

Strasbourg, le **26 MARS 2015**

Le Président

Réf. : fb/cr/n° 2015- 177 /gr

Confidentiel
Lettre recommandée avec AR

Monsieur le Président,

Par lettre du 3 février 2015, j'ai porté à votre connaissance les observations définitives arrêtées par la chambre régionale des comptes sur la gestion de l'association bas-rhinoise pour l'aide aux personnes âgées afin de vous permettre, si vous l'estimiez utile, d'apporter une réponse écrite à ces observations, en application du code des juridictions financières.

En l'absence de réponse de votre part, ce rapport d'observations définitives vous est à nouveau adressé, accompagné de la réponse de M. Kennel, président du conseil départemental du 12 mars 2015, pour être communiqué au conseil d'administration de votre association conformément à la destination habituelle des rapports d'observations de la chambre.

Ce document final demeure confidentiel jusqu'à sa communication à l'assemblée délibérante du Conseil Départemental du Bas-Rhin à la connaissance de laquelle il est par ailleurs porté conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières. Cette notification ne pourra intervenir qu'à l'issue des opérations électorales désignant la nouvelle assemblée du Conseil Départemental du Bas-Rhin.

Ce rapport d'observations définitives est également adressé à M. le Préfet de la région Alsace, Préfet du Bas-Rhin et à M. le Directeur régional des Finances publiques d'Alsace et du département du Bas-Rhin

Après sa communication à l'assemblée délibérante, il est communicable de plein droit à toute personne qui en ferait la demande.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.


Christophe Rosenau

Monsieur Jean-Jacques Pimmel
Président de l'ABRAPA
1, rue Jean Monnet
BP 70091
67038 STRASBOURG Cedex 2

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Sommaire

SYNTHÈSE.....	2
LISTE DES RECOMMANDATIONS	4
1. L'ASSOCIATION ABRAPA ET SA GOUVERNANCE	6
1.1 Les activités de l'association en 2014	6
1.2 Les adhérents de l'association	9
1.3 Le projet associatif	10
1.4 Les instances décisionnelles et leur organisation	11
1.4.1 Les organes	11
1.4.2 Les délégations de signature et l'information du bureau	13
1.4.3 L'organigramme et sa déclinaison en fiches de postes	13
1.5 Le contrôle interne et les outils de pilotage	14
1.6 Les limites de l'information et du fonctionnement de la gouvernance	16
2. LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ABRAPA	18
2.1 La fiabilité des comptes	19
2.2 La situation financière	26
2.2.1 Analyse bilancielle de l'association	26
2.2.2 Analyse du compte de résultat des gestions propres et du fonds associatif sans droit de reprise.....	27
2.2.3 Analyse du compte de résultat des gestions contrôlées et du fonds associatif avec droit de reprise.....	29
2.2.4 La situation financière du SAAD et du SSIAD	31
3. LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE	34
3.1 Analyse du contexte du fonctionnement du SSIAD et son articulation avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....	35
3.2 Evolution du SSIAD de 2008 à 2013	39
3.3 Les bénéficiaires du SSIAD.....	42
3.4 Les modes et natures des interventions	45
3.5 Le personnel du SSIAD.....	46
3.6 Equilibre financier du SSIAD	52
Annexe 1 : Organigramme de l'ABRAPA	56
Annexe 2 : Données relatives aux comptes et à la situation financière de l'ABRAPA.....	57
Annexe 3 : Le service d'aide à domicile (SAAD) et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).....	64
Annexe 4 : Densité de l'offre en soins infirmiers.....	66
Annexe 5 : Territoire couvert par le SSIAD de l'ABRAPA	67
Annexe 6 : Territoire couvert par l'ESA de l'ABRAPA.....	68
Annexe 7 : Evolution de la nature des dépenses et recettes de siège.....	69
Annexe 8 : Compte administratif du SSIAD (2007-2012).....	70

SYNTHÈSE

L'ABRAPA est la plus importante et la plus ancienne association d'aide et de services à la personne du Bas-Rhin. Fondée en 1961, elle emploie, au 31 décembre 2013, 2 913 personnes, selon le rapport d'activité, et intervient auprès de 20 000 personnes âgées ou en situation de handicap pour des produits d'exploitation de 101 M€. Les activités de l'association, qui sont conformes à ses statuts, couvrent les domaines de la vie quotidienne, de la sécurité, de la santé, des loisirs et de l'hébergement. L'ABRAPA est en voie de développer une nouvelle activité de maintien des liens sociaux via les outils numériques.

Les adhérents de l'association sont des représentants institutionnels, des personnalités qualifiées et les bénéficiaires et leurs familles. L'ABRAPA souhaite développer le bénévolat, ce qui suppose, pour la chambre, de mieux encadrer les conditions de sa mise en œuvre, notamment par la perception de cotisations, et de développer et fiabiliser l'information donnée en annexe des états financiers. Le projet associatif a été revu et validé par l'assemblée générale en juillet 2014. Il est cohérent avec les statuts de l'association, en rappelle les valeurs et se décline en 11 enjeux.

La chambre a pu constater la bonne tenue des instances décisionnelles de l'association. Le bureau constitue l'organe clé pour la quasi-totalité des décisions de gestion, le conseil d'administration ayant pour objet d'associer plus largement des décideurs et financeurs à la vie de l'association. La chambre note certaines limites dans l'information donnée aux administrateurs ou dans la justification de certaines décisions prises au regard de la préservation de l'intérêt de l'association. Une révision des décisions de délégation de signatures et la mise en place de réelles délégations de fonctions, notamment pour le suivi du projet associatif, ainsi que les modalités de compte rendu des décisions prises par les délégataires au bureau, doivent être actées et précisées rapidement.

L'ABRAPA dispose d'un système d'information et de contrôle de gestion développé. La chambre constate cependant la difficulté à obtenir la justification des sommes versées par l'ABRAPA au Groupement informatique de l'économie sociale (GIES), groupement créé à l'initiative du président de l'ABRAPA pour la réalisation de prestations informatiques à plusieurs associations du secteur de l'aide à la personne. De plus, la chambre note l'absence de procédures d'inventaire physique, ce qui affecte la fiabilité des comptes de l'association, ou de contrôle des caisses.

L'analyse de la fiabilité des comptes de l'ABRAPA a conduit la chambre à réitérer certaines recommandations faites dans son précédent rapport concernant les relations de l'association avec d'autres organismes (SCI et associations notamment), celles-ci étant souvent complexes et peu documentées. De plus, la chambre estime que l'information donnée sur les fonds dédiés est insuffisante, notamment sur les fonds n'ayant pas connu de mouvements depuis plusieurs années. La plupart d'entre eux ne correspondent pas, ou plus, à la définition de fonds dédiés et doivent être soit remboursés au financeur concerné, soit passés en réserve.

L'analyse de la situation financière de l'ABRAPA montre que celle-ci dispose d'une trésorerie stable depuis 2008, correspondant à environ 67 jours de charges d'exploitation en 2013. L'analyse de l'endettement de l'association doit prendre en compte les engagements hors bilan de celle-ci, ce qui fait passer son taux d'indépendance financière de 50 à 71 % en 2013.

L'analyse de quelques postes de dépenses montre l'accroissement des honoraires non médicaux versés par l'association, qui ont été multipliés par 2,75 entre 2009 et 2013, soit un développement bien supérieur à celui des produits d'exploitation de l'association. Le poids des gestions contrôlées s'alourdit, atteignant 88 % des produits d'exploitation de l'association en 2013. L'information sur la mise à disposition d'effectifs, par exemple à la SCI Aparo, et les prestations de services remboursées, doit être améliorée dans l'annexe des états financiers.

Les gestions propres sont soumises à un effet de ciseau défavorable, dégradant l'excédent brut d'exploitation de 15 % entre 2008 et 2013. L'activité de téléassistance forme l'essentiel du résultat des gestions propres en 2013 et a connu une croissance de ses produits d'exploitation de 11 % entre 2009 et 2013. La seconde activité contributrice au résultat est la restauration, mais ses produits d'exploitation sont en baisse. La chambre invite l'ABRAPA à étudier, et le cas échéant, à mettre en place une sectorisation des activités propres devant être fiscalisées.

Du fait de l'action des autorités de tarification, les gestions contrôlées dans leur ensemble restent orientées favorablement entre 2009 et 2013 et l'excédent brut d'exploitation s'est amélioré au cours de la période. Le service d'aide à domicile (SAAD) représente 43 % des produits d'exploitation des gestions contrôlées en 2013 et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en représente 8 %.

Le SAAD a connu une forte chute d'activité entre 2012 et 2013 suite au durcissement des critères d'aide de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). L'ABRAPA a bénéficié de l'aide du fonds de restructuration de l'aide à domicile géré par l'Agence régionale de santé (ARS) et du conseil général dont le versement de l'aide a été rééchelonné jusqu'en 2016. Malgré des recherches d'économies en interne, l'équilibre du SAAD reste précaire et encore impacté par des mesures de revalorisation salariales non totalement couvertes par l'autorité de tarification.

Dans le cadre de l'enquête menée par les juridictions financières sur le maintien à domicile des personnes âgées, un examen plus approfondi a été réalisé pour le SSIAD. Au 30 juin 2013, l'ABRAPA gère un SSIAD disposant de dix antennes pour une capacité autorisée et financée de 484 places dont 37 réservées aux personnes adultes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques invalidantes. En outre, l'ABRAPA dispose de 30 places spécialisées Alzheimer. Un rapprochement avec le SAAD est en cours pour mettre en place un fonctionnement en Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ce mode de fonctionnement sera généralisé à la fin de l'année 2014 et présenté à l'ARS et au conseil général tout en conservant deux budgets distincts.

L'activité du SSIAD est en progression depuis 2008, l'ABRAPA ayant répondu aux appels à projet lancés par l'ARS. Le territoire couvert par le SSIAD concerne à la fois des zones très urbanisées sur lesquelles d'autres offres de SSIAD existent, et des zones rurales sur lesquelles il représente le seul service présent (hors infirmières libérales). Les « *Equipes spécialisées Alzheimer* » (ESA) ne couvrent pas le même territoire que le SSIAD. Cependant, il n'y a pas de réelles complémentarités entre le SSIAD et les ESA, la prise en charge des bénéficiaires relevant de logiques différentes.

Si le vieillissement des bénéficiaires du SSIAD est perceptible, la chambre note que le niveau moyen de leur dépendance se réduit. La durée moyenne de séjour s'allonge. Le SSIAD de l'ABRAPA intervient exclusivement au domicile des bénéficiaires. Les soins de nursing sont réalisés par des aides-soignantes salariées alors que les soins infirmiers sont réalisés par des infirmières libérales conventionnées.

L'effectif du SSIAD atteint 117,4 ETP en 2013 (contre 95,8 entre 2008). Le taux d'absentéisme total reste élevé (11 % en 2013) entraînant un coût de remplacement par des contrats à durée déterminée ou par de l'intérim croissant (161 k€ en 2013). Un effort important de formation est réalisé, y compris à la bienveillance par des formations internes.

Le financement du SSIAD est encadré par un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), 2009-2013 puis 2014-2018, qui acte l'importance des crédits non reconductibles accordés pour couvrir les actes médico infirmiers (285 k€ en 2013). L'équilibre financier reste précaire du fait du poids croissant des actes médico-infirmiers, de l'intérim et des frais de déplacement. Après une analyse de la concentration du coût des actes médico-infirmiers sur un petit nombre de patients, d'ailleurs pas nécessairement les plus dépendants, l'ABRAPA met en place en 2014 à titre expérimental une équipe d'infirmières salariées afin de tester les économies possibles sur ce poste. La maîtrise du coût de l'intérim, déjà perceptible en 2013 par rapport à 2012, est passée par une renégociation du tarif horaire et par des mesures de lutte contre l'absentéisme. Le projet de mise en place d'une équipe d'aides-soignantes de remplacement, prévu au précédent CPOM, n'a pas abouti, vu les difficultés de recrutement sur ce type de poste. En ce qui concerne la maîtrise des frais de déplacements, la chambre recommande à l'ABRAPA d'appliquer le taux de remboursement de la convention collective de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA). Enfin, une vision pluriannuelle prospective de la situation financière du SSIAD, comme d'ailleurs du SAAD, serait utile tant pour l'association elle-même que pour engager un dialogue constructif avec les autorités de tarification.

*
* *

En début de rapport, la chambre présente une synthèse de ses recommandations reprises dans l'ordre du rapport. Les recommandations visent à permettre une inflexion ou une amélioration de la gestion ; elles sont susceptibles d'être mises en œuvre sans délai particulier. Leur mise en œuvre fera l'objet d'un suivi.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : La chambre recommande la révision des statuts pour clarifier la place des bénévoles et les modalités de cotisation de chaque catégorie de membres, notamment les modalités de mise en œuvre de celle-ci pour les bénéficiaires ou leurs familles, ainsi que pour les bénévoles.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande la diffusion la plus large du projet associatif à tous les salariés et bénévoles de l'association et sa mise à disposition du public sur le site internet de l'association, ainsi que la mise en place d'un dispositif de suivi de la mise en œuvre des enjeux y figurant au travers de délégations de fonctions identifiées à certains administrateurs, à charge pour eux d'en rendre compte au bureau ou au conseil d'administration.

Recommandation n° 3 : La chambre recommande de revoir le fonctionnement des comités de gestion et des commissions prévu par le règlement intérieur pour garantir un retour d'information adéquat vers les administrateurs de la vie de l'association.

Recommandation n° 4 : La chambre recommande de revoir le dispositif de facturation des prestations du GIES à l'ABRAPA et de mettre en place au niveau de l'ABRAPA les dispositions de contrôle des éléments facturés par le GIES, notamment pour les travaux réalisés en commun.

Recommandation n° 5 : La chambre recommande d'améliorer l'information des instances de gouvernance de l'association. Les décisions prises par le président, des administrateurs ou le directeur général ayant reçu délégation du bureau ou du conseil d'administration doivent faire l'objet d'un compte rendu à l'instance ayant donné délégation et les décisions prises par les administrateurs doivent être motivées en veillant à la préservation des intérêts de l'association.

Recommandation n° 6 : La chambre recommande de développer l'information en annexe

sur les fonds dédiés afin de rendre directement intelligible leur provenance et leur objet et de vérifier périodiquement la pertinence de leur maintien ou de leur passage en réserve ou leur remboursement éventuel au financeur concerné.

Recommandation n° 7 : La chambre recommande la mise en place d'un inventaire physique du patrimoine de l'association et de procédures d'entrées et de sorties de biens, ainsi qu'une procédure interne de contrôle périodique des caisses.

Recommandation n° 8 : La chambre recommande de fiabiliser et d'étoffer l'information fournie sur le bénévolat valorisé et les contributions en nature en indiquant le nombre d'heures et la nature des tâches effectués par les bénévoles, ainsi que la nature des contributions recensées.

Recommandation n° 9 : La chambre réitère sa recommandation de mieux formaliser contractuellement les relations entre l'ABRAPA et la SCI Aparo tant en ce qui concerne les modalités de remboursement de l'avance initiale consentie que le prêt de main-d'œuvre et les modalités de gestion de la résidence de la Krutenau.

Recommandation n° 10 : La chambre recommande de formaliser contractuellement le versement par l'ABRAPA d'une avance de 280 k€ à la SCI Clos du Tilleul et les modalités de son remboursement.

Recommandation n° 11 : La chambre recommande à l'ABRAPA de procéder à une analyse fine, activité par activité, de la justification du non-assujettissement à la TVA et de mettre en place, le cas échéant, une sectorisation des activités.

Recommandation n° 12 : La chambre recommande à l'ABRAPA de poursuivre le dialogue avec le conseil général en vue d'aboutir à une analyse partagée des principaux déterminants des charges d'exploitation du SAAD et de présenter des comptes de résultats prévisionnels permettant de démontrer les actions prévues pour assurer le retour à l'équilibre.

Recommandation n° 13 : La chambre recommande qu'une projection pluriannuelle de la situation financière du SSIAD soit établie prenant en compte les hypothèses du CPOM 2014-2018.

1. L'ASSOCIATION ABRAPA ET SA GOUVERNANCE

L'ABRAPA est la plus importante et la plus ancienne Association d'aide et de services à la personne du Bas-Rhin. Fondée en 1961, elle est présidée par M. Jean-Jacques Pimmel depuis 1994. Il est entouré d'un comité de direction de huit personnes dont un directeur général, une directrice générale adjointe et un directeur adjoint.

La gouvernance de l'association est organisée au travers d'une assemblée générale de 227 membres (dont trois membres fondateurs, 17 membres de droit, 110 membres actifs, 25 membres avec voix consultative et 53 membres avec voix délibératives réglementées), d'un conseil d'administration et d'un bureau. Enfin, 11 comités de gestion suivent l'activité des services proposés ou des sites.

Les statuts, dont la dernière modification datait de 1984, ont été révisés par l'assemblée générale extraordinaire du 26 juin 2013. L'article 1, qui précise l'objet de l'association, a élargi la compétence de l'association au-delà des personnes âgées et du Bas-Rhin. La chambre constate que ceci lui permet d'intervenir dans un champ d'activités très important, ce qui appelle à disposer de compétences de gestion en adéquation avec cette ambition.

Les développements ci-après porteront sur les activités de l'association, la notion d'adhérent, les instances décisionnelles et leur organisation, le contrôle interne et les outils de pilotage ainsi que sur les limites de l'information et du fonctionnement de la gouvernance.

1.1 Les activités de l'association en 2014

L'association emploie 2 913 salariés au 31 décembre 2013 et intervient auprès de 20 000 personnes âgées et/ou en situation de handicap pour des produits d'exploitation totaux d'environ 101 M€.

Les activités en faveur de la vie quotidienne

L'ABRAPA gère un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) réalisé essentiellement en mode prestataire et dont l'activité est répartie sur l'ensemble du département du Bas-Rhin. Globalement, 70 % des personnes bénéficiaires de ce service sont des femmes et le niveau de dépendance des personnes aidées continue de croître. Ce service a connu une baisse d'activité de 5 % en 2013 en nombre d'heures d'interventions (1,7 million d'heures d'intervention en 2013).

Le portage de repas est aussi une activité qui a connu une légère baisse de 0,8 % en 2013. Elle concerne 2 664 bénéficiaires sur le Bas-Rhin, soit le service d'environ 380 000 repas. Les repas sont réalisés par la cuisine centrale de la SAS Poivre et Sel Bout'Chou créée en 2011 avec l'Association familiale de loisirs éducatifs et de formation (ALEF).

L'ABRAPA gère deux accueils de jour, l'accueil Maryse à Strasbourg et l'accueil du Préo à Oberhausbergen. L'accueil de jour Maryse a subi d'importants travaux de réhabilitation en 2013, limitant son activité. L'accueil de jour Préo a poursuivi ses activités intergénérationnelles.

Enfin, l'ABRAPA assure un service de transport accompagné par lequel les aides à domicile accompagnent en voiture les personnes âgées à leurs différents rendez-vous (199 000 km parcourus en 2013) ou bien par lequel les personnes âgées peuvent faire appel à un minibus pour être véhiculées temporairement (611 prises en charge en 2013).

Les activités liées à la sécurité

Le service de téléassistance de l'ABRAPA a connu une légère baisse du nombre de ses adhérents en 2013. Il permet la mise en place d'un système d'alerte transmis directement à une centrale d'écoute permettant soit une alerte du réseau de voisinage, soit une intervention directe,

éventuellement via le service de garde de nuit de l'ABRAPA. La centrale d'écoute du service de téléassistance est sous-traitée à l'entreprise Alsacienne de protection située à Bischheim. En 2001, l'ABRAPA a créé un service de garde de nuit offrant une intervention ponctuelle (aide aux actes essentiels de la vie ou sécurisation par une présence) en cours de nuit à la demande de la personne âgée ou des aidants. Le service est essentiellement offert sur Strasbourg.

Les activités liées à la santé

L'ABRAPA gère un service de soins infirmiers à domicile composé de dix antennes réparties sur le Bas-Rhin pour une capacité autorisée et financée en 2013 de 484 places, dont 37 réservées aux personnes adultes en situation de handicap. Ce service évolue vers un fonctionnement en Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

En 2013, en complément de l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) déjà existante sur Strasbourg, une seconde équipe spécialisée Alzheimer a été ouverte sur Sélestat. Au total, l'ABRAPA peut prendre en charge, en 2013, 90 patients pour des soins de stimulation.

L'ABRAPA gère deux hôpitaux de jours, Michel Philibert et Germaine Bord, d'une capacité totale de 35 places. Un projet de regroupement de ces deux hôpitaux sur le même site à Strasbourg est en cours.

Deux plateaux de soins, situés dans deux résidences seniors, étaient gérés par l'association Hespérides reprise par l'ABRAPA au 1^{er} janvier 2013. Sur décision de l'ARS, ces plateaux de soins ont cessé leurs activités au 31 décembre 2013.

L'ABRAPA gère un programme d'entraînement personnalisé sur « ergocycle » ou vélo, en partenariat avec le Centre Alsacien pour le Mieux Etre du Sénior. Ce programme a été transféré au 1^{er} janvier 2013 aux HUS et une association, faute de rentabilité.

L'ABRAPA gère une pharmacie à usage interne créée et autorisée par l'ARS et l'Ordre des pharmaciens en 2004. Celle-ci est localisée au sein de l'EHPAD Sainte Elisabeth et emploie deux pharmaciens, trois préparatrices et un chauffeur-livreur. Elle dessert les deux hôpitaux de jour et les EHPAD Les Mésanges et Sainte Elisabeth qui sont d'anciennes unités de soins de longue durée (USLD), ainsi que l'EHPAD Danube qui bénéficie d'une tarification globale et l'EHPAD Stéphanie qui bénéficie d'une tarification partielle avec pharmacie à usage interne, soit le traitement et la préparation des prescriptions de 296 résidents en EHPAD et de 175 patients aux hôpitaux de jour. L'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux achetés sont refacturés au réel aux établissements destinataires.

Les loisirs

L'ABRAPA gère les restaurants implantés dans les résidences seniors des Halles, Mathis, Accueil de jour Maryse à Strasbourg, ainsi que ceux de la résidence APARO de la Krutenau à Strasbourg et de la résidence Massol à Wissembourg. Les repas sont sous-traités à l'Alsacienne de Restauration et Médirest. La résidence Massol à Wissembourg est approvisionnée en liaison froide par la SAS Poivre et Sel Bout'Chou. Les restaurants des résidences sont ouverts à tous les retraités. Par ailleurs, l'ABRAPA a développé une activité de transport et d'accompagnement sur Strasbourg permettant aux personnes âgées de rejoindre un restaurant de l'ABRAPA, dite « *Auto-saveurs* »

L'ABRAPA fédère un réseau de 123 clubs seniors répartis en six secteurs sur le département du Bas-Rhin et animé par un comité consultatif départemental et un administrateur délégué sur cette fonction. Ces clubs locaux visent à permettre le maintien d'un réseau relationnel pour les personnes âgées localement (animations, réunions thématiques) et sont un relais pour l'ABRAPA pour informer les seniors des services qu'elle propose.

Des bénévoles animent un atelier informatique à l'accueil de jour Maryse et à la résidence Mathis. D'autres bénévoles mettent en place diverses animations (chorales, etc.) au sein des résidences seniors.

L'ABRAPA souhaite développer le bénévolat et a lancé une action spécifique visant à développer les offres de bénévolat directement à l'ABRAPA, en sus des offres de bénévolat gérées directement par les établissements et sites. Les bénévoles qui se manifestent à l'ABRAPA sont ensuite orientés en fonction des besoins de l'association.

Enfin, l'ABRAPA dispose d'un hôtel-village-club « *Le Beau site* » à Orbey (68) exploité par le groupe Vacances Bleues et les villages vacances familles (VVF). L'ABRAPA souhaite se défaire de ce bien et en a décidé la mise en vente par décision du bureau en date du 17 septembre 2013. La vente n'est toujours pas réalisée à ce jour.

L'hébergement

Au 1^{er} janvier 2014, l'ABRAPA gère 13 EHPAD d'une capacité totale de 1 073 lits, soit 12,5 % des places en EHPAD du département du Bas-Rhin ; le nombre de lits géré par l'association a été multiplié par 2,23 depuis 2007. Le taux d'occupation moyen est de 98,18 %. Le tarif moyen hébergement et dépendance pour un GIR 5/6 par jour est de 61,35 € en 2013, soit une augmentation de 10,29 % par rapport à 2008.

L'ABRAPA gère aussi six résidences seniors comprenant 366 studios, 69 deux pièces et un trois-pièces. Suivant la taille des logements, les loyers et charges mensuelles vont de 423 € à 691 €. Le taux d'occupation moyen est de 97,1%, ces logements s'adressent à des retraités autonomes dont le GIR moyen modéré (GMP) ne dépasse pas 300.

L'ABRAPA assurait, depuis 2010 et jusqu'en juin 2013, la gestion et l'animation sociale et culturelle de la résidence Saint Joseph située à Brumath et propriété du groupe Juvenys. Cette activité a été arrêtée par décision du bureau du 23 avril 2013, le promoteur ayant des difficultés financières pour honorer les termes du contrat de mise à disposition du personnel (une animatrice responsable de la vie sociale et un agent technique). L'agent technique a été repris par le groupe Juvenys et l'animatrice par l'ABRAPA.

Les projets en cours

L'ABRAPA a participé à l'appel à projet « *TIC et Santé* » du conseil général 67 lancé en 2010. L'ABRAPA a porté avec différents partenaires privés et publics (communautés de communes de Sauer-Pechelbronn, de la Haute-Bruche et le Pays de Wissembourg) le projet « *Demeter* » en vue de tester l'offre de solutions technologiques favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.

La gestion financière du projet « *Demeter* » a été assurée par l'entreprise Toshiba. Le projet s'est déroulé de 2010 à 2012 et a donné lieu à une évaluation en juin 2012. Celle-ci a conclu à l'absence de viabilité de ce projet du fait du caractère propriétaire du logiciel de télémédecine et de l'absence de synergie des acteurs sanitaires et médico-sociaux (hébergement sécurisé des données de santé, accès et messagerie sécurisée, notamment), de l'importance de l'accompagnement nécessaire des bénéficiaires et de leurs familles, malgré les bénéfices et économies potentielles pour les acteurs et professionnels médico-sociaux (communication et transmission à distance des informations relatives aux bénéficiaires). Sur le plan financier, le coût total du projet était de 912 k€. Il a été subventionné par le conseil général à hauteur de 300 k€ et par le FEADER à hauteur de 200 k€. L'ABRAPA a réalisé 78,6 k€ de dépenses relatives à du temps passé en groupes de travail et en formation des agents. Elle a reçu une subvention de 38,1 k€.

Si le projet « *Demeter* » n'a pas connu de suite directe au-delà de la phase expérimentale, les fonctionnalités liées au maintien des liens sociaux ont été repris et leur évolution poursuivie. La société Entela Communication a proposé la mise en place d'une interface internet permettant aux seniors de conserver un lien social (utilisation facilitée des méls, d'internet, de skype), de gérer les outils domotiques existants (centrale d'alerte, capteurs), et de disposer d'un carnet de liaison, voire de possibilités de télémédecine (en développement). Le bureau a donné son accord le 13 mai 2013 pour la création d'une société commerciale au capital

de laquelle entrerait non seulement l'ABRAPA, mais aussi le réseau APA (réseau d'associations d'Aide aux Personnes Agées intervenant dans le Haut-Rhin). Le Groupement d'Aide et de Soins en Alsace (GASAL) – association réunissant l'ABRAPA et le réseau APA - est chargé de coordonner l'entrée des deux associations au sein de cette société à hauteur de 75 k€ par association.

Le projet a encore évolué en 2014. L'entreprise Entela, spécialisée en domotique et non en interface web, s'est retirée du projet au profit de l'entreprise Hakisa, start up strasbourgeoise. Un projet de créer une société par actions simplifiées (SAS) dans laquelle le GASAL serait associé avec Hakisa, est toujours en cours en 2014. Le conseil d'administration du 1^{er} juillet 2014 a validé l'investissement de 272,5 k€ (capital social et compte courant) dans un dispositif dans lequel soit le GASAL serait associé à 75 % dans une SAS avec Hakisa, soit une société holding serait créée à parts égales entre l'ABRAPA et l'association aide aux personnes âgées (APALIB) qui elle-même s'associerait à 75 % dans une SAS avec Hakisa.

En réponse à l'interrogation de la chambre concernant les risques pris par l'association en investissant, au côté d'une entreprise en développement, dans un nouveau secteur d'activité, le Président de l'ABRAPA a précisé que la stratégie de pérennité de l'association passe par la diversification de ses activités, notamment sur un marché qui la concerne directement et qui est soutenu par l'initiative du Gouvernement en matière de la « *Silver Economie*¹ ».

1.2 Les adhérents de l'association

Les membres de l'association sont définis, dans les nouveaux statuts, comme relevant de quatre catégories :

- membres fondateurs (préfet du Bas-Rhin, président du conseil général du Bas-Rhin et maire de Strasbourg) ;
- membres de droit (huit conseillers généraux, et un représentant de l'AMF 67, l'ARS, la CARSAT, le Régime social des indépendants (RSI), le Centre d'information et de conseil des salariés (CICAS), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), ainsi que des représentants de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie, de la CMSA, des HUS, des CCAS et de toute autre personne morale agréée par le conseil d'administration) ;
- membres actifs (maires des communes chefs-lieux du Bas-Rhin, représentants des régimes de retraite complémentaire, représentants des œuvres, unions ou organismes s'occupant des personnes âgées, représentant de la Croix Rouge, des personnes physiques qualifiées ainsi que les clubs ABRAPA de personnes âgées) ;
- chaque bénéficiaire des services de l'ABRAPA ou membre de sa famille.

Jusqu'à la révision des statuts, seuls les clubs étaient soumis à cotisation, dont le montant pour 2014 est de 30 €. Dans les statuts validés en juin 2013, deux types de membres sont soumis à une cotisation obligatoire, les clubs ABRAPA de personnes âgées et les bénéficiaires des services de l'ABRAPA. La mise en place d'une cotisation pour l'ensemble des bénéficiaires devrait rapporter environ 200 k€. Cependant, le montant de la cotisation pour les bénéficiaires individuels n'a pas été fixé (estimée à 8 €). Vu la complexité de la mise en place d'une cotisation pour chacun des bénéficiaires de l'ABRAPA (25 000 personnes aidées en 2013), et singulièrement le manque de moyens pour en assurer le recouvrement, le conseil d'administration a décidé, le 1^{er} juillet 2014, de surseoir à la mise en place d'une cotisation pour les bénéficiaires individuels pour un an.

Par ailleurs, l'ABRAPA cherche à développer le bénévolat et recense 250 bénévoles intervenants dans les différents sites. Les bénévoles ne sont pas recensés par les statuts comme membres de l'association. Pour la chambre, la place des bénévoles au sein de l'association doit être reconnue dans les statuts.

¹ Silver Economie : économie des seniors selon le rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective déposé en décembre 2013 intitulé « *La Silver Economie, une opportunité de croissance pour la France* », page 20.

L'adhésion des membres de l'association à celle-ci est matérialisée par le versement d'une cotisation dont les statuts peuvent dispenser certaines catégories de membres (membres fondateurs et membres de droit, notamment). La mise en place d'une cotisation minimale pour les bénévoles va s'avérer nécessaire si l'ABRAPA veut poursuivre dans la voie du développement du bénévolat. Une cotisation permet de disposer d'un recensement fiable des bénévoles intervenants dans l'association et d'assurer leur couverture en cas d'accident. Elle permet l'identification de leur action au titre du bénévolat et non d'une tâche rétribuée ou d'un travail, ainsi que la couverture minimale des frais à engager en vue de la diffusion périodique d'informations sur la vie de l'association. En rappelant que la mise en place d'une cotisation, si elle n'est pas obligatoire, présente de nombreux atouts juridiques et financiers, et qu'elle doit être prévue dans les statuts, la chambre a recommandé une révision des statuts en ce sens. Dans sa réponse, l'ABRAPA précise que « *la levée d'une cotisation, bien qu'inscrite dans les statuts [...] mérite une réflexion approfondie au regard de la mise en œuvre de l'organisation qu'elle implique et l'anticipation des réactions de nos clients que vraisemblablement elle suscitera* ». Avec la précision nécessaire du positionnement des bénévoles, une nouvelle révision des statuts devra être soumise aux instances gouvernantes. L'association annonce donc la constitution d'un groupe de travail à cet effet, ce dont la chambre prend acte en maintenant sa recommandation.

Recommandation n° 1 : La chambre recommande la révision des statuts pour clarifier la place des bénévoles et les modalités de cotisation de chaque catégorie de membres, notamment les modalités de mise en œuvre de celle-ci pour les bénéficiaires ou leurs familles, ainsi que pour les bénévoles.

1.3 Le projet associatif

Le projet associatif, dont la dernière version date de 2005, a été revu en 2013. Il n'y a pas eu de bilan ou d'évaluation de la mise en œuvre du précédent projet associatif.

Le travail de ré-écriture du projet associatif a duré deux ans, porté essentiellement en interne par le directeur général, les administrateurs et la direction. Il a été définitivement approuvé par l'assemblée générale du 1^{er} juillet 2014. Le projet associatif a été diffusé à l'ensemble du personnel d'encadrement, à l'ensemble des membres du bureau et du conseil d'administration ainsi qu'à l'ensemble des participants de l'assemblée générale du 1^{er} juillet 2014. Il est aussi diffusé à l'ensemble des décideurs locaux par courrier (ARS, conseil général, Ville de Strasbourg, CARSAT, etc.).

Le projet est cohérent avec l'objet statutaire de l'association. Il rappelle les valeurs de l'association déjà présentes dans le projet associatif de 2005 : respect et équité, transparence de l'information, ambition sociale, rigueur et professionnalisme, sens du réseau et gestion désintéressée et responsable. Il se décline en 11 enjeux qui font écho aux 10 engagements du précédent projet associatif : la bientraitance, l'attention portée à l'entourage des usagers/clients, affirmer les domaines d'activités et publics visés, une organisation proactive et sociale, le développement, le fonctionnement en réseau interne et externe, l'attractivité et la mobilisation du personnel, la communication, l'ingénierie de projet et la qualité, la politique patrimoniale ainsi que le système d'information.

L'ABRAPA s'est engagée à en élaborer une version synthétique qui sera diffusée et mise en ligne en 2015. Tout en prenant en compte la crainte exprimée par l'ABRAPA dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre concernant la diffusion d'informations stratégiques à la concurrence, la chambre, vu le statut associatif de l'ABRAPA et sa mission d'utilité publique, recommande une diffusion large du projet associatif à l'ensemble des salariés et bénévoles recensés de l'association, ainsi que sa mise à disposition du public sur le site internet de l'association.

A compter de 2014, il est décliné dans les projets ou actions qui sont portés par les services et rassemblés dans une feuille de route que le directeur général présente tous les ans au bureau. La chambre constate que les administrateurs, pour la plupart, n'ont pas reçu de

délégations ou de fonctions spécifiques. Eu égard à la taille de l'association, la mise en place plus formalisée de délégations du conseil d'administration ou du bureau vers certains de ses membres pour assurer un pilotage plus spécifique du projet associatif par secteurs ou enjeux et accompagner l'administration dans sa mise en œuvre, permettrait de s'assurer de sa mise en œuvre.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande la diffusion la plus large du projet associatif à tous les salariés et bénévoles de l'association et sa mise à disposition du public sur le site internet de l'association, ainsi que la mise en place d'un dispositif de suivi de la mise en œuvre des enjeux y figurant au travers de délégations de fonctions identifiées à certains administrateurs, à charge pour eux d'en rendre compte au bureau ou au conseil d'administration.

1.4 Les instances décisionnelles et leur organisation

1.4.1 Les organes

L'assemblée générale

Celle-ci rassemble l'ensemble des membres de l'association. Toutefois, les bénéficiaires individuels des services ou leurs familles sont convoqués à compter de 2014 par secteur géographique, établissement ou service. Les bénéficiaires individuels ou leurs familles, contrairement aux autres adhérents, ne peuvent pas soumettre de proposition au Président en vue de l'assemblée générale.

L'assemblée générale est informée du rapport de gestion et statue sur le rapport d'activités et les comptes de l'association. Elle valide le montant des cotisations. Elle procède au renouvellement des membres du conseil d'administration tous les quatre ans. Le quorum est fixé au quart des adhérents hors bénéficiaires des services ou leurs familles. Pendant la période sous revue, la chambre a pu vérifier la bonne tenue des assemblées générales.

Le conseil d'administration

L'assemblée générale extraordinaire du 26 juin 2013 a procédé au renouvellement de l'ensemble des membres du conseil d'administration conformément aux statuts approuvés le même jour.

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an. Il est composé des membres fondateurs, de quatre conseillers généraux du Bas-Rhin et au maximum de 40 adhérents élus par l'assemblée générale, dont au moins 25 parmi le collège des membres actifs. Il élit en son sein, pour une durée de quatre ans, un président et un bureau. Le quorum est fixé au tiers des membres du conseil d'administration. En 2013, le conseil d'administration rassemble 50 membres dont quatre conseillers généraux du Bas-Rhin, les trois membres fondateurs et 43 adhérents dont 33 membres actifs et 10 membres de droit. L'ABRAPA a précisé que l'actuel dépassement de trois membres est dû à l'accueil exceptionnel de trois membres du conseil d'administration des Hespérides. Cette situation devra cependant être régularisée dès le prochain renouvellement du conseil d'administration, pour se mettre en conformité avec les statuts.

Le conseil d'administration a pour objet de fixer le programme et l'action d'ensemble de l'association, d'arrêter les comptes et de déterminer le montant de la cotisation avant approbation par l'assemblée générale et d'approuver le règlement intérieur de l'association. En pratique, le rôle du conseil d'administration semble être d'associer plus largement les financeurs et décideurs à la vie de l'association, sans qu'il ne dispose d'une réelle capacité d'influer sur la vie de l'association. La chambre a pu vérifier la bonne tenue des conseils d'administration.

Les administrateurs ne sont pas rétribués, mais peuvent être défrayés. En 2013, le montant total ainsi versé est de 20,5 k€ quasi essentiellement au titre des frais de déplacements.

Le bureau

Le bureau est composé de 17 membres au moins et 25 au plus. En 2013, il compte 25 membres dont, outre le président, quatre vice-présidents, un vice-président d'honneur, un vice-président délégué, un trésorier et un trésorier adjoint, un secrétaire et un secrétaire adjoint. Les statuts ne prévoient qu'un seul vice-président délégué et deux vice-présidents. Il se réunit au moins quatre fois par an. Les prérogatives du bureau sont larges : il accepte les dons et legs, valide les budgets et comptes de l'association, approuve les budgets et comptes administratifs des activités contrôlées, fixe le prix des services, approuve toute nouvelle activité ou projet, approuve les programmes d'investissement et leur financement, approuve tout acte sur le patrimoine immobilier (acquisition, cession), approuve toute convention, établit le règlement intérieur, nomme le directeur général, le directeur général adjoint et les cadres supérieurs et fixe leur rémunération et les avantages accessoires, approuve l'organigramme de l'association et décide de tout recours en justice, sauf urgence.

La chambre a pu vérifier la bonne tenue des bureaux. En pratique, la quasi-totalité des décisions de gestion de l'ABRAPA est prise par le bureau et simplement entérinée par le conseil d'administration. Le bureau est l'organe décisionnel réel de l'association.

Le président

Le président représente et a pouvoir d'engager l'association, y compris en justice. Il ordonnance les recettes et les dépenses. Il peut donner délégation aux vice-présidents ou à tout autre membre du bureau.

Le directeur général

Les fonctions du directeur général ne sont pas définies dans les statuts, ni dans le règlement intérieur. Le règlement intérieur précise simplement qu'il est « *par la nature de ses fonctions, délégataire de la gestion opérationnelle de l'activité ABRAPA... Il assume la responsabilité du respect des obligations de l'Association... Il dispose à cet effet des compétences, de l'autorité et des moyens qui sont attachés à sa fonction de directeur général* ». La chambre constate que le partage des responsabilités entre le président et le directeur général reste confus et ne permet pas de distinguer le responsable de la structure vis-à-vis des tiers. Elle observe que ce point n'a pas fait l'objet de réponse de la part de l'ABRAPA à l'occasion de la procédure contradictoire.

Clubs, comités et commissions

Le règlement intérieur, revu et validé par le conseil d'administration dans sa séance du 26 juin 2013, définit la notion de personne qualifiée ainsi que la représentation des clubs ABRAPA, qui doivent obligatoirement être constitués en associations et regroupés en sections de dix pour disposer d'une voix délibérative à l'assemblée générale. Il précise aussi le rôle et la composition des comités de gestion pour les activités tarifées. Les comités de gestion doivent se réunir au moins deux fois par an pour formuler un avis sur les budgets, l'activité et les comptes d'exploitation. Le président du comité de gestion doit rendre compte au bureau de l'activité du comité de gestion. Enfin, le règlement intérieur prévoit l'existence de la commission des relations avec les usagers, le comité d'éthique, la commission médicale d'établissement pour les activités sanitaires et la commission bénévolat.

1.4.2 Les délégations de signature et l'information du bureau

Les statuts et le règlement intérieur définissent les pouvoirs du président et du trésorier. Un document daté du 29 janvier 2010 et mis à jour en 2011 fixe les délégations de signatures accordées par le président au trésorier pour les emprunts et les cessions ou acquisitions immobilières en cas d'empêchement du président, au directeur général pour la vie de l'association dans une limite de 80 k€, et en son absence, ou pour des secteurs spécifiques, à divers salariés.

Un second document daté du même jour précise les délégations de signatures accordées par le trésorier au directeur administratif et financier dans une limite de 80 k€ ou en cas d'empêchement de sa part à divers salariés. Selon la procédure « *Achats – fournisseurs – biens et services* » datant de 2005, toutes les décisions d'investissement de plus de 500 € sont prises par le directeur général. Le règlement des dépenses de moins de 80 k€ est fait après signature d'un bordereau de transmission en banque visé par deux membres de la direction et accompagné, pour les dépenses de plus de 1 500 €, des factures correspondantes.

A chaque nouvelle arrivée, un avenant est mis en place à ces documents initiaux. Cependant, les personnes ayant quitté l'association ne sont pas retirées. Une réflexion est en cours pour revoir et clarifier l'ensemble du dispositif de délégation de signature à la fois en termes d'organisation générale et de modalités de règlement des dépenses.

1.4.3 L'organigramme et sa déclinaison en fiches de postes

L'association dispose d'un organigramme mis à jour en janvier 2014 (voir annexe 1). L'organisation administrative de l'association s'articule, sous le pilotage du directeur général, autour d'une direction du pôle maintien à domicile (Aide à domicile, SSIAD, accueil et hôpitaux de jour, portage de repas, téléassistance et NTIC, restauration et vie des résidences), d'une direction du pôle EHPAD, d'une direction du Patrimoine, des Projets et Services Généraux (y compris la pharmacie) et d'une direction des ressources humaines. Le directeur-adjoint a sous sa responsabilité le pôle administratif et financier, le contrôle de gestion et le système d'information. Des fiches de postes sont établies pour tout le personnel et ont été fournies pour la direction.

L'organigramme est complété par un document datant de 2012 et fixant l'organisation du management des services et établissements. Pour cela, il établit la liste, les membres, la fréquence des réunions et le rôle des comités, commissions et réunions périodiques permettant la gestion de la structure, classés en :

- gouvernance : comité de direction, comité de relation avec les usagers, comité éthique et comités d'établissements ;
- support : commission informatique, commission finances, comité d'orientation qualité, commission communication et commission ressources humaines ;
- expertise : comité du maintien à domicile, groupement local d'usagers et des personnes en situation de handicap, comité directeur de l'hôpital de jour et comité des directeurs d'EHPAD ;
- professionnels : réunion des responsables de secteurs de l'aide à domicile, réunion des infirmières de SSIAD, réunion des assistants techniques et secrétaires de l'aide à domicile, réunion des responsables de résidence, comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité de lutte contre la douleur, comité management de l'hôpital de jour, comité médicaments, commission services pénitentiaires, insertion et protection du Bas-Rhin ainsi que des groupes projets ad hoc.

Les comités de gestion, qui ne fonctionnent en réalité que pour les EHPAD avec une composition variable et un rôle consultatif, trouvent peu de points d'articulation avec les comités de gouvernance, de support, d'expertise ou professionnels, si ce n'est, comme le précise la direction, au travers des documents ou supports uniformisés fournis par le siège tels que le rapport d'activités, le budget ou les comptes. D'après le règlement intérieur, les comités de gestion sont instaurés par le bureau pour les activités tarifées. Les membres des comités de

gestion, y compris le cas échéant ceux extérieurs à l'association (financeurs notamment) sont désignés par le bureau. Le Président de chaque comité de gestion doit rendre compte au bureau de son activité.

Il n'y a pas de retour des comités de gestion au bureau, contrairement à ce qui est prévu par le règlement intérieur. Il n'y a pas de comité de gestion des SSIAD. Le bureau du 26 novembre 2013 a cependant décidé que la directrice du pôle EHPAD participerait à tous les comités de gestion des EHPAD et rende compte de la vie des EHPAD au bureau alors qu'elle n'en sera pas présidente.

Le fonctionnement actuel reste insatisfaisant au regard des dispositions prévues dans le règlement intérieur. La chambre estime que ce défaut d'information prive les administrateurs d'une vue globale du fonctionnement de l'association et de ses relations avec les tiers, notamment les bénéficiaires, ce qui accroît les risques de non-maîtrise de l'activité. Dans sa réponse, l'ABRAPA souligne que les comités sont préparés avec les directeurs concernés du siège et réunissent également des personnes extérieures à l'association. Deux rencontres ont lieu par an à l'initiative du président et « *les administrateurs sont tous membres du bureau et sont donc au cœur de l'information et ainsi décideurs* ». Cependant, pour répondre au constat de la chambre, une réunion spécifique des présidents de comité de gestion sera organisée dès 2015 pour croiser l'information relative aux établissements concernés, ce dont la chambre prend acte tout en maintenant sa recommandation.

Recommandation n° 3 : La chambre recommande de revoir le fonctionnement des comités de gestion et des commissions prévu par le règlement intérieur pour garantir un retour d'information adéquat vers les administrateurs de la vie de l'association.

1.5 Le contrôle interne et les outils de pilotage

L'association dispose d'un pôle « Système d'information » composé de deux ETP, un responsable informatique et un technicien et s'appuyant sur le « Groupement informatique de l'Economie Sociale » (GIES). La dépense informatique est importante. En 2013, elle peut être estimée à 1,3 M€ dont 0,33 M€ pour le GIES (25 %). Le budget du GIES s'élève à 1,3 M€ et la quote-part de l'ABRAPA (330 K€, soit 25 % de ce budget) représente la première contribution du groupement. Selon le conseil général, cette participation est supportée essentiellement par les activités sous gestion contrôlée.

Le GIES, groupement d'intérêt économique dont l'objet est « *la mise en œuvre de tous moyens pour promouvoir pour le compte de ses membres tous travaux dans les domaines informatiques, télématiques, bureautiques et de communication [et] tous moyens et méthodes susceptibles de favoriser l'échange d'expériences, la formation et toutes formes d'assistances entre ses membres* » a été créé en 2002 à l'initiative de l'actuel président de l'ABRAPA qui en est le président. En 2014, le GIES comprend huit associations membres, en Alsace, Franche-Comté, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Gard et l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles) à Paris. Le GIES a développé un logiciel métier ATENA permettant d'établir les plannings, la télégestion, la paie, la facturation, la gestion du personnel et des compétences et la gestion des relations clients pour les activités de ses membres. Il assure l'évolution de ce logiciel et l'assistance des membres dans sa mise en œuvre. Le siège social est à Colmar et l'équipe comprend 15 collaborateurs. L'APA assure la tenue de la comptabilité du GIES et l'ABRAPA en assure le secrétariat par la mise à disposition d'une secrétaire de direction. Une convention de gestion a été mise en place en janvier 2002 précisant les tâches de la secrétaire de direction (estimées à quatre jours par an), ainsi que le remboursement prévu par l'ABRAPA.

La facturation des membres du GIES est réalisée, d'après le règlement intérieur du GIES, soit directement pour ce qui concerne les charges individualisables (42 k€ en 2013 pour l'ABRAPA, soit 13 % du total versé en 2013 par l'ABRAPA au GIES), soit calculée à partir des prix de revient unitaires de chaque prestation établis en fin d'exercice au prix coûtant et sans

marge et multipliés par le volume d'activité liée à chaque membre pour ce qui concerne les travaux réalisés en commun. En pratique, la clé de répartition liée au volume d'activité est basée sur le nombre d'heures d'aide à domicile effectué par chaque association. Il ne s'agit donc pas d'une affectation des charges en fonction du temps du projet affectable à chaque membre, mais d'une affectation des charges en fonction d'un facteur externe unique, qui n'est pas en rapport avec l'utilisation par les membres des services du GIES (une association ne réalisant pas d'aide à domicile sera ainsi faiblement facturée, même si elle utilise le logiciel ATENA ; inversement, même si une association membre ne souhaite pas utiliser le logiciel ATENA, elle sera facturée au prorata de son nombre d'heures d'aide à domicile). Pour l'ABRAPA, ce facteur est de 0,25, ce qui revient à dire que l'ABRAPA prend en charge un quart des charges individualisables du GIES. L'ABRAPA prend aussi en charge une quote-part de 24,7 % des charges institutionnelles du GIES (42,4 k€ en 2013). Il s'agit de dépenses d'honoraires, de frais de mission et de représentation et des provisions pour risques et charges. Les nouveaux membres acquittent des droits d'entrée qui sont répartis entre les membres existants.

Le dispositif appliqué, s'il a le mérite de la simplicité du fait de la prise en compte d'une clé de répartition unique entre les membres basé sur une seule activité, s'écarte, pour la chambre, des dispositions prévues au règlement intérieur du GIES sans garantir que ce soit dans l'intérêt de l'ABRAPA. La chambre estime qu'il convient de clarifier le règlement intérieur du GIES qui s'appuie à la fois sur des notions de comptabilité analytique et d'unités d'œuvre et sur un dispositif d'affectation des charges à chacun des membres qui reste perfectible, ou de rédiger une convention spécifique entre le GIES et chacun des membres détaillant les modalités de remboursement de chaque catégorie de dépense. De plus, la chambre constate la faiblesse du dispositif de contrôle interne du GIES sur la liquidation de la dépense du GIES et se demande si les deux structures (ABRAPA et GIES) ont pris les dispositions utiles pour prévenir tout conflit d'intérêt. Dans sa réponse, l'ABRAPA s'est engagée à demander en 2015 une facture détaillée au GIES, tout en indiquant qu'elle ne dispose pas « *de compétence en interne pour contrôler les éléments de la facture issu des développements réalisés par les ingénieurs du GIES* », ce dont la chambre s'étonne.

Recommandation n° 4 : La chambre recommande de revoir le dispositif de facturation des prestations du GIES à l'ABRAPA et de mettre en place au niveau de l'ABRAPA les dispositions de contrôle des éléments facturés par le GIES, notamment pour les travaux réalisés en commun.

Le directeur administratif et financier a développé un système d'information basé, outre le logiciel « *métier* » ATENA, sur des logiciels du commerce pour la tenue de la comptabilité, le suivi des immobilisations et la trésorerie et pour le suivi budgétaire (élaboration du budget et des états réglementaires budgets et comptes administratifs, contrôle budgétaire). Le calendrier et les procédures de production des éléments financiers sont clairement établis. L'association réalise une clôture mensuelle de sa comptabilité (hors opérations de fin d'année) et établit à partir de ces éléments quatre états principaux partagés avec chaque chef de service concerné : un état mensuel, un état cumulé depuis le début de l'exercice, une projection arithmétique à fin d'année et une projection « *reste à faire* » à fin d'année (c'est-à-dire budget annuel – résultat cumulé). Le chef de service peut, dans une colonne spécifique, établir « *sa* » projection à fin d'année. Ces états sont réalisés tous les mois à partir d'avril (les trois premiers mois de l'année sont pris par les opérations de clôture) avec un mois de décalage. Le reporting mensuel est aussi établi en ETP pour un suivi précis des effectifs. Le niveau d'information peut être donné par groupe fonctionnel de dépenses ou de recettes,² ou par compte,³ avec une possibilité de descendre au niveau du journal des écritures comptables. L'information peut être donnée par secteur (activité contrôlée ou propre), service (type d'activité, 19 en 2014), localisation (par exemple pour chaque

² En dépenses : I dépenses afférentes à l'exploitation courante, II dépenses afférentes au personnel, III dépenses afférentes à la structure ; en recettes : I produits de la tarification, II, autres produits relatifs à l'exploitation, III produits financiers et produits non encaissables

³ En application du plan comptable applicable aux associations, établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles selon l'arrêté du 27 décembre 2013 modifié

EHPAD) ou selon la clé de gestion de niveau 4 (différenciation Dépendance, Hébergement, Soins, par exemple). Cependant, en l'absence de progiciel de gestion intégré, il n'est pas possible de visualiser directement la pièce justificative.

Les états réalisés et arrêtés mensuellement sont discutés avec les chefs de service et présentés au comité de direction. Il n'y a pas d'information infra annuelle du bureau ou du conseil d'administration sur la situation financière de l'association. Les réponses tardives de l'ARS, souvent en juillet, ne permettent pas de connaître avec précision le budget arrêté pour certaines activités de l'association, ce qui limite le niveau d'information budgétaire disponible pour celles-ci. Suite à la recommandation de la chambre, la direction s'est engagée dès septembre 2014 à présenter à son bureau les résultats intermédiaires de l'association en milieu d'exercice, puis trimestriellement.

Par ailleurs, l'ABRAPA participe avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) au projet de mise en place d'un tableau de bord partagé pour le secteur médico-social prévu pour 2015. Pour l'ABRAPA, il s'agit d'une opportunité de développer le « benchmarking » en interne entre ses propres structures, puis en externe, mais l'association constate la lourdeur du dispositif de collecte d'informations, estimé à un jour de travail par EHPAD.

1.6 Les limites de l'information et du fonctionnement de la gouvernance

La chambre a noté une série d'exemples, présentés de façon chronologique, illustrant les limites de la gouvernance de l'association, limites dues à un mode de prise de décision souvent limité au binôme président – directeur général, sans information suffisante des administrateurs ou décisions des administrateurs insuffisamment motivées.

Vente d'un legs

Le fonds dédié « *projets sociaux* » a été constitué en 2009 à partir de la plus-value réalisée sur la vente d'un appartement reçu par l'association par legs au regard de sa valeur comptable de 41 k€, représentant le paiement de l'usufruit qui le conditionnait. Il s'agissait du legs, par l'ancien trésorier de l'ABRAPA, de son appartement, accepté en 2008 par l'association et cédé en 2009 à un tiers avec lequel un des dirigeants de l'association avait un lien d'intérêt. L'ABRAPA a fait réaliser une évaluation de cet appartement en février 2009 par un expert immobilier, membre des experts judiciaires près la Cour d'Appel, expert auquel l'ABRAPA avait déjà eu recours. Le bien a été vendu par l'ABRAPA à la valeur vénale estimée par l'expert immobilier, soit 78 K€.

Outre le fait que la plus-value réalisée sur cette opération ne correspond pas à la définition d'un fonds dédié et que les conditions formelles d'approbation de cette vente par les organes dirigeants de l'association posent question au regard des statuts de l'association en vigueur en 2009, la chambre note que les intérêts de l'association auraient été mieux préservés en faisant réaliser plusieurs expertises de la valeur de ce bien et en soumettant sa vente à une publicité plus large, le cas échéant par enchères. En réponse, l'association indique ne pas avoir voulu encourir de dépenses supplémentaires pour ce bien, ce qui aurait limité la plus-value attendue de l'opération. Eu égard aux objectifs poursuivis par l'association et au risque de notoriété encouru, cet argument n'apparaît guère recevable à la chambre.

Indemnité transactionnelle

Suite à une détérioration des relations au sein des services et une perte de confiance du directeur général envers un des dirigeants de l'époque, celui-ci a été licencié en 2011 pour faute grave. Le président avait préalablement demandé au bureau, dans sa séance du 17 juin 2011 « *de le laisser traiter ce dossier de la meilleure manière possible* ». Un protocole transactionnel a été signé entre l'ABRAPA et le dirigeant en cause en novembre 2011, conformément à l'article 2044 et suivants du code civil, par lequel chaque partie renonce à toute poursuite dans cette affaire et l'ABRAPA accorde à son ancien salarié une indemnité transactionnelle nette de CSG et

de CRDS de 150 k€ « à titre de dommage-intérêts en réparation du préjudice moral subi du fait des circonstances et des modalités de la rupture des relations contractuelles entre les parties ». Cette somme a été imputée sur les autres charges du pôle téléassistance sur l'exercice 2011. Ni le bureau, ni le conseil d'administration n'ont été tenus informés des modalités précises de règlement de cette affaire et du montant de l'indemnité transactionnelle versée. La chambre a pu vérifier l'existence de concessions réciproques des parties à la transaction.

50^e anniversaire de l'ABRAPA

L'ABRAPA a organisé en 2011 le 50^e anniversaire de sa création. Le programme prévisionnel de cette manifestation a été présenté au bureau du 16 février 2011. Elle comprenait :

- la création d'un visuel spécifique,
- la création d'un site web spécifique,
- la mise en place de signatures méls spécifiques,
- la mise en place d'une signalétique propre sur les bâtiments,
- des objets publicitaires et/ou cadeaux internes pour les salariés,
- l'élaboration d'une plaquette commémorative 1961-2011,
- la réalisation d'un film sur l'ABRAPA et/ou son anniversaire,
- la réalisation d'un film tourné en EHPAD,
- un concours de « lettres à l'ABRAPA » avec jury et récompense des meilleurs textes,
- une manifestation place Kléber (stands, expo photos, animations diverses...) en juin,
- un concert de l'orchestre philharmonique de Strasbourg sur invitation en octobre,
- une double-page dans les DNA,
- un article de presse spécifique le 21 octobre, jour anniversaire,
- une fête du personnel spéciale en décembre,
- un concert d'orgues à la cathédrale en clôture.

D'après le procès-verbal de réunion du 22 mars 2011, le coût envisagé de l'opération est de 250 à 280 k€. Les membres du bureau ont confié au président la mise en œuvre de ce projet en mars 2011. A cette date, le projet de film est abandonné. Le coût de l'orchestre philharmonique est estimé à 11 k€ et celui de la fête du personnel à 100 k€. Lors de la réunion du 24 mai 2011, un plan de financement précis a été présenté. Le montant total s'élève à près de 454 k€, dont 286 k€ pour la fête du personnel. Les subventions et remises attendues s'élèvent à 345 k€, ce qui laisse un solde à la charge de l'association de près de 109 k€.

Un récapitulatif final du coût réel de la manifestation permet d'établir que celle-ci a coûté près de 393 k€, montant couvert par des subventions à hauteur de 75 k€, des dons pour 57 k€ et des ventes et participations des conjoints de salariés à hauteur de 9,4 k€. Au final, la part restant à la charge de l'ABRAPA s'élève à 251 k€. D'après l'ABRAPA, une dernière subvention de 25 k€ a été reçue du conseil général en janvier 2014, réduisant ce montant à 226 k€. Ni le bureau, ni le conseil d'administration n'ont été tenus informés du coût final de l'opération pour l'association.

Indemnités des frais de déplacement des administrateurs

La chambre s'étonne aussi de la décision prise par le bureau dans sa séance du 31 janvier 2014 d'appliquer l'indemnité kilométrique de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) pour les déplacements des administrateurs à son taux maximum, soit 0,72 €/km pour l'année 2014 à la place de l'indemnité kilométrique en usage précédemment de 0,49 €/km. L'ABRAPA est effectivement membre à la fois de la FEHAP et de l'UNA ; la convention collective FEHAP est appliquée pour les EHPAD et hôpitaux de jour, soit la plus grande partie des activités de l'association, ce qui, selon la direction, explique le choix de ce taux, et l'UNA pour le reste de l'association. La convention collective FEHAP (juin 2014) prévoit effectivement une indemnité kilométrique de 0,72 €/km pour l'usage d'un véhicule de 6 CV et plus et une indemnité kilométrique de 0,60€/km pour l'usage d'un véhicule de 5 CV et moins. Cependant, d'autres grilles tarifaires pouvaient trouver à s'appliquer : les taux de remboursement

kilométriques de la fonction publique, pour la tranche de 0 à 2 000 kilomètres sont de 0,25 € (5 CV et moins), 0,32 € (6 et 7 CV) et 0,35 € (8 CV et plus) et ce en application de l'arrêté du 3 juillet 2006, modifié par arrêté du 26 août 2008 ; le barème fiscal des frais de déplacements professionnels (BOFiP-impôts du 27 mars 2014) est le suivant pour la demi-tranche jusqu'à 5 000 km : 0,408 € (3 CV et moins), 0,491 € (4 CV), 0,540 € (5 CV), 0,565 € (6 CV) et 0,592 € (7 CV et plus). La décision du bureau, qui n'est justifiée par aucun commentaire ou calcul, par exemple sur l'insuffisance de la situation antérieure, ou de mesure du coût correspondant et qui n'évoque que le taux de 0,72 €/km, entraînera un surcoût potentiel de 8,8 k€ pour l'ABRAPA sur la base des déplacements des administrateurs effectués en 2013. Malgré sa demande, la chambre n'a pu obtenir de précision sur les motivations qui ont conduit le bureau à prendre cette décision au regard, par exemple, de l'insuffisance de la situation antérieure, ou sur le choix du taux correspondant à la cylindrée la plus élevée.

Partenariats et jumelages

L'association a noué deux partenariats ou jumelages. L'un, formalisé par une convention de novembre 2008, avec une association à but non lucratif ayant vocation à améliorer les conditions de vie des personnes âgées en Israël et le Fonds Social Juif Unifié dont le président pour la région Est est administrateur de l'ABRAPA, l'autre avec l'Institut national de gérontologie du Vietnam formalisé par convention en novembre 2009. Trois déplacements ont été réalisés en Israël en 2006, 2008 et 2011 par le directeur général et le président de l'ABRAPA. Il s'agit d'échanges et de partage d'expériences. L'ensemble des frais sont pris en charge par le Fonds social juif unifié (sauf une participation résiduelle de 750 € par personne prise en charge par l'ABRAPA). Le directeur général se déplace une fois tous les deux ans au Vietnam pour donner des cours dans le cadre du diplôme universitaire de gériatrie récemment mis en place. Là encore, tous les frais ont été pris en charge par l'université vietnamienne, sauf les faux frais liés au déplacement du directeur général (dont une partie a été remboursée par l'ambassade de France). Lors de sa séance du 17 juin 2014, le bureau a décidé que l'ABRAPA prenait en charge les frais de déplacements de conjoints. Suite au rapport provisoire de la chambre, une partie de ces frais a été remboursée à l'ABRAPA.

*

**

Sur la base de ces divers exemples, la chambre recommande que le président ainsi que la direction de l'association rende compte de façon plus régulière au bureau, voire au conseil d'administration, des projets particuliers pour lesquels ils ont obtenu une délégation de pouvoir de mise en œuvre spécifique. Les décisions prises par les instances de gouvernance doivent être motivées en veillant à chaque fois à préserver au mieux les intérêts de l'association et non susceptibles d'être confondus avec d'éventuels intérêts personnels. En réponse, l'ABRAPA s'engage à ce que la mise en œuvre des décisions du bureau donne lieu à une information de celui-ci et à ce que les comptes rendus du bureau en attestent à l'avenir, ce dont la chambre prend acte.

Recommandation n° 5 : La chambre recommande d'améliorer l'information des instances de gouvernance de l'association. Les décisions prises par le président, des administrateurs ou le directeur général ayant reçu délégation du bureau ou du conseil d'administration doivent faire l'objet d'un compte rendu à l'instance ayant donné délégation et les décisions prises par les administrateurs doivent être motivées en veillant à la préservation des intérêts de l'association.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ABRAPA

Les analyses qui suivent ont été réalisées à partir des états financiers 2009 à 2013. Les tableaux d'analyse financière sont renvoyés à l'annexe 2. Les modifications du périmètre des

activités de l'association, nombreuses pendant la période sous revue, ont été signalées lorsqu'elles permettent d'expliquer une évolution de la situation financière de l'association.

2.1 La fiabilité des comptes

Les comptes de l'association ont été certifiés sans réserve tous les ans pendant la période sous revue par le commissaire aux comptes. Pour l'exercice 2010, le commissaire aux comptes signale un changement de méthode comptable concernant la comptabilisation des dotations et produits de la tarification qui passent du compte 706 « Prestations de service » au compte 731 « Dotations et produits de la tarification relevant de l'article L. 312-1 du CASF ».

Le règlement n° 99-01 du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations, modifié par le règlement n° 2004-12 du 23 novembre 2004 du comité de la réglementation comptable, précise que « Une information sectorielle est donnée dans l'annexe lorsqu'une association ou fondation établit des comptes distincts pour ses différents secteurs d'activité ». L'ABRAPA établit des comptes distincts pour les gestions propres et les gestions contrôlées et pour chacune des activités au sein de celles-ci. La chambre, ayant constaté qu'ils n'étaient pas présents dans tous les états financiers de la période sous revue, rappelle que ces comptes sont essentiels pour comprendre l'évolution de la situation financière de l'association, ce à quoi, en réponse aux observations de la chambre, l'ABRAPA s'est engagée à veiller pour l'avenir.

Application du plan comptable

Les précédentes observations de la chambre portaient sur la cohérence de la présentation du fonds associatif sans droit de reprise et des gestions contrôlées avec le plan comptable général. La chambre constate que le fonds associatif sans droit de reprise ne comprend plus, depuis 2009, de provisions réglementées ni de dépenses refusées par l'autorité de tarification depuis 2011 et est cohérent avec le plan comptable prévu pour les associations. Les opérations propres et opérations en gestion contrôlées ne font pas l'objet d'un bilan séparé.

La chambre demandait aussi l'application la plus complète possible du plan comptable destiné aux associations, notamment par la mise en place, pour la partie « gestions contrôlées », de comptes de transfert de charges, de calculs de provisions pour fin de carrières seulement mentionnées en engagement hors bilan et par le solde des charges et produits sur exercices antérieurs. La chambre constate que les comptes de transferts de charge sont bien activés, tant pour les gestions propres que les gestions contrôlées, et correspondent aux refacturations internes, essentiellement de personnel, entre services. Les indemnités de fin de carrière sont provisionnées tous les ans mais ne sont pas prises en compte dans les dépenses acceptées pour les gestions tarifées. Seul le versement effectif, au départ de l'agent, de l'indemnité de retraite est pris en compte et validé dans les délais habituels, c'est-à-dire en n+2.

Les garanties d'emprunts

Dans son précédent rapport, la chambre attirait l'attention sur le risque lié à la garantie accordée par l'ABRAPA à deux communes en cas de défaillance de la société d'aménagement et d'équipement de la région de Strasbourg (SERS) dans le remboursement des emprunts relatifs à ces résidences, emprunts eux-mêmes garantis par les communes.

En réalité, l'ABRAPA et la SERS ont signé des conventions par lesquelles l'ABRAPA s'engage à louer les logements à des personnes âgées sous condition de ressources d'une part, et, d'autre part, à rembourser à la SERS l'ensemble des frais de construction, y compris le remboursement des emprunts. Le montant de l'engagement hors bilan de l'ABRAPA est mentionné en annexe des états financiers (4 129 k€ en 2013).

Le cas de la résidence Mathis a été examiné par le bureau le 27 mars 2014. La convention de location signée entre la SERS et l'ABRAPA en 1987 prévoit que l'ABRAPA prenne

en charge l'ensemble des travaux d'entretien et de réparation, qu'il s'agisse des obligations liées au propriétaire ou bien celles du locataire, alors même qu'elle verse à la SERS une redevance pour provision pour grosses réparations. Elle prévoit aussi, comme le signalait la chambre dans son précédent rapport, qu'en cas de résiliation comme en cas de mise en œuvre de la garantie accordée par la ville de Strasbourg pour les emprunts contractés par la SERS pour cette opération, l'ABRAPA sera elle-même appelée en garantie. Le bureau fait le constat des résultats cumulés déficitaires récurrents de cette résidence et de l'importance des travaux encore à réaliser (chiffrés à 376 k€ en 2014) dont le plan de financement devra être bouclé avec la SERS en ce qui concerne les gros travaux. Il est prévu que la SERS abandonne cette résidence en 2046 à la Ville de Strasbourg. Pour l'ABRAPA, le risque est lié à l'absence de rentabilité de l'opération cumulé avec des conditions de sorties élevées. Pour la résidence Mathis, l'emprunt restant à rembourser au 31 décembre 2013 est de 1 161 k€.

Un dispositif similaire de garantie de l'ABRAPA envers la commune de Haguenau pour la construction par la SERS de la résidence Saint Martin a été mis en place dans le cadre de la convention de location établie entre la SERS et l'ABRAPA le 7 août 1992. L'emprunt restant à rembourser au 31 décembre 2013 s'élève à 1 943 k€. La chambre s'étonne de la complexité des montages retenus et estime qu'il revient à l'ABRAPA d'analyser la rentabilité globale de ces opérations, y compris travaux d'entretien et de grosses réparations, ou en négocie les conditions de financement, au titre des provisions effectuées, ou de sortie satisfaisantes.

Fonds dédiés

Le règlement n° 99-01 du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations précise qu'en ce qui concerne les fonds dédiés, il s'agit de « *rubriques du passif qui enregistrent, à la clôture de l'exercice, la partie des ressources, affectées par des tiers financeurs à des projets définis, qui n'a pu encore être utilisée conformément à l'engagement pris à leur égard.* ». L'association dispose au 31 décembre 2013 de 1 028 666,45 € de fonds dédiés, soit un triplement par rapport au montant inscrit en fonds dédiés en 2008 (voir tableau 8 de l'annexe 2).

Si les décisions de l'ARS d'attribuer un financement spécifique à compter de 2011 pour les évaluations externes des EHPAD, de l'accueil de jour Le Preo et du SSIAD d'une part, la décision de l'ARS et du conseil général d'attribuer une subvention de fonctionnement spécifique à compter de 2012 pour la restructuration du SAAD d'autre part, et, enfin, la décision de l'ARS d'attribuer en 2012 une aide sur les actes médico-infirmiers ont bien été retrouvés, l'ABRAPA n'a pas été en mesure de fournir les décisions de tiers financeurs concernant les projets relatifs aux gros travaux, à la domotique/téléassistance, à la modernisation ou à l'enseigne UNASAAD. Ceci met en cause le maintien des sommes correspondantes en fonds dédiés car, soit il ne s'agit pas de ressources attribuées par des tiers financeurs mais de ressources propres dégagées par l'association à mettre en réserves, soit les projets prévus, qui n'ont jamais été mis en place puisque certains fonds dédiés ne connaissent pas de mouvement depuis quatre ou cinq ans au moins (fonds dédiés « *modernisation* », « *enseigne* » ou « *projets sociaux* » par exemple), ne présentent plus d'intérêt et il convient de solliciter les tiers financeurs pour un remboursement éventuels des fonds.

Enfin, la chambre constate que certains de ces fonds accordés par les tiers financeurs, ARS et conseil général, ne répondent pas strictement à la notion de « *projets définis* ». Il s'agit en réalité d'objectifs fixés par les tiers financeurs chiffrés en économies attendues, et non en coûts de projets à mettre en œuvre. Le compte de résultat 2013 établi pour les gestions contrôlées indique l'existence de 104 k€ de report de ressources non utilisées des exercices antérieurs sur les gestions contrôlées, dont 39 k€ sur le SAAD et 62 k€ sur le SSIAD. En ce qui concerne le SAAD, ce montant correspond au reliquat de l'aide versée en 2012 par l'ARS au titre du fonds de restructuration, seuls 15 690 € ayant été employés pour une action de lutte contre l'absentéisme sur le total de 55 k€ versé en 2012. En ce qui concerne le SSIAD, cela concerne le reliquat du soutien exceptionnel accordé par l'ARS de 450 700 € pour les dépenses d'actes médico-infirmiers non utilisés en 2012. Ceci ne correspond pas à un projet à mettre en œuvre

mais à une simple compensation de surcoûts du fait de la prise en charge par le SSIAD de soins infirmiers plus onéreux que ceux prévus en tarification. Selon l'ARS, l'utilisation du compte 689 « *Engagements à réaliser sur ressources affectées* » visait à suivre précisément le reliquat de crédits sur l'exercice et à éviter qu'il ne soit utilisé à d'autres fins.

Le tableau relatif aux fonds dédiés présenté en annexe des états financiers 2013 est intitulé, pour l'aide provenant du fonds de restructuration des SAAD, « *Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement* ». Un titre plus explicite, comme le prévoit le règlement du 19 février 1999, relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations pour les subventions de fonctionnement, permettrait de faciliter le suivi de ces fonds. La chambre prend acte de la réponse de l'ABRAPA qui confirme que l'association réactualisera dès 2014 les fonds dédiés enregistrés dans ses comptes en conformité avec la réglementation en la matière, et maintient sa recommandation.

Recommandation n° 6 : La chambre recommande de développer l'information en annexe sur les fonds dédiés afin de rendre directement intelligible leur provenance et leur objet et de vérifier périodiquement la pertinence de leur maintien ou de leur passage en réserve ou leur remboursement éventuel au financeur concerné.

La préservation du patrimoine de l'association

Le patrimoine immobilier et mobilier de l'association représente, en 2013, 27 M€, soit 47 % du bilan de l'association. L'association n'a jamais réalisé d'inventaire physique et ne dispose pas de procédures formalisées d'entrée et de sortie des biens. Pour la chambre, cela fait courir un risque important sur l'image fidèle de l'actif de l'association, voire pourrait induire l'association à payer des montants de primes d'assurance indues et ne lui permet pas de se prémunir du risque d'appropriation par un tiers de biens de l'association.

La première priorité est de mettre en place en 2014 le dépôt de plans pluriannuels d'investissement par site tels que prévu par la procédure de tarification. L'association se fait aider pour cela depuis 2010 par des cabinets d'architectes et des cabinets de conseil. Le second objectif prioritaire est le recensement par un cabinet de conseil de l'ensemble du patrimoine immobilier de l'association, notamment des terrains, ainsi que des conditions de jouissance (baux emphytéotiques, conditions de retour de la propriété). Vu l'ampleur du patrimoine de l'association, la mise en place d'outils de gestion de maintenance assistée par ordinateur paraît souhaitable.

L'association amortit ses biens de façon linéaire avec des durées allant de un an pour les licences à 70 ans pour les constructions. Depuis 2005, l'association pratique l'amortissement par composant sur l'immobilier. Une dépréciation est constatée lorsque la valeur actuelle d'un actif est inférieure à sa valeur nette comptable. Aucune dépréciation d'actif n'a été constatée à ce jour.

Il n'y a pas de procédure formalisée de gestion ni de contrôle des nombreuses caisses locales. Un simple envoi d'un tableau signé par le responsable local au centre administratif de l'ABRAPA permet de recevoir une avance ou de justifier les dépenses effectuées. Les dépenses ont été significativement diminuées depuis 2011 par la mise en place d'un dispositif global pour l'achat de timbres. Cependant, le montant en caisse s'élève à 28 682,40 € au 31 décembre 2013.

Dans sa réponse, l'ABRAPA annonce la mise en œuvre, dès 2015, d'une procédure d'achats formalisée traitant notamment des immobilisations en matière d'acquisition, d'affectation et de flux. Le coût de mise en œuvre d'un dispositif d'inventaire régulier sera évalué. Dès 2015, il sera procédé à la mise en place d'un dispositif de contrôle des caisses ou bien elles seront supprimées. La chambre prend acte de cette réponse et, tout en maintenant sa recommandation, rappelle qu'une fois l'inventaire mis en place, il existe plusieurs modalités d'en assurer le suivi en fonction des enjeux et des risques encourus.

Recommandation n° 7 : La chambre recommande la mise en place d'un inventaire physique du patrimoine de l'association et de procédures d'entrées et de sorties de biens, ainsi qu'une procédure interne de contrôle périodique des caisses.

Créances client

Les créances sont valorisées à leur valeur nominale. Toutes les créances de plus de 90 jours sont entièrement provisionnées. Au 31 décembre 2013, les créances douteuses sont estimées à 784 k€, alors qu'elles n'étaient que de 84 k€ au 31 décembre 2012. Cette évolution est due à la reprise des créances clients de l'association Hespérides au 1^{er} janvier 2013 qu'il a fallu passer en créances douteuses pour une part plus importante qu'initialement prévu. L'audit réalisé préalablement à la fusion avait pointé des créances clients au 31 décembre 2011 de 1,6 M€ incluant une provision pour dépréciation de 289 k€.

La dissolution-dévolution de l'association Hespérides au profit de l'ABRAPA a été validée par le bureau du 23 octobre 2012 après réalisation de deux audits, l'un organisationnel et l'autre sur la faisabilité et les conditions du rapprochement. L'association Hespérides gère certaines parties communes et locaux de deux résidences seniors de 290 logements, ainsi que leurs plateaux de soins d'aides-soignantes et infirmières. L'ARS a souhaité l'arrêt du fonctionnement de ce plateau de soins, atypique par rapport au fonctionnement d'un SSIAD, au 31 décembre 2013. La chambre note que celui-ci présentait des résultats bénéficiaires conséquents, 119 k€ en 2013, qui ont permis de soutenir le résultat des gestions propres. En matière de patrimoine immobilier, l'association Hespérides n'en était pas totalement propriétaire, celui-ci étant en réalité une copropriété avec des particuliers, y compris pour les EHPAD. Des travaux de rénovation sont à prévoir pour ces EHPAD. D'après les comptes de l'association Hespérides au 31 décembre 2012, l'actif net comptable peut être estimé à 7 M€, dont 6 M€ de trésorerie.

Le bénévolat valorisé et les contributions volontaires :

Le règlement n° 99-01 du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations précise, pour les contributions volontaires en nature et le bénévolat, que « *Si ces contributions sont significatives, elles font l'objet d'une information appropriée dans l'annexe portant sur leur nature et leur importance.* ». En ce qui concerne l'ABRAPA, le bénévolat, et dans une moindre mesure les contributions volontaires en nature, sont significatifs puisqu'ils représentent en 2013 respectivement 210 k€ et 11,6 k€. Il est précisé dans l'annexe des états financiers que les contributions volontaires correspondent à des loyers ou des personnes dans le domaine de l'animation mis gracieusement à disposition et que le bénévolat correspond à des heures valorisées au SMIC augmenté des charges patronales correspondantes.

Pour ce qui concerne les contributions volontaires en nature, il s'agit en réalité du loyer non encaissé par l'association pour la mise à disposition de locaux pour l'atelier informatique dans sa résidence Matthis, ce que la chambre estime être éloigné de la définition d'une contribution volontaire.

Il n'existe pas de procédure interne formalisée concernant la valorisation du bénévolat. Chaque institution fait remonter au siège, selon un format non normalisé et pas toujours attesté, le nombre d'heures de bénévolat dont il a pu bénéficier durant l'année. Au moment où l'association souhaite développer le bénévolat, il paraît important pour l'association de mettre en lumière et de communiquer de façon fiable et étoffée sur la valorisation du bénévolat en détaillant par exemple le nombre d'heures correspondant et la nature des tâches effectuées. En réponse, l'ABRAPA indique qu'elle pourra revoir en 2015 le formulaire de remontée d'information sur l'activité des bénévoles sans pour autant disposer de moyens suffisants pour l'améliorer. La chambre estime que cette réponse reste en-deçà de l'ambition affichée dans le projet associatif pour le développement du bénévolat et maintient sa recommandation.

Recommandation n° 8 : La chambre recommande de fiabiliser et d'étoffer l'information fournie sur le bénévolat valorisé et les contributions en nature en indiquant le nombre d'heures et la nature des tâches effectués par les bénévoles, ainsi que la nature des contributions recensées.

Les engagements de l'ABRAPA dans des structures tierces

Le précédent rapport de la chambre recommandait la contractualisation de l'apport de l'ABRAPA à la SCI Aparo de 465 723 €, du prêt de main-d'œuvre et des modalités de gestion de la résidence de la Krutenau. La SCI Aparo, dont les statuts ont été signés le 29 avril 1969, rassemble à parts égales l'ABRAPA et la Caisse nationale de retraite des ouvriers du bâtiment et des travaux publics, devenue BTP retraite ou ProBTP, pour la construction et la gestion de la résidence de la Krutenau. Cette SCI est présidée par le président de l'ABRAPA. Suite au précédent rapport de la chambre, une convention entre l'ABRAPA et la SCI a été établie en 2006 pour traiter des charges et des conditions de gestion, ainsi que du loyer de la résidence.

Le conseil d'administration de la SCI s'est réuni en 2011 et 2012 (mais pas en 2013). L'éventualité du retrait de ProBTP de cette SCI et du rachat de ses parts par l'ABRAPA, ainsi que des travaux à réaliser pour près de 900 k€ TTC (réfection des colonnes, des revêtements de sols, de la peinture et mise en conformité du réseau d'eau) ont été examinés par le bureau. Sur le premier point, le président de l'ABRAPA a écrit au directeur général de Pro BTP en août 2012 pour faire valoir l'intérêt du partenariat entre l'ABRAPA et Pro BTP et solliciter sa poursuite. Ce courrier n'a pas reçu de réponse à ce jour. Sur le second point, les travaux envisagés seraient financés par un emprunt de la SCI à hauteur de 400 k€ et par l'autofinancement de la SCI à hauteur d'environ 500 k€. La chambre note que ce dernier montant correspond à peu près à l'avance faite par l'ABRAPA à la SCI à sa création. Vu l'incertitude et les enjeux qui pèsent sur l'avenir de la SCI, et tout en considérant la proximité des intérêts de la SCI et de l'association, partageant à l'heure actuelle la même présidence, la chambre réitère sa recommandation de mieux contractualiser les modalités de remboursement de l'apport initial de l'ABRAPA à la SCI Aparo, ainsi que la mise à disposition de personnel et les modalités de gestion de la résidence de la Krutenau. En réponse, l'ABRAPA indique souscrire à cette recommandation et s'engage à la mettre en œuvre en 2015.

Recommandation n° 9 : La chambre réitère sa recommandation de mieux formaliser contractuellement les relations entre l'ABRAPA et la SCI Aparo tant en ce qui concerne les modalités de remboursement de l'avance initiale consentie que le prêt de main-d'œuvre et les modalités de gestion de la résidence de la Krutenau.

Dans son précédent rapport, la chambre demandait l'actualisation de la convention liant l'ABRAPA et l'association Fami Emploi 67 (mise à disposition de personnes, de locaux, avances de trésorerie, charges diverses prises en charge par l'ABRAPA) et sa validation par l'assemblée générale ou le conseil d'administration. Deux conventions ont été mises en place entre l'ABRAPA et l'association Fami Emploi 67, l'une datée du 23 septembre 2002 et prévoyant le remboursement du loyer relatif aux quatre bureaux occupés par Fami Emploi 67 au rez-de-chaussée du centre administratif de l'ABRAPA et l'autre, non datée mais tamponnée du 22 janvier 2009, concernant le remboursement par Fami Emploi 67 à l'ABRAPA de l'avance de 132 k€ qui lui avait été consentie à sa création. L'association Fami Emploi 67 a cessé son activité au 30 novembre 2010. L'ensemble des salariés et des clients a été repris en 2011 par l'ABRAPA et le solde du prêt dû par l'association a été remboursé.

Le précédent rapport de la chambre demandait l'obtention de l'accord de la CRAV préalablement à tout changement d'affectation des maisons de vacances d'Orbey et de Niederbronn-les-Bains. Suite au rapport de la chambre, l'ABRAPA a écrit à la CRAV qui a confirmé par courrier du 7 avril 2005 son accord pour la cession par l'ABRAPA de la maison de vacances « Les Sources » à Niederbronn-les-Bains tout en renonçant à demander la récupération des fonds investis par la CRAV lors de l'acquisition de cet établissement.

La maison de vacances d'Orbey a été confiée par l'ABRAPA par bail emphytéotique à l'association ABRAPA Vacances. Les statuts de l'association, non datés, précisent qu'elle a pour objet la prise en charge d'un centre de vacances situé à Orbey. Outre l'ABRAPA, les membres sont l'association Vacances Bleues, et VVF Villages à qui l'association a confié la gestion du site. Ce site permettait de proposer des séjours de vacances aux seniors. Vu les résultats décevants de l'exploitation du site, les gestionnaires ont souhaité se retirer de l'exploitation du site. L'assemblée générale du 23 juin 2013 de l'association a décidé de mettre en vente le site d'Orbey pour un montant de 3,5 M€. Cette vente n'est toujours pas réalisée en juin 2014. La convention de prêt passée avec l'ORGANIC pour 2 MF (305 k€) en 1996 prévoit un engagement de l'ABRAPA à ne pas céder l'établissement ou modifier sa destination et à accorder des réductions de tarifs pour tous les retraités du régime ORGANIC pendant une durée de 30 ans à compter de la mise à disposition du public du bien qui fait l'objet du prêt, la maison de vacances d'Orbey. Des dispositions similaires sont prévues dans le contrat de prêt signé avec l'IRCANTEC pour un prêt de 320 kF (49 k€) en 1998 (ainsi qu'un siège au comité de gestion) et dans le contrat de prêt signé en 1997 avec la CANCAVA pour 1MF (152,5 k€) y compris un droit de réservation prioritaire de dix lits et un siège au conseil d'administration avec voix consultative. Les emprunts CANCAVA et IRCANTEC sont totalement remboursés en 2014. Les droits et obligations du régime ORGANIC et CANCAVA ont été repris par le régime RSI. Suite au rapport de la chambre, l'ABRAPA a écrit au RSI le 19 novembre 2014 pour demander son autorisation préalable à la cession de la maison de vacances et la remise exceptionnelle du solde du prêt sans intérêt dû (76,2 K€).

L'ABRAPA a créé avec l'Association familiale de loisirs éducatifs et de formation (ALEF) située à Strasbourg, en décembre 2010, une société par action simplifiée dénommée Poivre et Sel Bout'Chou dans laquelle l'ABRAPA détient 50 % des parts d'une valeur comptable de 200 k€. Cette société a pour objet la fabrication et la commercialisation de repas préparés. Présidée par le président de l'ABRAPA, elle emploie dix personnes en 2012. La société est en litige avec son ancien président, qui avait été sollicité pour concevoir la cuisine centrale et créer la SAS, puis qui en est devenu le président salarié. Suite à une détérioration des relations entre la SAS et l'ABRAPA, le départ du président de la SAS a été demandé par les actionnaires de la SAS et celui-ci a engagé une procédure aux Prud'hommes pour travail dissimulé qui aurait été effectué lors de la période de conception de la cuisine centrale et de la société en tant que bénévole de l'ABRAPA. Pour la chambre, cet exemple illustre la nécessité de clarifier le statut des bénévoles au sein de l'association. Le résultat de la société se redresse, mais reste négatif à - 79 k€ en 2013. L'objectif de la création de cette société pour l'ABRAPA est de servir l'ensemble des repas qui font l'objet d'un portage.

La SCI Immobilière ABRAPA est issue du rachat en décembre 2007 d'une SCI fondée en septembre 1988 en vue de la gestion des terrains et immeubles situés 5, rue Gay Lussac à Eckbolsheim. Le prix de rachat des parts était fixé à 6 k€ par part. La SCI étant constituée de 100 parts, le prix de rachat est de 600 k€, dont 594 k€ pour l'ABRAPA (99 parts) et 6 k€ pour Fami Emploi 67 (une part) qui occupera les locaux. L'ABRAPA avait fait réaliser une évaluation de la valeur vénale du bâtiment géré par la SCI au 5, rue Gay Lussac, par un expert immobilier à Strasbourg. La valeur vénale était estimée à 643 k€. D'après les comptes de la SCI rachetée, l'actif net immobilisé était valorisé au 31 décembre 2007 à 104 k€, les produits de locations s'élevaient à près de 64 k€, la SCI a dégagé un bénéfice de près de 46 k€. La SCI n'était pas endettée. De 2007 à 2012, la SCI a loué ces locaux à l'ABRAPA pour un montant de près de 11 k€, le président de l'ABRAPA étant le gérant de la SCI. A l'arrêt de l'activité de l'association Fami Emploi 67, le conseil d'administration de l'ABRAPA, dans sa séance du 23 octobre 2012, a décidé de rassembler son patrimoine immobilier en son sein par transfert universel de patrimoine. La valeur nette comptable de la SCI intégrée dans les comptes de l'ABRAPA au 1^{er} janvier 2013 est de 96 k€ générant un mali de fusion de 505 k€ affecté à un sous compte du fonds commercial, le compte 20710000 « Mali de fusion ». D'après le règlement n° 2004-01 du 4 mai 2004 relatif au traitement comptable des fusions et opérations assimilées, lorsqu'une opération a conduit à la constatation d'un malus, il faut faire figurer en annexe une information sur les éléments actifs apportés, significatifs, sur lesquels le mali a été affecté afin d'être en

mesure de suivre dans le temps l'évolution de la valeur du mali (dépréciation ou sortie de l'actif). En réponse, l'association a indiqué qu'une information plus détaillée sera fournie sur ce point dans l'annexe des comptes 2014, ce dont la chambre prend acte.

L'ABRAPA a créé en septembre 2001, à parts égales avec l'association haut-rhinoise d'aide aux personnes âgées (APA), la SCI du Clos des Tilleuls, dont l'objet est l'acquisition et l'exploitation de l'immeuble situé 4, rue de la Houblonnière à Colmar, et qui sert de siège au GIES. Le gérant de cette SCI est un administrateur de l'APA. En 2011, l'ABRAPA a versé une avance de 280 k€ à la SCI Clos du Tilleul pour l'acquisition de nouveaux locaux pour le GIES, remboursée partiellement à hauteur de 200 k€ en 2013. Il n'y a aucune convention formalisant le versement de cette avance et les conditions de son remboursement, y compris son éventuelle rémunération, ce qui, pour la chambre, fait courir un risque à l'ABRAPA et ne permet pas de préserver de façon satisfaisante ses droits. En 2013, cette SCI a dégagé un résultat net de près de 183 k€ et versé 91 k€ de dividendes à l'ABRAPA. En réponse, l'ABRAPA s'est engagée à établir une convention formelle avec la SCI Clos du Tilleul en 2015.

Recommandation n° 10 : La chambre recommande de formaliser contractuellement le versement par l'ABRAPA d'une avance de 280 k€ à la SCI Clos du Tilleul et les modalités de son remboursement.

L'association Sainte Elisabeth a été créée le 13 septembre 1995 et regroupe l'ABRAPA, la Fondation pour l'Entente Franco-Allemande, l'Office des Anciens Combattants du Bas-Rhin, l'association pour la réadaptation des personnes âgées handicapées (ARPAH), l'association des Mutilés des Yeux de Guerre, REUNICA et le groupe ARPEGE. La SCI Sainte Elisabeth a été créée le 6 décembre 1995 entre l'ABRAPA, qui détient 89 parts sur 90, et l'APA qui détient une part, en vue d'acquérir des terrains ou immeubles et de les gérer. Cette SCI est propriétaire du terrain sur lequel a été construit l'EHPAD Sainte Elisabeth à Strasbourg par l'association Sainte Elisabeth à qui la SCI a confié un bail à construction en date du 12 décembre 1995 et dont la gestion est confiée par l'association à l'ABRAPA par convention du 2 octobre 1995. Le gérant de la SCI Sainte Elisabeth est l'actuel trésorier de l'ABRAPA. L'association verse à la SCI un loyer annuel de près de 52 k€. L'ABRAPA verse de son côté une redevance annuelle de 177 k€ à l'association pour la mise à disposition du terrain (remboursement du loyer versé par l'association à la SCI), le remboursement des annuités d'emprunts (près de 60 k€), des provisions pour gros entretiens (près de 15 k€) et les frais généraux de l'association (près de 24 k€). En 2013, la SCI Sainte Elisabeth a dégagé un résultat de 47 k€ et a reversé 47 k€ de dividendes à l'ABRAPA.

Dans sa séance du 25 juillet 2013, le bureau de l'ABRAPA a validé le principe de la construction par la SCI Sainte Elisabeth d'un hôpital de jour permettant le regroupement de deux hôpitaux de jour, Michel Philibert et Germaine Bord, sur le site Sainte Elisabeth dans la prolongation de l'EHPAD existant. Dans une première phase, le projet, porté par un promoteur immobilier à désigner, permettait aussi une extension de l'EHPAD et la construction de logements résidentiels pour particuliers. La réalisation de ce projet supposait l'enchaînement de plusieurs opérations, dont la modification du bail donné à l'association pour en retirer le terrain à vendre au promoteur, l'agrandissement du terrain par l'achat d'une parcelle le jouxtant appartenant aux HUS, puis le rachat par la SCI au promoteur de l'hôpital de jour, des chambres supplémentaires d'EHPAD et des appartements « *attiques* » pour un total de 3,6 M€. Au final, l'opération serait revenue à 1,6 M€ à la SCI, montant dont l'ABRAPA dispose en réserve pour l'opération de regroupement des deux hôpitaux de jour. De plus, la location ou revente par la SCI ou l'ABRAPA des trois logements « *attiques* » aurait été une source de revenus supplémentaires non chiffrés à ce stade. En 2014, l'acquisition du terrain HUS est toujours en cours. Le projet d'extension de l'EHPAD a été abandonné. Le projet a donc été simplifié à la réalisation d'un hôpital de jour en rez-de-chaussée et de logements privés à l'étage. Un promoteur est intéressé par l'opération.

L'ABRAPA a été à l'initiative de la création, en 2012, avec l'APA de l'association Groupement d'aide et de soins en Alsace (GASAL). Outre ces deux personnes morales, cette association réunit quelques personnes physiques de façon à satisfaire à l'obligation de réunir

sept membres pour créer une association loi 1908. Cette association a pour objectif de favoriser la création et le développement de services communs entre l'ABRAPA et l'APA. Elle partage les locaux du GIES à Colmar. Pour le moment, elle a pour rôle principal d'être un lieu de rencontre formalisé entre l'APA et l'ABRAPA. Via cette association, l'ABRAPA et l'APA 68 ont rédigé une « feuille de route » des achats à mutualiser. Les deux associations ont aussi déposé un projet commun de développement d'une activité d'amélioration de l'habitat susceptible d'être financée par REUNICA et développent le projet d'activité numérique Facilien.

L'ABRAPA a acquis, en 2011, 30 parts à 500 € dans la SEM du pôle funéraire de Strasbourg, dont le directeur général de l'ABRAPA est administrateur, ainsi que 60 parts à 5 € dans le groupement de coopération sanitaire e-Santé Alsace, afin de participer aux travaux qui y sont menés.

2.2 La situation financière

2.2.1 Analyse bilancielle de l'association

L'actif de l'association au 31 décembre 2013 est principalement constitué d'immobilisations corporelles qui représentent 27 M€ sur un total d'actif net de 30,6 M€. Les immobilisations corporelles n'étaient que de 13,8 M€ en 2008 et ont augmenté de 34 % entre 2010 et 2011 du fait de l'extension de l'EHPAD Marzloff à Reichshoffen avec une capacité de 20 lits supplémentaires, puis à nouveau de près de 40 % du fait de la fusion avec l'association Hespérides. L'activité d'hébergement devient prépondérante pour l'association.

Le montant des capitaux propres reste important au regard de la dette financière de l'association, même si le ratio de dette financière sur capitaux propres passe de 37 % en 2008 à 67 % en 2011, puis revient à 50 % en 2013. L'analyse des contrats d'emprunts montre qu'il n'y a aucun emprunt structuré dans le portefeuille de l'association.

L'analyse de l'endettement de l'association doit être complétée par ses engagements hors bilan. En 2012, l'ABRAPA était engagée à rembourser la SERS pour la construction des résidences 22, place des Halles et 7, rue du Bouclier à Strasbourg, ainsi que 19, rue de la Pépinière à Wissembourg et 5, place d'Armes à Haguenau. Les emprunts restant à rembourser pour ces résidences s'élèvent à 4 129 k€ en 2013. De plus, l'ABRAPA dispose de constructions, installations, matériel et outillage acquis en crédit-bail. Les redevances restant à payer s'élèvent, en 2011, à 573 k€, puis diminuent à 52 k€ en 2013.

Ces montants figurant hors bilan représentent 42 % des dettes financières de l'association inscrites au bilan au 31 décembre 2013. Le taux d'indépendance financière de l'association, mesuré par le ratio dettes/capitaux propres, prenant en compte les engagements hors bilan, passe ainsi de 50 % à 71 % en 2013.

Le fonds de roulement de l'association passe de 3,9 M€ en 2008 à 6,8 M€ en 2013, soit en moyenne 4 M€ sur la période. L'amélioration constatée en 2013 est expliquée par l'augmentation des capitaux propres de plus de 8 M€ entre 2012 et 2013 et l'augmentation des dettes financières de près de 3,6 M€.

Le besoin en fonds de roulement passe de - 6,9 M€ en 2008 à - 11,2 M € en 2013, soit en moyenne - 7,5 M€ au cours de la période. Le besoin en fonds de roulement est négatif tous les ans pendant la période de revue. L'association dégage une trésorerie importante, en moyenne de 11,5 M€ sur la période, soit, en 2013, 67 jours de charges d'exploitation.

L'analyse de quelques comptes retracés ci-dessous traduit l'impact du 50^e anniversaire en 2011. La chambre note que les honoraires non médicaux, c'est-à-dire les conseils externes de l'association, ont été multipliés par 2,75 entre 2009 et 2013, soit un rythme de croissance nettement supérieur à l'activité de l'association dont les produits d'exploitation ont augmenté de 38 % au cours de la même période.

Tableau 1 : Evolution de quelques comptes de charge (en €)

		2009	2010	2011	2012	2013
6226	Honoraires non médicaux	101 428	184 670	377 505	263 186	279 403
6231	Annonces et insertions	34 811	37 716	70 618	53 277	61 906
6238	Divers (dons...)	6 387	7 098	15 356	5 504	3 664
62512	Déplacements administrateurs	15 737	12 227	14 848	14 496	18 688
6257	Réceptions restaurants	50 575	48 016	141 095	66 500	69 410

Source : Balances générales de l'ABRAPA

Le poids des gestions contrôlées s'alourdit au sein de l'association. Celles-ci représentaient 87 % des produits d'exploitation en 2008 et 88 % des produits d'exploitation en 2013. L'association devient donc de plus en plus dépendante de ses instances de tutelle, conseil général du Bas-Rhin et Agence régionale de la santé.

Tableau 2 : Evolution du chiffre d'affaires de l'association (en k€)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Produits d'exploitation	71 931	73 732	76 980	81 053	85 597	101 465
<i>dont gestion propre</i>	9 309	9 877	10 020	10 993	11 187	11 689
<i>dont gestions contrôlées</i>	62 622	63 856	66 959	70 060	74 578	89 691 103

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Selon les informations fournies en annexe des états financiers, les effectifs de l'association ont atteint un maximum de 2 050 ETP en 2011 pour diminuer de 87 ETP et s'élever à 1 963 ETP en 2012. Ils ont connu une nouvelle hausse en 2013 de 331 ETP pour atteindre 2 294 ETP. Cette hausse s'explique par la reprise du personnel de l'association Hespérides, l'ouverture de l'EHPAD Stéphanie reprenant des lits des HUS et l'agrandissement de l'EHPAD Saint Joseph.

Tableau 3 : Evolution des effectifs de l'association en ETP

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Effectifs totaux	1 909	1 987	2 042	2 050	1 963	2 294
<i>dont mis à disposition</i>	11	18	14	-	-	

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

L'ABRAPA a poursuivi la mise à disposition de personnel auprès de la SCI Aparo, même si l'information n'apparaît plus en annexe des états financiers. Dans sa réponse, l'ABRAPA s'engage à fournir une information plus détaillée dans l'annexe des comptes à l'avenir.

2.2.2 Analyse du compte de résultat des gestions propres et du fonds associatif sans droit de reprise

Le chiffre d'affaires des opérations propres, qui représente 81 % des produits d'exploitation de ces activités en 2013, a crû de 22 % entre 2008 et 2013. Les gestions propres restent soumises à un effet de ciseau défavorable puisque les charges d'exploitation ont augmenté de 30 % entre 2008 et 2013, soit un taux annuel moyen de 5,5 %, pour atteindre 10,8 M€. L'excédent brut d'exploitation s'est donc dégradé de 15 %, passant de 1 M€ en 2008 à 860 k€ en 2013. Les principaux postes de charges sont les autres achats et charges externes qui sont passées de 5,4 à 6,9 M€ entre 2008 et 2013, soit + 28 %, et les dépenses de personnel. Les dépenses de personnel représentent, en 2013, 29 % du total des charges d'exploitation. Les

autres achats et charges externes représentent, la même année, 64 % des charges d'exploitation.

Les dotations aux amortissements sont restées stables ou en baisse au cours de la période, sauf les dotations aux provisions pour risques et charges qui atteignent 315 k€ en 2013 soit 1,5 fois leur montant de 2008. Cette évolution est liée au provisionnement des indemnités de licenciement payées en 2014 suite à la fermeture des plateaux de soins repris de l'association Hespérides (57 k€).

Les charges financières ont significativement baissé entre 2008 et 2013 du fait des renégociations d'emprunts effectuées. Grâce à une nouvelle politique de placements mise en œuvre, les produits financiers atteignent près de 435 k€ en 2013, montant le plus élevé de la période, alors qu'ils étaient tombés à 49 k€ en 2011. Le poids de l'endettement,⁴ qui était de 27 % en 2009, devient nul en 2013.

Les produits et charges exceptionnels importants en 2009 s'expliquent par la vente par l'ABRAPA de ses parts dans la SCI UNASAAD.

Le résultat de l'exercice est en baisse de 30 %, passant de 455 k€ en 2008 à 317 k€ en 2013, dont 119 k€ provenant des plateaux de soins des Hespérides arrêtés au 31 décembre 2013 sur décision de l'ARS.

Les dépenses refusées par l'autorité de tarification ainsi que les provisions réglementées ont été retirées des fonds associatifs sans droit de reprise, permettant à ceux-ci de doubler entre 2008 et 2012, pour atteindre 11,2 M€ en 2013. Les fonds associatifs sans droit de reprise sont constitués en 2013 à 43 % par des subventions d'investissement sur biens renouvelables, à 33 % d'apports et de réserves et à 25 % de reports à nouveau et du résultat de l'exercice.

Au sein des gestions propres, les activités ont des évolutions différenciées. La téléassistance forme l'essentiel du résultat en 2013 et a connu une croissance de ses produits d'exploitation de 11 % entre 2009 et 2013, soit un taux annuel moyen de croissance de 3 %. La seconde activité contributrice au résultat, pour 26 % de celui-ci en 2013, est celle de la restauration, mais dont les produits d'exploitation sont en chute de 28 % entre 2009 et 2011. Les activités d'hébergement représentent 18 % du résultat des opérations propres en 2013 et leurs produits d'exploitation sont en croissance de 54 % entre 2009 et 2013, soit un taux moyen annuel de 11 %. Enfin la prévention santé connaît pour la première fois en 2011 un résultat significativement positif, constituant 21 % du résultat des gestions propres. L'accueil de jour et les services à la personne dégagent aussi des résultats positifs, mais faibles.

Les relations avec les clients, c'est-à-dire les relations avec les clubs, sont assurées par un demi ETP jusqu'en 2014, puis un ETP ensuite, pour dynamiser celles-ci et mettre en place le dispositif des cotisations.

Les « prestations interservices » sont composées notamment du service de pharmacie centrale et de prestations interservices. Les charges d'exploitation de ces prestations interservices passent de 615 k€ en 2009 à 838 k€ en 2013.

Les « charges communes » sont la reprise en gestion propre des charges non financées par le conseil général. Elles passent de 37 k€ en 2009 à 407 k€ en 2013 et sont financées par les produits financiers et exceptionnels dégagés par les gestions propres.

Il faut noter que l'association, qui disposait d'un secteur fiscalisé modeste relatif à la gestion de la résidence Juvenys à Brumath avec un partenaire privé de juin 2012 à juin 2013, ne dispose plus d'aucun secteur fiscalisé, hormis celui regroupant les titres de participation, alors que certaines activités propres semblent, en premier abord, évoluer dans le secteur concurrentiel, par exemple la téléassistance. L'ABRAPA n'est pas soumise à l'impôt sur les sociétés, ni aux autres impôts commerciaux (CFE, CVAE). Elle paie des impôts sur les produits financiers réalisés, ainsi que la taxe sur les salaires. Elle ne facture pas la TVA. L'article 261 du code général des impôts exonère de TVA « les soins dispensés par les établissements privés

⁴ Poids de l'endettement : charges financières / Excédent brut d'exploitation

d'hébergement pour personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, pris en charge par un forfait annuel global de soins en application de l'article L. 174-7 du code de la sécurité sociale ». Cependant, les activités en gestion propre ne rentrent pas dans ce cadre.

Une étude a été faite sur la question de la TVA par un cabinet de conseil en janvier 2014. Cette étude doit être affinée en 2015, avant une rencontre avec les services fiscaux. D'après l'association, le fait que la facturation soit, dans la plupart des cas, réalisée sur la base des ressources du bénéficiaire, que l'activité s'inscrive dans le cadre d'un accompagnement plus global de la personne et qu'elle fait l'objet d'une communication adaptée, devrait permettre de continuer à disposer du statut fiscal actuel, en adéquation avec les valeurs sociales portées par l'association.

Pour déterminer si les activités en gestion propre sont soumises aux impôts, après avoir vérifié la gestion désintéressée de l'association, il convient de faire une analyse de chaque activité pour vérifier l'absence de concurrence avec des entreprises privées et leur exercice selon des modalités différentes de celles des entreprises privées, que ce soit au titre du produit offert, du public cible, du prix des prestations et de la publicité effectuée. Cette analyse doit être faite tant en ce qui concerne la situation actuelle que pour l'avenir, au vu des plans de développement envisagés. La chambre rappelle que le défaut de sectorisation pourrait entraîner la remise en cause du régime fiscal applicable à l'ensemble des activités de l'association.

Recommandation n° 11 : La chambre recommande à l'ABRAPA de procéder à une analyse fine, activité par activité, de la justification du non-assujettissement à la TVA et de mettre en place, le cas échéant, une sectorisation des activités.

2.2.3 Analyse du compte de résultat des gestions contrôlées et du fonds associatif avec droit de reprise

Le chiffre d'affaires des opérations contrôlées, qui représente, en 2013, 93 % des produits d'exploitation, a crû de 41 % entre 2008 et 2013 pour atteindre 83,7 M€ en 2013. Sur l'ensemble de la période, les gestions contrôlées restent orientées favorablement puisque les produits d'exploitation ont crû de 43 % entre 2008 et 2013, soit un taux moyen annuel de 7,4 %, pour atteindre 89,7 M€ alors que les charges d'exploitation ont crû, elles, de 42%, soit un taux moyen annuel de 7,3 %, pour atteindre 86,9 M€ en 2013. L'excédent brut d'exploitation s'est amélioré : de 1,5 M€ en 2008 (- 570 k€ en 2009), il est passé à 2,7 M€ en 2013.

Les principaux postes de charges sont les dépenses de personnel qui représentent 74 % des charges d'exploitation en 2013 et les autres achats et charges externes qui représentent 21 % des charges d'exploitation en 2013. Les autres achats et charges externes ont crû de 79 % entre 2008 et 2013 pour atteindre près de 17,9 M€. Les salaires et traitement ont progressé de 30% pour atteindre près de 48,3 M€ en 2013 et les charges sociales ont progressé de 48 % pour atteindre 15,6 M€ en 2013.

Les charges afférentes à la structure voient leur poids diminuer au regard du total des charges d'exploitation, traduisant les efforts effectués par l'ABRAPA.

Tableau 4 : Evolution des frais de siège de l'ABRAPA (en k€)

	2009	2010	2011	2012	2013
Total des charges afférentes à la structure	2 908	2 872	2 938	2 965	3 141
% du total des charges d'exploitation	3,94	3,78	3,68	3,54	3,21
Frais de siège refacturés aux services après validation par le conseil général	2 514,7	2 572,5	2 737,6	2 839	2 995,9
% du total des charges d'exploitation	3,40	3,39	3,43	3,39	3,06

Source : Annexes aux états financiers de l'ABRAPA

Le total des charges afférentes à la structure a augmenté de 8 % entre 2009 et 2013, alors que les frais refacturés aux services après validation du conseil général ont augmenté de 19 % au cours de la même période, du fait d'un taux de reconduction favorable pour l'ABRAPA.

Les dépenses les plus dynamiques sont celles du groupe I relatives aux services extérieurs qui ont augmenté de 25 % entre 2009 et 2013. Parmi celles-ci, les frais relatifs au GIES sont passés de 191,5 k€ en 2009 à 300 k€ en 2013, soit une évolution de + 57 %⁵.

Les frais de siège refacturés aux services après validation par le conseil général sont répartis en fonction du poids des dépenses en classe 6 de chacune des activités dans le total des dépenses, conformément à l'article R. 314-92 du code de l'action sociale et des familles. La quote-part de facturation des frais de siège pour les gestions propres est passée de 288 k€ en 2008 à 357 k€ en 2013, soit une croissance de 24 % entre 2008 et 2013 alors qu'au cours de la même période, les frais de siège répartis sur les gestions contrôlées ont évolué de + 18 %.

Les produits financiers sont en baisse de 66 % entre 2008 et 2013, passant de 343 k€ à 82 k€. Les charges financières ont augmenté de 58 %, passant de 124 k€ en 2008 à 251 k€ en 2013. L'augmentation des charges financières en 2011 s'explique par les nouveaux emprunts contractés pour l'EHPAD Marzolff et l'ouverture de l'EHPAD Danube. En 2013, les charges financières s'accroissent à nouveau du fait de la reprise des emprunts pour les EHPAD Ermitage et Herrade (association Hespérides), ainsi que les emprunts pour les EHPAD Stéphanie et Saint Joseph.

Le résultat de l'exercice est négatif depuis 2009, quoiqu'en redressement, puisqu'il était de - 1,6 M€ en 2009 et de - 92,5 k€ en 2013.

Les fonds associatifs avec droits de reprise se sont fortement dégradés entre 2008 et 2012, puis ils se sont redressés en 2013 pour atteindre 9,4 M€ contre 8,7 M€ en 2008. Cette évolution est due notamment à l'introduction, à compter de 2011, des dépenses inopposables aux tiers financeurs précédemment inscrites dans les fonds associatifs sans droit de reprise malgré l'introduction, la même année, des subventions d'investissement sur biens non renouvelables. Le redressement de 2013 est dû au passage des subventions d'investissements sur biens renouvelables de 5,3 M€ en 2012 à 13,6 M€ en 2013, soit une augmentation de près de 8,3 M€ suite à la reprise de l'association Hespérides.

Les provisions réglementées sont passées de près de 190 k€ en 2008 à 713 k€ en 2013. Cette évolution est liée à la reprise des EHPAD de l'association Hespérides.

Les réserves affectées à l'investissement ont baissé de 13 % entre 2008 et 2013 et s'élèvent à 1,7 M€ en prévision des travaux à réaliser pour le regroupement de deux hôpitaux de jour sur un seul site à Sainte Elisabeth. Les réserves de compensation sont passées de 481 k€ en 2008 à 1,6 M€ en 2013. Il s'agit des résultats excédentaires des activités financées par l'ARS.

Au sein des gestions contrôlées, les activités ont des évolutions différenciées. La seule activité ayant un résultat excédentaire en 2013 est le SSIAD qui dégage un résultat de 181 k€, avec marginalement les hôpitaux de jour à 726 €. Cependant, le SSIAD était déficitaire en 2010, 2011 et 2012. Les produits d'exploitation du SSIAD ont crû de 29 % entre 2009 et 2013. Le SAAD a vu ses produits d'exploitation croître de 5 % entre 2009 et 2013, mais son résultat est de - 387 k€ en 2013, alors qu'il était excédentaire en 2011 et 2012. Les hôpitaux de jour ont connu une croissance de leurs produits d'exploitation de 3 % mais le résultat n'est encore qu'à l'équilibre en 2013. Enfin, les EHPAD et l'accueil de jour Le Préo ont vu leurs produits d'exploitation multipliés par 2,1 entre 2008 et 2013 pour atteindre 41,8 M€ en 2013 et leur résultat redevient excédentaire à 155 k€ en 2013. L'instabilité du résultat des activités contrôlées trahit les difficultés de la gestion tarifée de ces activités. L'ABRAPA précise que cette instabilité touche l'ensemble du secteur médico-social.

⁵ En 2012 et 2013, une partie des dépenses liées au GIES ont été prises en charge sur les gestions propres (31 k€ en 2013 par exemple).

2.2.4 La situation financière du SAAD et du SSIAD

Au sein des gestions contrôlées, les services d'aide à domicile (SAAD) et de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont fait l'objet d'une analyse financière spécifique. Les opérations en gestion contrôlée représentent en effet 88 % des produits d'exploitation de l'association en 2013. Au sein de ces gestions contrôlées, le SAAD représente, en 2013, 43 % des produits d'exploitation et le SSIAD, 8 % des produits d'exploitation. Rapportés à l'association, le SAAD représente 38 % des produits d'exploitation, c'est la principale activité de celle-ci, et le SSIAD en représente 7 %, c'est la 3^e activité de l'association après les EHPAD et l'accueil de jour Le Preo.

Le SAAD : une activité essentielle de l'association fortement aidée par le conseil général du Bas-Rhin et l'ARS

Le chiffre d'affaires net du SAAD, qui représente en 2013, 92 % des produits d'exploitation du SAAD, a crû de 3 % entre 2009 et 2013. Le chiffre d'affaires a été en croissance jusqu'en 2011, puis a plafonné au même niveau en 2012, avant de baisser légèrement de 2012 à 2013 pour atteindre 35,3 M€. Cette faible évolution est à rapprocher de la diminution du nombre d'heures d'intervention du SAAD de 9,2 % entre 2009 et 2013 pour atteindre 1 634 711 heures en 2013. Pour autant, l'ABRAPA respecte globalement les niveaux d'activités prévus dans les budgets exécutoires validés par le conseil général du Bas-Rhin.

Tableau 5 : Evolution de l'activité du SAAD

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre d'heures d'intervention SAAD	1 801 443	1 769 714	1 738 996	1 715 939	1 634 711
Evolution globale	- 2 %	- 2 %	- 2 %	- 1 %	- 5 %
<i>dont activité CARSAT</i>			399 897	374 785	206 885
<i>dont activité APA</i>			975 310	977 107	991 240
Activité prévue dans les budgets exécutoires	1 819 662	1 761 427	1 753 329	1 740 000	1 630 000
Taux de réalisation	- 1 %	+ 0,5 %	- 0,8 %	- 1,4 %	+ 0,3 %

Source : rapports d'activités de l'ABRAPA

L'ABRAPA a réagi dès 2010 à la chute d'activité constatée en lançant un audit organisationnel. Un plan d'actions composé de 37 actions a été mis en place. Ces actions visaient quatre finalités : la recherche d'économies, l'accroissement de la qualité de service, l'amélioration de la productivité et le pilotage. Dans le cadre de la demande d'aide faite en 2012 par l'ABRAPA au conseil général et à l'ARS, l'ABRAPA a présenté dix actions de ce plan, dont six basées notamment sur l'utilisation de nouveaux outils informatiques, pouvaient être mutualisées avec l'Association pour l'accompagnement et le maintien à domicile (APAMAD) pour en optimiser les coûts. L'ARS a demandé à l'ABRAPA de revoir son plan de redressement pour n'inclure que des actions ne nécessitant pas d'investissement, tournées vers la réduction des heures improductives, la gestion de l'absentéisme, la gestion des plannings ou toute autre source d'économie identifiée.

Le contrat pluriannuel de mise en œuvre du fonds de restructuration des services d'aide à domicile autorisés et agréés a été signé entre l'ABRAPA, l'ARS et le conseil général du Bas-Rhin le 7 septembre 2012. Il couvre la période 2012-2013 et accorde une aide de 110 k€ de l'ARS. Le conseil général du Bas-Rhin a, de son côté, conclu une convention financière avec l'ABRAPA le 15 novembre 2011 pour la période 2012-2014 au titre de laquelle l'association est susceptible de recevoir une aide de près de 795 k€. Il s'agit d'une aide exceptionnelle destinée à apurer le déficit cumulé constaté au 31 décembre 2010. Cette aide devait être versée en trois fois : 453 k€ en 2011, 170 k€ en 2012 et 172 k€ en 2013. Un premier versement a bien été effectué en 2011 et apparaît en produits exceptionnels. Les autres versements feront l'objet de versements étalés entre 2014 et 2016, après la confirmation obtenue en juillet 2014 par le président de l'ABRAPA du conseil général du Bas-Rhin de la bonne mise en œuvre du plan

d'action prévu par la convention, ce que le conseil général a confirmé à la chambre dans sa réponse.

Les versements de l'ARS ont été réalisés en 2012 et 2013 et enregistrés en subventions d'exploitation pour 55 k€ sur chacune de ces années. Le bilan des actions entreprises a été présenté par courrier en date du 13 juin 2013. L'ABRAPA estime avoir mis en place les actions et études prévues ainsi que, au 31 décembre 2012, le redressement de la situation financière du SAAD. L'absentéisme est passé de 12,25 % en 2011 à 11,68 % en 2013. Les heures négatives ont baissé de 2 262 heures en 2011 à 1 371 heures en 2012, puis sont remontées à 1 997 heures en 2013, soit 0,1 % des heures productives. Les heures improductives ont évolué de 27,17 % du prix de revient horaire en 2011, à 27,76 % en 2012 à 29,52 % du prix de revient horaire en 2013 (21,52 €). L'analyse des chiffres montre qu'en réalité les efforts effectués sur les heures négatives ou improductives portent des résultats contrastés, notamment du fait de la prise en compte des jours fériés, des congés payés pris et des frais de déplacement.

Une nouvelle convention de financement de mise en œuvre du fonds de restructuration des services d'aide à domicile a été signée entre l'ABRAPA, l'ARS et le conseil général du Bas-Rhin le 17 janvier 2014 pour une durée allant jusqu'au 31 décembre 2014. L'ARS s'engage à verser à l'ABRAPA une aide complémentaire exceptionnelle de 190 k€ en 2014. Le conseil général du Bas-Rhin ne prend aucun engagement financier nouveau. L'ABRAPA s'engage à poursuivre la mise en œuvre de la stratégie de retour à l'équilibre prévue au contrat précédent et compléter le plan de redressement par :

- une intensification des visites à domicile,
- la création d'équipes spécialisées en maladies chroniques,
- l'engagement de la concertation avec l'ARS et le conseil général pour le fonctionnement en SPASAD.

Un bilan de la mise en œuvre de cette convention est prévu fin 2014. L'ABRAPA en effectue un bilan régulier et estime que le fonctionnement en SPASAD est d'ores et déjà acquis, mais qu'il n'y aurait pas d'autorisation formelle validant ce nouveau mode de fonctionnement d'une part, par défaut d'utilité, le service pouvant continuer à fonctionner avec deux budgets et, d'autre part, suite à un refus du conseil général.

La poursuite de la baisse très sensible d'activité entre 2012 et 2013 est liée à la nouvelle politique mise en place par la CARSAT, durcissant les critères de financement de l'aide à domicile en fonction de l'isolement, de l'âge et du niveau de dépendance de la personne bénéficiaire. Début 2013, 70 % des dossiers arrivant à renouvellement n'étaient pas reconduits. Ainsi, de 5 000 bénéficiaires pris en charge par la CARSAT en 2012, l'ABRAPA n'avait plus que 2 300 bénéficiaires pris en charge par la CARSAT début 2013, soit une baisse d'activité de 55 % entre 2012 et 2013. L'activité liée à l'APA est, quant à elle, stable ou en légère croissance. Le second effet ressenti par l'ABRAPA est le développement de concurrents. En 2011, 250 structures étaient agréées dans le département, contre 350 en 2013, certaines disposant de très peu de moyens mais pouvant être très agressives en termes commerciaux.

Cette chute d'activité a entraîné des recherches d'économies sur les charges fixes par redéploiement du personnel administratif vers d'autres activités, limitation des remplacements, économies sur les contrats (affranchissement, téléphone, maintenance bureautique) et réduction des frais de siège.

Face à cette situation, l'ABRAPA a mis en place un plan d'actions visant à retrouver, en 2018, le niveau d'activité de 2010, notamment en développant la culture client au sein de l'ABRAPA et en mettant en œuvre un plan de communication visant les acteurs institutionnels, comme les clients potentiels ou jeunes seniors. Cependant, l'ABRAPA n'a pas réalisé de projection de la situation financière du SAAD de 2014 à 2018 prenant en compte la mise en œuvre de ce plan d'actions. L'association renvoie aux conclusions du rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat du 4 juin 2014 sur l'aide à domicile⁶ en estimant que

⁶ Déposé par les sénateurs MM. Vanlerenberghe et Watrin

le conseil général ne prend pas en compte la réalité des coûts de revient de l'ABRAPA et que le retour à l'équilibre engagé n'a pu être réalisé qu'au prix d'une compression des charges fixes au-delà de ce que la baisse d'activité aurait dû entraîner afin de contrebalancer la non-prise en compte de certaines charges (charges sociales, jours fériés par exemple).

De fait, pour l'ABRAPA, la prise en compte par le conseil général du coût de la revalorisation des bas salaires décidée en 2013 à hauteur de 14 centimes par heure laisse, selon l'ABRAPA, un déficit de quatre centimes par heure à compenser par le SAAD. L'ABRAPA a établi le coût de la mesure de revalorisation des bas salaires par retraitement de l'ensemble des bulletins de paye, avec et sans la mesure. L'association ne dispose cependant pas d'information précise sur les modalités de calcul du coût de cette revalorisation par le conseil général. Elle se contente de constater l'écart entre le tarif tel qu'il résultait de l'application stricte de la convention financière et le tarif arrêté pour l'exercice 2014.

La tarification doit théoriquement prendre en compte les coûts de la structure. La chambre recommande qu'un dialogue plus construit s'engage avec le conseil général en vue d'aboutir à une analyse partagée des principaux déterminants des charges d'exploitation du SAAD. De plus, l'ABRAPA doit être en mesure de présenter un compte de résultat prévisionnel sur plusieurs exercices permettant de démontrer les leviers qui seront actionnés pour aboutir à un retour à l'équilibre. Selon l'association, une nouvelle négociation devrait s'engager avec le conseil général à l'occasion du budget 2015 et permettra de mettre en évidence les économies réalisées, notamment sur les achats. Malgré les contraintes budgétaires dont la chambre est consciente, un partenariat plus étroit mérite de se nouer entre le conseil général et l'acteur majeur de l'aide à domicile sur le Bas-Rhin qu'est l'ABRAPA en vue de permettre, à terme, la juste couverture des coûts de revient.

Recommandation n° 12 : La chambre recommande à l'ABRAPA de poursuivre le dialogue avec le conseil général en vue d'aboutir à une analyse partagée des principaux déterminants des charges d'exploitation du SAAD et de présenter des comptes de résultats prévisionnels permettant de démontrer les actions prévues pour assurer le retour à l'équilibre.

Au cours de la période examinée, le total des produits d'exploitation évolue plus rapidement que les charges d'exploitation, respectivement de 5 % et de 2 %, permettant une amélioration de l'excédent brut d'exploitation qui passe de - 1,5 M€ en 2009 à - 210 k€ en 2013. 84 % des charges du SAAD en 2013 sont constituées des dépenses de personnel, soit 32,2 M€. L'excédent brut d'exploitation (EBE) n'a été positif qu'une fois entre 2009 et 2013, en 2012, de 229 k€, du fait de la diminution des autres charges à 10 k€ et du passage de la subvention d'exploitation à 59 k€. Cependant, il faut noter que le résultat 2013 est affecté par une mesure de revalorisation des bas salaires non connue au moment de l'élaboration du budget et qui a eu un impact de 300 k€. Cette mesure, dont le coût est estimé à 18 centimes par heure par l'ABRAPA, est compensé par le conseil général en 2014 à hauteur de 14 centimes par heure en 2014, soit 228 k€. En appliquant cette compensation dès 2013, l'EBE du SAAD aurait été équilibré.

L'équilibre du SAAD reste précaire du fait de la diminution de l'activité, de la non couverture de l'ensemble du coût de revient du service par le conseil général, de l'augmentation du niveau de dépendance des bénéficiaires couplée à la baisse de leur prise en charge, ce qui entraîne des prestations plus courtes, une heure au lieu de deux heures, des temps de déplacements plus longs et un nombre d'intervention croissant sur les fins de semaines.

Le SSIAD : un service en croissance mais qui peine à dégager un résultat positif

Le chiffre d'affaires net du SSIAD, qui représente en 2013, 98 % des produits d'exploitation du service, a crû de 28 % entre 2009 et 2013 pour atteindre près de 7,2 M€. Le total des charges d'exploitation a crû au cours de la même période de 28 % pour atteindre près de 7,2 M€. Les salaires et charges sociales représentent 62% des charges d'exploitation, alors que les autres achats et charges externes en représentent 31 %. Ce dernier poste croît plus

rapidement que l'ensemble des charges d'exploitation. Il a augmenté de 35 % entre 2009 et 2013 pour atteindre 2,2 M€.

L'excédent brut d'exploitation dégagé en 2013 est de 175 k€ après avoir été à l'équilibre en 2012 et négatif en 2010 et 2011. Les dotations aux provisions pour risques et charges ont été multipliées par 5,42 entre 2008 et 2013 et atteignent 47 k€. Le résultat financier et le résultat exceptionnel deviennent non significatifs à compter de 2011.

Par décision modificative n° 1 datée du 7 décembre 2012, l'ARS a accordé au SSIAD un soutien exceptionnel par crédits non reconductibles de 450 700 €. Le courrier précise que cette somme est à imputer sur les dépenses en actes médico-infirmiers (AMI), et que « *le reliquat éventuel de la somme attribuée en 2012 devra être provisionné pour financer des dépenses identiques sur l'exercice suivant* ». Pour l'exercice 2012, le SSIAD a dépensé 388 338 € en actes médico-infirmiers, le reliquat (450 700 – 388 338 = 62 362 €) a été provisionné et repris en 2013. Les états financiers font donc état d'un engagement à réaliser sur ressources affectées de 62,3 k€ en 2012 puis d'un report des ressources non utilisées les exercices antérieurs de 62,3 k€ en 2013. Le résultat de l'exercice est négatif de 2010 à 2011, puis atteint 181 k€ en 2013.

3. LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) relèvent des articles D. 312-1 à D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et de la circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005, ainsi que de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'examen de la gestion de l'ABRAPA par la chambre régionale des comptes d'Alsace a été réalisé dans le cadre d'une enquête des juridictions financières portant sur le maintien à domicile des personnes âgées, dont les constats, pour ce qui concerne l'ABRAPA, sont développés ci-après. Les réponses de l'ARS, sollicitée par la chambre dans le cadre de la procédure contradictoire, ont été intégrées dans le présent rapport. En tant que de besoin, les constats ci-après seront repris dans le cadre d'autres travaux des juridictions financières, auquel cas ils feront à nouveau l'objet d'une procédure contradictoire appropriée.

Le projet régional de santé 2012-2016 fait le constat d'une augmentation prévisible plus rapide du nombre de personnes âgées en Alsace qu'en France entre 2008 et 2020 (respectivement + 21,2 % et + 15,4 % de personnes âgées de plus de 75 ans et + 75,1 % et + 60,6 % de personnes de plus de 85 ans) ; d'une augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes, mais dans une proportion moindre que l'augmentation du nombre de personnes âgées du fait des progrès de la médecine (à l'horizon 2020, la hausse du nombre de personnes dépendantes augmenterait, selon les hypothèses, entre 23 % et 64 %) et d'une augmentation attendue du nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer de près de 24 % pour atteindre en 2020 environ 31 000 personnes en Alsace.

En ce qui concerne l'offre de service de soins infirmiers, l'Alsace dispose en 2010 d'une densité d'infirmiers supérieure à la moyenne nationale du fait d'une forte présence d'infirmiers salariés ou employés par les centres hospitaliers. La densité d'infirmiers libéraux dans certaines zones rurales est plus faible, notamment dans le sud du Haut-Rhin. L'Alsace bénéficie en 2010 de 10 instituts de formation en soins infirmiers diplômés d'Etat accueillant un flux croissant d'étudiants. Les infirmiers alsaciens sont donc plus jeunes que la moyenne nationale et la densité d'infirmiers libéraux en Alsace devrait se rapprocher de la moyenne nationale à l'horizon 2030 (voir carte en annexe 4).

L'action du SSIAD de l'ABRAPA s'inscrit dans le cadre des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) d'Alsace. Pour la période 2012-2016, pour les personnes âgées, le schéma fixe notamment les orientations suivantes :

- organiser et structurer la coordination gérontologique sanitaire et médico-sociale cohérente sur l'ensemble du territoire régional en synergie avec le second axe « *Information et*

coordination » du schéma départemental gérontologique du Bas-Rhin pour la période 2010-2014 ;

- renforcer les capacités de prise en charge des personnes âgées à domicile ;
- garantir la continuité de prise en charge des personnes âgées ;
- garantir la pleine application du plan Alzheimer.

Le SROMS vise à développer l'offre en SSIAD, notamment dans les secteurs dépourvus (val de Villé) ou lorsque l'offre libérale est particulièrement faible (Ensisheim, Munster, Obernai et Sélestat) et à la structurer en préconisant une taille minimale souhaitable de 60 places par SSIAD, la mutualisation de certaines fonctions ou le regroupement de services sur des périmètres géographiques pertinents. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer, le SROMS vise à mettre en place une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) par zone de proximité.

En cohérence avec les initiatives prises par les collectivités territoriales, notamment le conseil général du Bas-Rhin, le SROMS souhaite que l'utilisation des nouvelles technologies soit favorisée dans le champ du soin pour contribuer au maintien à domicile, notamment l'accès effectif au dossier médical personnel (DMP).

Pour garantir la continuité de la prise en charge des personnes âgées, le SROMS se fixe pour objectif de favoriser une bonne articulation des SSIAD et des SAAD, notamment par la mise en place du Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), d'assurer la couverture des soins le week-end et les jours fériés puisque la dépendance croissante entraînera une hausse de ce type de demande qui doit être couverte en premier lieu par les SSIAD, éventuellement par l'embauche d'infirmières salariées, voire une expérimentation de la couverture par les SSIAD de la continuité des soins la nuit. De même, une meilleure articulation des soins entre SSIAD et Hospitalisation à domicile (HAD) doit être recherchée en expérimentant le dispositif existant dans le Haut-Rhin d'intervention du SSIAD pour le compte du HAD pour les soins relevant du nursing. Les centres hospitaliers sont aussi invités à mieux préparer l'entrée et la sortie de l'hospitalisation.

D'après les données INSEE mises à jour au 30 janvier 2013, le Bas-Rhin dispose en 2013 d'un taux d'équipement en places de SSIAD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus de 14,1 (contre 13,9 en 2012), contre 19,1 dans le Haut-Rhin (18,4 en 2012) et pour une moyenne en France métropolitaine de 19,5 (19,3 en 2012).

3.1 Analyse du contexte du fonctionnement du SSIAD et son articulation avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Au 1^{er} janvier 2013, l'ABRAPA gère un SSIAD disposant de dix antennes pour une capacité autorisée et financée de 466 places dont 37 réservées aux personnes adultes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques invalidantes. En mars 2013, le service de Sélestat a obtenu une extension de son activité pour couvrir le canton de Villé suite à un appel à projet de l'ARS. 18 places supplémentaires ont été créées portant la capacité totale à 484 places. En outre, l'ABRAPA dispose de 30 places d'équipes spécialisées Alzheimer regroupées dans l'antenne « *Le Phare* ». Le SSIAD de l'ABRAPA dispose donc de 514 places.

Le SSIAD est composé d'une responsable administrative et d'une assistante, de 150 aides-soignantes en CDI, d'une psychologue, d'une infirmière cadre référente et de 12 infirmières coordonnatrices qui assurent le management et la gestion de chaque antenne. Chaque antenne dispose également d'une secrétaire. Contrairement à ce qui est affiché sur le site internet de l'ABRAPA, il n'y a pas de comité de gestion du SSIAD.

L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) le « *Phare* » est organisé autour d'un poste d'ergothérapeute à temps plein, d'un quart temps d'infirmière coordinatrice, d'un quart temps de secrétariat et d'un poste et demi d'assistante de soins en gérontologie. Le service fourni aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer est un service de stimulation et non un nursing total, ce qui permet de prendre trois fois plus de patients en charge, soit au maximum 90 (avec un objectif annuel de 300 par an). Chaque patient peut bénéficier au maximum de 15 séances de

stimulation par un qui peuvent, sur ordonnance, être reconduites l'année suivante. Ces séances sont aussi un soutien aux aidants, à la fois par le temps libéré et par la démonstration de ce qui peut encore intéresser les patients. En fin de traitement, un relais est recherché, notamment vers les structures d'accueil de jour.

L'activité du SSIAD est encadrée par l'arrêté préfectoral en date du 1^{er} septembre 2009 portant regroupement des autorisations de création de SSIAD à compter du 1^{er} août 2009 et la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens signée en juillet 2009 avec l'ARS. L'ABRAPA a bénéficié d'une extension de 20 places accordées par arrêté préfectoral du 15 mars 2010 (après avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale d'Alsace du 18 novembre 2009) dont 12 places sur Strasbourg Centre et huit places pour l'antenne d'Erstein-Benfeld en raison du taux d'équipement inférieur à la moyenne départementale de ces secteurs. De plus, l'arrêté DGARS du 12 février 2013 a accordé 18 places supplémentaires de SSIAD à l'ABRAPA en réponse à l'appel à projet lancé en 2012 pour lequel l'ABRAPA a déposé une demande d'extension de l'antenne de Sélestat de trois places et la création de 15 places sur le canton de Villé, non couvert en SSIAD jusqu'alors.

L'activité de l'ESA est encadrée par un arrêté préfectoral de 2009 permettant l'ouverture de 10 places sur Strasbourg, étendu par l'arrêté du DGARS du 16 avril 2012 permettant l'ouverture de dix places supplémentaires à Strasbourg et l'arrêté du DGARS du 22 février 2013 permettant l'ouverture d'une équipe spécialisée Alzheimer de dix places pour le canton d'Erstein, Benfeld, Barr, Villé, Sélestat et Marckolsheim.

Le SSIAD a développé des conventions de partenariat avec les HUS (signée le 25 janvier 2012), l'Association pour l'hospitalisation et la coordination des soins à domicile du Centre Alsace (signée le 29 août 2013), l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGEAM) qui regroupe l'Institut universitaire de réadaptation Clémenceau, le Centre de réadaptation et de rééducation d'Alsace du Nord à Nierderbronn et Morsbronn, le Centre de réadaptation fonctionnelle de Schirmeck, le Centre médical de Saales et l'hôpital de jour gériatrique de Sélestat (signée le 14 mars 2014), l'hôpital du Val d'Argent (signée le 23 septembre 2013) et l'Association pour la promotion du réseau Alsace Gérontologie (signée le 1^{er} mars 2011).

D'autres projets de partenariats sont en cours de formalisation avec la clinique du Ried, le groupe Saint Vincent, l'hôpital de Sélestat et le Diaconat et Adassa.

Les conventions déjà signées portent essentiellement sur l'échange d'informations. En ce qui concerne le SSIAD et l'ESA « *Le Phare* », l'ABRAPA s'engage à prendre en charge rapidement les patients adressés par la structure et celle-ci s'engage à informer au plus tôt l'ABRAPA de la sortie des patients. Des outils de collaboration (fiches de liaison), ainsi que des contacts téléphoniques sont mis en place. L'objectif est d'optimiser les conditions d'accueil et de transfert d'une structure vers l'autre par le développement des flux d'information préalables et de suivi entre les structures.

Concrètement, l'échange d'informations de l'ABRAPA en direction des autres structures de santé ou de soins, se fait au travers d'une fiche de liaison à l'attention du service social et d'une fiche de liaison infirmière. Le retour d'information vers l'ABRAPA se heurte au manque de temps du personnel hospitalier. Si la transmission par l'ABRAPA de la fiche de liaison à l'attention du service social est systématique et se fait par fax, celle de la fiche de liaison infirmière se heurte à deux difficultés. Il s'agit, d'une part, de la difficulté pour l'ABRAPA à repérer exactement le service dans lequel le patient est admis et, d'autre part, le manque de dispositifs de transmission sécurisé pour des informations qui relèvent de la vie privée du bénéficiaire et de sa condition médicale. Selon l'ARS, ces difficultés (transmission d'information entre services de santé et garantie de la confidentialité des informations transmises) ont été identifiées au CPOM 2014-2018 et seront traitées, notamment par l'ouverture d'un dossier médical personnel (DMP) à chaque nouvelle admission par le SSIAD de l'ABRAPA et la mise en place d'une interopérabilité entre le logiciel ATENA de l'ABRAPA et la messagerie sécurisée de santé (MSS) développée avec les acteurs régionaux.

Le SSIAD de l'ABRAPA n'intervient qu'à domicile et uniquement, pour les soins infirmiers, jusqu'à présent, au travers d'infirmières libérales. Le SSIAD a mis en place des conventions avec chaque infirmière libérale qui intervient pour son compte auprès d'un bénéficiaire, soit, à la date du rapport, 349 conventions. Les soins de toilette sont donnés par des aides-soignantes salariées, le plus souvent à temps non complet, par l'ABRAPA.

Le SSIAD dispose d'un règlement de fonctionnement remis au bénéficiaire à son admission avec son document individuel de prise en charge. Il est aussi remis aux bénéficiaires un exemplaire de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et un livret d'accueil présentant le SSIAD. Le même dispositif est calqué pour l'ESA (règlement de fonctionnement, contrat individuel de prise en charge, charte des droits et libertés de la personne accueillie, remise d'un document descriptif du service).

Une enquête de satisfaction est menée auprès des usagers tous les ans (217 questionnaires remplis en 2013, soit un taux de retour variant selon les antennes de 27 % à Vendenheim à 58 % à Sélestat).

Le SSIAD dispose d'un projet de soins infirmiers en date de février 2011 qui rappelle les valeurs du service (respect de la personne, liberté de choix, humanisme et citoyenneté, l'égalité d'accès aux prestations, égalité de traitement, compétence et responsabilité professionnelle, travail en réseau, prise en charge globale et individualisée, travail d'équipe) et détaille les grandes étapes de la prise en charge à domicile (accueil téléphonique, premier contact, gestion de la liste d'attente, prise de rendez-vous, visite d'admission, coordination, place de l'entourage, hospitalisation, suspicion de maltraitance, fin de vie et décès) puis la prise en charge quotidienne des patients à domicile et enfin les spécificités (prévention, suivi des patients désorientés ou souffrant de troubles du comportement, le travail en équipe via les transmissions ciblées quotidiennes, les réunions d'équipe hebdomadaires ou mensuelles).

L'ESA dispose d'un projet de service qui intègre le volet « *projet de soins* ». Ce projet de service rappelle les objectifs du service (prendre en charge des patients à domicile sur une période de trois mois pour réactiver les possibilités de progrès, prévenir les pertes et préparer l'entourage à prendre des relais professionnels), la composition de l'équipe (une infirmière coordinatrice à temps partiel, une ergothérapeute à temps plein et trois assistantes de soins en gérontologie à mi-temps), la démarche et chronologie de la prise en charge, le type d'activités proposées, les outils de suivi de la prise en charge et le dispositif de concertation au sein de l'équipe (point téléphonique quotidien, réunion hebdomadaire de transmission et réunion mensuelle de synthèse).

Le SSIAD ne dispose pas de projet de service. Cependant, un projet de service commun avec le SAAD est en cours de finalisation en vue de mettre en place un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) au sein du pôle Domicile. Cette évolution, prévue au CPOM 2014-2018, se situe pour l'ABRAPA en réponse aux mutations du secteur du maintien à domicile avec, d'une part, le développement de la concurrence dans le champ du service à la personne favorisée par la loi Borloo et, d'autre part, l'accroissement des exigences et du niveau d'expertise dans les activités médico-sociales. L'ABRAPA souhaite construire un projet cohérent et transversal pour ses différentes prestations de maintien à domicile. Ce travail collectif a débuté en 2013 avec le SAAD et le SSIAD bien que le pôle maintien à domicile englobe d'autres activités de l'ABRAPA (HAD, unité mobile de gériatrie, portage de repas, téléassistance, accueils de jour, vie des résidences, restaurants-clubs).

Un comité maintien à domicile associant les responsables de chaque secteur se réunit environ une fois par mois sous l'égide de la directrice générale adjointe afin de mettre en œuvre une politique commune du Pôle maintien à domicile. Les objectifs transversaux de la démarche sont la personnalisation des réponses aux personnes à domicile et à leurs aidants, une politique active de développement des différentes réponses aux besoins des personnes à domicile, le développement d'une organisation cohérente inscrite dans les réseaux et une politique de ressources humaines claire et adaptée.

Sur les dix antennes de SSIAD, huit partagent des locaux avec d'autres services de l'association (Aide à domicile). Cette proximité géographique favorise le lien et les échanges entre les services. En 2013, près de 60 % des patients du SSIAD de l'ABRAPA étaient aussi bénéficiaires du SAAD. Une approche transversale doit permettre de mutualiser les moyens humains et matériels entre les différents sites et services, mettre en place des procédures et outils communs (utilisation poussée du logiciel ATENA pour, selon l'ARS, inclure l'ensemble des soins et prestations de service délivrés auprès d'une personne et faciliter ainsi la coordination des interventions), favoriser les échanges de bonnes pratiques dans des temps de rencontres communs et des formations identiques et mettre en synergie la participation de l'ABRAPA à différents réseaux. La mise en place d'un SPASAD vise à améliorer la qualité de la prise en charge, assurer la continuité des interventions, développer les actions de prévention, favoriser la circulation de l'information et éviter les redondances, développer une culture commune et renforcer la visibilité de l'ABRAPA auprès des partenaires locaux.

Le fonctionnement en SPASAD est en test depuis le mois de novembre 2013 dans deux antennes (Sélestat/Villé et Schirmeck). Le projet de service en SPASAD 2014-2016 n'est pas encore finalisé à la date de l'instruction de la chambre (automne 2014).

Si à terme l'objectif est bien un fonctionnement commun pour une prise en charge commune des bénéficiaires, il n'est pas prévu d'évolution des services, ni de suppression de postes. L'ARS souhaite développer cette prise en charge coordonnée du patient, mais le conseil général du Bas-Rhin ne souhaite pas de fusion de services. Pour l'ABRAPA, la gestion administrative et financière peut continuer à être assurée en parallèle pour deux services distincts, même s'ils partagent des objectifs et des moyens matériels et humains communs. L'ARS estime de son côté qu'elle devra maintenir, en tant que financeur, un regard attentif sur cette démarche.

Une évaluation interne a été faite en 2013. Toutes les antennes ont participé aux travaux et les usagers ont été associés via les enquêtes de satisfaction réalisées à l'admission puis annuellement.

Au vu des résultats de l'enquête de satisfaction retracée dans le tableau ci-après, un plan d'action a été mis en place pour corriger les points les plus critiques :

- formaliser une démarche de prévention de la maltraitance,
- formaliser un protocole sur la conduite à tenir en cas de chute, ainsi qu'un protocole pour l'application des règles d'hygiène,
- mettre en place une formation sécurité incendie,
- mettre en place une procédure concernant la transmission du dossier à la demande du patient et mener une réflexion sur les informations qui relèvent du secret partagé.

Tableau 6 : Synthèse des résultats de l'évaluation interne par axe

Le SSIAD répond aux exigences des indicateurs	Totalement	En grande partie	Partiellement	Pas du tout	Non applicable
La garantie des droits individuels et la participation des usagers	52 %	24 %	9 %	10 %	5 %
La prévention des risques	48 %	31 %	17 %		4 %
La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie	92 %	8 %			
La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions	87 %	13 %			
Le projet de service et ses modalités de mise en œuvre	22 %	67 %	11 %		
Le service dans son environnement	45 %	33 %	22 %		
L'organisation générale du service	59 %	23 %	14 %		4 %

Source : ABRAPA / Rapport d'évaluation interne 2013

Enfin, l'ABRAPA participe activement à un groupe de travail de l'ARS visant à établir un cahier des charges commun pour les SSIAD en région. Ce cahier des charges porte sur l'intégration du SSIAD dans son environnement géographique et la prise en charge de la personne. Ce cahier des charges devrait être finalisé à la fin de l'année 2014 et validé en 2015.

3.2 Evolution du SSIAD de 2008 à 2013

Un service en fort développement suite à la mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age et du Plan Alzheimer

Le plan « *Solidarité Grand Age* » de 2006 prévoyait une augmentation de 87 000 à 122 000 places de SSIAD à raison de 35 000 nouvelles places sur cinq ans financées par 365 M€ supplémentaires au sein de l'ONDAM médico-social. Le plan prévoyait aussi d'adapter la tarification des actes infirmiers les plus complexes financés par 49 M€ supplémentaires. Le bilan de ce plan a été établi par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui relevait qu'au 31 décembre 2012 seules 21 629 places avaient été autorisées et 20 576 effectivement installées.

La mesure n° 6 du plan « *Alzheimer 2008-2012* » prévoit la création d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA) au sein des SSIAD. L'objectif était d'atteindre 500 ESA fin 2012, une dotation de 150 k€ par équipe et par an étant accordée. Dans le bilan effectué de cette mesure, la CNSA a relevé que 315 ESA étaient autorisées en 2012 dont 236 opérationnelles (47 % de l'objectif).

L'impact des plans « *Solidarité Grand et Age* » et « *Alzheimer* » s'est traduit par la création de places supplémentaires de SSIAD et d'ESA pour l'ABRAPA. Ainsi, l'ABRAPA a répondu à l'appel à projet lancé par l'ARS en 2012 concernant la création de places en SSIAD pour personnes âgées (trois places d'extension de l'antenne de Sélestat et 15 places créées pour le canton de Villé).

L'ABRAPA a répondu aux appels à projet lancés par l'ARS en 2011 et 2012 pour la création d'ESA (respectivement dix places autorisées sur Strasbourg et dix places autorisées dans le canton d'Erstein, Benfeld, Barr, Villé, Sélestat et Marckolsheim, projet rejeté lors de l'appel à projet 2011, puis validé pour l'appel à projet 2012).

La première création d'une équipe ESA, en 2009, était une équipe pilote. Une extension a eu lieu en 2012 de dix places sur Strasbourg et dix nouvelles places ont été créées sur Sélestat. En cinq ans, de 2008 à 2013, le SSIAD a vu sa capacité augmenter de 44 places pour atteindre 484 places plus 30 places d'équipes spécialisée Alzheimer.

Tableau 7 : Evolution de la capacité du SSIAD en nombre de places

SSIAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation 2008 / 2013
Nombre de places autorisées (A)	440	446	466	466	466	484	10 %
<i>dont personnes âgées</i>	408	409	429	429	429	447	9,56 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>	32	37	37	37	37	37	15,63 %
Nombre de places installées (B)	440	446	466	466	466	484	10 %
<i>dont personnes âgées</i>	408	409	429	429	429	447	9,56 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>	32	37	37	37	37	37	15,63 %
Taux d'installation (B)/(A)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
<i>dont personnes âgées</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %

SSIAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation 2008 / 2013
Effectif accueilli (C)	797	846	865	846	808	801	0,50 %
<i>dont personnes âgées</i>		791	813	797	758	757	
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>		55	52	49	50	44	

Source : ABRAPA

En 2010, le SSIAD s'est vu autoriser une extension de 20 places au 1^{er} septembre. L'extension ayant eu lieu en 2013 a pris effet au 1^{er} mars.

ESA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation 2009 / 2013
Nombre de places autorisées (A)		10	10	10	20	30	200 %
<i>dont personnes âgées</i>		10	10	10	20	30	200 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>							
Nombre de places installées (B)		10	10	10	20	30	200 %
<i>dont personnes âgées</i>		10	10	10	20	30	200 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>							
Taux d'installation (B)/(A)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
<i>dont personnes âgées</i>		10	10	10	20	30	200 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>							
Effectif accueilli (C)			77	125	171	193	150,65 %
<i>dont personnes âgées</i>			77	125	171	193	150,65 %
<i>dont personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques</i>							

Source : ABRAPA

Une activité en progression

La population totale de la zone géographique couverte par le SSIAD est de 567 881 habitants, y compris la totalité de la population de Strasbourg qui n'est pas entièrement couverte par le SSIAD de l'ABRAPA. La population de plus de 60 ans est de 87 291 habitants, celle de plus de 75 ans de 43 370 habitants et celle de plus de 85 ans de 11 670 habitants (source INSEE 2009). L'INSEE estime que la population des 75 ans et plus devrait progresser de 32 % entre 2005 et 2020 dans le Bas-Rhin, soit une progression moyenne de 2 % par an.

Le territoire couvert par le SSIAD est d'environ 1 876 km² hors Strasbourg, soit une densité moyenne de 300 habitants au km² (y compris Strasbourg). Sur Strasbourg, le SSIAD de l'ABRAPA couvre les quartiers de Cronembourg, Hautepierre, Neuhof, Neudof, Meinau, Port du Rhin, gare, Contades, Esplanade et l'hyper-centre. Il s'agit donc d'un territoire étendu mais urbanisé, comprenant peu de zones d'accès difficile. Il faut noter qu'il n'y a pas de continuité géographique entre les antennes du SSIAD (voir annexe 5).

D'après l'ABRAPA, le SSIAD ne reçoit pas de sollicitations de patients ou prescripteurs en dehors de son territoire et son niveau d'activité ne l'amène pas à en rechercher.

Certains secteurs couverts par le SSIAD de l'ABRAPA disposent aussi des services d'autres SSIAD (Strasbourg, Lingolsheim par exemple). L'ABRAPA est alors placée en situation de concurrence, non seulement avec des infirmières libérales, mais aussi avec d'autres services organisés en SSIAD, ce qui pose la question de l'organisation territoriale des SSIAD et de leur manque d'optimisation par l'autorité organisatrice. Dans sa réponse, l'ARS indique que le suivi des SSIAD positionnés sur un même secteur montre un taux d'activité satisfaisant. La collaboration de plusieurs SSIAD, que ce soit sur un secteur à forte densité de population ou un

secteur rural, comme l'offre de soins par des infirmiers libéraux, ne constitue pas, pour l'ARS, un risque de concurrence mais plutôt une possibilité d'optimiser des offres complémentaires, particulièrement dans les zones limitrophes.

L'antenne de l'ESA de l'ABRAPA située à Strasbourg dessert 495 913 habitants (CUS et Truchtersheim) et l'antenne de Sélestat de l'ESA de l'ABRAPA dessert, quant à elle, 140 723 habitants.

Il faut noter que l'ESA couvre les secteurs de Strasbourg, Marckolsheim, Obernai, Barr, Sainte-Marie-aux-Mines, Sainte-Croix-aux-Mines et Lièpvre. Sur certains de ces secteurs, l'ABRAPA n'offre pas de service de SSIAD (Marckolsheim, Obernai par exemple). Il n'y a pas de réelle complémentarité entre l'ESA et le SSIAD, la prise en charge des bénéficiaires relevant de logiques différentes (voir annexe 6).

Le nombre de journées réalisées par le SSIAD a augmenté de 14 % entre 2008 et 2013, alors que le nombre de journées théoriques n'a augmenté que de 9 % sur la même période. Le taux d'occupation est passé de 89 % en 2008 à 99 % en 2012, avant de redescendre à 93 % (voir tableau ci-après) en 2013. Ce taux d'occupation est particulièrement élevé. Même si le SSIAD garantit au bénéficiaire de conserver sa place six semaines en cas d'hospitalisation (article 15 du règlement de fonctionnement), le service prend en charge, pendant de courtes durées, des bénéficiaires supplémentaires, ce qui permet d'augmenter le taux d'occupation. Cette politique a été revue à la baisse en 2013 pour éviter toute difficulté de gestion du personnel (fatigue excessive, augmentation de l'absentéisme, surcoût des remplacements par l'intérim). En réponse, l'ARS indique suivre avec l'ABRAPA deux indicateurs complémentaires permettant de suivre l'impact du nombre d'hospitalisations et de la durée d'hospitalisation des bénéficiaires du SSIAD de l'ABRAPA afin d'en mesurer l'impact sur l'activité du service.

Tableau 8 : Evolution de l'activité du SSIAD

SSIAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de journées réalisées	142 689	160 512	162 538	167 415	169 399	162 894
Nombre de journées théoriques	160 600	162 790	165 230	170 090	170 556	175 598
Nombre d'entrées	379	393	387	368	318	318
Nombre de sorties	306	378	325	344	368	367
Taux d'occupation	89 %	99 %	98 %	98 %	99 %	93 %

Source : ABRAPA

Chaque antenne gère une liste d'attente mais le SSIAD ne suit pas le délai moyen d'attente ou l'accompagnement qui peut être proposé pour rechercher une autre solution. En effet, les bénéficiaires sont souvent adressés au SSIAD par d'autres structures. Les demandes augmentent durant les mois d'été au cours desquels ces autres structures ont moins de disponibilité.

A l'été 2014, selon l'ABRAPA, les listes d'attentes les plus importantes sont situées sur les antennes d'Erstein et de Schirmeck (19 personnes en liste d'attente en 2013 contre 13 en 2014 au moment de l'instruction, chiffre qui s'est encore réduit au moment du lancement d'un appel à projet par l'ARS). Il n'y a que très peu d'orientation des bénéficiaires du SSIAD vers le SAAD en cas d'attente car les besoins de soins infirmiers ne sont pas couverts. La réorientation éventuelle se fait plutôt vers les infirmières libérales du secteur. Par contre, il y a une réelle réorientation des bénéficiaires du SAAD vers le SSIAD en cas de besoin de soins infirmiers.

L'activité de l'ESA a crû de 52 % entre 2011 et 2013 pour atteindre près de 2 300 journées réalisées.

Tableau 9 : Evolution de l'activité de l'ESA

ESA	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de journées réalisées				1 510	1 747	2 291
Nombre d'entrées			77	125	144	227
Nombre de sorties			61	97	124	162

Source : ABRAPA

L'ESA a accueilli depuis sa création 572 patients correspondant à 405 patients différents. Certains bénéficiaires peuvent en effet suivre des séances plusieurs années de suite en restant dans le plafond de 15 séances par an.

Pour l'ESA de Strasbourg-Truchtersheim, le délai d'attente moyen est de 21 jours. Au 31 décembre 2013, 20 patients étaient en attente de prise en charge (contre neuf au 31 décembre 2012). Vu le caractère récent de sa création, il n'y a pas de liste d'attente à l'ESA de Sélestat.

3.3 Les bénéficiaires du SSIAD

Le SSIAD de l'ABRAPA ne prend que des patients de plus de 60 ans. Les seuls bénéficiaires de moins de 60 ans sont des adultes atteints d'un handicap ou d'une pathologie chronique ou invalidante (voir tableau 10 ci-après). Entre 2009 et 2013, le nombre de personnes prises en charge diminue de 5 % et le nombre d'adultes atteints d'un handicap pris en charge diminue de 20 %. Le poids de personnes prises en charge atteintes d'un handicap passe donc de 6,5 % en 2009 à 5,5 % en 2013 (contre 4,2 % au niveau national en 2008). Il y a donc une diminution de la rotation des patients et une augmentation de la durée de prise en charge moyenne.

Tableau 10 : Typologie des patients

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation
Personnes âgées de + de 60 ans (PA)		791	813	797	758	757	-4 %
Personnes handicapées de - de 60 ans		55	52	49	50	44	-20 %
Personnes adultes de - de 60 ans							
Total patients année N	797	846	865	846	808	801	-5 %

Source : ABRAPA

L'ABRAPA est confrontée au vieillissement des bénéficiaires qu'illustre le tableau n° 11. Le poids des bénéficiaires du SSIAD de 60 à 79 ans passe de 35 % en 2009 à 29 % en 2012, alors qu'inversement le poids des bénéficiaires de plus de 80 ans passe de 65 % en 2009 à 71 % de l'ensemble des bénéficiaires en 2012. Les données 2013 sont disponibles sous un format différent du fait de l'utilisation du logiciel ATENA.

Tableau 11 : Détail des patients de plus de 60 ans pour le SSIAD

Nombre de patients	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
2009	68	212	406	110
2010	61	234	381	130
2011	68	195	389	135
2012	57	162	396	145
	Moins de 60 à 74 ans	75 à 85 ans	85 à 85 ans	Plus de 95 ans
2013	19 %	31 %	47 %	3 %

Source : ABRAPA

Pour l'ESA, probablement du fait de l'augmentation rapide du nombre de places et de patients pris en charge, le vieillissement des bénéficiaires ne se fait pas encore sentir. Le ratio des bénéficiaires de 60 à 79 ans ou des bénéficiaires de plus de 80 ans reste stable entre 2010 et 2013 comme il ressort du tableau ci-après.

Tableau 12 : Détail des patients de plus de 60 ans pour l'ESA

Nombre de patients	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
2009		3	1	1
2010	3	25	35	14
2011	6	25	68	25
2012	11	30	93	34
2013	16	51	99	24

Source : ABRAPA

L'infirmière coordinatrice de chaque antenne effectue une évaluation du GIR (Groupe Iso Ressource) du bénéficiaire lors de la visite d'admission. Une nouvelle évaluation est réalisée à chaque fois que la situation du bénéficiaire le nécessite (détérioration de son état de santé signalée par l'aide-soignante par exemple) et au minimum une fois par an.

Le niveau moyen de dépendance des bénéficiaires se réduit progressivement. Le nombre de bénéficiaires en GIR 1 ou 2 est passé de 48 % du total en 2008 à 44 % en 2013 alors que le nombre de bénéficiaires en GIR 3 ou 4 est passé de 52 % du total en 2008 à 56 % du total en 2013. D'après la DREES, en 2008, 39 % des patients en SSIAD avaient un GIR 1 ou 2 et 57 % un GIR 3 ou 4. Le SSIAD de l'ABRAPA se situe donc dans la moyenne nationale. L'ARS préconise, notamment dans le cahier des charges SSIAD dont elle pilote l'élaboration au niveau régional, que les bénéficiaires de SSIAD relèvent en majorité des GIR 2 et 3, ce qui reste le cas, pour l'ABRAPA, sur la période considérée. Si en 2012, le SSIAD de l'ABRAPA avait 69 % de bénéficiaires en GIR 2 ou 3, ce taux est retombé à 65 % en 2013. En réponse, l'ABRAPA indique que l'évolution mise en lumière par la chambre constitue une simple adaptation du service à la demande du terrain, les patients très dépendants étant prioritaires pour une place dans une structure d'hébergement. De plus, selon l'ABRAPA, la charge de travail des personnels n'est pas directement corrélée avec le niveau de dépendance des bénéficiaires. De son côté, l'ARS indique que, dans le cadre du CPOM 2014-2018, la référence à la notion de GMP comme critère d'appréciation de l'activité a été abandonnée.

Tableau 13 : Répartition des personnes prises en charge par le SSIAD selon la grille nationale AGGIR⁷

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation
GIR 1	96	85	95	85	81	80	-16 %
GIR 2	287	313	320	296	275	272	-5 %
GIR 3	231	262	260	279	283	248	7 %
GIR 4	183	186	190	186	170	200	9 %
GIR 5	0	0	0	0	0	0	
GIR 6	0	0	0	0	0	0	
Personnes âgées de + de 60 ans (PA)	797	846	865	846	808	801	1 %

Source : ABRAPA

Le GMP (GIR moyen pondéré par un coefficient calculé à partir du temps de soins moyen nécessaire par GIR) est de 704 en 2013 alors qu'il était de 711 en 2010, traduisant un léger allègement de la dépendance moyenne des bénéficiaires pris en charge. D'après l'ABRAPA, leur durée de prise en charge n'intervenant pas dans le calcul du GMP, les GIR 4, qui sont le plus souvent des prises en charges de courte durée (sortie d'hospitalisation ou absence de solution alternative satisfaisante) minimisent le GMP.

⁷ AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

La durée de séjour des bénéficiaires s'allonge. En 2008, 56 % des bénéficiaires ont été pris en charge moins de un an contre 46 % en 2012. Inversement le poids des bénéficiaires pris en charge plus de deux ans est passé de 27 % en 2008 à 35 % en 2012, comme il ressort du tableau ci-après.

Tableau 14 : Durée de séjour des patients de plus de 60 ans

Nombre de patients ayant été pris en charge	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Moins de 1 an	446	474	467	431	388	
De 1 à 2 ans	135	152	138	144	137	
plus 2 ans	215	220	260	271	283	

Source : ABRAPA

Les données 2013 ne sont pas disponibles à la date de rédaction du rapport (fin 2014).

Le logiciel ATENA est en cours de déploiement dans les SSIAD. Il comprend un volet administratif, rempli par la secrétaire de l'antenne, et un dossier de soins, rempli par l'infirmière coordonnatrice. Les mises à jour sont faites en fonction des besoins. La réévaluation du dossier de soins se fait à chaque évolution de l'état de santé de la personne nécessitant une réévaluation de la situation et un réajustement de l'intervention. Le GIR est ré-évalué au moins une fois par an. Ni le bénéficiaire, ni les aides-soignants n'ont accès pour le moment à ce dossier informatisé. Un projet, en cours de test par l'APAMAD, de déploiement de smartphones pour les aides-soignants, devrait à terme leur permettre d'accéder directement et à distance aux éléments essentiels du dossier du bénéficiaire. De même, le projet Facilien pourrait permettre à terme au bénéficiaire d'accéder à son dossier.

Dans chaque antenne SSIAD, il y a également un dossier papier par bénéficiaire contenant une fiche de renseignements, un dossier administratif, la macro-cible (recueil de données, projet de soins et grille AGGIR), le protocole individualisé de soins (PIS) réactualisé à chaque changement de l'état de santé nécessitant une évaluation de la situation et un réajustement de l'intervention et au minimum une fois par an, les transmissions ciblées remplies et consultées quotidiennement par les aides-soignants, le classement des fiches d'observations et de transmissions entre intervenants extérieurs au domicile du bénéficiaire, ainsi que le classement des fiches de diagrammes de soins remplies par les aides-soignants pour retracer les actes de soins réalisés.

Chez chaque bénéficiaire, un dossier papier est conservé et contient la fiche de présentation du service, la fiche de renseignements administratifs, les fiches de transmissions ciblées et les fiches de diagrammes de soins remplies par les aides-soignants ainsi que les fiches d'observations des intervenants extérieurs avant leur classement dans le dossier à l'antenne, une fiche d'observation spécifique pour le médecin traitant, les copies des ordonnances. Des fiches spécifiques sont prévues pour l'évaluation de la douleur ou la surveillance de certains paramètres (poids, diurèse...). Un protocole d'urgence figure en fin de dossier. Les feuilles remplies quotidiennement par les aides-soignants sont ramenées à l'antenne tous les 15 jours pour classement.

Le signalement de toute évolution de l'état du bénéficiaire ou difficulté est fait par l'aide-soignant via les transmissions ciblées ramenées par l'aide-soignant, s'il y a lieu tous les jours à l'antenne, et signalées à l'aide-soignant suivant ou à l'infirmière coordinatrice en cas de nécessité. Certains signalements, destinés aux aidants naturels ou aux autres intervenants au domicile, peuvent être notés dans le dossier au domicile du patient.

Les aides-soignants reviennent quotidiennement au bureau du SSIAD pour signaler oralement et par écrit toute observation relative à l'état de santé de la personne, à son évolution ou à l'évolution de la situation globale (aidants, entourage...). Si nécessaire, ces signalements permettent une surveillance spécifique, une réévaluation et un réajustement de l'intervention.

Les temps de transmissions quotidiennes permettent aux aides-soignants d'échanger avec l'infirmière coordonnatrice et les collègues de l'équipe. L'infirmière coordonnatrice peut être

amenée à se déplacer au domicile ou à contacter, éventuellement, les autres intervenants et/ou le médecin traitant, si nécessaire.

Des temps d'échanges hebdomadaires permettent de revoir en équipe si les réponses apportées aux situations signalées dans la semaine sont satisfaisantes et adaptées. Une réunion mensuelle permet à l'ensemble de l'équipe de revoir l'évolution des situations et d'avoir l'éclairage de la psychologue sur certaines situations difficiles.

A terme, il est prévu d'expérimenter à la suite de l'APA 68 le déploiement des transmissions ciblées ainsi que la gestion des temps de présence effectifs chez les bénéficiaires (par relevé d'empreinte sans contact sur un badge placé chez la personne âgée) sur des smartphones dont seront dotés les aides-soignants. Ce dispositif est actuellement expérimenté dans le Haut-Rhin. Une phase d'expérimentation va débuter à l'ABRAPA au SAAD au cours du second semestre 2014 avant le déploiement général de ces outils qui nécessitera un investissement de 185 k€ financé par le fonds de restructuration de l'aide à domicile versé par l'ARS pour 131,6 k€ et le plan de modernisation porté par l'UNA pour 53,4 k€.

Quand le patient sort du service, le dossier papier qui était au domicile est récupéré par le SSIAD et classé dans le dossier papier des patients. Ce dossier est conservé aux archives du service pendant 20 ans et 10 ans après leur décès.

3.4 Les modes et natures des interventions

Le SSIAD de l'ABRAPA intervient exclusivement à domicile. L'infirmière coordonnatrice évalue les besoins, organise les soins et encadre l'équipe soignante. Les soins techniques (pansements, injections...) sont assurés par des infirmiers exerçant à titre libéral ou par des centres de soins infirmiers ayant passé une convention avec le SSIAD. Le bénéficiaire conserve le libre choix de son infirmier. Les soins de nursing sont réalisés par des aides-soignants diplômés salariés de l'ABRAPA. Une psychologue de l'ABRAPA peut accompagner les personnes qui en font la demande (patient et/ou proches). Les tâches relevant de l'aide-ménagère (repas, ménage, courses...) ne sont pas prises en charge par le service.

En 2013, 38 % des bénéficiaires vivent seuls contre 37 % en 2008. L'ABRAPA souligne la fragilité de ce type de situation. En 2013, 45 % des bénéficiaires vivent avec un conjoint contre 42 % en 2008 et 16 % avec un enfant contre 17 % en 2008.

L'ABRAPA a développé une politique de prise en compte des aidants. Lors de l'enquête de satisfaction réalisée en 2013, 90 % des répondants se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits du respect montré aux aidants.

La visite d'admission est réalisée si possible en présence de l'aidant pour prendre en compte ses remarques. Les aides-soignants communiquent régulièrement avec les aidants sur place au moment des soins et leur donnent des informations et conseils utiles si nécessaire. Ils sont attentifs aux signes d'épuisement des aidants et remontent l'information en cas de besoin. L'infirmière coordinatrice pourra réévaluer la situation et rechercher des solutions de répit, à l'aide du médecin traitant et de ses autres partenaires, en cas de besoin. Parfois les aidants présents sur le lieu peuvent être sollicités au moment des interventions pour seconder le soignant si la présence d'une deuxième personne est indispensable. La psychologue du service peut également intervenir en soutien à un aidant en difficulté.

Pour les bénéficiaires de l'ESA, l'aidant présent sur les lieux est consulté pour la prise des rendez-vous pour lui permettre de gérer ce temps comme il le souhaite. Des conseils et des informations sont donnés aux aidants sur les conséquences que la maladie peut avoir sur le comportement de la personne. Parfois, si la situation le permet, l'aidant peut participer à certaines activités proposées par l'aide de soins en gérontologie (jeux à trois...). L'aidant est informé des propositions d'aide aux aidants du secteur et des propositions de l'association Alsace Alzheimer. Un soutien par la psychologue peut être proposé aux aidants en souffrance.

Le niveau d'équipement médical des domiciles des patients ne fait pas l'objet d'une analyse ou d'un suivi de l'ABRAPA. Le règlement de fonctionnement précise que le matériel médical prescrit (lit médicalisé, soulève-malade notamment) ainsi que le linge, les produits d'hygiène pour le bénéficiaire et le matériel nécessaire à l'hygiène des mains du personnel soignant (savon liquide, essuie-tout...) doit être fourni par le bénéficiaire. L'ABRAPA fournit aux aides-soignants les lingettes, du gel désinfectant pour les mains, des gants et un kit de premier secours. Chaque antenne a été dotée en 2013 d'un kit permettant de faciliter le soulèvement ou le repositionnement des malades et limiter les risques de troubles musculo-squelettiques chez les aides-soignants en attendant que les bénéficiaires se dotent du matériel nécessaire.

Les patients ou leur famille appellent l'infirmière libérale de leur choix. Cette dernière devra néanmoins avoir signé une convention avec le SSIAD et s'engager à lui transmettre les feuilles de soins pour le remboursement des actes techniques effectués. Les infirmières libérales ou les centres de soins infirmiers interviennent auprès des patients pour les actes de soins prescrits par un médecin (médecin traitant, hospitalier ou spécialiste). Elles transmettent les feuilles de soins accompagnées par l'ordonnance du médecin à l'infirmière coordinatrice de l'antenne du SSIAD au moins mensuellement. Ces feuilles détaillent les dates d'intervention et la cotation des actes.

L'infirmière coordinatrice vérifie si les dates correspondent aux ordonnances et si les cotations appliquées sont conformes à la nomenclature des actes infirmiers. Après vérification, les actes sont saisis par patient et la facture est transmise à la comptabilité pour paiement. S'il devait y avoir un doute ou une erreur, l'infirmière coordinatrice prend contact avec l'infirmière libérale pour vérifier les données.

3.5 Le personnel du SSIAD

L'effectif salarié du SSIAD est passé de 95,8 ETP en 2008 à 117,4 ETP en 2013, soit une augmentation de 22,5 % essentiellement concentrée sur le personnel soignant dont l'augmentation de 21 ETP représente 97 % de la croissance des effectifs au cours de la période (voir le tableau ci-après). Le personnel administratif n'a pas augmenté malgré l'ouverture de 44 nouvelles places dont une nouvelle antenne sur le canton de Villé.

Tableau 15 : Evolution des moyens en personnel du SSIAD et de l'ESA

	Effectif salariés			
	2008		2013	
Catégorie professionnelle	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Directeur				
Secrétaire	13	8,3	13	8,4
Comptable				
Infirmier coordonnateur	13	10,5	13	11
Autres				
TOTAL I personnel administratif	26	18,8	26	19,4
Infirmier DE				
Aide-soignant	121	76,65	145	95
Aide médico-psychologique				
Ergothérapeute			3	2,5
Psychologue	1	0,35	1	0,5
Pédicure-podologue				
Autres				
TOTAL II personnel soignant	122	77	149	98
TOTAL SSIAD	148	95,8	175	117,4

Source : ABRAPA

Le détail annuel par type et catégorie d'emplois est donné dans le tableau ci-dessous :

		Cadre	Maîtrise	Employé
2009	CDI	15	1	122
	CDD	0	0	18
2010	CDI	15	1	125
	CDD	1	1	11
2011	CDI	14	1	116
	CDD	2	0	23
2012	CDI	14	2	131
	CDD	1	0	19
2013	CDI	14	3	132
	CDD	0	0	26

Source : ABRAPA

Le personnel propre du SSIAD

Le SSIAD fonctionne sept jours sur sept, 365 jours par an, mais avec un rythme d'intervention réduit le week-end. Les infirmières interviennent au minimum une fois par jour, cinq jours sur sept et jusqu'à 14 fois par semaine, soit deux fois par jour sept jours sur sept. Les aides-soignants interviennent en moyenne sept jours sur sept, le matin entre 7 h et 12 h et l'après-midi entre 16 h 30 et 19 h 30, souvent en horaires coupés. A plein temps, elles travaillent cinq jours sur sept, elles ont deux jours de repos par semaine. En moyenne le SSIAD intervient le week-end chez 60 à 70 % des patients et chez 40 à 45 % des patients le soir.

L'infirmière coordonnatrice est présente les jours ouvrés, soit par demi-journées, soit sur des journées entières selon la taille de son antenne et son temps de travail. Elle assure les visites d'admission et de suivi au domicile des patients ainsi que la gestion du service.

Une secrétaire assure également une permanence téléphonique les jours ouvrés sur ses heures de présence au SSIAD. En dehors de ces horaires, les patients peuvent laisser un message sur le répondeur. En cas d'absence de la secrétaire ou de l'infirmière (soir et week-end), ces messages sont relevés par les aides-soignants à leur passage au bureau. En cas d'urgence médicale, les patients appellent le médecin traitant ou le SAMU.

L'équipe spécialisée Alzheimer intervient cinq jours sur sept, les jours ouvrés et jamais le week-end. En général, les assistantes de soins en gériatrie travaillent les après-midis, à raison de 3,5 h/jour, cinq jours/semaine. L'infirmière coordonnatrice assure la visite d'admission et le recueil de données. Elle assure le lien avec l'ergothérapeute et l'équipe d'assistantes de soins en gériatrie. Elle rencontre les personnes et les aidants en semaine sur rendez-vous et assure la gestion de l'équipe. L'ergothérapeute ou la psychomotricienne rencontre la personne et souvent sa famille deux à trois fois au cours de la période de la prise en charge. Ces rencontres sont prévues par rendez-vous. Elle assure une visite pour recueillir et évaluer tous les éléments nécessaires à la mise en place du projet d'intervention, une visite de suivi pour voir si les interventions sont toujours adaptées ou à réévaluer et une visite en fin de prise en charge pour bilan et recherche de relais. Les assistantes de soins en gériatrie interviennent au domicile du patient pour stimuler la mémoire en proposant diverses activités relevant de centres d'intérêts de la personne et préparées en collaboration avec l'ergothérapeute ou la psychomotricienne du service qui établit un plan d'intervention. Les séances durent une heure. Elles ont souvent lieu l'après-midi entre 14 h et 17 h, la prise en charge étant en général de 15 séances sur environ trois mois. Une secrétaire assure le suivi administratif et assure une permanence téléphonique. L'équipe se réunit toutes les semaines pour évaluer les situations et voir s'il y a lieu de revoir le plan d'intervention.

La question de la continuité des soins se pose pour le SSIAD, mais pas pour l'équipe spécialisée Alzheimer. Le SSIAD de l'ABRAPA ne dispose pas d'équipe de remplacement. La mise en place d'une telle équipe était prévue au CPOM 2009-2013, mais cela n'a pas été réalisé, vu les difficultés de recrutement d'aides-soignantes jusqu'en 2012. En cas d'absence, les tournées à effectuer sont réparties parmi les aides-soignants présents, le plus souvent en heures

complémentaires puisqu'il s'agit de personnes travaillant à temps partiel. En cas d'impossibilité, le SSIAD a recours à l'intérim ou des CDD.

Le nombre d'heures d'intérim a progressé de 1 % entre 2009 et 2013 au même rythme que l'activité. Le coût global de l'intérim a baissé de 2 % sur la période. Ceci traduit à la fois la maîtrise du nombre d'heures d'intérim effectuées à partir de 2011 et l'évolution à la baisse du coût horaire de l'intérim en 2013 suite à une renégociation des tarifs. Ce poste représente 10 % des salaires et traitements du SSIAD en 2013.

Tableau 16 : Evolution de l'intérim

	2009	2010	2011	2012	2013	Variation
Journées réalisées	160 512	162 538	167 415	169 399	162 894	1 %
Nombre h interim	10 591	10 224	15 101	13 097	10 675	1 %
Montant interim	324 885	305 612	465 249	418 932	318 615	- 2 %
Coût / € interim / h	30,67	29,89	30,81	31,99	29,84	-3 %

Source : Rapports d'activité des SSIAD corrigé pour les années 2009 et 2010

L'absentéisme reste stable entre 2008 et 2013 à un niveau de 10,48 % tous motifs confondus. Le principal motif d'absentéisme est la maladie. Un effort spécifique a été fait en 2012, mais on constate une remontée du taux d'absentéisme dès 2013.

Tableau 17 : Evolution de l'absentéisme

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Absentéisme lié à la maladie	7,18 %	7,59 %	8,05 %	7,15 %	6,87 %	7,74 %
Accidents du travail, trajets, maladies professionnelles	1,37 %	1,91 %	2,17 %	2,10 %	1,72 %	1,66 %
Absentéisme hors maternité	8,55 %	9,50 %	10,22 %	9,26 %	8,59 %	9,40 %
Absentéisme total*	9,43 %	11,10 %	11,76 %	10,62 %	8,92 %	11,03 %

* Motifs pris en compte : Maladie, Accident du travail, accident de trajet, Maladie professionnelle, Maternité/Paternité

Le coût du financement des jours de carence que le droit local met à la charge de l'employeur est suivi par l'ABRAPA. Pour le SSIAD, l'évolution du coût de la carence est un bon indicateur de l'évolution de l'absentéisme. Stable en 2009 et 2010 comme il ressort du tableau ci-dessous, il a progressé depuis de 7,8 %.

Tableau 18 : Evolution du coût de la carence

€	2009	2010	2011	2012	2013
Coût de la carence	30 370	30 370	31 968	29 300	32 754

Source : ABRAPA

Dans le cadre du CPOM, le coût des CDD de remplacement et de l'intérim est suivi. Comme il ressort du tableau ci-après, ce poste a augmenté de 35 % entre 2009 et 2012 puis a baissé de 24 % pour atteindre 161 k€ en 2013, démontrant les efforts entrepris. En 2013, ce poste représentait 5 % des salaires et traitements du SSIAD.

Tableau 19 : Evolution du coût des CDD et de l'intérim

	Surcoût interim	Surcoût CDD	Total
2009	124 976	32 042	157 018
2010	117 660	39 924	157 584
2011	181 093	21 279	202 372
2012	167 571	43 950	211 521
2013	127 446	33 576	161 022

Source : ABRAPA

Le planning des tournées est établi sur Excel. Un test est en cours pour l'utilisation d'ATENA pour la réalisation des plannings, voire sa mise à disposition aux aides-soignantes via des smartphones. Le temps de travail des aides-soignantes est suivi de façon déclarative à l'heure actuelle dans l'attente de l'expérimentation de la mise en place de la télégestion à partir d'un smartphone et d'un relevé d'empreinte sans contact chez le bénéficiaire.

Le recrutement d'aides-soignants reste compliqué, même si la situation est moins critique qu'en 2012. A la fin de l'année 2013, 3 ETP d'aides-soignants étaient vacants contre 12 postes vacants au printemps 2012. 31 nouveaux aides-soignants ont rejoint les équipes en contrat à durée indéterminée en 2013. L'ABRAPA ne dispose pas d'un plan de recrutement formalisé.

L'ancienneté moyenne du personnel a augmenté légèrement entre 2008 et 2013, passant de 3,76 à 3,99 années (et l'ancienneté médiane de un à deux ans). Elle s'est surtout resserrée, allant, suivant le turnover propre des antennes, de 0,83 à 7,53 années en 2008 à 1,64 à 6,11 années en 2013. La pyramide des âges du personnel employé par l'ABRAPA s'est légèrement rajeunie entre 2008 et 2013.

Si le SSIAD ne dispose pas d'un plan de formation formalisé mais d'une prévision annuelle des formations par service, le volume des formations organisées est croissant et dépasse les obligations réglementaires de l'ABRAPA en la matière (1,4 % de la masse salariale brute). Des formations à la prévention de la maltraitance (humanité ou bienveillance) ont été développées en interne et données en 2010, 2012 et 2013. Au cours de ces trois années, elles ont été suivies en moyenne par 16 % des agents concernés ou respectivement 17 %, 22 % et 27 % des agents permanents du SSIAD.

Tableau 20 : Effort de formation du SSIAD

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de jours de formation	77	54	56	78	102	73
Nombre de salariés concernés	141	97	177	206	118	237

Source : ABPRAPA

Le nombre de jours de formation est resté globalement constant entre 2008 et 2013, en moyenne de 73 jours par an. L'effectif du SSIAD étant passé de 148 à 149 agents au cours de cette période, bien que le nombre de salariés concernés par une formation ait augmenté, le nombre de jours de formation par agent est resté stable à 0,5 jour par agent en moyenne entre 2008 et 2013. Les formations sont organisées soit par des intervenants externes, soit, en 2008 et 2013, par une psychologue salariée interne. En 2013, les formations internes ont représenté 27 % des heures de formation données contre 47 % en 2008. Pour les équipes spécialisées Alzheimer, des formations qualifiantes sont offertes aux assistantes de soins en gériatrie à raison d'une dizaine de jours par an.

Le remboursement des frais de déplacements au personnel a représenté en 2013, 193 k€ contre 162 k€ en 2008 (+ 19 % en cinq ans pour une moyenne au cours de la période de 163 k€). En 2013, le remboursement des frais de déplacement du personnel représentait 3 % du total des charges d'exploitation. Le SSIAD dispose de 42 véhicules de services (dont six accidentés en 2013, ce qui, d'après l'ABRAPA, explique la hausse des frais de remboursements des déplacements du personnel du SSIAD entre 2012 et 2013 de 23 %). Lorsqu'il n'y a pas de voiture de service disponible, les soignants sont remboursés à hauteur de 0,49 €/km d'après, selon l'ABRAPA, un usage en vigueur depuis la création du SSIAD alors que la convention collective UNA mise à jour en mars 2014, qui, d'après la direction, s'applique au SSIAD, prévoit un taux de remboursement de 0,35 €/km. La distance prise en compte est calculée depuis un départ du service et un retour au service. Le surcoût de la non-application du taux prévu par la convention collective UNA est de 55 k€ pour le SSIAD. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'association indique qu'une note de service validée par le bureau sera établie en 2015 pour clarifier les modalités de remboursement des frais de déplacement des personnels du SSIAD, ce dont la chambre prend acte tout en maintenant son observation.

L'intervention des infirmières libérales

Les patients ou leur famille appellent l'infirmière libérale de leur choix. Cette dernière devra néanmoins avoir signé une convention avec le SSIAD et s'engager à lui transmettre mensuellement les feuilles de soins et les ordonnances pour le remboursement des actes techniques effectués selon les prescriptions médicales. Les feuilles de soins détaillent les dates d'intervention et la cotation des actes.

L'infirmière coordonnatrice vérifie si les dates correspondent aux ordonnances et si les cotations appliquées sont conformes à la nomenclature des actes infirmiers. Après vérification, les actes sont saisis par patient et la facture est transmise à la comptabilité pour paiement. S'il devait y avoir un doute ou une erreur, l'infirmière coordonnatrice prend contact avec l'infirmière libérale pour vérifier les données.

Tous les actes infirmiers de soins (AIS), nursing, prévention des risques, conseils, surveillance, sont réalisés par les aides-soignants de l'ABRAPA. Tous les soins infirmiers non déléguables (injections, pansements, etc.) sont réalisés par des infirmiers libéraux conventionnés avec l'ABRAPA.

Comme il ressort du tableau ci-après, le coût des actes médicaux infirmiers est passé de 724 k€ en 2009 à près de 1,2 M€ en 2013, soit une augmentation de 62 %, alors que le nombre de places et le nombre de journées effectuées n'ont augmenté respectivement que de 9 % et 1 % au cours de la même période. Le coût moyen des actes médicaux par place est passé de 1 623 € en 2009 à 2 426 € en 2013, soit une augmentation de 49 % en quatre ans. Alors que le coût moyen AMI par place a baissé de 4 % entre 2012 et 2013, le coût moyen AMI par journée continue de progresser de 3,72 % entre ces deux exercices.

Tableau 21 : Evolution du coût des actes médicaux infirmiers

	2009	2010	2011	2012	2013	Variation
Places	446	466	466	466	484	9 %
Coût AMI en K€	724	818	965	1 177	1 174	62 %
Coût moyen AMI/place	1 623	1 755	2 052	2 527	2 426	49 %
Journées	160 512	162 538	167 315	169 399	162 894	1%
Coût moyen AMI/jour	4,51	5,03	5,77	6,95	7,21	60%

Source : *Rapports d'activité SSIAD après correction des données 2009 et 2010*

Consciente de cette difficulté, et vu la priorité accordée au maintien à domicile des personnes âgées dans le projet régional de santé, ainsi que pour prendre en compte les limites des modalités de tarification actuelles des niveaux de soins requis par les patients et le report de la réforme envisagée au niveau national de cette tarification, l'ARS a accordé en 2011, puis en 2012, une enveloppe de crédits non reconductibles (CNR) respectivement de 168 k€ et de 451 k€. Ces crédits de soutiens exceptionnels interviennent, selon le courrier de l'ARS du 7 décembre 2012 « *Dans un contexte de report de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des SSIAD [...] compte tenu des prévisions de dépassement de votre budget en matière de dépenses en actes médico-infirmiers et des projections réalisées par l'agence sur la base de l'augmentation de cette dépense lors des trois exercices précédents* ». Le reliquat non consommé en 2012 apparaît en fonds dédié 2012 et en engagement à réaliser sur ressources affectées pour 62 362 € puis en 2013 pour la même somme en report des ressources non utilisées des exercices antérieurs.

Ces crédits non reconductibles ont été délégués par l'ARS sur la base d'un calcul prévisionnel du besoin à couvrir effectué à mi-année, sachant qu'en juin environ 40 % de l'enveloppe annuelle est consommée. L'ARS note que la tendance globale d'augmentation des dépenses infirmières est de 71,69 % en Alsace entre 2008 et 2012, alors qu'elle atteint 101,3 % pour l'ABRAPA sur la même période. L'agence estime que les contraintes budgétaires nationales et les perspectives de forte réduction à moyen terme de la marge conjoncturelle de l'enveloppe

médico-sociale régionale rendent cet accompagnement financier par l'octroi de crédits non reconductibles de plus en plus précaire.

Un tableau de bord de suivi plus fin, retracé dans le tableau ci-après, des actes médico-infirmiers, est établi depuis 2013 en application du CPOM.

Tableau 22 : Tableau de suivi des AMI en 2013

Nature	Actes médico-infirmiers	Dimanches et jours fériés	Nuits	Déplacement	Majoration pour Actes Uniques complexes	Majoration de Coordination Infirmière	Total
Montant	715 679	150 078	35 160	248 133	49 665	14 010	1 212 725
%	59,01 %	12,38 %	2,9 %	20,46 %	4,10 %	1,16 %	100 %

Source : ABRAPA

Pour la chambre, l'évolution rapide du coût des actes médicaux infirmiers aurait dû provoquer une réaction plus rapide du SSIAD en vue d'analyser ses composants.

Sur la base des tarifs fixés à partir du 27 mai 2012 et de la signature de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmiers libéraux, cela représente 227 200 AMI (taux unitaire de 3,15 €), 18 760 majorations de dimanches ou jours fériés (taux unitaire de 8 €), 99 253 majorations pour déplacement (au taux unitaire de 2,5 € hors indemnités kilométriques), 3 840 majorations de nuit (au taux unitaire de 9,15 € hors période 23 h 00-5 h 00), 36 789 actes uniques complexes (au taux unitaire de 1,35 €) et 2 802 actes de coordination (au taux unitaire de 5 €). La chambre note que ce tableau de bord doit encore être affiné pour prendre en compte le détail des indemnités de nuit et des indemnités kilométriques.

Les majorations pour coordination infirmiers ne pèsent que 1,16 % du total des actes médico-infirmiers, soit 14 k€ par an. Suite à un rappel de l'ARS, l'ABRAPA précise, par un courrier de juin 2014, la mise en œuvre de la circulaire de la direction générale de la cohésion sociale du 23 janvier 2013 relative à l'opposabilité aux SSIAD des mesures de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux, elle-même applicable aux actes postérieurs au 27 mai 2012. L'avenant adressé à chaque infirmier libéral relatif à la convention le liant à l'ABRAPA définit les conditions applicables pour une majoration de coordination (accord préalable de l'infirmière coordinatrice et justification de la réalisation de la coordination par le renseignement du dossier de liaison au domicile du bénéficiaire et la tenue d'une fiche de liaison traçant les échanges tenus et à adresser au SSIAD avec la facture d'honoraires). Seule la réalisation de pansements lourds et complexes nécessitant des échanges concrets avec le médecin ou des soins palliatifs nécessitant des échanges avec le médecin ou les proches peuvent faire l'objet d'une majoration pour coordination automatique.

En 2013, l'ABRAPA a sensibilisé les infirmières coordinatrices de secteur sur le contrôle des majorations pour coordination infirmiers (MCI) afin d'engager une démarche vers les infirmières libérales en cas de difficultés, ce qui s'est révélé rare. Pour 2014 et les exercices suivants, l'ARS a demandé à l'ABRAPA de préciser dans ses comptes administratifs le nombre de MCI payés, le nombre d'infirmiers libéraux concernés et de justifier de l'impossibilité pour l'infirmier responsable de l'antenne du SSIAD de remplir ce rôle de coordination. L'ARS comme l'ABRAPA projettent une forte diminution des MCI à compter de 2013.

Le véritable enjeu pour l'ABRAPA est le poids des actes médico-infirmiers (AMI) dont le nombre remboursé est fixé par la convention nationale des infirmiers par pathologie. D'après l'ABRAPA, il n'y a pas de relation linéaire entre le degré de dépendance d'un bénéficiaire et le nombre d'AMI nécessaires, les patients diabétiques seraient les plus coûteux en actes médico-infirmiers. Le rapport d'activités 2010 du SSIAD précise par exemple que sur l'antenne Ouest de Strasbourg, 50 % des AMI concernaient cinq patients, dont deux atteints de diabète et 80 % des AMI concernaient 12 patients. Selon l'ARS, cela a conduit à renforcer le contrôle de cette dépense.

A partir de ce constat, une réflexion a été lancée et traduite dans le CPOM 2014-2018 pour la mise en place, d'abord sur les antennes strasbourgeoises, d'une équipe d'infirmières

salariées. Cette solution est déjà celle en place et généralisée à l'APA 68. Pour l'ABRAPA, cette solution pouvait se heurter au principe du libre choix par le patient de son infirmière, mais cet argument peut être balayé du fait de la pluralité des offres, notamment à Strasbourg, en matière de SSIAD. Sur la base d'une équipe à terme de quatre infirmières salariées, soit un total de charges de personnel et de matériel de près de 188 k€, pouvant prendre en charge les 45 patients les plus coûteux en AMI qui représentent une dépense de près de 346 k€, l'économie envisagée est de 158 k€ par an. Le recrutement de l'équipe est en cours et elle devrait être pleinement opérationnelle fin 2014. La mise en place de cette équipe et son développement éventuel entraîneront une évolution du positionnement de l'ABRAPA vis-à-vis des infirmières libérales du Bas-Rhin.

D'après l'ABRAPA, un premier niveau de contrôle des actes médico-infirmiers est réalisé par les infirmières coordinatrices de secteur qui contrôlent la conformité des factures des infirmières libérales au regard de la prescription médicale et de la nomenclature des actes infirmiers. Un contrôle de second niveau est réalisé au centre administratif par la responsable de service qui identifie et analyse les dépenses des antennes dont le budget d'actes médico-infirmiers est le plus coûteux et qui invite les infirmières coordinatrices à vérifier les actes des infirmières libérales qui en facturent le plus. La chambre estime que ce dispositif mérite d'être mieux formalisé.

3.6 Equilibre financier du SSIAD

Le SSIAD de l'ABRAPA a bénéficié au cours de la période examinée d'un CPOM 2009-2013 qui fixait les objectifs retracés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 23 : Synthèse des objectifs fixés au CPOM 2009-2013

Objectif fixé par le CPOM 2009-2013	Délai de réalisation prévu	Réalisation effective selon le bilan ABRAPA/ARS de juin 2013
Installer l'ensemble des places autorisées et atteindre un taux d'occupation égal ou supérieur à 98 %	Septembre 2009	Oui dès juin 2009
Admettre l'ensemble des patients relevant d'un SSIAD, y compris pour des soins infirmiers techniques ou en fin de vie	Septembre 2009	Présomption d'atteinte dès septembre 2009 mais difficulté d'appréciation au regard des données disponibles.
Privilégier les prises en charge de fin de vie en collaboration avec les équipes de soins palliatifs	Septembre 2009	Objectif atteint au vu des indicateurs de décès à domicile
Faciliter les sorties d'hospitalisation notamment dans le cadre de conventions avec les SSR	Octobre 2009	Objectif atteint au vu des conventions signées avec les HUS, l'UGECAM. Projets de partenariat avec le GHSV et l'équipe mobile de soins palliatifs.
Favoriser la prise en charge de personnes plus lourdement dépendantes	2010	Objectif atteint malgré l'absence d'évolution sur la dépendance mais évolution du poids des actes médicaux infirmiers remboursés
Informar les familles sans solution temporaire faute de place en SSIAD	Fin 2009	Insuffisance d'indicateurs pour évaluer ce point. Un indicateur de gestion des listes d'attentes sera à développer sur le futur CPOM
Améliorer l'approche psychologique de la prise en charge des patients et de leur famille	Fin 2009	Objectif atteint grâce au financement de 0,7 ETP de psychologue dans le cadre du CPOM
Promouvoir la bientraitance notamment par la formation du personnel	Juin 2010	Objectif atteint au vu des formations mises en place et de l'existence d'une procédure interne de gestion des plaintes. Un partenariat avec l'association ALMA serait à mettre en place (deux infirmières coordinatrices référentes).
Développer la prise en charge de malades Alzheimer	Fin 2009	Atteint par la création de trois ESA dont une dès 2009.
Réfléchir à l'opportunité de créer un pool de remplacement d'aides-soignantes	2010	Non mis en place du fait des difficultés de recrutement jusqu'en 2012 des aides-soignantes
Développer la démarche qualité et la culture d'évaluation	Septembre 2009	Les démarches sont en cours dont le financement est à clarifier.

Source : ABRAPA

Au plan financier, le CPOM 2009-2013 prévoyait d'une part un rebaselement pour le calcul d'un budget «zéro» de la période et, d'autre part, le financement de mesures nouvelles. Le rebaselement, d'environ 657 k€, correspond à la prise en compte d'un financement des actes médico-infirmiers à hauteur de 1 500 € par place, soit un impact budgétaire de 232 k€, le financement de l'ensemble du personnel en place et de crédits de remplacement du personnel sur une base de six semaines, soit 425 k€, et enfin le financement de l'ensemble des charges locatives des antennes pour 60 k€, ainsi que les frais de sièges fixés pour le SSIAD. Les mesures nouvelles, à hauteur de 108 k€, comprennent le financement de 0,7 ETP de psychologue, de 0,5 ETP d'infirmière coordinatrice et de 1,5 ETP d'aides-soignantes (respectivement 0,3 ETP de psychologues, 0,5 ETP d'infirmières coordinatrices et 1,5 ETP d'aides-soignantes étant financés par redéploiement interne).

Le CPOM 2014-2018 fixe pour objectif de maintenir la dynamique du CPOM 2009-2013, de maîtriser les dépenses, de coordonner les interventions au plus près des personnes âgées et de renforcer les capacités de prise en charge des personnes à domicile.

L'objectif de maîtrise des dépenses se décline en :

- la mise en place d'un tableau de bord des dépenses de sous-traitance infirmière et l'analyse des données recueillies,
- la formation des infirmières coordinatrices sur la nomenclature des actes infirmiers,
- la mise en place d'une équipe d'infirmières salariées sur la CUS puis son extension si le bilan en est positif,
- l'optimisation des remplacements des aides-soignantes.

L'objectif de coordination des interventions à domicile se décline en :

- la mise en place de partenariats avec les médecins traitants et le renforcement de la coordination avec les intervenants libéraux,
- l'engagement d'une concertation avec l'ARS et le conseil général du Bas-Rhin pour la mise en place du projet de fonctionnement en SPASAD de l'ABRAPA,
- la participation aux travaux de mise en place de guichets des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA),
- la mise en place des dossiers médicaux personnels et l'utilisation de la messagerie sécurisée pour les professionnels de santé.

Enfin, l'objectif de renforcement des capacités de prise en charge des personnes à domicile se décline en :

- la réflexion sur l'offre de l'ABRAPA existante pour une meilleure continuité de la prise en charge au regard des zones d'interventions des antennes entre elles et d'autres SSIAD voisins et, si besoin, mettre en place un plan d'action pour le regroupement d'antennes,
- la mise en place de prises en charges concomitantes HAD /SSIAD,
- la collaboration avec les autres établissements de santé du territoire pour la mise en place de parcours de soins fluides et cohérents pour les personnes âgées.

Le SSIAD ne présente pas de plan pluriannuel d'investissement à l'ARS et n'est donc pas financé au titre de l'investissement. L'investissement est financé au travers des dotations aux amortissements admises dans le compte d'exploitation. Les antennes du SSIAD sont implantées dans des locaux loués pour huit d'entre elles sur dix. De même, le SSIAD a une politique de location de l'ensemble de sa flotte de véhicules de service sur quatre ans (42 véhicules).

En termes financiers, le CPOM 2014-2018 ne fournit aucune projection pluriannuelle. La question des frais d'actes médico-infirmiers est traitée de la façon suivante :

- le montant des dépenses en soins infirmiers pouvant être couvert par le budget de référence du CPOM est de 861 k€, sur la base des dépenses réalisées entre 2008 et 2013, y compris les dépassements financés,
- l'ARS s'engage à accompagner l'ABRAPA pour les surcoûts conjoncturels liés à la mise en place d'une équipe d'infirmières salariées liée à la sous-activité initiale de cette équipe et à

verser des crédits non reconductibles permettant de compléter le budget de base de la structure pour faire face aux dépenses de soins infirmiers,

- ensuite, les gains de productivité générés par la constitution d'une équipe d'infirmiers viendront en déduction des crédits non reconductibles versés par l'ARS.

De fait, l'ABRAPA peut espérer disposer de gains de productivité découlant de l'activité de l'équipe salariée et du remboursement des actes médico-infirmiers réalisés par elle en deçà de l'enveloppe prévue de 861 k€.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, le nombre de journées prévisionnelles d'activité ainsi que le nombre de journées réellement effectuées a augmenté de 14 % entre 2008 et 2013. L'ABRAPA maintient un taux de réalisation de l'objectif fixé entre 88 et 98 %, avec une volonté de diminuer le taux d'occupation en vue de mieux maîtriser les charges de personnel, en tenant compte des durées moyennes de séjour à l'hôpital et du nombre de ré-hospitalisation des bénéficiaires du SSIAD. Le forfait journalier a augmenté de 12 % entre 2010 et 2013. La chute du taux de réalisation de l'objectif d'activité en 2013 s'explique par l'ouverture de nouvelles places sur Sélestat.

Tableau 24 : Données essentielles de suivi de l'évolution de l'activité du SSIAD

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Journées d'ouverture prévisionnelles	161 772	162 790	168 392	173 740	173 740	183 960
Journées d'ouverture réalisées	142 689	160 695	162 538	167 315	169 399	162 894
Taux de réalisation de l'objectif d'activité	88,2 %	98,7 %	96,5 %	96,3 %	97,5 %	88,5 %
GMP			711	705	704	704
Forfait journalier			34,67	34,10	37,16	38,86

Source : ABRAPA / ARS

Ces données d'activité sont à mettre en relation avec les évolutions des principaux postes de dépenses et de recettes retracés en annexe 8 (compte administratif SSIAD 2007-2012). Les principaux déterminants des charges d'exploitation en 2013 sont les frais de personnel salariés (62 %), les actes médicaux infirmiers (16 %), l'intérim (4 %) et les autres services extérieurs (3,4 %). Ces postes ont crû respectivement de 41 %, 100 %, 21 % et 13 % entre 2008 et 2013, alors que la dotation globale, qui couvre en 2013, 97 % des dépenses d'exploitation, contre 96 % en 2008, a augmenté de 50 % durant la même période.

Tableau 25 : Evolution des dotations de financement du SSIAD (en €)

	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Dotation globale de financement SSIAD	5 224 877	5 838 734	6 249 615	6 794 928	6 754 474
<i>dont enveloppe personnes âgées en SSIAD</i>		5 390 571	5 796 460	6 332 477	6 278 787
<i>dont enveloppe personnes handicapées en SSIAD</i>		448 163	453 155	462 451	475 687
Tarif journalier "personnes âgées" en SSIAD		34,80	34,10	37,16	38,86
Tarif journalier "personnes handicapées" en SSIAD		33,18	33,55	34,24	35,22
Dotation globale de financement ESA		151 335	151 335	241 747	434 565
Crédits non reconductibles	37 500		179 726	450 700	325 000
<i>dont affectés à l'exploitation courante (AMI)</i>			179 726	450 700	285 000
<i>dont affectés aux dépenses de personnel (interim)</i>	37 500		0	0	40 000

Source : ABRAPA / ARS

L'équilibre du service n'a été retrouvé en 2013 que grâce à l'octroi de crédits non reconductibles de l'ARS en 2011 (179 726 €), 2012 (450 700 €) et 2013 (285 000 €) soit au total 915 k€ en trois ans pour couvrir l'augmentation des frais d'actes médicaux de 862 k€ sur la même période.

Les difficultés des années passées s'expliquent par trois facteurs principaux :

- depuis 2009, le SSIAD a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS. L'un des objectifs définis par l'agence est de prendre en charge tous les patients relevant d'un

SSIAD (en fonction des places disponibles), sans prendre en compte le niveau de dépendance des patients ou le coût des actes médicaux infirmiers. De plus, la réduction des délais d'hospitalisation entraîne des prises en charge plus complexes à domicile. Cet objectif a été respecté mais cela a engendré une hausse importante du coût des actes médico-infirmiers. En 2011, l'ARS a compensé partiellement ce surcoût et en 2012 et 2013 les dépassements ont été entièrement couverts par l'octroi de crédits non reconductibles par l'ARS ;

- jusqu'en 2012, les effectifs autorisés étaient calculés en fonction des effectifs prévus par le CPOM. Il existait un écart entre les effectifs autorisés pour l'ABRAPA et le budget réellement alloué par l'ARS qui ne permettait pas de couvrir cette dépense. Pour l'ARS, cet écart correspondait aux indemnités journalières de sécurité sociale et les moyens accordés correspondaient bien à l'effectif prévu au CPOM. En tout état de cause, cet écart s'est progressivement résorbé grâce à l'évolution favorable de la dotation globale de financement ;
- un travail de réajustement a été effectué avec une révision à la baisse des crédits de remplacement pour l'ensemble des services. Cette nouvelle politique appliquée à partir de 2013 a permis d'économiser 100 k€ sur le personnel intérimaire en 2013 par rapport à 2012 et de retrouver l'équilibre ;
- la période 2010-2012 se distingue par des taux d'occupation élevés et en constante augmentation : 98,37 %, 98,43 %, 99,32 %. Si on prend en compte les personnes hospitalisées qui ne sont pas comptabilisées dans ce taux mais pour lesquelles la place en SSIAD est conservée, le service était en constante « *suractivité* » avec un taux d'occupation d'environ 105 %. Ces taux élevés génèrent un supplément de dépense à tous les niveaux sans créer de recettes complémentaires. Après avoir échangé avec l'ARS, les objectifs d'activité ont été revus à la baisse en 2013 avec un taux d'occupation de 93 %. Le SSIAD est donc obligé de freiner le développement de son activité pour maintenir son équilibre financier.

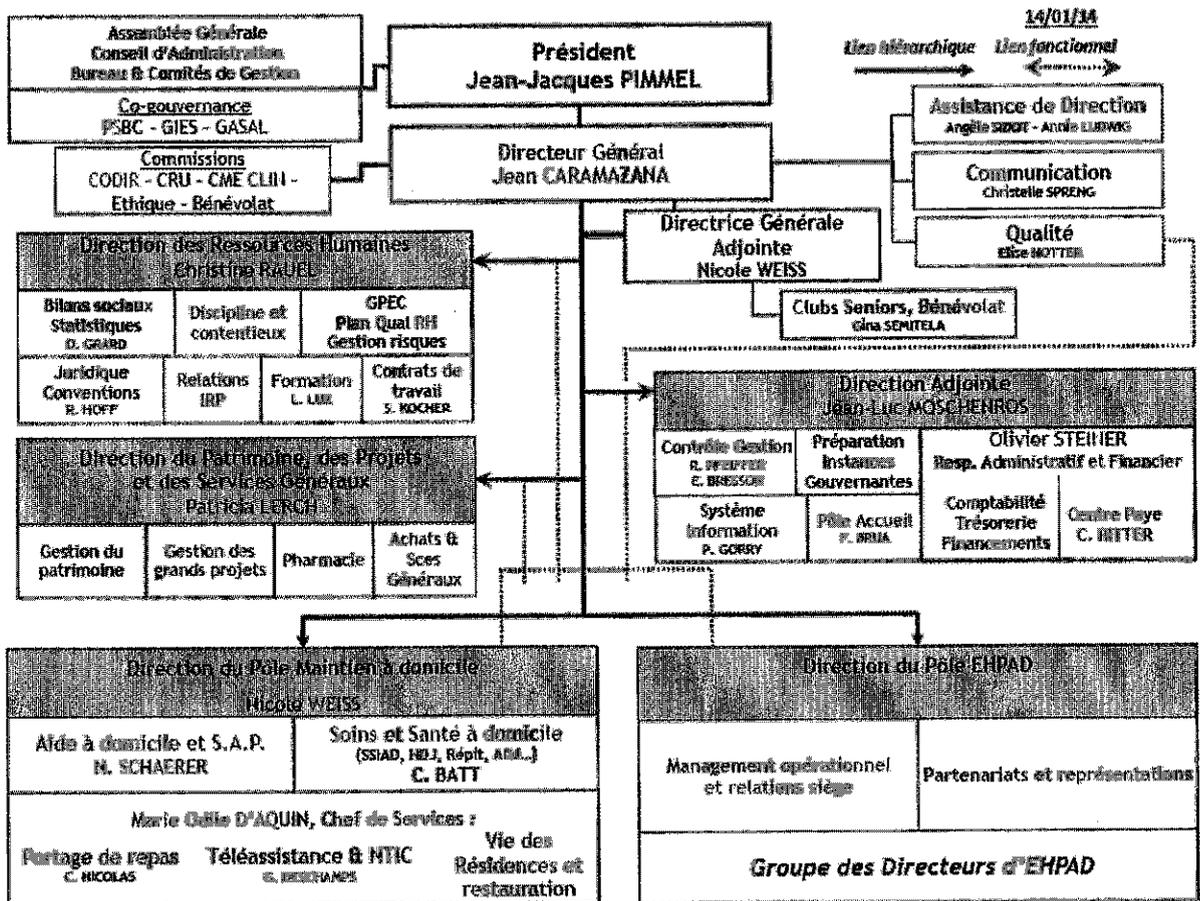
L'ABRAPA ne participe pas à l'enquête sur l'évolution de la tarification. Pour l'avenir, deux pistes sont évoquées : la poursuite de la maîtrise des dépenses de personnel salarié et d'intérim et la mise en place d'une équipe d'infirmières spécialisées pour prendre en charge les patients les plus coûteux en actes médico-infirmiers sur Strasbourg. Cependant, ni l'ABRAPA ni le CPOM 2014-2018 ne présentent de projection chiffrée de la situation financière du SSIAD sur un horizon pluriannuel. L'association est en attente de la signature du CPOM pour l'effectuer. L'ARS estime de son côté que la définition d'un budget pluriannuel s'avérerait difficilement possible en l'absence de visibilité sur les taux de reconduction annuels de l'enveloppe régionale et surtout sur les futures modalités de tarification des SSIAD dont la réforme a été reportée.

Recommandation n° 13 : La chambre recommande qu'une projection pluriannuelle de la situation financière du SSIAD soit établie prenant en compte les hypothèses du CPOM 2014-2018.

Délibéré à la chambre le 20 janvier 2015
Le Président


Christophe Rosenau

Annexe 1 : Organigramme de l'ABRAPA



Source : ABRAPA

Annexe 2 : Données relatives aux comptes et à la situation financière de l'ABRAPA

Tableau 1 : Analyse bilancielle de l'ABRAPA

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Situation nette des gestions propres hors a+b	4 695 111	4 855 633	4 407 303	8 785 648	9 491 574	11 223 822
Situation nette des gestions contrôlées hors a+b	8 526 683	8 961 146	8 827 967	2 414 686	2 030 741	8 687 733
Capitaux propres	13 221 794	13 816 779	13 235 270	11 200 334	11 522 315	19 911 555
Subventions d'investissement sur bien non renouvelable a	-	-	-	1 894 562	1 845 386	-
Provisions réglementées b	191 089	301 567	330 932	570 986	408 172	713 427
Fonds propres	13 412 883	14 118 346	13 566 202	13 665 882	13 775 873	20 624 982
Provisions risques et charges	2 423 622	2 590 202	2 960 388	3 260 449	3 532 839	5 278 408
Fonds dédiés	327 775	339 371	305 531	366 312	580 661	1 028 666
Dettes financières	4 952 872	4 964 664	6 871 397	7 461 646	6 378 955	9 909 636
Total ressources stables	21 117 152	22 012 583	23 703 518	24 754 289	24 268 328	36 841 692
Immobilisations incorporelles	299 079	249 593	184 073	151 329	166 091	673 366
Immobilisations corporelles	13 813 368	14 762 002	14 710 838	19 659 990	18 948 243	26 484 953
Immobilisations financières	3 014 286	2 935 087	3 034 076	3 349 603	3 353 004	2 861 868
Total emplois stables	17 126 733	17 946 682	17 928 987	23 160 922	22 467 338	30 020 187
Fonds de roulement	3 990 419	4 065 901	5 774 531	1 593 367	1 800 990	6 821 505
Dettes fournisseurs	2 749 241	2 550 046	3 275 755	3 770 935	3 751 481	3 396 067
Autres dettes (dont fis. Soc.)	12 917 919	13 230 816	13 780 633	14 014 835	14 327 755	18 187 421
Total ressources cycliques	15 667 160	15 780 862	17 056 388	17 785 770	18 079 236	21 583 488
Stocks	12 493	17 975	15 996	15 619	14 081	36 339
Avances et acomptes	648 023	426 068	2 727 618	161 458	872 143	638 669
Créances clients	6 545 745	8 713 840	7 012 743	7 941 775	6 086 195	6 565 167
Autres créances	1 514 740	1 796 588	1 610 482	2 487 847	2 069 912	3 000 470
Comptes régularisation (actif-passif: CCA-PCA)	- 46 191	3 627	21 695	7 937	30 790	86 909
Total emplois cycliques	8 674 810	10 958 098	11 388 534	10 614 636	9 073 121	10 327 554
Besoins en fonds de roulement	- 6 992 350	- 4 822 764	- 5 667 854	- 7 171 134	- 9 006 115	- 11 255 934
Trésorerie	10 982 769	8 888 665	11 442 385	8 764 501	10 807 105	18 077 439
Engagements hors bilan (crédit bail + SERS)		6 056 609	5 637 175	5 318 723	4 440 000	4 129 000

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Annexe 2

Tableau 2 : Evolution du résultat de l'ABRAPA

	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Chiffre d'affaires net		23 522 930	8 917 604	9 255 876	9 515 791	9 254 361
Subvention d'exploitation	781 062	611 504	556 009	588 555	709 640	623 021
Rep. Sur amort. Et prov. Transferts de charges	1 878 715	1 599 261	1 834 317	2 349 890	2 333 103	4 468 402
Autres produits		47 998 169	65 671 750	68 859 158	73 038 627	87 119 069
Total produits d'exploitation	71 930 871	73 731 864	76 979 680	81 053 479	85 597 161	101 464 853
Achat mat. Premières et autres appro.	4 857	4 843	5 447	5 650	4 890	
Variation de stocks	6 685	- 5 483	1 979	377	1 538	- 12 241
Autres achats et charges externes	15 433 635	16 558 955	17 168 283	18 550 458	20 371 629	24 856 738
Impôts et taxes et assimilés	4 048 937	4 284 467	4 425 454	4 466 936	4 616 470	5 537 875
Salaires et traitements	38 654 850	40 892 396	41 899 364	42 883 333	44 529 967	50 524 626
Charges sociales	11 101 297	11 912 369	12 232 350	13 513 690	13 992 211	16 545 273
Autres charges	205 088	212 224	234 274	465 562	188 907	435 109
Total charges d'exploitation	69 455 349	73 859 771	75 967 151	79 886 006	83 705 612	97 887 380
Excédent brut d'exploitation	2 475 522	- 127 907	1 012 529	1 167 473	1 891 549	3 577 473
Dotations aux amortissements sur immo.	1 056 148	1 162 564	1 140 979	1 241 375	1 288 917	2 287 690
Dotations aux provisions pour risques et charges	322 859	346 606	482 158	575 918	475 632	1 024 662
Resultat d'exploitation	1 096 515	- 1 637 077	- 610 608	- 649 820	127 000	265 121
Produits financiers	592 841	314 200	149 178	166 174	253 800	516 511
Charges financières	345 006	256 232	158 008	219 979	209 149	250 726
Résultat financier	247 835	57 968	- 8 830	- 53 805	44 651	265 785
Résultat courant	1 344 350	- 1 579 109	- 619 438	- 703 625	171 651	530 906
Produits exceptionnels	92 356	269 928	88 988	731 561	487 573	458 328
Charges exceptionnelles	54 348	263 002	95 437	382 287	358 328	697 285
Résultat exceptionnel	38 008	6 926	- 6 449	349 274	129 245	- 238 957
Impôt sur les bénéfices	1 925	-	1 893	2 472	33 772	67 879
Résultat de l'exercice	1 380 433	- 1 572 183	- 627 780	- 356 823	267 124	224 070
Bénévolat valorisé		147 554	158 185	161 811	168 454	209 834
Contributions volontaires		10 963	11 113	11 316	11 348	11 590

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Annexe 2

Tableau 3 : Evolution du fonds associatif

Fonds associatif sans droit de reprise	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Apports sans droits de reprise	1 091 484	1 091 484	1 091 484	1 091 484	1 091 484	1 339 170
Réserves	2 267 232	2 267 232	2 267 232	2 267 232	2 267 232	2 267 232
Report à nouveau	4 427 218	4 866 458	4 797 317	1 007 805	1 681 650	2 457 307
Résultat de l'exercice	454 765	62 784	221 439	323 936	350 856	316 638
Subventions d'investissement sur biens renouvelables	3 987 355	4 061 409	4 098 739	4 095 190	4 100 352	4 843 475
Dépenses refusées par l'autorité de tarification	- 7 532 944	- 7 493 733	- 8 068 909	-	-	-
Provisions réglementées	1 375	-	-	-	-	-
TOTAL	4 696 485	4 855 634	4 407 302	8 785 647	9 491 574	11 223 822
Fonds associatif avec droit de reprise						
Apports avec droits de reprise	-	-	-	-	-	-
Report à nouveau avec droit de reprise	- 417 639	- 490 356	- 643 733	- 1 384 816	- 1 513 880	- 832 652
Résultat de l'exercice sous contrôle de tiers financeurs	925 667	- 1 634 969	- 849 220	- 680 761	- 83 730	- 92 568
Résultat en attente de contrôle de tiers financeurs	704 679	938 993	- 231 533	492 064	263 625	235 558
Subventions d'investissement sur biens renouvelables	4 887 613	6 980 735	6 987 779	5 313 216	5 362 910	13 650 273
Subventions d'investissement sur biens non renouvelables	-	-	-	1 894 562	1 845 386	-
Dépenses inopposables aux tiers financeurs	-	-	-	- 4 141 138	- 4 803 729	- 7 586 330
Provisions réglementées	189 714	301 567	330 932	570 986	408 172	713 427
Réserves affectées à l'investissement	1 945 006	1 945 006	1 945 006	1 661 389	1 661 389	1 700 127
Réserves de compensation	481 356	1 221 737	1 619 668	1 154 731	1 144 155	1 613 325
TOTAL	8 716 396	9 262 713	9 158 899	4 880 233	4 284 298	9 401 160

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Tableau 4 : Evolution du résultat de la gestion propre

Compte de résultat	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Chiffre d'affaires net	7 779 833	8 414 357	8 593 505	8 929 954	9 191 572	9 517 444
Subvention d'exploitation	525 667	560 664	541 554	562 481	641 796	559 323
Rep. Sur amort. Et prov. Transferts de charges	808 157	684 675	668 329	1 027 464	950 092	1 161 551
Cotisations	6 798	6 354	3 082	3 536	3 542	2 988
Dons	997	212	890	12 631	3 440	2 605
Autres produits	187 582	210 999	213 046	457 212	396 124	445 033
Total produits d'exploitation	9 309 034	9 877 261	10 020 406	10 993 278	11 186 566	11 688 944
Achat mat. Premières et autres appro.			-	-		
Variation de stocks	7 257	- 5 729	2 789	317	163	- 12 241
Autres achats et charges externes	5 445 508	6 201 510	5 984 899	6 505 127	6 656 977	6 963 033
Impôts et taxes et assimilés	297 115	287 095	298 636	304 201	314 917	353 311
Salaires et traitements	1 567 977	1 852 586	1 832 572	1 951 783	2 040 767	2 121 270
Charges sociales	586 465	686 345	642 244	995 056	862 719	927 403
Quote part facturation frais de siège	286 288	287 717	300 857	326 142	322 071	357 606
Autres charges	107 618	123 591	139 620	184 464	85 714	117 772
Total charges d'exploitation	8 298 228	9 433 115	9 201 617	10 267 090	10 283 328	10 828 154
Excédent brut d'exploitation	1 010 806	444 146	818 789	726 188	903 238	860 790
Dotations aux amortissements sur immo.	390 722	433 127	413 822	391 891	346 112	324 268
Dotations aux provisions pour risques et charges	206 713	70 251	228 304	175 741	224 634	315 238
Résultat d'exploitation	413 371	- 59 232	176 663	158 556	332 492	221 284
Produits financiers	249 701	153 437	62 933	49 203	160 771	434 626
Charges financières	220 989	121 224	25 236	23 436	9 293	98
Résultat financier	28 712	32 213	37 697	25 767	151 478	434 528
Résultat courant	442 083	- 27 019	214 360	184 323	483 970	655 812
Produits exceptionnels	35 993	211 333	19 151	167 360	125 829	24 238
Charges exceptionnelles	21 387	121 528	10 180	25 276	225 171	295 535
Résultat exceptionnel	14 606	89 805	8 971	142 084	- 99 342	- 271 297
Impôt sur les bénéfices	1 925	-	1 893	2 472	33 772	67 879
Résultat de l'exercice	454 764	62 786	221 438	323 935	350 856	316 636

Source : États financiers de l'ABRAPA

Tableau 5 : Evolution des activités au sein des gestions propres

	2009	2010	2011	2012	2013
Total produits d'exploitation	9 877 261	10 020 406	10 993 278	11 186 565	11 688 944
<i>dont Services à la personne</i>	658 449	794 907	1 254 673	1 290 387	1 242 719
<i>dont Restauration</i>	4 375 358	4 414 796	4 379 793	3 092 032	3 158 055
<i>dont Hébergement</i>	2 350 036	2 214 574	2 260 903	3 627 044	3 624 741
<i>dont Téléassistance</i>	1 553 024	1 644 402	1 707 419	1 743 979	1 730 194
<i>dont Accueil de jour</i>	238 519	242 936	252 135	251 182	248 547
<i>dont prévention santé</i>	45 534	28 668	35 333	140 398	476 667
<i>dont Relations avec les clients</i>	3 434	21 165	5 127	3 810	23 071
<i>dont Charges communes</i>	37 444	27 012	437 391	240 421	346 569
<i>dont Prestations interservices</i>	615 464	631 946	664 525	797 312	838 382
Total résultat de l'exercice	62 786	221 438	323 935	350 856	578 891
<i>dont Services à la personne</i>	10 357	58 927	77 488	51 238	43 546
<i>dont Restauration</i>	- 150 036	57 260	- 42 692	53 992	148 395
<i>dont Hébergement</i>	- 17 011	27 593	86 745	- 29 325	107 013
<i>dont Téléassistance</i>	304 413	372 282	346 158	293 385	255 404
<i>dont Accueil de jour</i>	- 7 663	7 172	1 055	13 237	11 074
<i>dont prévention santé</i>	- 14 037	- 32 929	- 41 187	3 242	119 109
<i>dont Relations avec les clients</i>	- 23 777	- 24 925	- 19 625	- 24 666	- 45 447
<i>dont Charges communes</i>	- 39 462	- 243 941	- 84 046	- 10 249	- 60 202
<i>dont Prestations interservices</i>	-		-		

Source : Etats financiers

Annexe 2

Tableau 6 : Evolution du résultat des gestions contrôlées

Compte de résultat	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Chiffre d'affaires net	59 214 121	60 774 529	63 732 347	66 689 015	70 766 351	83 687 514
Subvention d'exploitation	255 395	50 839	14 455	26 074	67 844	63 698
Rep. Sur amort. Et prov. Transferts de charges	1 070 558	914 746	1 165 987	1 322 426	1 550 149	3 222 045
Cotisations	4 522	4 792	4 797	4 530	4 530	3 871
Dons	12 334	7 189	7 207	4 483	8 691	14 294
Autres produits	2 064 907	2 104 153	2 034 481	2 013 672	2 180 431	2 699 682
Total produits d'exploitation	62 621 837	63 856 248	66 959 274	70 060 200	74 577 996	89 691 104
Achat mat. Premières et autres appro.	4 857	4 843	5 447	5 650	4 890	
Variation de stocks	- 572	245	- 810	61	1 375	
Autres achats et charges externes	9 988 127	10 357 445	11 183 385	12 045 331	13 714 635	17 892 807
Impôts et taxes et assimilés	3 751 822	3 997 372	4 126 818	4 162 734	4 300 930	5 179 547
Salaires et traitements	37 086 873	39 039 810	40 066 791	40 931 550	42 492 253	48 349 346
Charges sociales	10 514 832	11 226 024	11 590 106	12 518 635	13 127 080	15 592 990
Quote part facturation frais de siège	- 286 288	- 287 717	- 300 857	- 326 142	- 322 071	- 357 606
Autres charges	89 790	88 633	94 653	281 097	103 193	317 337
Total charges d'exploitation	61 149 441	64 426 655	66 765 533	69 618 916	73 422 285	86 974 421
Excédent brut d'exploitation	1 472 396	- 570 407	193 741	441 284	1 155 711	2 716 683
Dotations aux amortissements sur immo.	665 427	729 437	727 157	849 484	942 805	1 963 421
Dotations aux provisions pour risques et charges	116 146	276 355	253 854	400 178	250 998	709 425
Résultat d'exploitation	690 823	- 1 576 199	- 787 270	- 808 378	- 38 092	43 837
Produits financiers	343 140	160 763	86 244	116 971	93 029	81 884
Charges financières	124 017	135 008	132 773	196 544	199 856	250 628
Résultat financier	219 123	25 755	- 46 529	- 79 573	- 106 827	- 168 744
Résultat courant	909 946	- 1 550 444	- 833 799	- 887 951	- 144 919	- 124 907
Produits exceptionnels	56 363	31 949	35 997	552 982	192 021	330 095
Charges exceptionnelles	40 641	141 474	85 257	357 011	16 485	401 750
Résultat exceptionnel	15 722	- 109 525	- 49 260	195 971	175 536	- 71 655
Impôt sur les bénéfices						
Comptes de régularisation (ressources ex ant - engt à réel)		25 000	33 840	11 219	- 114 349	103 995
Résultat de l'exercice	925 668	- 1 634 969	- 849 219	- 680 761	- 83 732	- 92 567

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Annexe 2

Tableau 7 : Evolution des activités au sein des gestions contrôlées

	2009	2010	2011	2012	2013
Total produits d'exploitation	63 856 248	66 959 274	70 060 200	74 577 996	89 691 103
dont Frais de siège	246 003	234 405	66 950	121 232	97 678
dont Aide à Domicile	36 395 314	37 583 339	38 829 867	39 116 408	38 313 776
dont Service de soins infirmiers	5 701 928	5 945 727	6 377 742	6 929 752	7 372 130
dont Hôpitaux de jour	1 978 983	3 696 140	3 667 025	3 691 468	2 034 318
dont EHPAD + AJ Le Preo	19 534 021	19 499 663	21 118 617	24 719 136	41 873 201
Total résultat de l'exercice	- 1 634 969	- 849 219	- 680 761	- 83 730	- 92 568
dont Frais de siège	- 130 834	- 56 358	- 89 129	19 634	- 41 037
dont Aide à Domicile	- 1 623 473	- 464 060	153 943	95 784	- 388 682
dont Service de soins infirmiers	52 603	- 221 585	- 210 807	- 109 500	181 005
dont Hôpitaux de jour	- 196 750	- 108 738	- 42 880	- 6 400	726
dont EHPAD + AJ Le Preo	263 484	1 521	- 491 889	- 83 249	155 421

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Tableau 8 : Evolution des fonds dédiés

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gros travaux	89 775,00	64 775,00	30 935,00	19 716,31	17 393,38	15 070,45
Domotique Téléassistance	70 000,00	70 000,00	70 000,00	70 000,00	170 000,00	170 000,00
Modernisation / logiciel ATENA / Adaptat° SI Aide Dom	88 000,00	88 000,00	88 000,00	88 000,00	88 000,00	88 000,00
Enseigne UNASAAD / NT et télémédecine	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00
Projets sociaux		36 596,00	36 596,00	36 596,00	36 596,00	36 596,00
Evaluations externes				72 000,00	72 000,00	84 000,00
Sur subventions fonctionnement					54 310,00	469 000,00
Dépenses AMI non consommées					62 362,00	-
Sur subventions d'investissement						86 000,00
TOTAL	327 775,00	339 371,00	305 531,00	366 312,31	580 661,38	1 028 666,45

Source : Annexes aux états financiers de l'ABRAPA

Annexe 3 : Le service d'aide à domicile (SAAD)
et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Tableau 1 : Evolution du résultat du SAAD

Compte de résultat	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Chiffre d'affaires net	34 303 560	35 623 827	36 466 259	36 456 141	35 363 644
Subvention d'exploitation	17 751	7 068	3 932	59 288	55 000
Rep. Sur amort. Et prov. Transferts de charges	672 986	705 950	1 110 519	1 189 897	1 360 013
Cotisations					
Dons	60				100
Autres produits	1 400 957	1 246 494	1 249 155	1 411 082	1 535 019
Total produits d'exploitation	36 395 314	37 583 339	38 829 865	39 116 408	38 313 776
Achat mat. Premières et autres appro.					
Variation de stocks					
Autres achats et charges externes	2 317 179	2 301 318	2 318 323	2 354 959	2 301 668
Impôts et taxes et assimilés	2 617 979	2 627 212	2 623 984	2 602 445	2 715 906
Salaires et traitements	26 041 273	26 038 342	26 319 009	26 402 498	26 154 232
Charges sociales	5 629 701	5 667 845	6 010 970	6 157 899	6 015 782
Quote part facturation frais de siège	1 290 991	1 331 324	1 367 868	1 358 791	1 286 662
Autres charges	16 124	10 875	194 510	10 730	49 863
Total charges d'exploitation	37 913 247	37 976 916	38 834 664	38 887 322	38 524 113
Excédent brut d'exploitation	- 1 517 933	- 393 577	- 4 799	229 086	- 210 337
Dotations aux amortissements sur immo.	47 593	38 780	34 917	27 987	20 211
Dotations aux provisions pour risques et charges	93 669	43 132	267 953	116 181	196 592
Resultat d'exploitation	- 1 659 195	- 475 489	- 307 669	84 918	- 427 140
Produits financiers	37 134	3 759	10 484	3 587	-
Charges financières	26	-	-	-	-
Résultat financier	37 108	3 759	10 484	3 587	-
Résultat courant	- 1 622 087	- 471 730	- 297 185	88 505	- 427 140
Produits exceptionnels	3 274	9 266	456 258	48 941	2 424
Charges exceptionnelles	4 661	1 598	5 131	2 350	3 276
Résultat exceptionnel	- 1 387	7 668	451 127	46 591	- 852
Impôt sur les bénéfices					
Comptes de régularisation (ressources ex ant - engt à réal)				- 39 310	39 310
Résultat de l'exercice	- 1 623 474	- 464 062	153 942	95 786	- 388 682

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

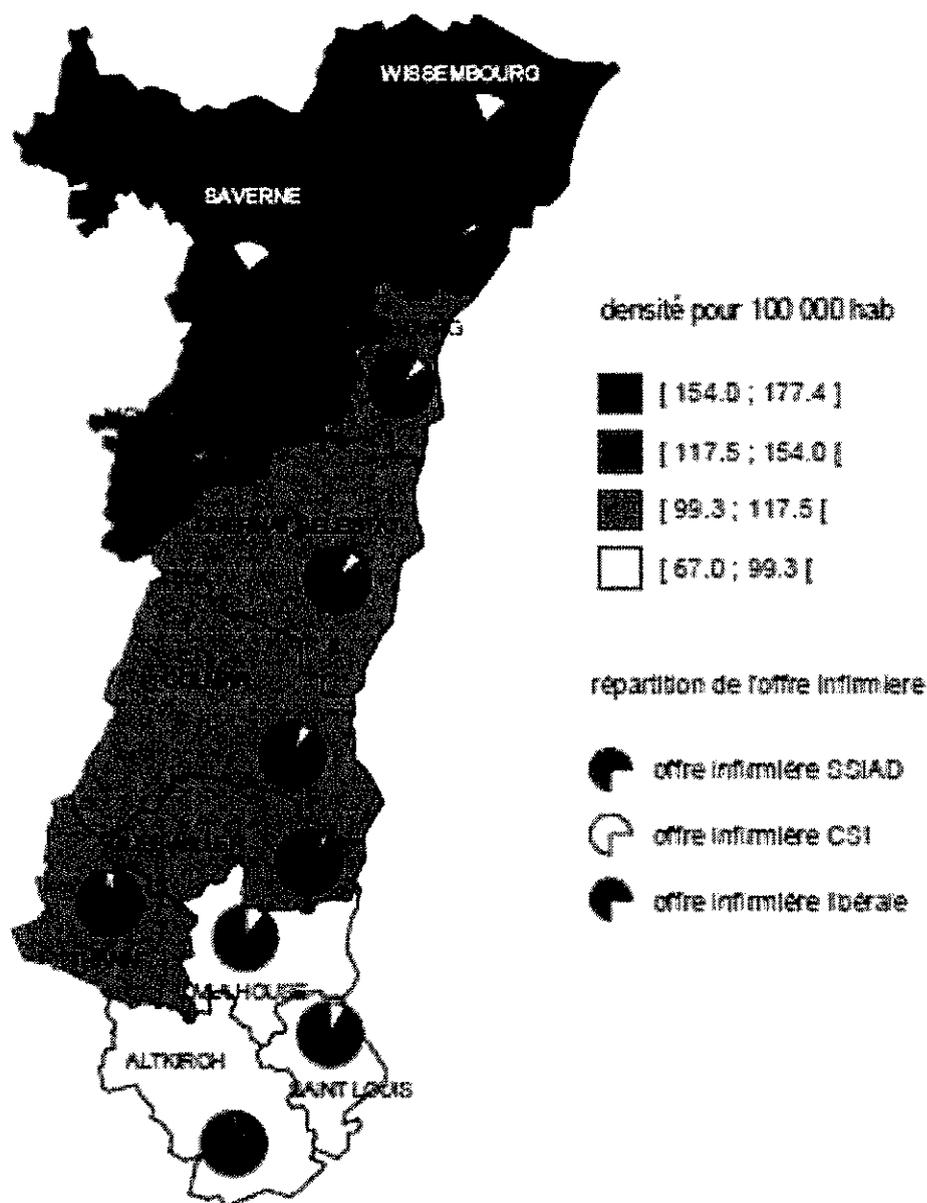
Tableau 2 : Evolution du résultat du SSIAD

Compte de résultat	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Chiffre d'affaires net	5 595 112	5 838 734	6 249 615	6 794 928	7 189 039
Subvention d'exploitation					
Rep. Sur amort. Et prov. Transferts de charges	7 750	4 018		10 950	43 307
Cotisations					
Dons					
Autres produits	99 066	102 974	128 127	123 874	139 784
Total produits d'exploitation	5 701 928	5 945 726	6 377 742	6 929 752	7 372 130
Achat mat. Premières et autres appro.					
Variation de stocks					
Autres achats et charges externes	1 650 629	1 756 249	2 112 034	2 224 546	2 227 168
Impôts et taxes et assimilés	243 853	271 907	273 381	291 571	315 393
Salaires et traitements	2 498 678	2 723 939	2 743 148	2 920 632	3 067 492
Charges sociales	1 060 484	1 212 324	1 221 019	1 262 202	1 353 166
Quote part facturation frais de siège	176 988	182 793	202 945	224 271	228 632
Autres charges	1 063	3 177	2 398	2 449	5 088
Total charges d'exploitation	5 631 695	6 150 389	6 554 925	6 925 671	7 196 939
Excédent brut d'exploitation	70 233	- 204 663	- 177 183	4 081	175 191
Dotations aux amortissements sur immo.	11 280	10 325	8 327	8 958	9 263
Dotations aux provisions pour risques et charges	8 706	7 409	17 412	42 635	47 175
Résultat d'exploitation	50 247	143 189	- 202 922	- 47 512	118 753
Produits financiers	3 080	1 098	1 358	662	29
Charges financières	-	-	-	-	-
Résultat financier	3 080	1 098	1 358	662	29
Résultat courant	53 327	144 287	- 201 564	- 46 850	118 782
Produits exceptionnels	1 422	341	4 523	12	18
Charges exceptionnelles	2 146	627	13 766	299	158
Résultat exceptionnel	- 724	- 286	- 9 243	- 287	- 140
Impôt sur les bénéfices					
Comptes de régularisation (ressources ex ant - engt à réal)				- 62 362	62 362
Résultat de l'exercice	52 603	- 221 585	- 210 807	- 109 500	181 004

Source : Etats financiers de l'ABRAPA

Annexe 4 : Densité de l'offre en soins infirmiers

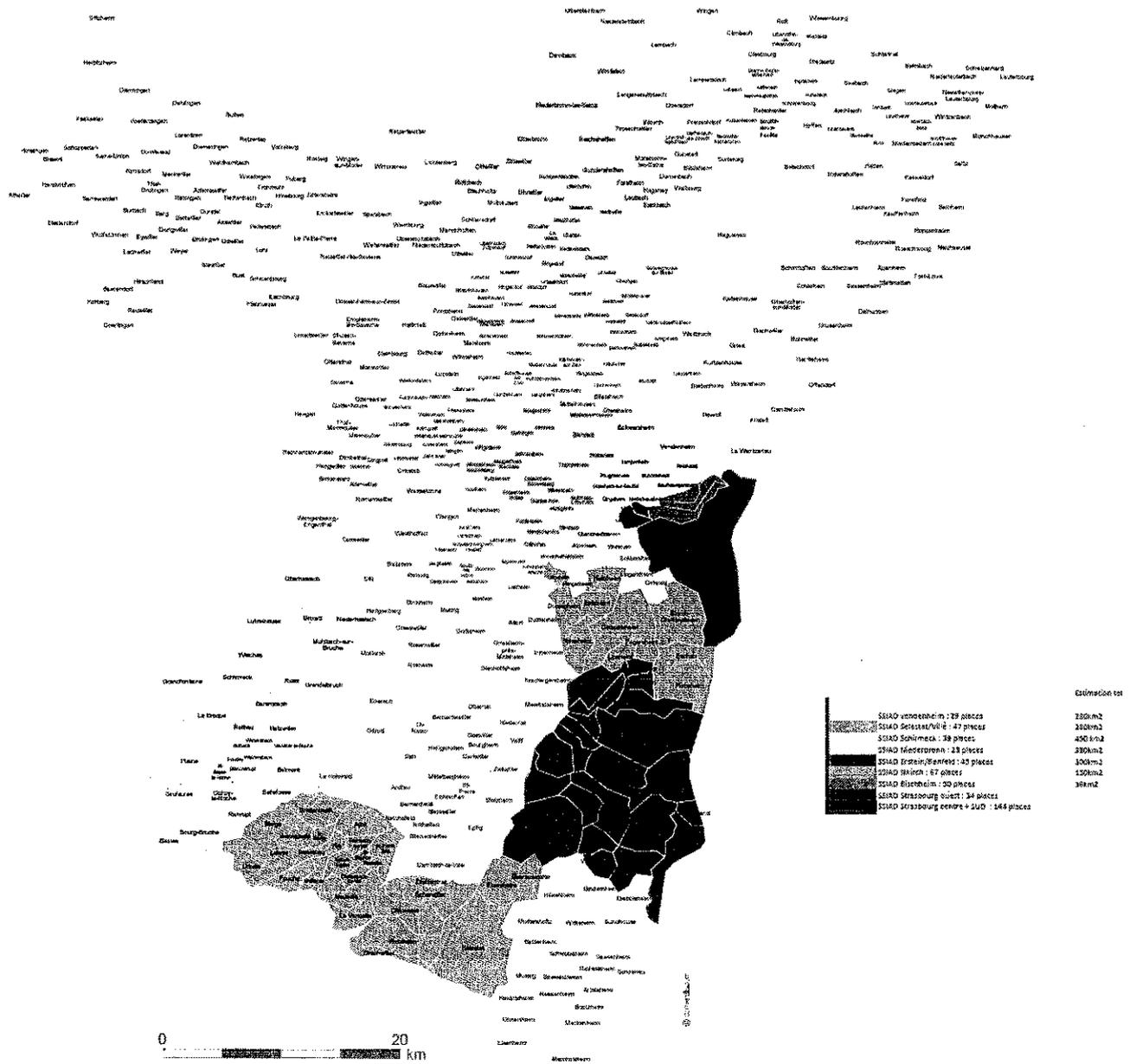
Densité de l'offre en soins infirmiers (infirmiers libéraux, SSIAD, CSI) au 1/1/2010 par zone de proximité



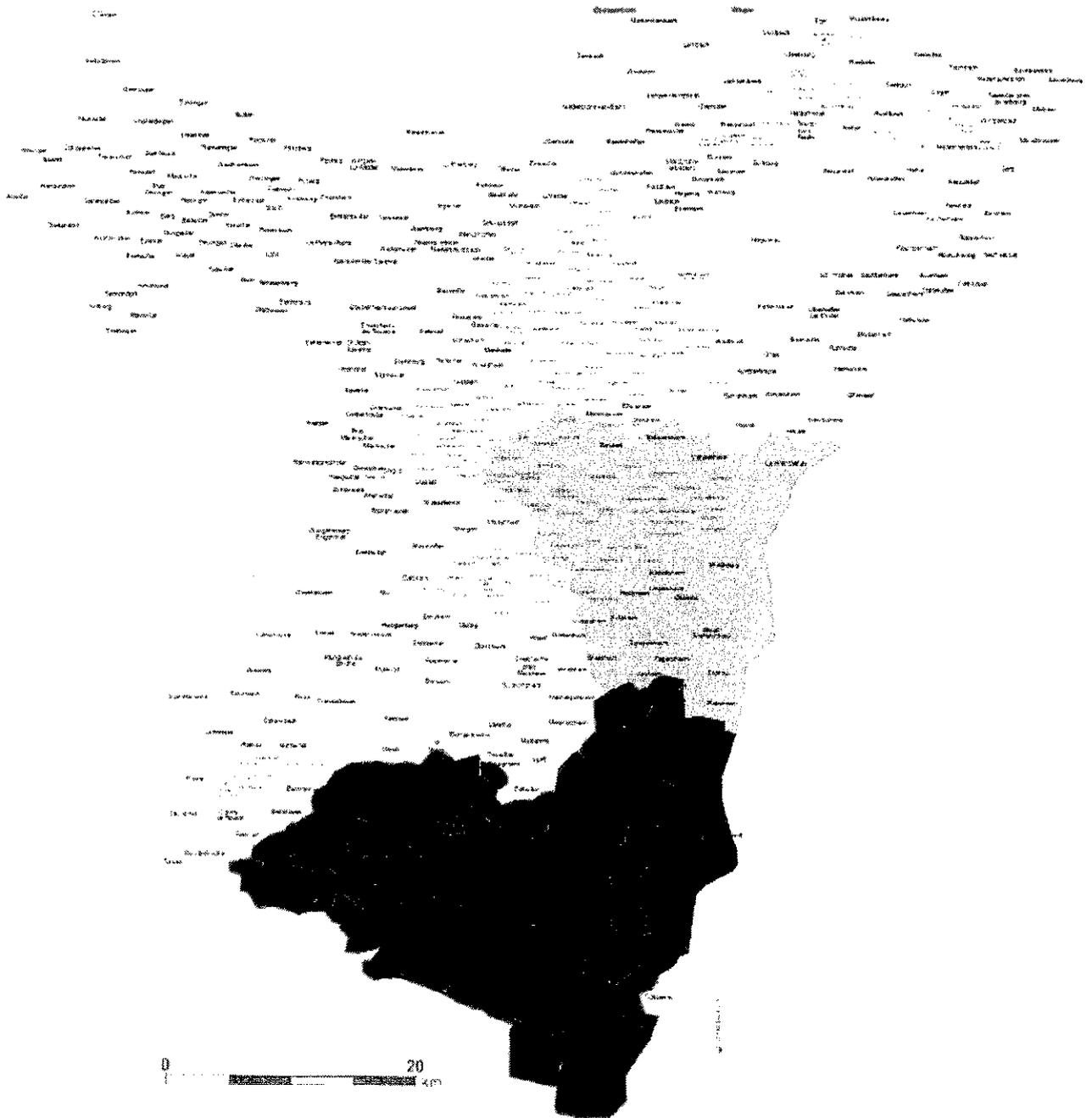
Sources : Adeli 1/1/2010- INSEE, RP 2008, Listes CSI et SSIAD DOSOMS, Activité CSI Sniiram

Réalisation : DSQP/OADS/CL - Cartes&Données

Annexe 5 : Territoire couvert par le SSIAD de l'ABRAPA



Annexe 6 : Territoire couvert par l'ESA de l'ABRAPA



Annexe 7 : Evolution de la nature des dépenses et recettes de siège

	2009	2010	2011	2012	2013
Groupe I: Dépenses afférentes à l'exploitation courante	498 341,43	521 256,79	488 851,58	516 061,52	623 408,09
Groupe II: Dépenses afférentes au personnel	1 905 791,26	1 878 333,22	1 999 595,14	2 026 674,28	2 104 391,35
Groupe III: Dépenses afférentes à la structure	503 942,51	472 673,89	449 397,57	421 934,46	413 321,30
Total charges de siège	2 908 075,20	2 872 263,90	2 937 844,29	2 964 670,26	3 141 120,74
Remboursement par refacturation aux services après validation du conseil général	2 514 717,00	2 572 525,00	2 737 642,00	2 838 969,00	2 995 898,00
Produits financiers	47 862,26	47 988,93	47 904,17	48 237,47	47 349,04
Autres remboursements divers	214 662,33	195 392,33	63 169,29	97 098,14	56 837,17
Total produits de siège	2 777 241,59	2 815 906,26	2 848 715,46	2 984 304,61	3 100 084,21
Solde	- 130 833,61	- 56 357,64	- 89 128,83	19 634,35	- 41 036,53

Source : ABRAPA

Annexe 8 : Compte administratif du SSLAD (2007-2012)

Compte administratif retenu	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 non contrôlé
Achats	57 226	66 771	102 667	92 521	107 577	96 963	103 875
Sous-traitance à caractère médical	513 232	585 697	723 997	818 306	965 356	1 177 483	1 174 367
Autres services extérieurs dont déplacements administratifs	202 366	224 493	220 601	210 511	214 390	214 728	253 488
Total dépenses Groupe 1	772 823	876 961	1 047 266	1 121 337	1 287 323	1 489 174	1 531 730
Personnel intérimaire	212 144	264 527	378 683	395 008	465 249	418 932	318 615
Honoraires	5 044	5 585	10 358	8 836	5 762	3 600	7 152
Taxes sur salaires	162 561	163 873	243 423	271 659	197 588	212 694	226 975
Autres participations	57 754	61 611	76 574	70 787	73 209	77 148	80 361
Frais de personnel	3 129 123	3 268 031	3 476 667	3 785 290	3 964 166	4 182 834	4 595 416
Total dépenses Groupe 2	3 566 627	3 763 627	4 185 705	4 607 835	4 822 124	4 965 249	5 359 147
Services extérieurs	145 276	171 784	211 724	226 263	237 830	242 022	242 879
Annonces et insertions	2 410	0	1 223	2 946	0	0	0
Services bancaires	322	348	416	551	659	763	705
Impôts et taxes	893	1 646	208	0	1 647	1 742	1 783
Gestion courante	155 832	163 698	178 051	183 595	205 343	226 720	233 720
Charges financières	0	0	0	0	0	0	0
Charges exceptionnelles	1 741	196	1 530	0	1 766	299	158
Dotation aux amortissements	11 907	9 163	11 280	10 325	7 446	8 958	9 264
Provisions	15 670	5 371	9 321	8 025	29 412	104 997	47 175
Total dépenses Groupe 3	334 052	352 206	413 754	431 704	484 103	585 501	535 684
TOTAL dépenses Exploitation	4 673 503	4 992 794	5 646 725	6 160 876	6 593 550	7 039 924	7 426 561
Produits Groupe 1 (Forfait global de soins)	4 585 624	4 792 934	5 595 112	5 838 734	6 249 615	6 794 928	7 189 039
Produits Groupe 2 (Gestion courante)	58 613	106 648	99 716	102 789	128 127	123 874	333 516
Produits financiers	9 534	11 652	3 080	1 098	1 358	662	29
Produits exceptionnels	1 675	12 270	12	11	123	12	18
Reprises sur provisions	5 786	22 742	1 409	330	4 401	2 407	84 962
Transferts de charges		37 739				8 543	0
Total produits Groupe 3	16 996	84 403	4 501	1 440	5 882	11 624	85 009
TOTAL produits d'exploitation	4 661 232	4 983 985	5 699 329	5 942 963	6 383 624	6 930 426	7 607 564
Résultat à affecter	-12 270	-8 809	52 603	-217 913	-209 926	-109 498	181 003
Ecart				-3 672	-881	-2	
Résultat repris exercices n-2 + reprise réserve		96 865	70 809	76 529	104 851		
Dépenses non opposables à l'ARS		-11 527	63 373	18 243	35 666	40 306	
Résultat administratif corrigé	70 809	76 529	186 785	-126 813	-70 289	-69 194	
Réserve de compensation au 31 décembre		44 879	156 781	29 968			
Report à nouveau excédentaire				76 529	74 883		
Report à nouveau déficitaire	0	0	0	0	0	-126 813	-197 102

Source : ABRAPA



Strasbourg, le 12 MARS 2015

GUY-DOMINIQUE KENNEL
SÉNATEUR
PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DU BAS-RHIN



Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me transmettre en date du 3 février 2014 le rapport d'observations définitives qui sera notifié au président de l'Association bas-rhinoise d'aide aux personnes âgées.

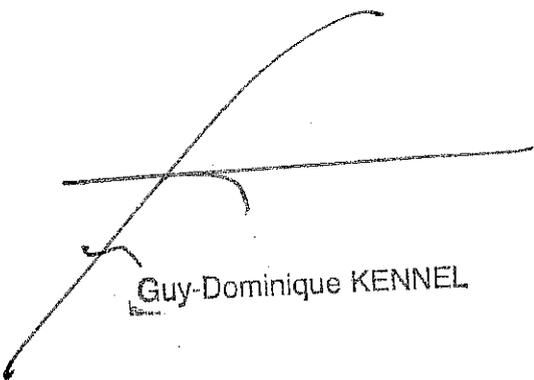
Je vous en remercie.

Les observations et les recommandations formulées dans le rapport n'appellent pas de commentaires ni de compléments de ma part. Le Département est plus particulièrement intéressé par deux recommandations.

La recommandation n° 4 porte sur la révision du dispositif de facturation par le Groupement Informatique de l'Economie Sociale (GIES) et la mise en place de contrôles au niveau de l'ABRAPA pour les travaux réalisés en commun. Ces dépenses sont en effet supportées en grande partie par les établissements et services que je tarifie.

La recommandation n° 12 concerne le service d'aide à domicile. Le dialogue déjà engagé entre l'ABRAPA et le Conseil Général sera nécessairement poursuivi afin d'assurer à la fois l'équilibre financier du service et la maîtrise du budget départemental.

Je vous prie, Monsieur le Président, de recevoir mes meilleures salutations.


Guy-Dominique KENNEL

Monsieur Christophe ROSENAU
Président de la Chambre régionale des comptes
14 rue du Faubourg de Pierre
67085 STRASBOURG Cedex