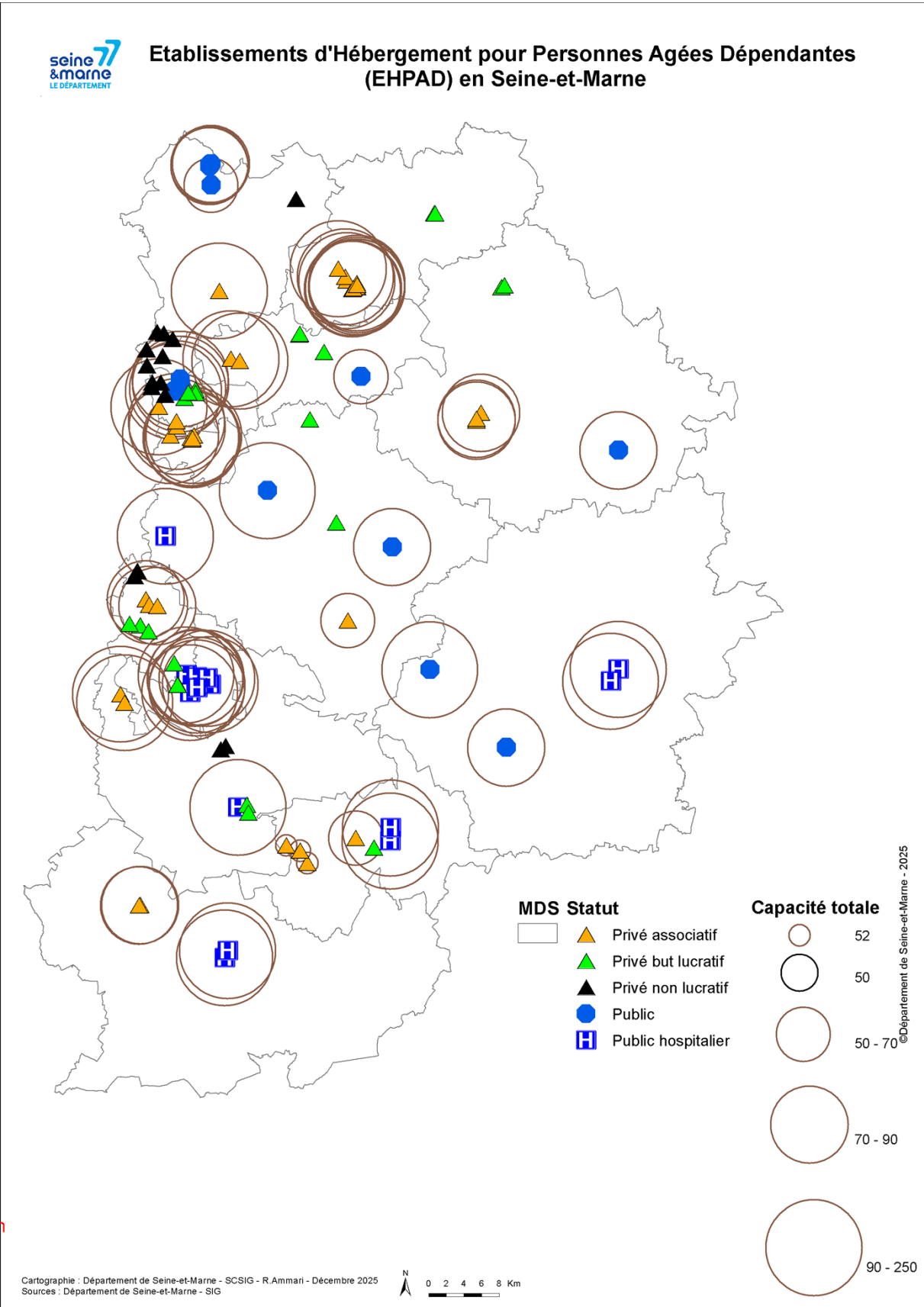
Etaient ABSENTS: 0

Jean-François PARIGI
Le Président du Conseil départemental
de Seine-et-Marne

Annexe 3 : Calendrier des visites, des personnes auditionnées et des commissions plénières

27 novembre 2025	Plénière n°1
18 décembre 2025	Plénière n°2
13 janvier 2026	Visite EHPAD EPGT à Tournan-en-Brie (public)
27 janvier 2026	Visite EHPAD au Coin du feu à Dammartin en Goële (public)
30 janvier 2026	Audition PAT de Lagny-sur-Marne Audition Service SAPHA MDS Melun-Val-de-Seine Audition SYNERPA
03 février 2026	Audition DAC Santé 77 Nord Audition FNADEPA
05 février 2026	Visite EHPAD Les Charmettes à Torcy (privé lucratif)
11 février 2026	Visite EHPAD Rosa Gallica à Provins (hospitalier)
16 février 2026	Plénière n°3
17 février 2026	Visite EHPAD le Parc Fleuri à Mormant (privé non lucratif)
19 février 2026	Visite EHPAD Les Champs à Coulommiers (privé non lucratif)
10 mars 2026	Plénière n°4 Audition DGFIP
09 avril 2026	Audition Syndicat Santé Sociaux 77
10 avril 2026	Plénière n°5 Audition ARS Délégation départementale 77 Audition GHEF
21 avril 2026	Plénière n°6
05 mai 2026	Audition Institut Jeanne Garnier

Annexe 4 : Cartographie des EHPAD autorisés en Seine-et-Marne



Annexe 5 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

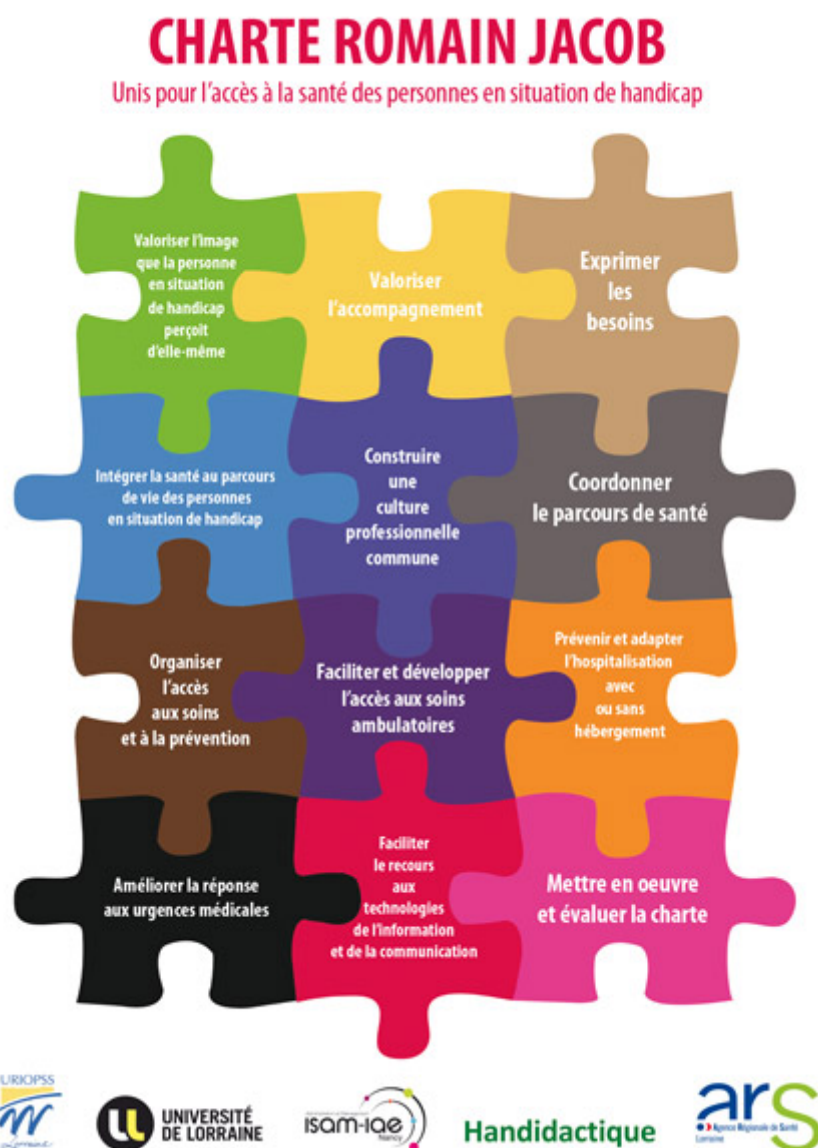
fng
Fondation Nationale de Gériatrie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



Annexe 6 : Charte Romain Jacob

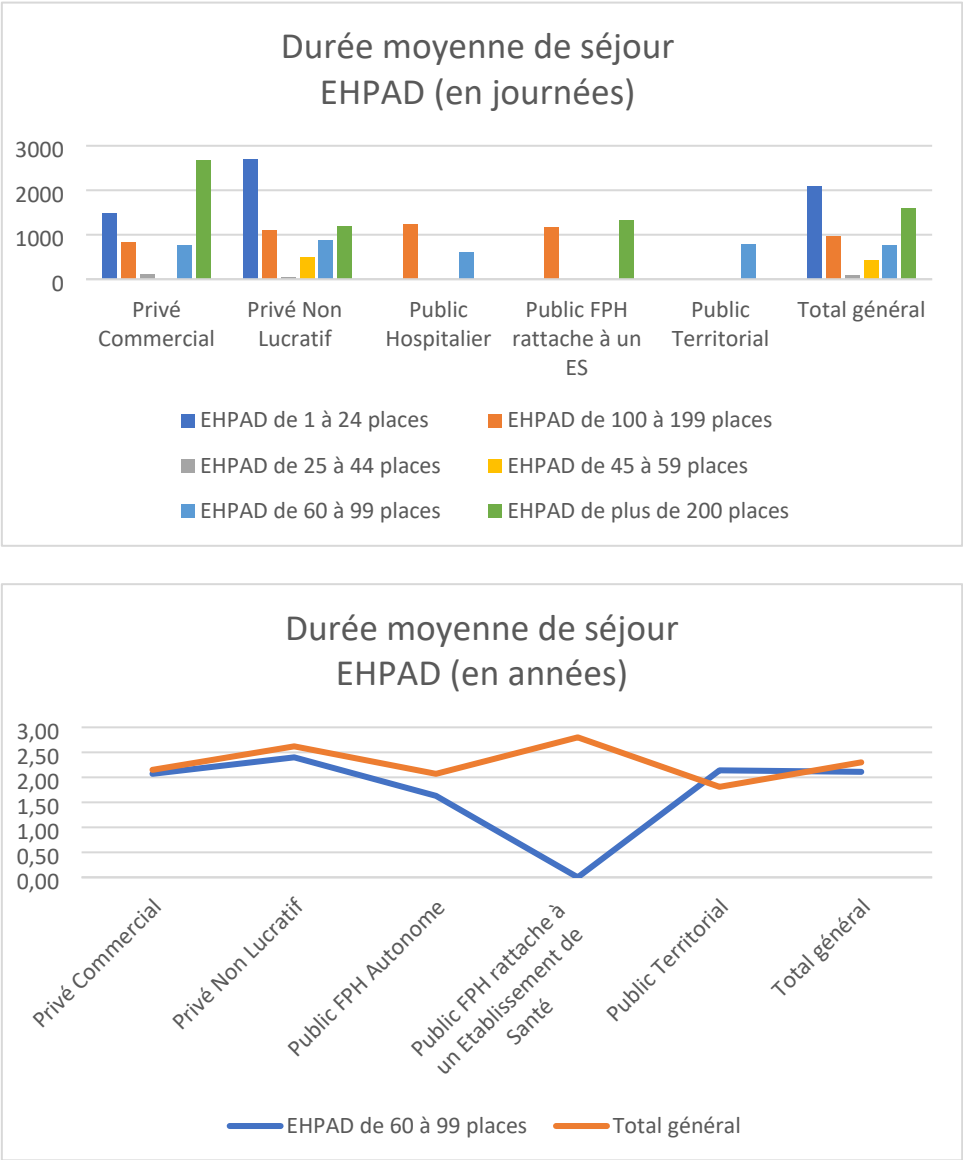
Handidactique - Le site de l'association Handidactique, qui œuvre aux droits des handicapés.



Annexe 7 : Données du Tableau de Bord de la Performance, année 2024

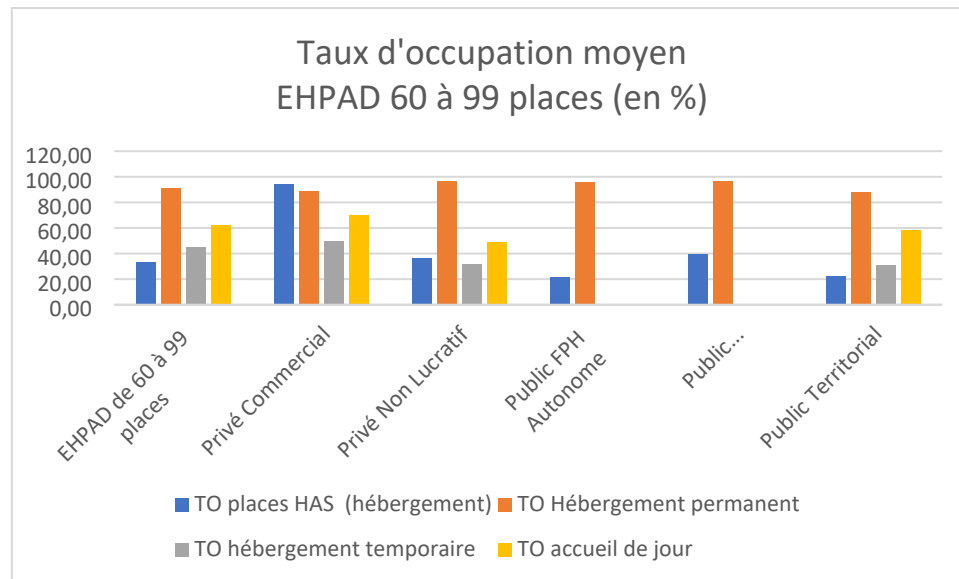
EHPAD autorisés en Seine-et-Marne

Durée de moyenne de séjour en EHPAD



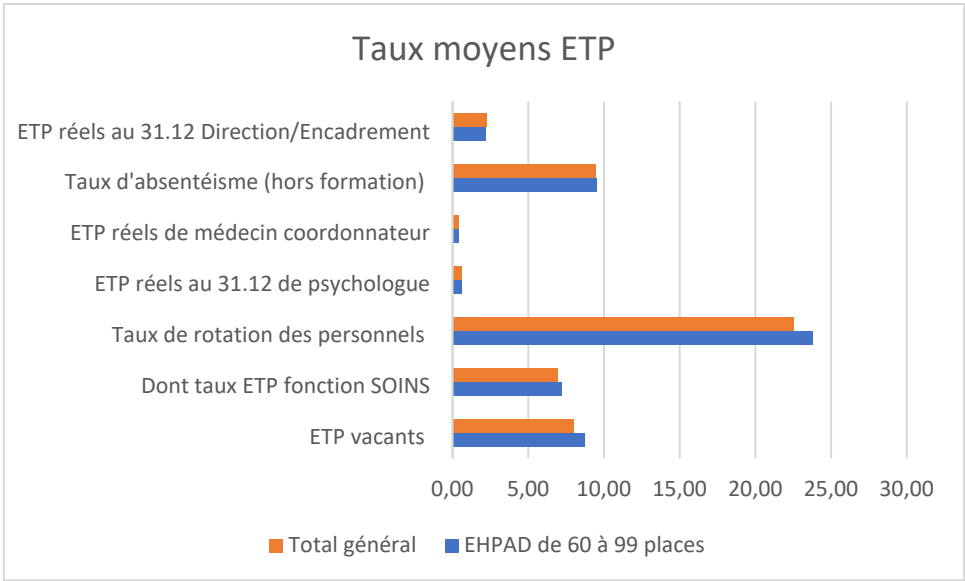
Taux moyens d’occupation (en pourcentage)

EHPAD / capacités	TO places HAS (hébergement)	TO Hébergement permanent	TO hébergement temporaire	TO accueil de jour
EHPAD de 1 à 24 places	69,66	95,50		
EHPAD de 25 à 44 places	39,53	47,90		
EHPAD de 45 à 59 places	39,47	95,43	67,46	81,23
EHPAD de 60 à 99 places	33,50	90,77	45,11	62,22
EHPAD de plus de 200 places	33,96	89,37	51,50	90,43
Total général	43,23	83,79	54,69	77,96



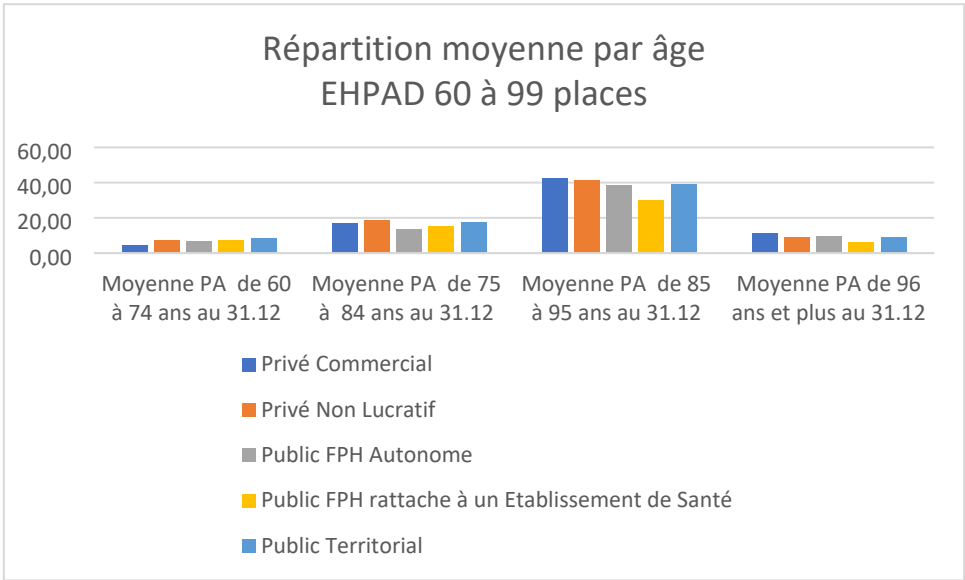
Taux moyens d'ETP

EHPAD	ETP vacants	Dont taux ETP fonction SOINS	Taux de rotation des personnels	Taux d'absentéisme (hors formation)	ETP réels au 31.12 Direction/Encadrement	ETP réels au 31.12 de psychologue	ETP réels de médecin coordonnateur
EHPAD de 1 à 24 places	1,09	0,18	25,11	9,76	0,86	0,13	0,28
Privé Commercial	0,00	0,00	30,04	5,06	0,35	0,10	0,50
Privé Non Lucratif	2,18	0,37	20,19	14,47	1,38	0,15	0,05
EHPAD de 25 à 44 places	7,01	7,01	29,99	5,83	1,95	0,18	0,20
Privé Commercial	6,40	6,40	34,60	5,26	1,93	0,23	0,27
Privé Non Lucratif	8,86	8,86	16,18	7,55	2,00	0,00	0,00
EHPAD de 45 à 59 places	3,74	2,84	14,45	9,98	1,57	0,45	0,28
Privé Non Lucratif	4,68	3,55	14,23	10,26	1,57	0,40	0,29
Public Territorial	0,00	0,00	15,56	8,59	1,54	0,70	0,20
EHPAD de 60 à 99 places	8,74	7,26	23,83	9,51	2,18	0,60	0,41
Privé Commercial	6,10	6,13	26,51	9,77	2,05	0,65	0,52
Privé Non Lucratif	12,40	10,72	31,27	10,59	2,34	0,59	0,34
Public FPH Autonome	2,46	1,79	12,73	7,17	1,83	0,30	0,20
Public FPH rattache à un Etablissement de Santé	2,65	2,65	13,95	4,14	1,56	0,20	0,20
Public Territorial	15,44	7,59	7,66	8,29	2,47	0,58	0,26
EHPAD de 100 à 199 places	8,68	8,50	20,98	9,94	2,81	0,86	0,47
Privé Commercial	10,40	10,18	24,92	11,36	2,68	0,76	0,52
Privé Non Lucratif	8,26	8,81	25,03	10,69	2,91	0,70	0,53
Public FPH Autonome	0,00	0,00	18,26	6,78	4,99	2,09	0,40
Public FPH rattache à un Etablissement de Santé	8,17	7,16	14,74	7,74	2,69	0,95	0,32
Public Territorial			5,45	10,52	1,66	0,80	0,60
EHPAD de plus de 200 places	9,26	7,74	7,67	7,73	4,34	1,08	0,45
Privé Commercial	17,89	13,68	10,68	0,00	0,00	0,00	0,50
Privé Non Lucratif	9,57	8,65	10,13	14,66	7,31	1,65	0,66
Public FPH rattache à un Etablissement de Santé	0,00	0,00	2,21	8,54	2,75	1,00	0,00
Privé Commercial	0,00	0,00	29,17	11,37	1,00	0,00	1,00



Répartition moyenne par âge des personnes accompagnées (en pourcentage)

	Moyenne PA de 50 à 54 ans au 31.12	Moyenne PA de 55 à 59 ans au 31.12	Moyenne PA de 60 à 74 ans au 31.12	Moyenne PA de 75 à 84 ans au 31.12	Moyenne PA de 85 à 95 ans au 31.12	Moyenne PA de 96 ans et plus au 31.12
EHPAD par capacités						
EHPAD de 1 à 24 places	0,25	0,50	2,25	8,00	7,75	0,50
EHPAD de 25 à 44 places	0,00	0,00	3,25	4,75	16,75	6,00
EHPAD de 45 à 59 places	0,00	0,67	6,33	9,67	24,33	5,33
EHPAD de 60 à 99 places	0,02	0,17	5,91	17,06	40,97	9,98
EHPAD de 100 à 199 places	0,09	0,32	15,14	32,82	57,05	12,45
EHPAD de plus de 200 places	0,75	0,75	26,50	57,50	93,50	21,75
Total général	0,07	0,25	8,35	20,48	42,89	10,11



Répartition moyenne par GIR des personnes accompagnées (en pourcentage)

