



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

EHPAD « LES OPALINES » DE SAINT-CHAMOND (Département de la Loire)

Exercices 2016 à 2020

Observations définitives
délibérées le 9 mars 2021

SOMMAIRE

<u>SYNTHÈSE</u>	4
<u>RECOMMANDATIONS</u>	5
<u>1- DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT AU PROJET PERSONNALISÉ</u>	7
1.1- Le positionnement de l'EHPAD « Les Opalines » à Saint-Chamond	7
1.1.1- Une structure de petite taille accueillant des résidents relativement dépendants avec un besoin de soins modéré.....	7
1.1.2- Le territoire d'implantation de l'établissement.....	12
1.1.3- Le projet régional de santé et le schéma départemental de l'autonomie.....	14
1.1.4- Le passage de la convention tripartite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen.....	15
1.2- Une gouvernance difficilement lisible	16
1.2.1- Un groupe de taille modeste.....	16
1.2.2- La relative autonomie de la direction d'établissement.....	17
1.2.3- Un pilotage opérationnel difficile.....	18
1.2.4- Les relations complexes entre sociétés au sein du groupe.....	19
1.3- Un projet d'établissement construit sur des valeurs affirmées qui aurait mérité plus de précision et de suivi	20
1.3.1- Des engagements traduisant les recommandations de bonnes pratiques.....	21
1.3.2- Des objectifs de prise en charge mesurables et l'organisation de leur suivi.....	23
1.3.3- L'inscription dans un parcours de soins.....	24
1.3.4- La procédure d'admission.....	25
1.4- Le projet d'accompagnement personnalisé	26
1.4.1- L'accueil des nouveaux résidents.....	27
1.4.2- L'accompagnement individuel mis en place.....	30
1.4.3- La fin de la prise en charge et la sortie de l'établissement.....	32
1.4.4- L'architecture informatique à partir du dossier du résident.....	34
<u>2- LE RÉSIDENT, SON PROJET PERSONNALISÉ ET LA QUALITÉ DE SA PRISE EN CHARGE</u>	37
2.1- Des marqueurs de qualité pour l'accompagnement individuel	37
2.1.1- Les évaluations, contrôles et traitement des plaintes et réclamations.....	37
2.1.2- La mise en œuvre des bonnes pratiques de prise en charge.....	40
2.1.3- La participation à la vie de l'établissement et à la vie citoyenne.....	44
2.1.4- Les autres aspects contribuant à un accueil de qualité de personnes vulnérables.....	46
2.2- La santé des résidents	48
2.2.1- La prévention sanitaire au quotidien.....	48
2.2.2- L'accès aux soins.....	49
2.2.3- La consommation de médicaments.....	51
2.2.4- Le parcours de soins, la prévention des ruptures et le recours aux urgences.....	53
2.2.5- Les risques sanitaires.....	55
2.3- Les démarches de prévention collective	56
<u>3- LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DU PRINTEMPS 2020</u>	58
3.1- La mesure de l'impact direct de la crise sur les résidents et les personnels	58
3.2- La préparation et la réaction de l'EHPAD face à la crise sanitaire	60
3.2.1- Le plan bleu et son actualisation.....	60
3.2.2- L'organisation interne mise en place.....	60
3.2.3- Le lien avec les tutelles et les partenariats.....	63
3.3- Les conséquences financières de la crise	64
<u>4- LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS</u>	65
4.1- Les moyens humains disponibles	66
4.1.1- L'évolution des effectifs.....	66
4.1.2- La répartition des effectifs par fonction.....	69
4.2- L'organisation et la coordination	70
4.2.1- L'organisation managériale de la prise en charge.....	71

4.2.2-	Les cycles de travail.....	71
4.2.3-	La permanence des soins et les transmissions	73
4.3-	Les métiers et fonctions cardinales	73
4.3.1-	Le médecin coordonnateur et les médecins traitants.....	73
4.3.2-	L'infirmier coordonnateur	74
4.3.3-	Les équipes de soins du quotidien et les intervenants complémentaires.....	74
4.4-	Les absences au travail et les remplacements	75
4.5-	La formation continue.....	77
5-	<u>UN ENVIRONNEMENT FINANCIER SPÉCIFIQUE.....</u>	<u>78</u>
5.1-	La préparation et l'exécution budgétaire.....	78
5.2-	La tarification des sections soins et dépendance	79
5.2.1-	Le tarif hébergement	80
5.2.2-	Le forfait dépendance	80
5.2.3-	Le forfait soins	81
5.3-	La présentation budgétaire de l'EHPAD aux autorités de tarification	81
5.4-	La fiabilisation du compte de résultat	82
5.4.1-	La structure financière analytique.....	82
5.4.2-	La fiabilisation des sections soins et dépendance	82
5.4.3-	Le suivi des immobilisations	82
5.5-	Les dépenses et ressources de médicalisation (soins et dépendance)	83
5.5.1-	L'évolution des ressources et leurs caractéristiques	83
5.5.2-	Les dépenses d'exploitation des sections soins et dépendance	84
5.5.3-	Les dépenses externes (soins de ville et d'hôpital)	86
6-	<u>LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT</u>	<u>86</u>
6.1-	La performance financière annuelle	86
6.1.1-	L'évolution des produits de gestion	86
6.1.2-	L'évolution des charges de gestion.....	87
6.1.3-	La formation du résultat.....	87
6.1.4-	Le financement des investissements	89
6.2-	La situation bilancielle	90
6.2.1-	L'endettement	90
6.2.2-	Le fonds de roulement et la trésorerie.....	90
7-	<u>ANNEXES.....</u>	<u>92</u>
7.1-	ANNEXE 1 : Glossaire	92
7.2-	ANNEXE 2 : Figure 2 Organigramme de l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond	93
7.3-	ANNEXE 3 : Descriptif des dispositions mises en place durant la crise sanitaire	94

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme 2020, au contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Opalines » à Saint-Chamond (Loire), géré par l'entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) éponyme, pour les exercices 2016 à 2020.

Ouvert le 28 mai 2001, cet établissement privé à but lucratif appartient au groupe Société de gestion de maisons de retraite (SGMR), associé unique de l'EURL gestionnaire, qui possède 46 autres établissements. Il est situé au centre-ville de Saint-Chamond (35 339 habitants), et à proximité immédiate de Saint-Etienne. Il accueille 70 résidents, dont deux en hébergement temporaire et 11 en unité de vie protégée (UVP), relativement dépendants avec un besoin de soins modéré, dans le cadre d'un projet d'établissement centré sur les publics atteints de troubles cognitifs. Il employait 63 personnes (42,8 ETP) au 31 décembre 2019. Son budget à la même date s'élevait à 3,022 M€.

L'adossement à un groupe important, s'il restreint l'autonomie de sa direction, lui permet de bénéficier de gains d'efficience, notamment en matière d'achats, de système d'information, de préparation budgétaire et de suivi financier. Il lui profite également pour la prévention, l'anticipation et la gestion des risques sanitaires comme sa gestion de la crise sanitaire du printemps 2020 l'a montré. Il le conduit à s'engager avec les autres établissements du groupe dans la démarche « Humanitude » destinée à fédérer ses équipes autour de la recherche d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Il a noué des partenariats avec les établissements hospitaliers de son territoire et l'association d'hospitalisation à domicile Oikia. Cela lui permet notamment de présenter un taux de recours aux urgences et aux hospitalisations très modéré, en cohérence avec les ambitions du Plan solidarité grand âge. Ses programmes d'animation sont variés et appropriés.

Les recommandations de la chambre s'adressent au gestionnaire et à la direction de l'établissement, selon leurs responsabilités respectives. Ils devront notamment respecter l'autorisation de fonctionnement de l'établissement concernant l'hébergement temporaire et, à ce titre, élaborer un projet spécifique et assurer une meilleure prise en charge. Ils remettront en ordre les dossiers des résidents et du personnel en se conformant aux obligations légales et réglementaires afférentes. Les rapports d'activités médicales annuels (RAMA) devront faire l'objet d'une attention particulière. La qualité des enquêtes de satisfaction doit aussi être améliorée. La chambre les engage également à respecter les normes comptables applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), à assurer un rapprochement des inventaires physique et comptable, et à identifier les produits de la section soins, en tant que produits de tarification, afin d'assurer une meilleure fiabilité et une plus grande transparence financière. Ils devront être attentifs aux coûts générés par les conventions réglementées qui dégradent la situation économique de l'établissement.

Dans le domaine de la prise en charge des résidents, des dispositions s'imposent rapidement pour réduire significativement les taux de rotation des résidents ainsi que le turn-over et le taux d'absence au travail des personnels, anormalement élevés. Un plan d'amélioration de la qualité nécessite en particulier que les médecins traitants se conforment aux préconisations de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) et de la Haute autorité de santé (HAS) en matière de prescription médicamenteuse. De même, il est nécessaire de concrétiser la montée en qualification des salariés et la stabilisation des équipes.

L'arrivée récente de nouveaux cadres, conjuguée à un contexte de préparation du premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et de renouvellement du projet de l'établissement et de son conseil de la vie sociale, constituent l'opportunité pour mobiliser les équipes autour d'un projet ambitieux et de qualité.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : respecter l'autorisation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et du président du conseil départemental de la Loire concernant le nombre de places d'hébergement temporaire.

Recommandation n° 2 : afin de garantir les droits des résidents, se mettre sans délai en conformité avec les dispositions du code de l'action sociale et des familles concernant la procédure d'admission, les documents à remettre au résident, le contrat de séjour et la réalisation des projets d'accompagnement personnalisés.

Recommandation n° 3 : mobiliser, dans une démarche de co-construction, les équipes de l'établissement et du gestionnaire, afin d'identifier, en lien avec les autorités de tarification, les causes de l'instabilité de la population accueillie et de définir, avec toutes les parties prenantes, un plan d'action approprié pour les réduire.

Recommandation n° 4 : mettre à jour et reclasser le dossier des résidents notamment pour en retirer impérativement tout document ou toute donnée de nature médicale, quelle que soit leur forme, relevant du secret médical au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Recommandation n° 5 : mettre en œuvre un plan d'amélioration continue de la qualité, incluant les éléments d'actualité du plan d'action issu des évaluations de 2013, communiqué régulièrement aux autorités de tarification, pour préparer la prochaine évaluation interne, dans la perspective du passage en CPOM et de l'élaboration du prochain projet d'établissement.

Recommandation n° 6 : inciter formellement et sans délai les médecins traitants à se conformer aux préconisations de la Caisse nationale d'assurance maladie et de la Haute autorité de santé en matière de prescription médicamenteuse, en s'appuyant sur la commission gériatrique, afin de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse et d'assurer la sécurité sanitaire des résidents.

Recommandation n° 7 : engager, sur la base d'un diagnostic partagé, la co-construction avec les personnels d'un plan de réduction de l'absence au travail, opérationnel dès 2021.

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Opalines » Saint-Chamond géré par l'entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) éponyme pour les exercices 2016 à 2020, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre du 21 janvier 2020 adressée à M. Stéphane CAVAILLON-PINOD, gérant de l'EURL gestionnaire de l'établissement depuis le 1^{er} juillet 2018 et directeur général de la société de gestion des maisons de retraite (SGMR), associée unique de l'EURL. Son prédécesseur sur la période contrôlée, M. Philippe GEVREY, a également été informé le 6 février 2020.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur :

- ♦ le projet de l'établissement et son activité dans son environnement ;
- ♦ les modalités d'adaptation de ses ressources et de sa prise en charge aux besoins des résidents ;
- ♦ les conditions de la qualité de la prise en charge médicalisée des résidents ;
- ♦ la prévention sanitaire et des risques sanitaires ;
- ♦ la gouvernance de l'EURL et de l'EHPAD qu'elle gère ;
- ♦ la fiabilité des comptes et la situation financière.

Le contrôle s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale, commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, sur la prise en charge des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 al.1 du code des juridictions financières a eu lieu le 25 septembre 2020 avec M. Stéphane CAVAILLON-PINOD, accompagné de Mme Anne LACHAUD, directrice de la région Centre de la SGMR. Il a également eu lieu, par téléphone, avec M. Philippe GEVREY le 1^{er} octobre 2020.

Lors de sa séance du 12 novembre 2020, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 18 décembre 2020 à M. CAVAILLON-PINOD ainsi que, pour celles le concernant, à M. GEVREY, son prédécesseur sur la période contrôlée.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 9 mars 2021, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après¹.

¹ Un glossaire des acronymes utilisés est consultable en annexe 1.

1- DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT AU PROJET PERSONNALISÉ

1.1- Le positionnement de l'EHPAD « Les Opalines » à Saint-Chamond

- 1.1.1- Une structure de petite taille accueillant des résidents relativement dépendants avec un besoin de soins modéré

Implanté dans un cadre agréable, l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond est positionné en centre-ville à proximité de nombreux équipements culturels et associatifs. Sa capacité autorisée est de 70 lits dont deux en accueil temporaire. Pour y répondre, il dispose de 73 chambres, dont deux doubles, réparties sur trois niveaux. Il est actuellement dirigé par Mme Elza GIMET et son équipe est constituée de 42,8 ETP (63 personnes) au 31 décembre 2019. Il affiche une volonté de se spécialiser dans le soin des troubles cognitifs. Il a mis en place, pour ce faire, une unité de vie protégée (UVP) de 11 lits. Il ne dispose pas d'autorisation pour un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ou une unité d'hébergement renforcée (UHR)² ni d'une pharmacie à usage interne (PUI).

Établissement privé à but lucratif, il a été ouvert le 28 mai 2001, date de l'arrêté d'autorisation initiale pour la création d'une « maison de retraite privée de 68 lits pour personnes valides ou dépendantes, un hébergement permanent ou temporaire, offrant également la possibilité d'un accueil de jour des personnes âgées désorientées. » Il a ensuite été autorisé à étendre sa capacité et à médicaliser la totalité de sa nouvelle capacité par arrêté conjoint du préfet et du président du conseil général de la Loire du 7 janvier 2004. Son autorisation a été renouvelée pour une durée de 15 ans par arrêté conjoint du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes et du président du conseil départemental de la Loire en date du 3 janvier 2017. L'article 2 dispose que le renouvellement est « assorti de conditions particulières à l'égard du gestionnaire, en termes de stricte mise en œuvre et suivi rigoureux » d'un plan d'action élaboré entre les autorités de tarification et les dirigeants de l'établissement, à la suite d'inspections conduites en 2015 et 2016³, et destiné à « garantir la qualité, la sécurité des prises en charge et le bien-être des résidents ».

Depuis sa création, il n'a jamais été habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. N'étant pas conventionné au titre du logement social, il n'accueille pas de résidents bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement (APL). Certains résidents sollicitent l'établissement pour compléter l'attestation de résidence nécessaire à l'obtention de l'allocation de logement mais il n'en résulte pas pour autant une visibilité sur les aides qui en découleraient ni sur leur impact sur le reste à charge des résidents.

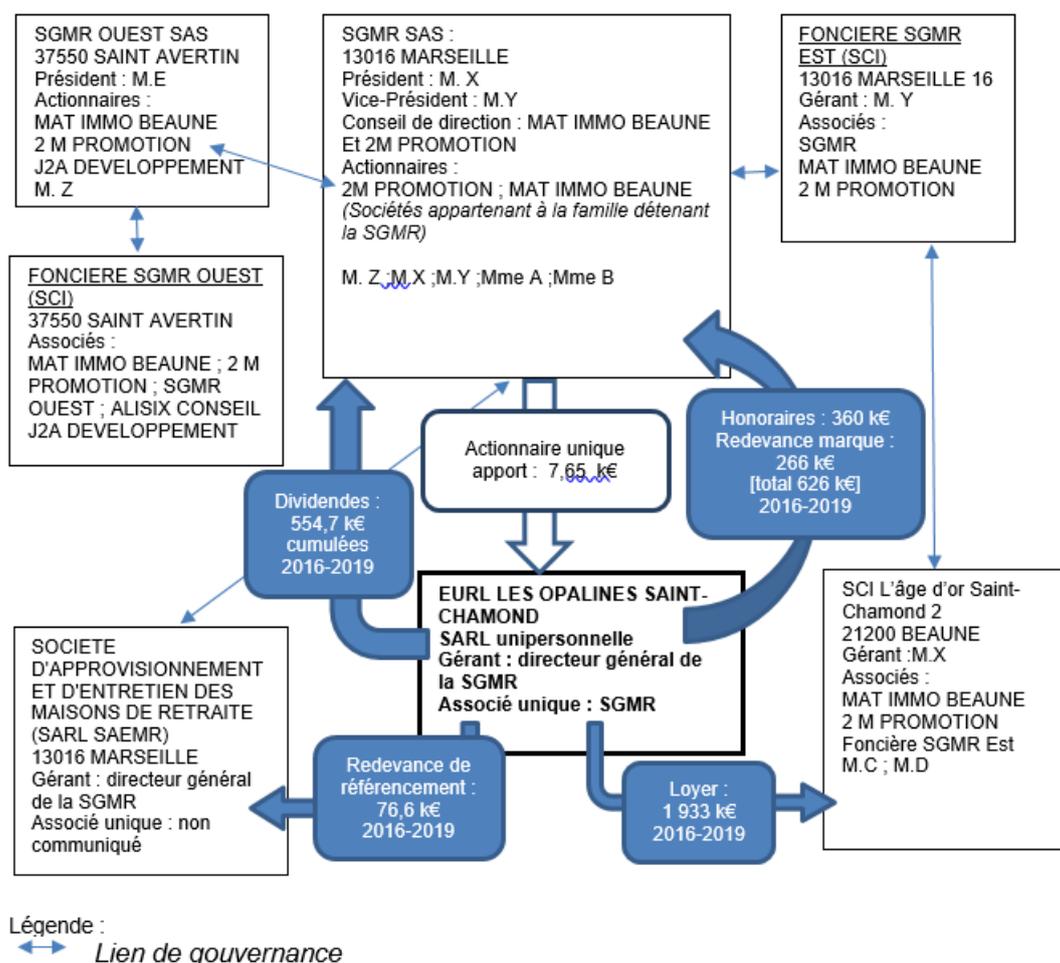
L'EUURL éponyme qui le gère a été créée le 1^{er} décembre 2000⁴. Son siège est situé à Saint-Chamond comme le précisent ses statuts mis à jour le 29 juin 2016 et l'inscription au répertoire SIRENE du 24 juin 2019. Elle appartient au groupe SGMR France (société de gestion des maisons de retraite), qui est son associé unique (article 6 des statuts).

² Un PASA organise en journée, pour les résidents d'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et rassurant ; Au sein d'un EHPAD, une UHR accueille des résidents atteints de troubles du comportement sévères et leur propose des activités pour maintenir voire réhabiliter leurs capacités fonctionnelles et cognitives (voir aussi 4.2.2).

³ Rapport définitif après procédure contradictoire de l'inspection conjointe ARS – département de la Loire de l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond réalisée les 11 juin et 3 juillet 2015 et le 28 janvier 2016.

⁴ Immatriculée au RCS de Saint-Etienne le 21 décembre 2000 sous le numéro 2000B00770. Son adresse est celle de l'EHPAD : 60-62 Boulevard Waldeck-Rousseau – 42400 Saint-Chamond. Son numéro de SIRET est 433 924 644 00019 et l'établissement figure au FINESS avec le numéro 42 001 1702.

Figure 1 : Schéma de gouvernance de l'EHPAD et de ses flux financiers avec le groupe



L'activité déclarée de l'EURL est l'hébergement médicalisé pour personnes âgées. Son objet social est précisé par l'article 2 des statuts. Il porte notamment, en France et à l'étranger, sur « la constitution, la location et l'acquisition d'immeubles destinés à l'exploitation (...) sous quelque forme que ce soit de résidences pour personnes âgées ». Il s'y ajoute un ensemble, défini très largement, de prestations relevant de l'assistance à la personne qui lui permettrait d'investir l'ensemble des segments de marché s'y rapportant. Néanmoins, sa seule activité effective est longtemps restée la gestion de cet établissement, jusqu'à la mise en place, à la fin de l'année 2017, d'un service de portage de repas à domicile.

Créée le 1^{er} septembre 1999, la SGMR⁵, associé unique de l'EURL, est une société par actions simplifiée, au capital social de 56 110 000 €⁶ pour un chiffre d'affaires hors taxes 2018 de 4 606 000 € et un résultat net de 8 585 000 €. Elle est dirigée par deux familles qui exercent également des fonctions dirigeantes dans les deux sociétés qui complètent son conseil de direction.

La présence de groupes privés à but lucratif dans le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est fréquente s'agissant d'un des marchés en développement de l'économie des seniors. Elle s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population. Selon les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁷, les EHPAD

⁵ Immatriculée au RCS de Marseille le 29 décembre 1999, numéro 2011B03534, elle a son siège social à Traverse Favant. Son numéro SIRET est 428 736 219 00059.

⁶ Bodacc « B » n°20190011 publié le 16 janvier 2019 - annonce n° 261.

⁷ CNSA : situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018, 25 mai 2020 2020, données issues de la base ERD collectée par la CNSA « de 6 483 EHPAD correspondant à 86 % de l'offre nationale ».

relevant du secteur privé commercial constituaient 26,6 % du total des établissements en 2018, représentant 23,7 % des places en hébergement permanent.

L'activité d'accueil de l'EHPAD « Les Opalines » au regard de sa capacité autorisée est variable, comme le montre le tableau 1, avec un taux d'occupation de l'hébergement permanent qui se situait en 2016 à 95 %, correspondant à la médiane des EHPAD privés commerciaux, pour un taux médian national de 97 % tous statuts juridiques confondus⁸. Après un pic à 98,2 % en 2017, à comparer avec des taux médians nationaux de 97,5 % pour l'ensemble des EHPAD et de 96 % pour les commerciaux, il a décliné les deux années suivantes jusqu'à 95,4 %. Cette tendance devrait se confirmer en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire pendant laquelle les admissions ont été arrêtées.

En 2019, il a accueilli et pris en charge en moyenne, hébergements permanent et temporaire confondus, 69 résidents. Leur âge moyen était de 86 ans, 8 mois et 18 jours pour 85 ans et 9 mois en 2015 tous EHPAD confondus, 87 ans et 5 mois pour les EHPAD privés à but lucratif avec une ancienneté moyenne de 2 ans et 9 mois⁹. La durée moyenne des séjours dans l'établissement n'était disponible que pour 2019 et 2020, en nombre de jours. Elle est très brève, respectivement 11 mois et 10 jours et 8 mois et 25 jours après retraitement, pour permettre la comparaison, ce qui indique un taux de rotation très élevé¹⁰.

L'âge d'entrée a fluctué dans une fourchette de deux ans, entre 85 ans 6 mois et 29 jours en 2016 et 87 ans 6 mois et 13 jours en 2018. La SGMR n'a pu fournir de données sur la provenance géographique des résidents que pour 2020, trop partielles pour être prises en compte. L'établissement ne dispose pas d'historique sur la part des résidents bénéficiant de mesures de protection, tutelle ou curatelle, sur la période, comme l'a confirmé la SGMR. Elle a néanmoins précisé la présence de quatre bénéficiaires au 1^{er} septembre 2020 et la directrice régionale Centre a indiqué qu'un tableau de suivi des résidents sous tutelle est en cours d'élaboration.

Dans le rapport des inspections citées par l'arrêté du 3 janvier 2017, une équipe constituée de six médecins et inspecteurs, issus de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et du département de la Loire, relevait l'utilisation régulière de places d'hébergement permanent comme hébergement temporaire, dans un contexte de forte rotation des résidents¹¹. Lors des visites sur place, il n'a pas été possible de voir les chambres dédiées à l'accueil temporaire. Le gérant de l'établissement a précisé qu'elles n'étaient pas physiquement identifiées puisque toute chambre vacante a vocation à servir à cet accueil dans la limite de deux simultanément.

Par ailleurs, la consultation du registre d'admission ouvert le 7 mai 2019 indique que, sur la base d'un échantillon de 24 personnes sur les 89 enregistrées soit 27 %, les 16 qui étaient sorties à cette date présentaient une durée de séjour inférieure à six mois, et même à trois mois pour 12 d'entre elles, avec une moyenne de 60 jours. Ces dernières semblent ainsi relever plutôt de l'hébergement temporaire. La circulaire du 29 novembre 2011¹², qui définit notamment les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, recommande d'ailleurs une durée maximale de 90 jours.

Cette circulaire préconise aussi de faire le point sur la situation de la personne âgée et sur ses besoins et de mettre en place, pour y répondre, un projet individualisé avec les soins et l'accompagnement nécessaires. Un projet spécifique de l'hébergement temporaire doit aussi

⁸ Ibidem note précédente.

⁹ DREES : Études et résultats n° 1015 de juillet 2017 et enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées 2015.

¹⁰ Ce point est développé dans la partie 1.4.3.

¹¹ Taux de rotation relevés : entrées 187 % et sorties 135 % sur la période du 1^{er} janvier 2015 au 26 janvier 2016.

¹² Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

être élaboré. Or l'organisation de l'hébergement temporaire au sein de l'EHPAD ne permet pas de garantir aux résidents concernés des conditions d'accueil répondant à ces exigences. En outre, l'établissement ne respecte pas son autorisation de deux places en hébergement temporaire. La chambre l'invite donc à respecter cette autorisation et à identifier en permanence deux chambres dédiées à l'hébergement temporaire. Sans perdre en souplesse de gestion, cela permettrait de faciliter la vérification, par toute autorité de contrôle ou de tutelle, de la conformité du fonctionnement réel avec les termes de l'autorisation. En l'absence d'obligation légale ou réglementaire, l'identification de chambres dédiées constitue néanmoins une bonne pratique préconisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans un dossier technique d'octobre 2011¹³.

Dans sa réponse, le gérant de l'EURL rappelle la possibilité prévue par l'article L. 342-2 du CASF, de conclure, sur demande de la personne accueillie ou de son représentant légal « *un contrat pour un hébergement limité d'une durée inférieure à six mois.* » Il fait part de la volonté du gestionnaire d'inscrire néanmoins l'accompagnement des résidents dans la durée par un accueil à durée indéterminée.

Tableau 1 : Capacité et activité d'accueil de l'établissement

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de places installées	70	70	70	70	70
Dont hébergement temporaire	2	2	2	2	2
Nombre de places autorisées	70	70	70	70	70
Dont hébergement temporaire	2	2	2	2	2
Activité théorique (365 x 68 HP)	24 820	24 820	24 820	24 820	24 820
Nombre de journées réalisées (HP)	23 579	24 370	24 051	23 683	(1) 24 076
Taux d'occupation de l'hébergement permanent	95 %	98,18 %	96,90 %	95,42 %	(1) 97 %
Nombre de places en PASA	NC	NC	NC	NC	NC
Nombre de places en UHR	NC	NC	NC	NC	NC
Nombre de places en hébergement de jour	NC	NC	NC	NC	NC

Sources : annexe 4 activités EPRD 2020, taux CRC de 2016 à 2018. Journées réalisées 2019 : SGMR, taux CRC (1) prévisionnel – NC = non concerné.

L'établissement a accueilli une clientèle majoritairement féminine, relativement dépendante mais demandant moins de soins en comparaison avec les autres établissements du même type. Le niveau de dépendance d'une personne est mesuré par le GIR¹⁴. Seuls les résidents classés dans les GIR 1 à 4 peuvent percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹⁵. Le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents d'un établissement est évalué à l'aide du GIR moyen pondéré (GMP) qui se calcule en divisant le total des valorisations en points GIR des résidents par le nombre total de personnes hébergées¹⁶. Plus il est élevé, plus est élevé le niveau de dépendance des personnes hébergées.

Le GMP mesuré par « Les Opalines » Saint-Chamond a fortement varié pendant la période sous revue, avec un pic en 2017 où il culminait à 772 pour un taux moyen national de 717¹⁷, mais de 738 pour les seuls EHPAD du secteur privé commercial. En 2016, il se situait

¹³ État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, page 32.

¹⁴ GIR : groupe iso-ressources. Il existe six groupes classés de 1 à 6 par ordre de dépendance décroissante. Le GIR 1 constitue donc le niveau de dépendance le plus lourd : personnes confinées au lit et au fauteuil, ayant perdu toute autonomie et nécessitant la présence continue d'intervenants.

¹⁵ Articles L. 232-2 et R. 232-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁶ $((\text{nbre GIR}1 \times 1000) + (\text{nbre GIR}2 \times 840) + (\text{nbre GIR}3 \times 660) + (\text{nbre GIR}4 \times 420) + (\text{nbre GIR}5 \times 250) + (\text{nbre GIR}6 \times 70)) / \text{nbre total de résidents}$.

¹⁷ Source CNSA, la situation des EHPAD en 2016 et celle de 2017 : analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD. Les GMP et PMP cités sont ceux « qui ont fait l'objet d'une validation dans le système d'information GALAAD mis à la disposition des ARS par la CNSA. »

en-dessous de la moyenne nationale à 709 contre 722 et de celle des établissements privés commerciaux, 736. Il a ensuite connu une baisse significative en 2018 et 2019 avant de se redresser en 2020 comme le montre le tableau 2. Hormis en 2020, le niveau de perte d'autonomie moyen évalué par l'établissement diffère toutefois notablement du GMP validé par le département. Celui-ci, qui était de 687 du 13 février 2015 au 12 octobre 2016, est depuis de 753¹⁸.

Pour ce qui concerne les besoins en soins, le référentiel « PATHOS » évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins médicotéchniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points « PATHOS ». Elle permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins des résidents d'un établissement, le « pathos moyen pondéré » (PMP). Il correspond à la somme des points « PATHOS » de ces résidents dans huit postes de ressources¹⁹ pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu. La SGMR n'a pu fournir les évaluations PMP réalisées pendant la période sous contrôle. Les chiffres utilisés sont donc issus d'autres documents (voir sources du tableau 2²⁰). Le PMP de l'EHPAD « Les Opalines » de Saint-Chamond est inférieur aux moyennes nationales : 190 en 2016 contre 211 pour l'ensemble des EHPAD et 203 pour les établissements privés commerciaux²¹, et 128 en 2017 pour respectivement 203 et 211. Le PMP validé par l'ARS est toutefois de 195 (175 du 27 janvier 2015 au 12 octobre 2016). Selon les rapports d'activités médicales annuels (RAMA), les pathologies principalement rencontrées sont les cardiopathies, les démences et les troubles du comportement.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population accueillie

	2016	2017	2018	2019	2020*
GMP mesuré par l'établissement	709,46	772,39	705,14	619,14	759,58
PMP mesuré par l'établissement	190	128	128	ND	ND
Admissions	110	61	88	94	38
Sorties	93	67	89	96	21
Dont départs	60	46	61	64	10
Dont décès	33	21	28	32	11
Hommes	41 %	43 %	40 %	39 %	30 %
Femmes	59 %	57 %	60 %	61 %	70 %
Âge moyen des résidents	85 a 6 m 29 jours	79 a 2 m 3 jours	87 a 4 m 29 jours	86 a 8 m 18 jours	89 a 0 m 7 jours
Âge moyen d'entrée (HP)	85 a 6 m 29 jours	86 a 2 m 13 jours	87 a 6 m 13 jours	85 a 8 m 22 jours	86 a 0 m 3 jours
Durée moyenne de séjour	ND	ND	ND	11 m 10 j	8 m 25 j
Nombre de résidents originaires de la commune	ND	ND	ND	ND	10
Nombre de résidents originaires du département	ND	ND	ND	ND	13
Nombre de résidents originaires de départements extérieurs	ND	ND	ND	ND	10
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale	NC	NC	NC	NC	NC

Sources : SGMR complétée avec les RAMA 2016 à 2019, cellules gris clair, et l'état ANAP 2019 (données 2018), cellule gris foncé, retraitement CRC pour la durée moyenne de séjour. - * Chiffres SGMR transmis le 4 juin 2020.

¹⁸ RAMA 2016, page 9, GMP et PMP validés et rapport explicatif de l'arrêté de notification de ressources du 28 juin 2019 du conseil départemental de la Loire.

¹⁹ Médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie.

²⁰ Comme cela est indiqué tout au long du rapport, les données transmises par la SGMR sont à prendre avec prudence car elles sont parfois contradictoires avec des données officielles voire même avec d'autres données qu'elle fournit elle-même. Ici, en 2017, l'âge moyen des résidents et celui à l'entrée sont discordants.

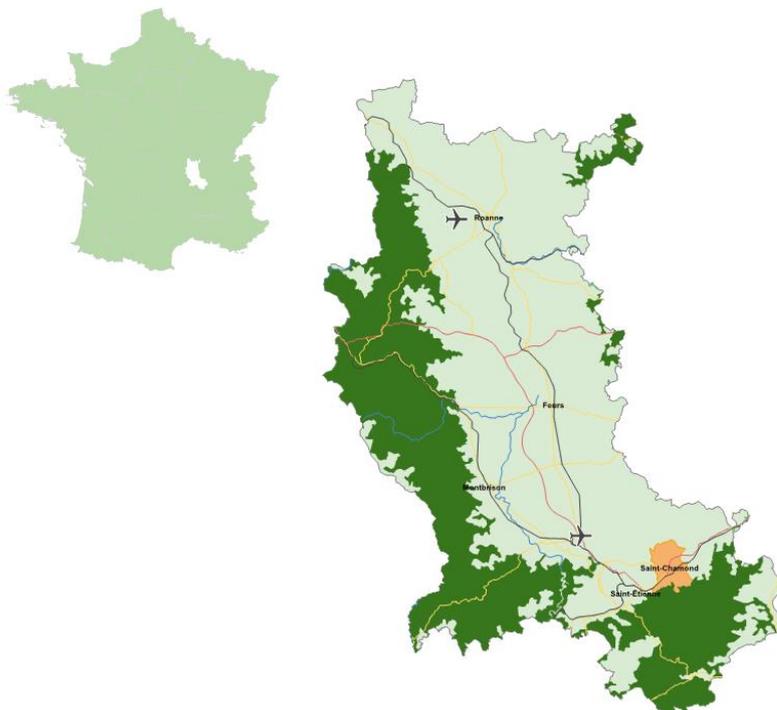
²¹ Ibidem note 16.

Les données consolidées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à partir de l'outil RESID-EHPAD permettent de situer l'établissement à l'échelle régionale dans la catégorie accueillant des résidents « très dépendants et nécessitant des soins moins complexes que la moyenne » mais il est proche des établissements « hébergeant des personnes moins dépendantes que la moyenne » en raison de la proximité de son GMP, validé lors de la coupe 2016, avec la moyenne nationale.

1.1.2- Le territoire d'implantation de l'établissement

Saint-Chamond est située au sud-est du département de la Loire, à une douzaine de kilomètres de Saint-Etienne. À proximité de l'aéroport de Saint-Etienne, cette commune de 35 339 habitants bénéficie également d'une bonne desserte autoroutière et ferroviaire.

Carte 1 : Saint-Chamond au sein du département de la Loire



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

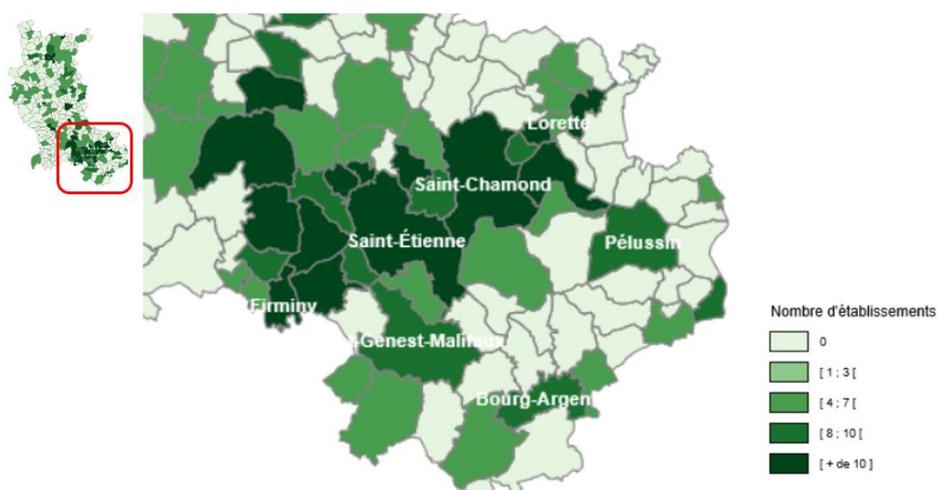
L'EHPAD « Les Opalines » de Saint-Chamond s'inscrit dans un environnement caractérisé par une histoire industrielle encore bien présente, un niveau élevé de précarité et une population vieillissante. Il est confronté à la concurrence immédiate de deux autres EHPAD également implantés à Saint-Chamond : « Pays de Gier », établissement public intercommunal d'hospitalisation de 300 lits et 14 unités d'hébergement renforcées et « La Renaudière », géré par une association à but non lucratif, qui dispose de 95 lits et 12 places en accueil de jour pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Il existe également à Saint-Chamond un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), « Bien à la maison », géré par une société par actions simplifiée et une résidence autonomie publique « Le Relais » de 18 places.

À proximité, l'offre est significative (voir carte 2) avec notamment 22 EHPAD à Saint-Etienne, la plupart d'une capacité modeste, entre 50 et 95 places en accueil permanent, et un autre EHPAD du groupe SGMR de 70 places permanentes et cinq temporaires à Lorette²².

²² Source FINESS, et Conseil départemental de la Loire : « Établissement d'accueil de la Loire pour personnes âgées - -prix de journée 2019 ».

Le département de la Loire fait d'ailleurs partie des mieux dotés en capacité d'accueil pour personnes âgées avec un taux d'équipement de 169 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans au 31 décembre 2017 alors qu'il n'est que de 148 en Auvergne-Rhône-Alpes et de 146 au niveau national²³.

Carte 2 : Densité des équipements dédiés aux personnes âgées autour de Saint-Chamond



Source INSEE – BPE 2018, carte CRC.

Le schéma de l'autonomie 2017-2021 du département de la Loire constatait pour la période 2013 à 2016 une évolution de 35 à 42 gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et une faible augmentation du nombre de places en EHPAD à + 1,09 % alors que les unités de vie protégées (UVP ex CANTOU centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles) progressaient de 10,9 % et la capacité d'accueil en hébergement temporaire de 68,57 %.

Tableau 3 : Évolution des établissements pour personnes âgées dans la Loire de 2013 à 2016

Au 30 juin	2013	2016	Variation
SAAD			
nombre de structures	35	42	+ 20 %
EHPAD (non hospitaliers, hospitaliers et unité de soins de longue durée)			
nombre de structures	111	115	+ 3,6 %
nombre de places	10 112	10 222	+ 1,1 %
dont cantou (UVP) unité Alzheimer	1 090	1 209	+ 10,9 %
dont accueil de personnes handicapées vieillissantes	12	52	+ 333,3 %
dont hébergement temporaire	99	93	- 6,1 %
PETITES UNITÉS DE VIE			
nombre de structures	7	7	0 %
nombre de places	164	164	0 %
dont hébergement temporaire	nc	8	/
ACCUEIL DE JOUR			
nombre de structures	16	20	+ 25 %
nombre de places	179	211	+ 17,9 %

²³ Source INSEE, chiffres-clés du 13 décembre 2019, capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2017, comparaisons régionales et départementales.

Au 30 juin	2013	2016	Variation
HÉBERGEMENT TEMPORAIRE			
nombre de structures	3	7	+ 133,3 %
nombre de places	35	59	+ 68,6 %
RÉSIDENCES AUTONOMIE			
nombre de structures	26	28	+ 7,7 %
nombre de places	1 636	1 693	+ 3,5 %
dont hébergement temporaire	nc	20	/

Source : Schéma départemental de l'autonomie de la Loire 2017-2021, page 67 - 2013 : schéma PA 2013-2015 / 2016 : DAF - Solatis : Cartographie PA – complété CRC.

1.1.3- Le projet régional de santé et le schéma départemental de l'autonomie

Le nouveau projet régional de santé (PRS) a été arrêté le 28 mai 2018 pour la période 2018-2028 par le directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Il succède aux PRS 2012-2017 de Rhône-Alpes et d'Auvergne. Ces documents constituent une référence pour les intervenants en établissements sanitaires et médico-sociaux. L'article L. 434-1 du code de la santé publique (CSP) dispose que le PRS « *définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ».

Le rapport d'évaluation du PRS 2012-2017 de Rhône-Alpes, assorti de recommandations pour le PRS suivant, a été publié en mars 2017. Le projet déterminait 18 priorités, dont plusieurs concernaient directement le champ de la dépendance, notamment pour faciliter les prises en charge et les accompagnements. Ces priorités se déclinaient en actions dans les schémas et les programmes régionaux ou territoriaux, envers six publics dont les personnes atteintes de maladie chronique, les personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge ou d'un handicap et les personnes en souffrance psychique. Leur mise en œuvre nécessitait des démarches telles la contractualisation et l'évaluation et le développement des alternatives à l'hospitalisation ou à la prise en charge en établissement médico-social. Le PRS d'Auvergne a été arrêté le 25 avril 2012²⁴.

Le PRS 2018-2028 est composé de quatre documents dont les trois premiers sont définis à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique :

- ♦ le cadre d'orientation stratégique (COS) qui fixe des objectifs d'évolution du système de santé en prenant en compte les spécificités régionales, les atouts et les faiblesses ;
- ♦ le schéma régional de santé (SRS) qui décline, pour les cinq ans à venir, les orientations du COS en objectifs visant à améliorer le parcours de santé des usagers au regard de leurs besoins spécifiques ;
- ♦ le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis qui regroupe des actions à mener, dans les cinq prochaines années, au profit des personnes en situation de précarité, pour leur permettre de recourir au système de santé dans le cadre du droit commun ;
- ♦ le cadre d'évaluation qui contient une trentaine d'indicateurs couvrant l'ensemble des six orientations.

Parmi les six objectifs du SRS, le cinquième concerne directement le secteur de l'hébergement des personnes âgées : « *promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée et renforcer les démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard* ». D'autres objectifs

²⁴ Il ne concerne bien sûr pas l'EHPAD Les Opalines.

l'intéressent également tels le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé ou l'amélioration de la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale²⁵. Plus spécifiquement, le SRS a identifié trois grands enjeux : préserver l'autonomie des personnes âgées et prévenir la dégradation de leur état de santé, organiser la coordination territoriale autour de la personne âgée dans une logique de continuité du parcours, anticiper l'accompagnement et les modes d'intervention de demain.

En cohérence avec le SRS, doit être élaboré le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOMS) prévu à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce schéma n'a pas encore été mis en place, mais le schéma relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie pour la période 2017 à 2021, appelé dans le département de la Loire « schéma départemental de l'autonomie » (SDA), a été arrêté²⁶.

Structuré en trois orientations stratégiques (agir en prévention, proposer des parcours attentionnés, moderniser l'action publique autonome), le SDA comporte 20 actions présentées en autant de fiches avec notamment des indicateurs d'évaluation et de suivi. À titre d'exemple, l'action 2 prévoit de déployer et promouvoir un outil de suivi des admissions en établissements. Elle a permis le déploiement de l'outil « Via Trajectoire PA »²⁷ dans les établissements du département, notamment aux Opalines de Saint-Chamond. L'action 14 engage à faciliter l'accès aux droits et à favoriser la participation des personnes notamment en établissement.

La SGMR affirme que le projet d'établissement 2016-2020 s'appuie sur le « schéma départemental de référence de l'époque ». Toutefois, au-delà d'un renvoi à ce schéma pour étayer la volonté de créer une unité de vie protégée, l'articulation du projet d'établissement avec le SDA et a fortiori le PRS, n'est explicitée dans aucun document de référence de l'établissement.

La chambre encourage l'établissement à mettre en place une démarche formalisée et participative en ce sens qui permettrait, outre la prise en compte nécessaire de documents de cadrage, dont certains sont opposables aux ESMS, une appropriation par les équipes des orientations et des objectifs des autorités de tarification et une mobilisation fructueuse autour de la réactualisation du projet d'établissement pour les prendre en compte. Dans un contexte de renouvellement récent de l'équipe de direction avec un historique de fort turn-over des personnels (voir infra, 4.1.1), une telle démarche constituerait un levier managérial intéressant.

1.1.4- Le passage de la convention tripartite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen

L'article L. 313-12 du CASF dispose que « *La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés (...)* ». Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen (CPOM) ont été institués pour les EHPAD par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Ils ont vocation à remplacer progressivement depuis 2016 les conventions tripartites.

²⁵ Extrait du dossier de presse de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes accompagnant le PRS 2018-2028.

²⁶ Il a été validé par l'assemblée départementale en décembre 2017 après un travail d'élaboration d'un an et demi qui a débuté par une enquête auprès de la population ligérienne et une concertation avec les partenaires autour de cinq thématiques : habitat, autonomie à domicile, soutien des aidants, du projet de demande d'hébergement au projet de vie en établissement, droits et participation des personnes accompagnées.

²⁷ Via Trajectoire est un service gratuit, simple et sécurisé qui propose, notamment aux professionnels médico-sociaux et aux particuliers, une aide à l'orientation personnalisée. Le module « PA » permet de gérer électroniquement les demandes d'admission des personnes âgées en EHPAD, unité de soins de longue durée ou EHPA (source : site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes).

Il n'existe pas aujourd'hui de CPOM entre l'établissement et les autorités de tarification car la convention tripartite actuellement en vigueur, conclue pour cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2016, n'arrivera à échéance que le 1^{er} janvier 2021. L'établissement n'a pas communiqué de documents spécifiques relatifs à l'évaluation de la convention en cours ni de documents de préparation du futur CPOM. Un suivi trimestriel est effectué avec l'ARS dans le cadre d'un plan d'action. Ce plan (voir infra, 2.1.1) fait bien référence à des objectifs de la convention tripartite dont il assure un suivi de réalisation, mais n'en constitue pas pour autant une évaluation et ne présente pas le caractère exhaustif attendu. La directrice de l'établissement a précisé attendre les directives de la direction régionale du groupe pour débiter le travail de préparation du CPOM.

La chambre invite le gestionnaire de l'établissement à engager l'évaluation de la convention tripartite et la préparation du CPOM. Elle rappelle que l'article L. 313-12 du CASF prévoit la minoration du forfait global relatif aux soins « à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an » en cas de refus de signer ou de renouveler le CPOM.

La convention tripartite en cours est structurée par trois axes stratégiques : santé et bien-être des résidents, ressources humaines et l'EHPAD dans son environnement. Ces axes sont déclinés en 33 objectifs articulés autour de neuf thèmes : actions de prévention, projet de soins et organisation des soins, bien être et dignité, pratiques managériales, gestion prévisionnelle des emplois et compétences, qualité de vie au travail, prévention des risques, continuité du parcours de vie, coordination du parcours de soins et l'EHPAD acteur et centre ressources de la filière. Au-delà d'objectifs attendus tels que prévenir les chutes, sensibiliser à la prévention bucco-dentaire, s'inscrire dans la vie de la cité, renforcer la collaboration avec les centres hospitaliers, les objectifs liés à des problématiques managériales, à l'organisation des soins ou à la bientraitance sont mis en avant.

Beaucoup d'objectifs concernent la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents. Il en est ainsi du repérage des facteurs de fragilité, dont la première action citée en exemple consiste à identifier à échéance de 2017 les risques à l'entrée et au cours du séjour avec une traçabilité et un suivi des actions à mener. Il en est de même pour la systématisation des visites médicales d'admission à la même échéance, rattachée à l'objectif de prévenir la iatrogénie médicamenteuse²⁸.

Par ailleurs, certaines actions correspondent au simple rappel d'obligations réglementaires telles que :

- ♦ objectif prévenir la iatrogénie médicamenteuse : action « commission gériatrique 2 par an » (article D. 312-158 du CASF) ;
- ♦ objectif mettre à jour le DUER (document unique d'évaluation des risques) : action « DUER intégrant les risques psychosociaux, actualisation annuelle » (articles R. 4121-1 et suivants du code du travail) ;
- ♦ objectif assurer une prise en charge individualisée : action « projet de vie individualisé pour chaque résident avec projet de soins et avec actualisation annuelle (...) » (article D. 312-10-3 du CASF).

1.2- Une gouvernance difficilement lisible

1.2.1- Un groupe de taille modeste

Le gérant de l'EURL est aussi celui des 47 EHPAD « Les Opalines » ainsi que de deux autres sociétés rattachées au groupe SGMR. Il est également le directeur général de la SGMR.

²⁸ Ce qui semble indiquer qu'une telle visite, que l'on pourrait considérer comme évidente dès lors que le médecin coordonnateur de l'établissement doit émettre un avis sur les admissions (article D. 312-158 2° du CASF : le MEDEC « donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ») n'était pas effectuée systématiquement auparavant.

Il indique que, sous sa direction, la SGMR est organisée par région. Il gère ainsi deux directeurs d'opération (substitués au directeur d'exploitation), un pour la zone Sud et un pour la zone Nord, supervisant eux-mêmes des directeurs régionaux qui coordonnent les directeurs d'établissement de leur territoire de compétence. L'EHPAD de Saint-Chamond relève de la région Centre²⁹.

Concernant des imprécisions administratives relevées par la chambre³⁰ et susceptibles de désorienter clients, partenaires, autorités de tarification et organismes de contrôle, la SGMR indique qu'elles résultent de la création de l'EURL postérieurement au dépôt du dossier de création de l'établissement, lequel a été présenté par la SGMR en tant que porteur de projet et pour le compte de l'EURL. La chambre relève que cette confusion est entretenue par le projet d'établissement lui-même (voir infra, 1.3)³¹.

Avec 46 établissements³² pour 3 359 lits, la SGMR est classée en 2019 au 8^{ème} rang des groupes privés du secteur des EHPAD en France. « Les Opalines » est la marque de ce groupe familial créé fin 1998. Le premier projet a consisté à racheter un établissement dans la région de Marseille. Ensuite le groupe s'est développé par des acquisitions successives d'établissements. À la fin de l'année 2013, la SGMR a racheté 17 établissements au groupe IGH. Le groupe évolue dans deux secteurs d'activité : les EHPAD et les logements seniors et se positionne sur un troisième, le portage de repas à domicile à partir de ses établissements. Par ailleurs, à la 11^{ème} place du classement précité figure la SGMR Ouest (20 établissements, 1 455 lits plus un établissement de 102 lits à l'étranger). Bien qu'entités juridiquement distinctes, la SGMR et la SGMR Ouest s'inscrivent dans une forte proximité au niveau de leurs dirigeants comme de leur actionariat et de leur domaine d'activité.

Dans le paysage des gestionnaires privés d'EHPAD, cet ensemble est néanmoins relativement modeste en nombre d'établissements et de lits. En outre, son champ d'action est essentiellement limité au territoire national. Les trois premiers du classement précité, Korian, Orpéa et Domus Vi, détiennent chacun plus de 180 établissements en France, représentant respectivement 24 432, 19 614 et 14 589 lits, et sont implantés à l'étranger.

1.2.2- La relative autonomie de la direction d'établissement

L'article D. 312-176-5 du CASF dispose que dans les ESMS de droit privé, dont les EHPAD, *« lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services (...) elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel. »*

²⁹ La région Centre de la SGMR correspond aux départements suivants : Ain, Allier, Loire, Puy-de-Dôme et Rhône.

³⁰ Au FINESS c'est la SGMR et non l'EURL qui est identifiée comme entité juridique gérant l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond, sous le numéro 210000873 avec une adresse située 61 Faubourg Saint-Nicolas 21200 Beaune. Elle apparaît aussi au FINESS sous le numéro 13 002 9838, avec l'adresse de son siège social actuel, comme gestionnaire de quatre EHPAD « Les Opalines » situés à Béligneux et Neuville-les-Dames dans l'Ain, Châteauneuf-de-Gadagne et Le-Pontet dans le Vaucluse.

³¹ La SGMR confirme que l'adresse de son siège social est celle de Marseille et que le gestionnaire de l'EHPAD est bien l'EURL. Elle précise l'existence d'un établissement secondaire de la SGMR à Beaune au 12 rue Gustave Eiffel.

³²<https://www.revente-ehpad-occasion.fr/actualites/classement-des-groupes-ehpad-2019-27>, article du site Internet www.revente-ehpad-occasion.fr de la SAS Revenu Meublé. Cette SAS est certifiée acteur de la filière Silver Eco soutenue par le ministère de l'économie et des finances et le ministère des solidarités et de la santé. Son activité relève du marché de la location en meublé non professionnel ancien et de la revente de chambres en EHPAD d'occasion. Les documents transmis par la SGMR font état de 47 établissements et non 46 (voir en particulier la liste jointe à l'accord de participation des salariés aux résultats de l'UES « Les Opalines »).

La directrice a bénéficié de deux délégations. Le premier document unique³³, signé avec l'ancien gérant le 8 mars 2018, rappelle qu'elle n'est pas gestionnaire financier de l'établissement. En effet, cette fonction est assurée par les services centraux de la SGMR. Elle a reçu une seconde délégation de pouvoir signée le 1^{er} juillet 2018, au moment du changement de gérant, rédigée en des termes très proches, mais avec la précision de l'obligation de rendre compte régulièrement au délégant de la façon dont elle exécute ses missions, des difficultés rencontrées ou des moyens qui lui manqueraient pour ce faire. Cette délégation peut aussi être révoquée à tout moment.

À titre d'illustration, la conduite de la définition du projet d'établissement, prévue par l'article D. 312-176-5 du CASF, est très encadrée. Le projet d'établissement qui doit être réécrit en 2020, le sera sur la base d'une fiche de procédure établie par le siège et d'un cadre commun à tous les établissements « Les Opalines ». La validation de la direction régionale est prévue à quatre étapes de la rédaction (voir également supra, 1.1.4). La marge de manœuvre des directions de ces établissements est ainsi très limitée.

Concernant la gestion et l'animation des ressources humaines, si la diffusion des offres, la réception et le tri des candidatures et le recrutement du personnel relèvent bien de l'établissement, le pouvoir des directions d'établissement dans ce domaine n'en est pas moins borné par le document unique pour les ruptures de contrat de travail qui doivent être soumises à l'accord exprès du « représentant légal ».

Au-delà de l'affichage d'une « *très large délégation* » aux directeurs d'établissement, qui disposeraient d'une « *entière autonomie* », toute une fraction de la conduite de l'établissement échappe à sa directrice. Sur les quatre dimensions du pilotage stratégique que sont la gestion financière, la gestion des ressources humaines, les processus internes, en lien notamment avec la maîtrise du système d'information, et la relation client, la direction de l'établissement n'a aucune prise sur la première et un pouvoir limité sur les deux suivantes. Seule la relation quotidienne aux résidents lui incombe de façon claire, en raison de la proximité de terrain qu'elle exige.

1.2.3- Un pilotage opérationnel difficile

La directrice en poste, détentrice d'un master 2 en droit des affaires correspondant aux exigences des articles D. 312-176-6 et D. 312-176-7 du CASF, a pris la suite en avril 2018 de celle dont elle avait été l'adjointe pendant trois ans. Elle a été remplacée du 5 février au 6 septembre 2019, pendant un arrêt qui a duré d'octobre 2018 à septembre 2019. L'établissement est donc resté sans direction pendant quatre mois. Elle l'a été une seconde fois en 2020, avec une célérité dénotant une amélioration de la réactivité et des processus de remplacement de la part du gestionnaire.

L'établissement a connu des périodes de tensions managériales proches de celles soulignées par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et le département de la Loire en 2015 et 2016, amplifiées la difficulté pour le personnel à bien cerner qui est le véritable supérieur hiérarchique. Le taux d'occupation apparaît en outre comme une préoccupation prégnante qui ressort notamment des rapports de gestion de la gérance de l'EURL pour les exercices 2015, 2016 et 2017.

Une pétition du 6 mars 2015 annexée à ce rapport a par ailleurs été adressée par une partie du personnel directement au « président directeur général » pour lui faire part de la dégradation des conditions de travail et de la prise en charge de résidents que ressentent

³³ Ce document est construit autour des quatre axes fixés par l'article D. 312-176-5 : définition et mise en œuvre du projet d'établissement, gestion et animation des ressources humaines, gestion budgétaire, financière et comptable, coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. Il comporte en outre un volet hygiène et sécurité, une partie relative au respect de la législation applicable, notamment en matière de conformité des chambres proposées et d'application des tarifs ; une autre concernant la promotion de la bientraitance.

les personnels, avec menace de dépôt d'un préavis de grève. Cette démarche est révélatrice du manque de lisibilité de l'organisation et de la répartition des compétences pour les salariés de l'établissement. Elle illustre également un malaise au sein du personnel à cette époque.

La situation semble avoir peu évolué depuis puisque l'on retrouve les mêmes difficultés dans une autre pétition du 7 février 2019. Intervenant à la fin d'une période sans direction, cette nouvelle démarche faisait état d'un personnel fatigué et livré à lui-même. Plus récemment, le compte rendu d'une réunion de direction du 20 mai 2019 note : « bien-être au travail, bilan mitigé ». D'autres comptes rendus dénotent des tensions internes et un fort turn-over des personnels de l'établissement.

La récurrence de ces difficultés, et ses conséquences sur la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents, sont soulignées au fil des rapports et courriers échangés entre l'ARS, le conseil départemental de la Loire, d'une part, les dirigeants des entités gestionnaires et de l'établissement, d'autre part. D'autres sujets ont aussi tendu les relations entre les premiers et les seconds : la problématique de la sécurisation du circuit du médicament (qui a donné lieu à une nouvelle inspection le 15 février 2017), la gestion des événements indésirables et des plaintes, le fort taux de rotation des résidents.

La directrice a toutefois indiqué être en phase avec le projet « Humanitude » dans lequel le groupe SGMR s'est engagé (voir infra, 2.1.2). Elle décrit sa mission comme consistant à travailler sur la qualité de l'établissement en précisant qu'un audit interne a été réalisé par la directrice régionale Centre de la SGMR. Elle estime que, soulagée des contraintes de la gestion financière, elle peut consacrer l'essentiel de son temps à la relation avec les résidents et aux aspects commerciaux.

Toutefois, la prégnance des directives descendantes dans la conduite de l'établissement rend plus complexe la légitimation d'une direction d'établissement ; la faible autonomie réelle de la directrice de l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond peut constituer un obstacle à la cohérence du pilotage de l'établissement, à sa cohésion interne et à sa crédibilité externe.

La chambre encourage donc le gestionnaire à accroître cette autonomie en matière de pilotage stratégique. Le gérant de l'EURL a convenu qu'un accompagnement renforcé avait été mis en place, s'agissant des débuts d'une nouvelle directrice, et qu'il avait vocation à s'alléger ensuite.

1.2.4- Les relations complexes entre sociétés au sein du groupe

L'établissement n'est pas propriétaire des locaux, qu'il loue à la société civile immobilière « l'Âge d'or Saint-Chamond 2 », domiciliée à Beaune (cf. schéma de gouvernance, partie 1.1.1). Elle a été créée le 1^{er} juillet 2016 pour succéder à une première SCI titulaire d'un bail signé en 2002, dénommée « l'Âge d'or Saint-Chamond », dissoute le 20 juin 2017.

Un bail commercial a été conclu le 31 mai 2002 avec la première SCI, modifié par avenant le 1^{er} avril 2006. Ce contrat courrait jusqu'au 28 décembre 2014 et a été reconduit tacitement conformément à ses stipulations et aux règles en vigueur³⁴ au moment de sa signature et de celle de son avenant. Un nouveau bail est intervenu le 21 décembre 2016, avec la seconde SCI, très rapidement remplacé par un autre conclu le 12 juillet 2017. Il arrivera à échéance le 30 novembre 2028. En 2019, un avenant est venu à nouveau encadrer les conditions du loyer en précisant que les transferts de charges sont également inclus dans l'assiette du loyer.

À l'origine, le loyer était constitué d'un montant fixé au contrat et révisable annuellement par application de l'indice des loyers commerciaux. Il incluait les travaux que l'EURL devait entièrement prendre en charge, à l'exception des grosses réparations au sens de l'article

³⁴ Articles L. 145-4 à L. 145-7 du code de commerce dans leur version en vigueur.

606 du code civil. Depuis 2017, il est constitué d'un loyer annuel minimum garanti d'un montant de 506 935,56 € et d'un loyer variable de 18 % du chiffre d'affaires hors taxe, avec facturation de la TVA en sus, ce qui inclut les produits soins et dépendances. Cette modalité de fixation du loyer est appelée « clause recettes ». La validité d'une telle clause a été consacrée depuis plus de 30 ans par plusieurs arrêts de la Cour de cassation³⁵. Elle fait échec au mécanisme légal de la révision triennale et au pouvoir de révision du juge dans le cadre du loyer de renouvellement³⁶.

Si cette pratique est juridiquement admise, deux autres pénalisent l'établissement.

Il s'agit en premier lieu de la répartition des charges entre le locataire et le propriétaire. Le contrat de bail prévoit que les travaux, ainsi que les taxes, dont la taxe foncière, sont à la charge du locataire sans prise en compte de l'amortissement, ni possibilité de récupération de ces immobilisations.

En second lieu, la prise en compte des dotations de soins et dépendance dans la base de calcul du loyer reversé à la SCI est également surprenante dans la mesure où celles-ci sont exclusivement destinées à financer la prise en charge médicale des résidents et leur dépendance. Les intégrer dans les produits d'assiette déterminant le versement du loyer à la SCI contribue à augmenter ce loyer et par voie de conséquence les charges de l'établissement qui relèvent de la section hébergement dont elle détermine librement les tarifs.

Ce bail constitue une convention réglementée au sens des articles L. 223-19 et suivants du code de commerce, au même titre que la convention avec la SGMR portant sur la redevance « pour licence de marque et concession de savoir-faire » et que le contrat d'adhésion à la centrale de référencement gérée par la SAEMR, société appartenant au groupe (voir schéma de gouvernance, partie 1.1.1). Pendant toute la période sous contrôle, ces conventions ont fait l'objet d'une présentation à l'associé unique dans un rapport spécial conformément aux dispositions dudit article. Cependant, l'augmentation des charges correspondantes a participé à l'alourdissement des charges de gestion à hauteur de 66 %, contribuant à la forte dégradation des soldes intermédiaires de gestion et de la situation bilancielle de l'EURL. Cela présente à terme un risque économique certain pour l'EURL et l'établissement.

1.3- Un projet d'établissement construit sur des valeurs affirmées qui aurait mérité plus de précision et de suivi

« Les Opalines » Saint-Chamond s'est doté, sous l'impulsion de sa directrice de l'époque, d'un projet d'établissement 2016-2021, en conformité avec les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF : « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...). Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation* ».

Issu d'une démarche participative d'évaluation interne et externe étalée sur dix mois, il a fait l'objet d'une consultation des membres du conseil de la vie sociale (CVS), comme le prévoit le texte précité, et des instances représentatives du personnel. L'évaluation interne a été conduite avec un référentiel spécifique au groupe SGMR, construit par des directeurs d'établissement et les services du siège. Dans son introduction, il énonce les valeurs qui le fondent : « *Notre ambition est d'être la référence en qualité de service pour la prise en charge*

³⁵ Cass. 3^e civ., 2 octobre 1984, n° 82-14855, JCP 1984, IV, 334. V. déjà Cass. 3^e civ., 5 janvier 1983, n° 80-12108, JCP 1985, II, 20389 ; Cass. 3^e civ., 14 juin 1983, n° 81-12764, JCP 1985, II, 20389.

³⁶ Cass, Civ, 29 septembre 1999 - 97-22199.

des personnes âgées dépendantes. Cette ambition s'illustre au travers de 7 valeurs fondamentales : *intégrité ; respect de la personne ; exemplarité ; sens du résultat ; qualité de la prestation ; cohésion d'équipe ; humilité* ». Ces valeurs ont vocation à structurer à la fois la démarche d'élaboration et le contenu du projet.

Le projet comporte dans son introduction la référence à une vérification « *que le projet d'établissement est parfaitement en accord avec les préconisations et les propositions du schéma d'organisation sociale et médico-sociale* », qui, pourtant, n'existe pas encore dans le département de la Loire. Il est possible d'y voir la référence, sans lien avec la réalité locale, à la mention dans le cadre commun du groupe d'une « *approche globale et cohérente avec l'organisation sociale et médico-sociale* ». La chambre observe également que dans la présentation de la forme de gestion de l'établissement, la SGMR figurait comme gestionnaire en lieu et place de l'EURL, avec pour adresse 12 rue Gustave Eiffel à Beaune. La confusion évoquée par la SGMR (voir 1.2.1) pour expliquer les incohérences dans les déclarations effectuées auprès des administrations provient donc également de documents produits par le groupe.

1.3.1- Des engagements traduisant les recommandations de bonnes pratiques

En s'appuyant sur le schéma départemental 2013-2015 en faveur des personnes âgées de la Loire, le projet acte une orientation marquée vers la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles cognitifs. Le projet estime que ce schéma démontre une évolution positive du nombre de places pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer entre 2004 et 2010, mais pas en proportion de la croissance de la demande. La création d'une unité de vie protégée (UVP) de neuf places était donc envisagée, pour 11 places effectivement créées. Au-delà, le projet prévoit que l'établissement, dans sa totalité, se spécialise dans ce domaine afin de développer une offre spécifique sur le département et les départements voisins, avec la création de deux espaces de vie adaptés aux différentes phases de ces maladies.

Le projet comporte des engagements qui s'inscrivent dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), intégrée depuis le 1^{er} avril 2018 au sein de la Haute autorité de santé (HAS). Ainsi, conformément aux RBPP « De l'accueil de la personne à son accompagnement »³⁷, le temps d'accueil et les premiers mois font l'objet d'un développement axé sur la gestion en douceur de la phase de transition vers le nouvel environnement et la vigilance accrue pendant la phase d'adaptation « *pouvant aller jusqu'à trois mois* ». L'accent est mis sur la préparation en amont de l'admission. Dans le même esprit, la place de la famille, qualifiée de prépondérante, est soulignée.

Afin de permettre une meilleure appropriation des lieux et le respect de la vie privée des résidents, le projet précise que le logement d'un résident « *reste un lieu privé dans lequel l'ensemble du personnel n'entre pas sans frapper, ni à n'importe quel moment. Les résidents sont encouragés à décorer et personnaliser leur chambre afin de se sentir plus vite chez eux dans leur nouveau domicile* ». Les chambres disposent de rangements suffisants et d'un coffre sécurisé pour que les résidents puissent y conserver leurs objets de valeur.

Le rôle et l'importance du conseil de la vie sociale (CVS) sont soulignés. Il est prévu sa consultation sur le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement et sur « *tous les sujets importants de la vie de l'établissement* ». Il est question notamment des modifications d'organisation interne, des politiques de prise en charge, des relations avec les administrations ou des activités proposées. Les responsables des différents services doivent être invités à ses

³⁷ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles du 12 janvier 2011, Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement.

réunions, avec l'objectif d'un meilleur partage de l'information avec les personnes accueillies et au sein des équipes. Partant du constat de la faible présence des résidents et des familles aux réunions du CVS, il posait comme objectif une réflexion sur d'autres façons de recueillir la parole des résidents, notamment par des enquêtes de satisfaction, la tenue d'autres réunions telles que les commissions menus ou animation et des modalités spécifiques aux personnes atteintes de troubles cognitifs. La chambre préconise que le prochain projet d'établissement comporte des engagements précis concernant le fonctionnement et l'animation du CVS assortis d'un suivi régulier par le groupe de travail du projet.

L'offre de service est détaillée dans le projet, en deux parties respectivement consacrées au projet de vie et au projet de soins. Il comporte des objectifs relatifs à la qualité des prestations et du suivi des résidents. Au sein du projet de vie, la garantie des droits individuels et collectifs des personnes accueillies tient une place importante. Les outils garantissant le respect des droits des résidents ont été présentés dans le cadre du CVS le 16 décembre 2016. Les représentants des familles et des résidents présents ont confirmé en avoir connaissance à l'exception du projet de vie individualisé qui a dû être explicité.

Les modalités d'intervention des personnels et les postures attendues dans la prise en charge des personnes accueillies sont définies de façon précise. La bientraitance est abordée dans le cadre de la garantie des droits collectifs et des audits « flash » des pratiques professionnelles sont prévus pour l'assurer. La psychologue de l'établissement est la référente bientraitance.

Par ailleurs, les modalités d'accompagnement de la fin de vie sont précisées. Les résidents doivent être sollicités à l'admission pour remplir un document de recueil des dernières volontés et préciser leurs directives anticipées concernant les conditions de leur fin de vie. L'établissement s'appuie sur l'hospitalisation à domicile pour aider les équipes à adapter le traitement et l'accompagnement. L'hospitalisation n'intervient qu'en cas d'épisode aigu et avec l'accord de la famille. Le résident doit être entouré par des soignants attentifs et présents qui veillent à réduire la douleur, à prévenir les escarres, à son alimentation et à son hydratation. Globalement, le projet respecte les RBPP³⁸ de l'ex ANESM³⁹ pour l'accompagnement de la fin de vie comme pour la gestion de la période qui suit le décès.

La chambre note toutefois que le dispositif de repérage et d'évaluation des situations de fin de vie n'est pas retracé et que la prise en compte de la volonté de la personne et de sa famille l'est insuffisamment. Elle invite à combler cette lacune dans le prochain projet d'établissement.

Le projet d'établissement aborde plus brièvement d'autres thématiques. La présentation des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire relève d'une application minimaliste des dispositions du III de l'article D. 312-9 du CASF. Il apparaît comme entrant dans le projet global avec les mêmes objectifs que les longs séjours et des objectifs particuliers définis avec les familles en fonction de la situation du résident et des motifs qui ont conduit à choisir cette formule. Il est précisé qu'un projet individuel est établi pour les résidents temporaires. Un développement est, par ailleurs, consacré au projet architectural. Il met en exergue les rapports entre la conception des espaces et le bien-être des résidents.

Le règlement de fonctionnement applicable depuis le 16 décembre 2016 prévoit⁴⁰, dans une partie consacrée à la participation du résident ou de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement, que ceux-ci peuvent avoir

³⁸ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de novembre 2017 « accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD ».

³⁹ L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux a rejoint la Haute autorité de santé le 1^{er} avril 2018.

⁴⁰ 1.3 page 4 du règlement de fonctionnement.

connaissance du projet d'établissement à leur demande. Cette possibilité est également rappelé dans le livret d'accueil⁴¹ qui en présente le plan synoptique. Réciproquement, le projet d'établissement mentionne ces deux documents ainsi que la charte des droits et liberté.

La SGMR précise que le projet d'établissement 2016-2021 est à la disposition, à l'accueil de l'établissement, de toutes les personnes souhaitant le consulter et des salariés, en salle de repos. Il ne fait donc pas l'objet d'une diffusion systématique aux résidents lors de leur admission.

1.3.2- Des objectifs de prise en charge mesurables et l'organisation de leur suivi

Les objectifs fixés par le projet d'établissement en matière de prise en charge, en dehors de ceux examinés dans la partie sur la procédure d'admission (voir infra, 1.3.4), sont décrits au fil de la présentation des projets de vie et de soins. Ces objectifs ne sont pas regroupés dans un tableau de synthèse précisant des actions pour leur mise en œuvre et les indicateurs de résultat afférents, ce qui nuit au suivi du projet.

Le projet a toutefois fait l'objet par l'établissement d'un suivi, principalement concentré sur la mise en place de l'UVP. Le CVS a été informé régulièrement de l'avancement de l'aménagement de l'UVP ainsi que de la mise en place du plan de formation et l'ouverture de l'unité a été effective le 3 juillet 2017. Un groupe de travail « projet Alzheimer » a précisé les conditions de mise en place de cette unité, ses caractéristiques, son aménagement, son mode de fonctionnement, les résidents concernés et le dimensionnement de l'équipe dédiée dont la constitution s'est faite sur la base du volontariat. Il s'est réuni à trois reprises en 2016, puis cinq fois en 2017.

Outre la prévention de la maltraitance évoquée infra⁴², une partie importante du projet est consacrée à la prévention individuelle et collective des risques sanitaires : douleurs, chutes, escarres, dénutrition et déshydratation, troubles de l'humeur et du comportement, iatrogénie médicamenteuse. Concernant les chutes, le projet se positionne en faveur d'une limitation maximale de la contention. Si elle doit être mise en œuvre pour la sécurité du résident, elle lui est proposée et expliquée ainsi qu'à sa famille, puis réexaminée quotidiennement lors des relèves. Il prévoit la tenue d'une commission mensuelle sur la prévention du risque suicidaire conformément aux RBPP relatives à la souffrance psychique de la personne âgée⁴³ qui préconisent notamment de mettre en place « *un processus de suivi et / ou de veille des situations à risque et leur réévaluation régulière* ». Cette commission n'a pas été mise en place comme la chambre le relève par ailleurs (infra, 2.2.1).

En revanche, le projet d'établissement ne traite du projet d'animation qu'indirectement, au titre du projet de soins, pour le maintien des capacités de déplacement et d'accompagnement des personnes non valides, et concernant la prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement. Le projet d'animation est alors présenté comme un élément du projet de soins non pharmacologique (ateliers thérapeutiques et occupationnels).

Le futur projet d'établissement devra exposer clairement les objectifs poursuivis, les actions les déclinant et leur associer des indicateurs de résultat, avec une partie spécifique au projet d'animation.

⁴¹ Informations pratiques, le projet d'établissement page 22.

⁴² Voir notamment la partie 2.3.

⁴³ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement » de mai 2014.

Le projet énumère également d'autres partenariats sur des sujets plus circonscrits, qui attestent de la volonté d'insertion de l'EHPAD au sein de son territoire et des réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux intervenant auprès des personnes âgées. Les principales conventions concernent :

- ♦ l'établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'association Oikia, du 1^{er} juillet 2008 ;
- ♦ la société SOS Oxygène, du 1^{er} août 2008 ;
- ♦ l'hôpital privé de la Loire, du 4 mai 2012 ;
- ♦ le CHU de Saint-Etienne du 11 juillet 2014 en matière d'hygiène et de prévention des risques infectieux ;
- ♦ l'hôpital du Gier, l'une du 1^{er} juillet 2015 portant sur la coopération entre les deux établissements et l'autre du 7 juillet 2015 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs ;
- ♦ la pharmacie du Gier du 7 septembre 2017 ;
- ♦ la résidence La Buissonnière du 26 février 2018 ;
- ♦ le laboratoire Dyomeda-Neolab de Saint-Chamond du 25 octobre 2019.

Ces conventions sont toujours actives mais aucune n'a fait l'objet d'un bilan ou d'une évaluation (leur contenu est détaillé infra, partie 2.2.2).

Ces coopérations complémentaires couvrent l'essentiel du parcours de soins d'une personne âgée et forment un ensemble cohérent avec les priorités du PRS 2012-2017 de Rhône-Alpes, les objectifs du PRS 2018-2028 d'Auvergne-Rhône-Alpes, le schéma départemental d'autonomie de la Loire, en particulier son action 11, et la convention tripartite.

L'EHPAD a renforcé ses coopérations depuis la signature de la convention tripartite, en adéquation avec ses objectifs et avec ses actions tels que le renforcement de la collaboration avec les centres hospitaliers, l'adhésion à la charte du réseau gérontologique local, la pérennisation de partenariats notamment avec l'aumônerie et la société protectrice des animaux (SPA)⁴⁵, la mobilisation de ressources locales en matière de prévention bucco-dentaire. Elle s'est également engagée dans l'utilisation du logiciel Via trajectoire⁴⁶.

Cet effort doit être poursuivi pour remplir pleinement les ambitions de la convention tripartite et du projet d'établissement. Le partenariat affiché avec la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), par exemple, figure dans la charte de la filière gérontologique signée par l'établissement et dans son projet mais ne fait pas l'objet d'une action continue et concertée. Les partenariats avec France Alzheimer et la crèche municipale semblent inactifs mais les actions avec les écoles, le centre social de Lavieu et l'EHPAD de Lorette se poursuivent.

La consolidation de cette mise en réseau territorial, complémentaire du réseau interne au groupe, est indispensable à une prise en charge de qualité dans le cadre d'un parcours de soins et d'accompagnement global. Elle est aussi indissociable de la démarche « Humanitude » engagée par le groupe, notamment en terme d'ouverture de la structure sur l'extérieur.

1.3.4- La procédure d'admission

La procédure d'admission, décrite dans le projet d'établissement, prévoit la recherche du consentement éclairé du résident, en adéquation avec ses capacités, en présence des familles et de la personne de confiance. La priorité est donnée à l'accueil de personnes dont l'état de

⁴⁵ Voir infra, 2.1.2, paragraphes sur les bonnes pratiques de prise en charge pour la SPA et sur l'accompagnement de la fin de vie pour l'aumônerie.

⁴⁶ Voir supra, 1.1.3.

santé correspond à l'orientation du projet. Le second critère pris en compte est le niveau suffisant des ressources, point examiné par les services centraux de la SGMR. Les réponses négatives sont justifiées auprès des demandeurs.

Le projet d'établissement ne prévoit pas la mise en place d'une commission d'admission mais précise que la décision d'admission est prise en accord avec le médecin coordonnateur et la direction. La SGMR a fourni une liste de 13 refus d'admission pour des motifs exclusivement médicaux, du 1^{er} juillet au 2 décembre 2019, sans précision sur les caractéristiques des dossiers rejetés. Elle a indiqué que l'information des personnes se fait par appel de l'adjointe de direction ou de la directrice, et du médecin en complément, si besoin.

L'examen du registre d'admission ouvert le 7 mai 2019 a permis de constater la bonne tenue et la régularité de ce document notamment au regard des articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.

Le souhait que le résident puisse découvrir l'établissement avant l'entrée, dans le cadre d'un rendez-vous de préadmission, figure dans le projet d'établissement qui précise que cela n'est pas toujours possible, notamment lorsque le résident est transféré d'un hôpital. Dans cette hypothèse, le projet prévoit la possibilité de rencontres à l'hôpital ou à son domicile. En revanche, il ne prévoit pas de périodes d'essai même s'il évoque la possibilité que l'hébergement temporaire puisse parfois en tenir lieu.

La consultation de 21 dossiers de résidents⁴⁷ a montré qu'aucun n'incluait de compte rendu de l'entretien d'admission. Les dossiers des résidents examinés sont tenus de façon hétérogène. Certains dossiers sont complets et bien classés, en particulier deux qui concernent des résidents faisant l'objet d'une mesure de tutelle, alors que d'autres présentent des lacunes, certains étant de surcroît mal agencés.

Conformément aux articles L. 311-3 à L. 311-11 du CASF qui garantissent les droits et libertés individuels des personnes prises en charge dans les ESMS et en précisent les conditions de mise en œuvre, le projet énonce les documents et procédures encadrant l'admission de la personne. Ainsi, le contrat de séjour doit être « *lu avec le résident et / ou son représentant avant sa signature* ». En outre, le résident et / ou sa famille ont connaissance du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil avec la charte des droits et libertés de la personne accueillie annexée.

L'examen des dossiers des résidents a permis de constater que la prise de connaissance de ces documents par le résident et sa famille n'est pas garantie. Ainsi, sur l'échantillon examiné, seulement 38 % des dossiers contenaient une attestation de remise du livret d'accueil, de la charte et du règlement de fonctionnement remplie et signée. Or le livret d'accueil, document obligatoire (article L. 311-4 du CASF), assure une présentation de la structure en établissant un état précis des lieux et un inventaire rigoureux des prestations, accompagnements et interventions délivrés permettant au résident de disposer d'une information sur la gamme des services mis à sa disposition. Il n'a pas été possible de s'assurer que cette information était assimilée par les résidents du fait des mesures générées par la crise sanitaire.

1.4- Le projet d'accompagnement personnalisé

L'article L. 311-3 du CASF dispose que « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.* » Il énumère un certain nombre de droits assurés à ces personnes parmi lesquels « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion (...)* ». Pour les EHPAD, le 3^o de l'article

⁴⁷ 21 dossiers consultés sur 70, soit un échantillon de 30 %.

D. 312-155-0 du CASF précise cet accompagnement : ils « *mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies* ».

1.4.1- L'accueil des nouveaux résidents

Conformément à son projet, l'établissement organise une visite de préadmission qui est l'occasion d'un premier contact avec le nouvel environnement et de rassurer le futur résident et sa famille. Elle donne lieu à un entretien avec la direction de l'EHPAD, en présence de la famille et de la personne de confiance, qui permet de rechercher, selon les capacités de la personne, son consentement ou a minima son assentiment. Un formulaire attestant du recueil de ce consentement est signé en fin d'entretien par la personne ou une tierce personne si elle n'est pas en capacité de le faire. L'échange facilite la prise de connaissance de la personne et de son histoire. Il permet aussi de consulter les familles des personnes susceptibles d'être accueillies au sein de l'UVP quant à leur volonté de s'impliquer dans le projet de soins et le projet de vie.

Comme le prévoit l'article L. 311-4 du CASF, un contrat de séjour est conclu avec la personne accueillie, et la SGMR est attentive à sa bonne rédaction. Le document-type du groupe a fait l'objet de neuf modifications pendant la période sous revue, notamment pour tenir compte des évolutions législatives ou réglementaires. Elles sont le plus souvent formelles. Certaines retiennent néanmoins l'attention. Ainsi, dans la logique du nouveau projet d'établissement, entre la version de septembre 2015 et la suivante du 6 octobre 2016, l'article 1 ne comporte plus de période d'essai d'un mois assortie d'un délai de prévenance de sept jours. Le délai de rétractation légal⁴⁸ de 15 jours à partir de la signature du contrat, sans préavis, lui a été substitué. La disparition de cette période d'essai, destinée selon les termes du contrat à « *favoriser l'adaptation et l'intégration du résident* », est regrettable en termes de qualité d'accueil et de prise en charge. Dans sa réponse, le gérant de l'EURL indique que cette clause a été considérée comme abusive par la direction départementale de la protection des populations (DDPP) et a donc été retirée des contrats. La chambre rappelle toutefois que si une recommandation de la commission des clauses abusives du 5 juillet 1985 proscrit bien ce type de clause, ce n'est que lorsqu'elles reconnaissent « *au professionnel la faculté de résilier le contrat pendant une période d'essai suivant sa signature sans que cette même faculté soit explicitement reconnue à l'autre partie au contrat, ou de donner à cette période d'essai une durée indéterminée ou excessive.* » Or la clause visée des contrats de séjour de l'établissement stipulait une durée d'un mois, qui ne peut être tenue pour excessive, et reconnaissait la possibilité de résiliation aux deux parties.

Toujours entre ces deux versions, des précisions ont été apportées à l'article 2. Dans la partie relative au contenu du dossier médical, à propos des directives anticipées concernant la fin de vie, il a été ajouté que la personne hébergée qui les a rédigées s'engage à informer le médecin coordonnateur dans l'hypothèse où elle ne serait plus en mesure de manifester son consentement de « *ses souhaits concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux* ». Elle doit aussi le tenir informé de son éventuelle décision de modification ou de révocation de ces directives. Il comporte désormais une partie 3 consacrée à l'entretien préalable et à la recherche du consentement et une partie 4 relative à la désignation de la personne de confiance.

⁴⁸ Article L. 311-4-1 II du CASF : « *La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif* ».

Le second point de l'article 8 du contrat type pour l'hébergement permanent affirme que l'établissement garantit aux résidents l'exercice des droits et libertés individuels et précise leur liberté d'aller et venir, notamment la possibilité d'entrer et de sortir à leur guise.

Celle-ci peut toutefois être limitée, à la demande expresse des familles ou représentants légaux, en cas de pathologie psychiatrique diagnostiquée. La version du 1^{er} septembre 2017 du dossier administratif, s'enrichit de l'annexe du contrat de séjour relative aux « *mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir* ». Cette annexe est prévue comme une faculté par l'article L. 311-4-1 du CASF, créé par la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, et ses modalités d'élaboration, de signature et de remise au résident sont issues du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016. Les dispositions de ce décret sont applicables aux contrats conclus à compter du 1^{er} avril 2017.

L'article 2 de la version du 1^{er} mai 2019 décrivant le contenu du dossier médical suscite désormais la remise au résident, le jour de l'entretien précédant l'admission, d'une fiche d'information sur la possibilité de rédiger des directives anticipées. Le 2-2 de l'article 6 exclut la résiliation pour manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement lorsqu'un avis médical atteste que ceux-ci sont causés par l'altération des facultés mentales ou corporelles du résident. Les modalités du recours au médiateur à la consommation, explicitées au 4 de l'article 6, ont été actualisées en juillet 2019. L'article 8 est complété d'un paragraphe sur le traitement et la protection des données personnelles. Cette dernière modification, un an après l'entrée en application du règlement général, européen, sur la protection des données (RGPD), est tardive. La SGMR a fait le choix d'un délégué à la protection des données positionné au niveau central.

Dans le contrat de séjour, quelle qu'en soit la version, la visite de l'établissement et de la chambre lors de l'entretien de préadmission et la nomination d'un salarié référent ne sont mentionnées qu'en tant qu'éventualité. La chambre invite le gestionnaire à rendre ces deux options obligatoires dans les contrats types, sauf demande contraire formalisée du résident ou de son représentant. Elles sont, en effet, importantes respectivement dans la qualité d'accueil et dans la continuité de la prise en charge des personnes accueillies.

La signature du contrat garantit que le consentement éclairé du résident a bien été recherché. Conformément à l'article D. 311 du CASF, ces différentes versions prévoient un descriptif des objectifs de la prise en charge, par un avenant inclus dans le dossier administratif, et des prestations en matière d'hébergement, de dépendance et de soins ainsi qu'une annexe présentant les prestations fournies par l'établissement, leurs tarifs et celles retenues par le résident.

Les différentes versions du contrat comportent également des indications sommaires sur les conditions de séjour et d'accueil dans la partie décrivant les prestations liées à l'hébergement et plus détaillées sur la participation financière du bénéficiaire (article 4) et les conditions de facturation (article 5). Les modalités de résiliation sont énoncées clairement à l'article 6. L'obligation, imposée par l'article L. 314-12 du CASF, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement de conclure avec celui-ci un contrat portant sur leurs conditions particulières d'exercice est rappelée à l'article 8. La durée est mentionnée pour les hébergements temporaires et qualifiée d'indéterminée pour les permanents (article 1). Cette qualification est conforme à l'article L. 342-2 du CASF s'agissant d'un établissement qui n'est pas habilité à l'aide sociale.

La mention de la durée est l'une des rares spécificités notables des contrats de séjour de l'hébergement temporaire au même titre que l'absence de période d'essai dans la version de septembre 2015. Ils ont d'ailleurs fait l'objet des mêmes modifications aux mêmes dates que ceux de l'hébergement permanent. D'autres aménagements secondaires comme la réduction

du dépôt de garantie de 30 à 15 jours ne constituent que des adaptations au caractère temporaire de l'accueil. Ils prévoient leur transformation de plein droit en contrat à durée indéterminée, dès lors que le résident est resté plus de six mois consécutifs dans l'établissement conformément au dernier alinéa de l'article L. 342-2 précité.

Les deux catégories de contrats type comprennent les éléments obligatoires prévus par le CASF. Par exemple, conformément aux articles L. 342-2 et D. 342-3 du CASF, le socle minimal de prestations correspondant à l'annexe 2-3-1 du même code est inclus dans l'annexe du contrat de séjour décrivant les prestations offertes par l'établissement, le contrat précisant que « *toutes les annexes et tous les avenants postérieurs signés entre les parties ne formeront qu'un ensemble contractuel indissociable* ».

En revanche, le contrat de séjour ne mentionne pas explicitement l'avenant prévu par l'article D. 311 du CASF, et précisant « *dans le délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne* ». Dans la pratique, cet avenant était absent de 20 dossiers de résidents sur les 21 examinés par la chambre. L'actualisation annuelle des objectifs et prestations imposée par ce même article ne peut donc être effectuée. Dans sa réponse, le gérant de l'EURL fait référence à la mention dans la partie du contrat relative au dossier administratif du dossier d'admission (article 2) d'un avenant descriptif des objectifs de prise en charge. Or, si la définition des objectifs de la prise en charge est bien une obligation imposée par l'article D. 311 au 1° du V, l'avenant visé par la chambre est lui exigé par l'alinéa 10 de ce même V. Les objectifs de prise en charge font partie intégrante du contrat de séjour établi à l'admission tandis que cet avenant est un outil d'adaptation des objectifs et des prestations qui intervient dans les six mois suivant l'admission.

L'examen de ces dossiers a ainsi permis de constater que 86 % d'entre eux comportaient un contrat de séjour. Trois situations (14 %) ne respectent pas l'obligation imposée par l'article L. 311-4 du CASF. En outre, certains des 18 contrats examinés sont lacunaires. L'un ne mentionne pas la date d'admission ni la durée du séjour. Un autre n'est pas signé, ce qui jette un doute sur le consentement de la personne et sur sa participation ou celle de sa famille ou de son représentant légal, à l'établissement du contrat. Or, celle-ci est requise à peine de nullité par l'article D. 311 du CASF. Un autre, enfin, comporte des directives anticipées signées mais non remplies ce qui pourrait être considéré comme une atteinte grave aux droits de la personne. Plus globalement, la qualité de la tenue des dossiers est très variable et certains comportent des documents qui ne devraient pas y figurer (voir infra, partie 2).

L'attestation de délivrance de l'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance prévue par l'article D. 311-0-4 du CASF ou un document mentionnant cette désignation ne figure que dans 22 % des dossiers. 38 % contiennent un document signé attestant de la remise du livret d'accueil, de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et du règlement de fonctionnement imposée par l'article L. 311-4 du CASF.

Une annexe relative aux « *mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir* », signée de la personne concernée et de la directrice de l'établissement est présente pour au moins 18 dossiers de résidents consultés. Les dates de signature montrent que le délai maximum d'un mois après l'admission fixé par l'article D. 311 du CASF a été globalement respecté (sauf pour un dossier).

La chambre recommande à l'établissement plus de rigueur dans l'application des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à la procédure d'admission, aux documents à remettre à la personne accueillie et au contrat de séjour.

En ce qui concerne les projets d'accompagnement personnalisé (PAP), la SGMR a précisé que 37 étaient réalisés et actualisés au 3 septembre 2020. L'établissement a pris du retard en raison des périodes sans psychologue et/ou infirmier diplômé d'État coordonnateur (IDEC). Sur 12 projets examinés par la chambre, sept avaient été mis à jour entre avril 2019 et février 2020. La totalité de ces 12 projets comprenait un projet de soins et un projet de vie conformément au 3° de l'article D. 312-155-0 du CASF. La SGMR a communiqué en complément la liste des résidents mentionnant ceux bénéficiant de projets personnalisés assortie des dates de signature et dates de révision. Sur les 66 résidents qui y figurent, 35 (53 %) disposaient d'un PAP dont huit étaient à jour, soit un peu plus de 12 % des résidents. 24 d'entre eux sont entrés en 2020, dont trois seulement avant le début de la crise sanitaire qui a donné un coup d'arrêt au travail entrepris. La réalisation de leur PAP est programmée entre novembre 2020 et mars 2021. En ne prenant en compte que les résidents présents dans l'établissement avant le 1^{er} janvier 2020, un peu plus de 83 % disposaient d'un PAP, 19 % d'un PAP à jour.

Aucun des 12 projets examinés ne comportait de signature du résident concrétisant son accord sur le projet et ses préconisations. S'il n'a pu être établi formellement que le résident avait bien été associé au projet, comme le préconise l'ANESM⁴⁹, la SGMR a indiqué que la réalisation du PAP comportait nécessairement une rencontre avec le résident et que sa participation se faisait lors de cet échange. Elle s'est engagée à essayer dorénavant d'obtenir la signature du résident pour en attester.

En outre, 11 projets ont été élaborés dans un délai supérieur à celui d'un mois après l'arrivée de la personne dans l'établissement prévue par le projet d'établissement et le protocole interne au groupe relatif à ces projets, la moyenne se situant à 160 jours, soit cinq mois et dix jours. Par ailleurs, les projets de quatre de ces résidents n'ont pas été réévalués depuis plus d'un an contrairement aux recommandations de l'ANESM précitées reprises par ce même protocole, et même plus de trois ans pour l'un d'entre eux.

La chambre engage l'établissement à poursuivre la mise à jour des projets d'accompagnement personnalisé et à mettre en place un dispositif partagé d'actualisation annuelle, ou lorsque le résident ou son représentant légal le demande et en cas de changement notable de son état, conformément aux recommandations de l'ANESM⁵⁰. Il doit aussi se conformer aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF qui imposent que le projet d'accompagnement personnalisé soit mis en place « avec la personne accueillie ». La mise en œuvre de l'engagement pris par la SGMR d'un recueil de la signature du projet, ou de son actualisation, par le résident ou son représentant légal, constituerait un progrès dans ce sens.

1.4.2- L'accompagnement individuel mis en place

La chambre a retenu trois marqueurs de la qualité de l'accompagnement individuel des personnes accueillies : la désignation d'un personnel référent pour chacune, la coordination des projets d'accompagnement personnalisé, le recueil des directives anticipées.

La consultation de dossiers des résidents n'a pas permis de constater de formalisation de la désignation d'un professionnel référent à l'exception d'un dossier. Cette désignation est présentée comme une simple faculté dans les contrats de séjour, « *le cas échéant* », alors qu'elle constitue un des objectifs du projet d'établissement⁵¹. La recommandation de bonnes

⁴⁹ Fiche-repère « *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)* » d'août 2018 : « *Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels* ».

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ 3.1.1, La garantie des droits individuels, l'accueil des premiers jours, page 37.

pratiques professionnelles (RBPP) du 12 janvier 2011⁵² la présente comme un élément de nature à faciliter la prise de repères « *pour les premières semaines* » et l'association et le soutien des proches auxquels elle prescrit de donner les coordonnées du référent. Selon une liste transmise par la SGMR, 15 référents couvrant 66 des résidents accueillis dans l'établissement auraient cependant été désignés. La chambre invite l'établissement à assurer la mise en œuvre effective de cet objectif du projet d'établissement et à mettre à jour les dossiers des résidents en conséquence.

La coordination des projets personnalisés s'opère au niveau des infirmiers, qui sont chargés d'un groupe de résidents et sont responsables de la mise en œuvre, du suivi et de l'actualisation de leurs projets personnalisés et de la psychologue qui supervise ce travail et assure la coordination générale de l'ensemble des projets.

Au-delà de leur actualisation effectuée par les infirmiers et encadrée par le protocole interne complété par deux fiches de recensement des centres d'intérêts et de l'histoire de vie, le projet d'établissement prévoit que les projets sont élaborés de manière collégiale par le médecin coordonnateur, l'infirmier coordonnateur, les infirmiers, l'aide-soignant référent et l'animateur, auxquels le protocole interne ajoute la psychologue, et qu'ils peuvent être revus au sein de la commission éthique. Cette dernière n'a toutefois jamais été mise en place.

Ces échanges sont couverts par le secret professionnel mentionné dans le livret d'accueil⁵³ et le règlement de fonctionnement⁵⁴. La SGMR a précisé à ce sujet que « *le secret médical partagé garantit le respect de la vie privée* » et que l'accès aux données médicales dans le logiciel de soins est restreint en fonction du profil et de la fonction de la personne. Elle ajoute que « *le résident peut s'opposer à l'élaboration de son projet d'accompagnement personnalisé (...) ce qui garantit son droit d'opposition au partage* ». Le protocole interne prévoit, en effet, que les résidents puissent choisir de « *ne pas participer à cette individualisation de la prise en charge* ». Les restrictions d'accès au logiciel de soins ont été vérifiées sur place le 2 septembre 2020, avec la directrice régionale Centre et le responsable du système d'information de la SGMR. Cette organisation respecte les grandes lignes de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Toutefois, les modalités d'information des résidents sur le partage d'information et leur droit de s'y opposer, pourraient être décrites plus précisément dans le protocole. Il en est de même du recueil du consentement de la personne accueillie, préalablement au partage d'information entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Les directives anticipées sont sollicitées à l'admission conformément au projet d'établissement puis signées, le cas échéant, dans les semaines qui suivent. S'agissant d'un sujet délicat pour les personnes accueillies et pour leur famille, ces documents sont souvent insuffisamment renseignés. La chambre n'a d'ailleurs pas observé de prise en compte des directives anticipées dans les projets d'accompagnement personnalisé examinés. Toutefois, le règlement de fonctionnement est sans ambiguïté sur le respect des volontés exprimées par les résidents en cas de décès⁵⁵ et le livret d'accueil indique la possibilité pour toute personne de faire connaître ses directives anticipées, la forme de celles-ci, leur validité de trois ans et leur révocabilité à tout moment.

⁵² Recommandation de bonnes pratiques professionnelles du 12 janvier 2011, Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement, déjà citée.

⁵³ Le secret professionnel page 8.

⁵⁴ 1.4 accès et confidentialité des informations concernant le résident, page 4.

⁵⁵ Règlement de fonctionnement, 1.1 Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des résidents – respect des volontés en cas de décès, page 3.

1.4.3- La fin de la prise en charge et la sortie de l'établissement

La fin de la prise en charge dans un EHPAD peut intervenir pour différents motifs : retour au domicile ou à celui d'un proche, changement d'EHPAD, décès dans l'établissement ou à l'hôpital. Hormis en cas de décès, les hospitalisations n'entrent pas dans les statistiques des sorties définitives. Elles sont d'ailleurs comptabilisées à part dans les rapports annuels d'activité médicale⁵⁶.

Les rapports annuels d'activité médicale (RAMA) spécifient la répartition par motif des sorties définitives de l'établissement. Ainsi, en 2016 sur 93 sorties, un peu plus de 60 % étaient dues à un transfert vers un autre EHPAD et 4,3 % à un retour au domicile. En 2017, pour 67 sorties, la distribution était un peu différente : 28 % pour les transferts vers un autre EHPAD et 7 % pour les retours au domicile. Les RAMA 2018 et 2019 annoncent respectivement 89 % et 96 sorties dont 39 % vers un autre EHPAD et respectivement 29 % et 28 % à destination du domicile⁵⁷.

La comparaison des chiffres des RAMA, utilisés pour le tableau 2 de la partie 1.1.1, avec ceux transmis par la SGMR, repris dans le tableau 4 ci-dessous, dénote une difficulté de l'établissement et du gestionnaire à fournir des données cohérentes. Pour l'illustrer, le RAMA 2016 comptabilise 110 entrées quel que soit le type de séjour, dont 90 en hébergement permanent, et 93 sorties définitives, la SGMR recense pour sa part 87 entrées et autant de sorties. L'établissement et son gestionnaire doivent être vigilants sur la qualité des informations contenues dans leurs documents de suivi et de bilan de leur activité. Leur fiabilité est un des fondements de la qualité du pilotage stratégique et de la crédibilité vis-à-vis des autorités de tarification et des clients.

Ces distorsions ne masquent toutefois pas les grandes tendances mises en évidence dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Taux de rotation et de décès des résidents, 2016 à 2019 (hébergement permanent)

	Nombre d'entrées	Nombre de sorties	Dont décès	Places autorisées	Résidents accueillis au 31.12	Taux de rotation des personnes accompagnées ⁵⁸	Taux de décès / résidents ⁵⁹
2016	87	87	32	68	68	127,94 %	20,6 %
2017	68	65	25	68	62	97,79 %	19,7 %
2018	88	91	24	68	68	131,62 %	15,1 %
2019	96	95	30	68	66	140,44 %	18,6 %

Sources : données SGMR, CA (2016), ERRD, calculs CRC Auvergne-Rhône-Alpes.

⁵⁶ Voir la partie relative au parcours de soins (2.2.4).

⁵⁷ Ces chiffres sont à prendre avec prudence compte tenu de l'hétérogénéité qualitative des RAMA et des incohérences internes relevées, en particulier pour celui de 2017. Par exemple, pour les sorties, au 9.2 page 29 il est indiqué : 13 décès dans l'établissement, 8 en dehors, 19 transferts dans un autre établissement et 4+1 retours au domicile soit 45 sorties au total alors qu'au 9.7 page 35 les chiffres correspondants sont respectivement 14, 7, 38 et 8 soit 67 sorties. La chambre a retenu les seconds, plus cohérents avec ceux des autres années et avec ceux fournis par la SGMR (tableau 4), bien qu'ils soient encore différents de ceux transmis à l'ARS dans le cadre du plan d'action consécutif aux inspections de 2015 et 2016 (27 décès en 2017 par exemple).

⁵⁸ Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP – Guide des indicateurs, version 2020 page 62, taux de rotation des personnes accompagnées = nombre de sorties + nombre d'admissions dans l'année hors hébergement temporaire et accueil de jour / 2 / nombre de lits et de places autorisés hors hébergement temporaire et accueil de jour.

⁵⁹ DREES, Études et Résultats 1094 de novembre 2018 : taux de décès = nombre de décès dans l'année / nombre de résidents présents au 31.12 de l'année + nombre de sorties dans l'année.

Durant la période sous revue, le taux de décès moyen est de 18,5 %, alors qu'au plan national il était de 18 % en 2011 et de 20 % en 2015 selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé⁶⁰. La part moyenne des sorties pour décès sur la période est également plus faible que celle relevée au plan national par cette même étude. En effet, un tiers des sorties de l'établissement était dû à un décès. Seule 2020 est atypique avec un peu plus de la moitié des sorties en raison de décès pour les cinq premiers mois de l'année. En France, 82 % des sorties correspondent à un décès en 2015 contre 77 % en 2011. L'importance du turn-over des résidents, en particulier le nombre de sorties pris en compte dans le calcul de ces deux ratios, tend à minorer le taux de décès.

En effet, le taux de rotation des personnes accompagnées a été pointé comme anormalement élevé par l'ARS et le département de la Loire. Les extraits du tableau de bord de l'ANAP⁶¹ que l'ARS a communiqués à l'équipe de contrôle révèlent d'importants écarts par rapport aux établissements de taille comparable (60 à 99 places). Pour l'année 2018, le taux de rotation médian était en effet de 29,85 % dans la Loire, 30,27 % en Auvergne-Rhône-Alpes et 31,41 % en France pour 131,62 % aux Opalines Saint-Chamond avec un indicateur construit de façon identique.

Dans leur courrier commun du 15 juillet 2019 au directeur général de la SGMR, le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental de la Loire exigeaient des résultats rapidement sur une douzaine de points concernant les deux établissements ligériens du groupe, dont « *la baisse du turn-over des résidents, impliquant le respect des autorisations en hébergement temporaire et la mise en œuvre de projets de vie et de soins rigoureusement suivis et tracés* ». À défaut, les deux autorités de tarification se déclaraient prêtes à mettre en œuvre « *les dispositions réglementaires prévues à toutes fins de garantir la sécurité des personnes accompagnées dans ces deux structures, considérant la défaillance du gestionnaire* ».

La chambre recommande à l'établissement et à son gestionnaire de déterminer, en lien avec les autorités de tarification, les causes de cette instabilité de la population accueillie et de définir un plan d'action approprié. Celui-ci devra comporter les mesures d'organisation et de renforcement des moyens nécessaires, sans exclure de réorienter, pour ce faire, une partie des excédents annuels dégagés.

Au-delà de la pertinence des actions proposées, l'association des résidents, des familles et des salariés de l'établissement à leur élaboration, renforcerait leur pertinence et leur appropriation. Elle permettrait aussi une prise de conscience et une analyse partagée de la situation.

L'établissement est aujourd'hui dans une phase décisive pour son avenir. Dans une séquence temporelle très resserrée, il doit préparer son futur projet d'établissement, son premier CPOM, et organiser les élections des membres du CVS. Il s'agit d'une occasion de remise à plat en cohérence avec la démarche « Humanitude » et avec le concept de bienveillance que son groupe gestionnaire a choisi pour affirmer une identité repérable, fondée sur une offre de qualité, rassurante et attractive pour les personnes âgées et leurs familles.

La crise sanitaire provoquée par la pandémie mondiale de COVID-19 en 2020 a constitué une épreuve révélatrice de la capacité de mobilisation et du professionnalisme des équipes dont le bilan est plutôt encourageant (voir infra parties 3.1 et 3.2).

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP 2019 sur les données 2018.

En ce qui concerne l'hospitalisation des résidents, le projet d'établissement prévoit d'y recourir le moins possible sauf en cas d'urgence le week-end ou la nuit. Un protocole relatif aux hospitalisations a été mis en place par la SGMR à l'attention des personnels de ses établissements. Il priorise effectivement la prise de contact avec le médecin traitant. Les conventions avec les hôpitaux (cf. supra partie 1.3.3), vont également dans ce sens. Elles prévoient un contact préalable avec le médecin traitant ou le médecin coordonnateur et, implicitement ou explicitement, un retour au sein de l'établissement à l'issue. Le projet d'établissement évoque en revanche l'hospitalisation à domicile (HAD) comme une solution pour soulager la douleur des personnes en fin de vie et les faire bénéficier d'un matériel médical approprié et de l'astreinte infirmière de nuit. La convention avec l'établissement de HAD de l'association Oikia du 1^{er} juillet 2008 prévoit la signature avant toute prise en charge d'un protocole d'intervention et d'un protocole de soins.

Dans l'hypothèse où l'état d'un résident s'aggraverait, un protocole élaboré par la SGMR guide les équipes. Il rappelle que les actes à réaliser au moment d'un décès ont pour but de « garantir le respect des procédures administratives obligatoires, les soins et la préparation du corps, le respect de la dignité, des directives anticipées et des convictions religieuses du défunt, la préservation et l'accompagnement des proches. » Il décrit la marche à suivre, les documents administratifs et le matériel nécessaires, les soins à effectuer, la conduite à tenir vis-à-vis de la famille et des pompes funèbres et les démarches après le départ du corps. Les partenariats mis en œuvre et les protocoles relatifs aux hospitalisations et aux décès traduisent une vision claire des contours de la prise en charge que l'établissement souhaite assumer et de la manière dont il passe le relais à des structures plus adaptées lorsque l'état de santé du résident le justifie.

Les transferts ont lieu presque exclusivement à la demande des résidents, de leurs familles ou tuteurs. Trois motifs les justifient : fin de séjour temporaire, rapprochement familial, économique (tarifs inférieurs ailleurs). Très rares, les transferts à la demande de l'établissement peuvent avoir lieu en cas de problématique liée à l'état de santé du résident. Pour l'organisation des transferts vers un autre EHPAD, l'établissement se rapproche de l'établissement d'accueil notamment pour le transfert des données administratives, du dossier médical. Le transport est commandé par « les Opalines ». Il n'y a pas de partenariat établi, les résidents restant libres de leur choix. L'établissement tient à jour les données relatives aux résidents transférés définitivement. Ces données sont incluses dans l'ensemble des sorties de l'établissement, y compris celles concernant les décès. Cependant, il n'est pas à même de déterminer l'établissement où est transféré le résident.

De janvier à août 2020, 28 résidents ont été transférés vers un autre établissement ce qui représente un peu moins de la moitié de l'ensemble des cas de sorties et plus de 65 % des cas de départ de l'établissement (hors décès).

Tableau 5 : Synthèse des sorties de l'établissement de janvier à août 2020

Motifs de sortie :	Nombre de cas	%	% (hors décès)
Décès dans établissement	13	21,7 %	
Décès hors établissement	4	6,7 %	
Retour à domicile	15	25 %	34,9 %
Transfert vers un autre établissement	28	46,7 %	65,1 %
TOTAL	60	100,0 %	100,0 %

Source : SGMR, retraité CRC.

1.4.4- L'architecture informatique à partir du dossier du résident

Comme tous les établissements du groupe, « Les Opalines » Saint-Chamond bénéficie d'un système d'information administré et contrôlé par le service informatique, constitué en fait du seul responsable du système d'information, que le groupe SGMR a créé en 2015.

Rattaché à la direction des achats, le responsable du système d'information a mis en place un réseau informatique homogène, qu'il pilote à distance et supervise 24 h/24 h avec l'appui de prestataires. Cette organisation lui permet de repérer les pannes très rapidement et d'intervenir avec des délais très courts. Les utilisateurs disposent d'un compte dans un annuaire centralisé. Des mesures et règles de sécurité sont appliquées automatiquement, en fonction des profils, améliorant ainsi la gestion de l'authentification et des droits d'accès.

Les dossiers des résidents étaient déjà informatisés avant l'arrivée du responsable du système d'information mais c'est au printemps 2017 qu'il a déployé un nouveau logiciel de soins avec cette approche globale au niveau du groupe. Le choix de ce logiciel de soins et de suivi des dossiers des résidents s'est effectué sur la base de trois critères qui sont, par ordre d'importance décroissante : la simplicité pour les utilisateurs, la qualité technique et le coût. Le logiciel choisi est un outil complet et reconnu sur le marché. Il permet une meilleure maîtrise des données grâce à l'hébergement local de la base de données. En complément, un autre logiciel permet la transmission des données médicales de façon sécurisée.

En outre, le logiciel est interopérable avec le dossier médical partagé (DMP), la SGMR ayant acquis l'extension requise. Son installation, suivie d'une téléformation, a été effectuée le 18 mai 2020. Les établissements ont reçu leurs cartes de professionnel de santé, indispensables pour accéder au DMP. Le DMP n'était toutefois pas encore opérationnel dans l'établissement à cette date, certains utilisateurs, dont le médecin coordonnateur et une infirmière, n'étant pas encore formés. Le déploiement était prévu pour la fin de l'année 2020. Les familles et les résidents ont été informés de sa mise en place par courrier et affichage. Un accompagnement sera proposé aux résidents pour la création de leur DMP. La CNAM a apporté une aide de 2 500 € à l'établissement.

L'accès aux données médicales dans le logiciel de soins est restreint en fonction du profil et de la fonction de la personne. Plus précisément, l'IDEC crée les accès réservés à elle-même, au médecin coordonnateur, à la psychologue, aux aides-soignants, et aux infirmiers. Les personnels administratifs n'ont pas accès au module soins. Le logiciel permet notamment le suivi des transmissions entre les équipes, des résidents et la traçabilité des constantes physiologiques : tension, poids, température. La visualisation des observations des médecins et de la psychologue est réservée aux infirmiers. Concernant les professionnels de soins extérieurs, seuls les médecins traitants ont accès au logiciel. À la date du 11 septembre 2020, cinq médecins traitants sur 12 intervenant dans l'établissement, soit 40 %, utilisaient le logiciel.

En termes de sécurité, la direction informatique a fait le choix d'une solution pour les postes finaux associée à trois modules : gestion des mises à jour pour les postes, centralisation et préservation des journaux d'événements, suivi de l'activité sur les données personnelles. L'ensemble des postes a été intégré dans un annuaire Active Directory⁶² centralisé, avec déploiement d'une politique de sécurité. Le responsable du système d'information et son supérieur hiérarchique, directeur des achats, sont les seuls à disposer des droits « administrateurs ». En cas d'indisponibilité du responsable du système d'information, le directeur des achats sollicite un prestataire externe pour prendre le relais. Le directeur général de la SGMR peut solliciter le support Orange pour réinitialiser le mot de passe administrateur, si nécessaire pour assurer la continuité du service.

La mise en place d'une politique de mot de passe des postes avec authentification unique est en cours de développement. Un mot de passe fort⁶³ est exigé pour chaque utilisateur et les sessions informatiques sont verrouillées après 15 minutes d'inactivité. Les données des applications du logiciel de soins sont sauvegardées quotidiennement hors de l'établissement.

⁶² Active Directory permet de recenser toutes les informations concernant un réseau : utilisateurs, machines, applications. Il permet à un utilisateur de retrouver et d'accéder à n'importe quelle ressource identifiée par ce service. Il constitue également un outil d'administration et de gestion du réseau.

⁶³ Mot de passe comportant : chiffres, lettres majuscules et minuscules, caractères spéciaux.

Il n'y a pas d'exigence particulière concernant les mots de passe car l'application utilise un chiffrement. Des tests mensuels sont effectués sur les sauvegardes ; le responsable du système informatique reçoit un rapport quotidien sur leur réalisation et un rapport automatique en cas d'échec. Il effectue, en plus, un contrôle tous les matins.

L'établissement dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) qui a un rôle essentiel pour améliorer les transferts d'informations au médecin intervenant en urgence pour « *une prise en soins optimale du résident dans l'Ehpad ou dans un service des urgences* »⁶⁴. Le dossier correspond au dossier type préconisé par la haute autorité de la santé. Il décrit notamment les pathologies en cours, antécédents médicaux et chirurgicaux et précise son identité et ses référents familiaux et médicaux.

Certains personnels ont suivi une formation de 28 heures en mai 2017, dispensée par le fournisseur du logiciel de soins, dans le cadre du plan de formation. Les feuilles de présence signées montrent que 17 personnes ont participé à ces sessions : la directrice et son adjointe, l'IDEC, le médecin coordonnateur, une infirmière et 12 aides-soignants (AS) ou faisant fonction d'aide-soignant (FFAS). Des « référents » ont été mis en place dans chaque établissement à l'issue de ces formations, afin de former les nouveaux arrivants ou les remplaçants. Il semble toutefois que ce système ait atteint aujourd'hui ses limites.

En matière de protection des données, le règlement général sur la protection des données (RGPD), en particulier son chapitre III, articles 12 à 21 relatifs à l'information, aux droits d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation dont est titulaire la personne concernée par ledit traitement, fixe les obligations du responsable du traitement, en l'occurrence du gestionnaire. Le résident est informé lors des entretiens préalables à l'entrée ou le jour de l'entrée de la façon dont est opérée la traçabilité dans le logiciel. Le contrat de séjour offre à la personne accueillie la possibilité de s'opposer au traitement de ses données personnelles mais cela peut remettre en question sa prise en charge. Les données sont conservées dix ans après le départ du résident (sortie ou décès).

Il n'y a pas encore d'interface ou de lien entre le logiciel de soins et la gestion financière et des ressources humaines. Un projet concernant le logiciel de facturation est cependant en cours de développement. Parmi la quinzaine de fonctionnalités qu'il propose, les établissements du groupe utilisent principalement, outre celle consacrée aux soins :

- ♦ l'accès à distance aux dossiers des résidents par leurs médecins ;
- ♦ l'accès aux pharmaciens afin vérifier la sécurité des ordonnances et d'apporter des conseils d'observance ;
- ♦ la planification et le suivi des tâches ;
- ♦ le lecteur de code-barres complémentaire des modules soins et planification et suivi des tâches ;
- ♦ l'accès par tablette aux plans de soins et fiches de traitement par résident ainsi qu'au cahier de transmissions lors des déplacements des personnels soignants auprès des résidents, notamment dans les chambres.

La chambre relève la cohérence et la sécurité du système d'information mis en place. Elle appelle toutefois l'attention du gestionnaire et de l'établissement sur la nécessité de renforcer encore, notamment par une formalisation permettant une traçabilité, l'information des résidents sur leurs droits en matière de protection des données conformément au RGPD.

⁶⁴ Guide d'utilisation du dossier de liaison d'urgence de la Haute autorité de santé de juin 2015.

2- LE RÉSIDENT, SON PROJET PERSONNALISÉ ET LA QUALITÉ DE SA PRISE EN CHARGE

Les documents internes au groupe prévoient une stricte séparation entre le volet administratif et le volet médical du dossier d'admission. Ce dernier n'est en principe accessible qu'à l'IDEC et au médecin coordonnateur, dans le respect du secret professionnel⁶⁵. En outre, les dossiers de soins comme les projets personnalisés sont conservés à part, dans le dossier médical dont l'accès est réservé au personnel médical.

Dans la pratique, il arrive que certains des dossiers des résidents, dont le caractère hétérogène du suivi a été relevé supra, contiennent des éléments de nature médicale. C'était le cas de deux des vingt-et-un dossiers examinés. L'établissement doit consacrer le temps nécessaire à la mise à jour des dossiers des résidents et surtout en exclure toute information de nature médicale. En revanche, toutes les dispositions ont bien été prises pour circonscrire l'accès aux dossiers de soins et médicaux informatisés (cf. supra⁶⁶).

2.1- Des marqueurs de qualité pour l'accompagnement individuel

La qualité de l'accompagnement individuel s'apprécie au regard des obligations juridiques qui incombent à un EHPAD, de la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles, du niveau d'association des résidents à la vie de l'établissement et à son fonctionnement ainsi que de la prise en compte de leurs demandes, besoins et, parfois, récriminations.

2.1.1- Les évaluations, contrôles et traitement des plaintes et réclamations

Les ESMS doivent effectuer des évaluations internes et externes de leurs activités et de la qualité de leurs prestations. Cette obligation a été introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et codifiée à l'article L. 312-8 du CASF, lequel a été modifié, notamment par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les ESMS autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi du 2 janvier 2002, le demeurent à compter du 3 janvier 2002 pour une période de 15 ans, et devaient transmettre au moins une évaluation interne avant le 3 janvier 2014 (article D. 312-204 du CASF) et une évaluation externe avant le 3 janvier 2015 (article L. 312-8 5^{ème} alinéa du CASF), c'est-à-dire au plus tard respectivement trois et deux ans avant le renouvellement de leur autorisation, le 3 janvier 2017.

À partir de ce renouvellement, ces établissements reviennent dans le droit commun et doivent transmettre au directeur général de l'ARS et au président du conseil départemental, pendant la période de validité de celle-ci, trois rapports d'évaluation interne, tous les cinq ans ou lors de la révision de leur CPOM (article D. 312-203 du CASF), et faire procéder à deux évaluations externes. « *La première des deux évaluations externes (...) est effectuée au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard deux ans avant la date de son renouvellement* » (article D. 312-205 du CASF).

L'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond, dont l'autorisation a été renouvelée en 2017, n'a donc fait l'objet, ni d'une évaluation interne, ni d'une évaluation externe pendant la période sous revue. La dernière évaluation externe a été effectuée en 2013, conformément aux textes

⁶⁵ Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel (...)* ».

⁶⁶ Partie 1.4.4.

rappelés ci-dessus et à la circulaire du 21 octobre 2011⁶⁷, avec l'appui d'un prestataire. Elle a donné lieu à une présentation au personnel le 3 décembre 2013. Elle succédait à une évaluation interne dont le rapport est daté du 25 septembre 2013. La prochaine évaluation interne devra être communiquée aux autorités compétentes lors de la révision de la convention tripartite en cours et du passage en CPOM. Selon les informations communiquées par l'ARS, la négociation du CPOM se ferait en 2021 avec prise d'effet au 1^{er} janvier 2022. Dans cette perspective, l'établissement doit engager cette évaluation interne le plus tôt possible.

Les articles R. 314-49 et R. 314-50 du CASF imposent aux ESMS soumis à autorisation de joindre à leur compte administratif un rapport d'activité qui décrit, pour l'exercice concerné, l'activité et le fonctionnement de l'établissement. En vertu de l'article D. 312-203 du CASF, ce rapport doit retracer chaque année la démarche continue sur laquelle reposent les évaluations internes. Pendant la période sous contrôle, seuls les rapports 2016 et 2019 évoquent ces évaluations et de façon très succincte. Le second indique que la rédaction du projet d'établissement aurait été un axe majeur de la fin d'année 2019 avec la préparation et le commencement de l'évaluation interne.

Les établissements ayant conclu un contrat pluriannuel doivent communiquer à l'autorité ayant délivré l'autorisation, en l'occurrence au directeur général de l'ARS et au président du conseil départemental de la Loire⁶⁸, le résultat des évaluations internes lors de la révision du contrat. De même, ces éléments sont indispensables pour la préparation des CPOM, selon l'instruction de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du 21 mars 2017⁶⁹, qui s'appuie sur le guide ESSMS : « valorisez les résultats de vos évaluations » dédié de l'ANESM, aujourd'hui HAS. Ce guide précise que « *La transmission ponctuelle des rapports d'évaluation aux autorités d'autorisation, de tarification, de financement et de contrôle constitue une étape de la démarche globale d'amélioration continue. Elle s'articule avec les autres démarches qui concourent à la bientraitance : renouvellement du projet d'établissement ou de service, CPOM, démarche qualité ou de certification, démarche de responsabilité sociale des entreprises (RSE), bilan social, etc...* »

Pourtant, le gestionnaire de l'établissement n'utilise pas ces évaluations comme des leviers d'amélioration de la prise en charge ou de management.

En conséquence, la chambre recommande de mettre en œuvre sans délai un suivi continu des évaluations précitées, qui seront un des éléments centraux pour l'élaboration de son futur CPOM.

Dans ce cadre, la chambre constate la réalisation d'un « plan d'action global ARS 2019 Saint-Chamond ». Ce plan ne fait pas référence aux objectifs définis lors de l'évaluation interne de 2013 ni aux actions qui en découlent, même si certaines des actions des deux documents se recoupent, telles la communication du projet d'établissement aux familles, résidents et personnels ou la mise en place de personnels référents pour les résidents. De plus, l'évaluation interne n'est jamais mentionnée parmi les documents à l'origine des actions du plan à mener. Il en est de même pour l'évaluation externe. À cet égard, le plan d'action global ne peut être considéré, en l'état, comme un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). À titre d'illustration, le plan d'actions de l'évaluation interne 2013 comportait une action prescrivant de prévoir dans le projet d'établissement à venir « *les outils de mesure des moyens et objectifs* ». Or cette action ne figure pas dans le projet d'établissement 2016.

⁶⁷ Circulaire N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

⁶⁸ Article D. 312-203 du CASF.

⁶⁹ Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code, page 12 notamment.

La mesure des objectifs et des moyens est indispensable à toute démarche d'amélioration continue de la qualité. Au surplus, fort peu d'actions du plan d'action global 2019 trouvent leur origine dans le projet d'établissement.

Par ailleurs, l'établissement évalue annuellement la satisfaction des résidents et des familles. Il conduit ainsi, avec des outils du groupe, une enquête qualité auprès des familles et une auprès des résidents qui font notamment l'objet d'une présentation au CVS. Les comptes rendus du CVS retracent ainsi les résultats des enquêtes et font état d'une participation très faible des familles, entre 10 et 21 %, et un peu plus élevée des résidents, entre 29 % en 2019 et 51 % en 2016. Les résultats sont présentés aux résidents par l'animatrice. Deux plans d'action sont ensuite mis en place, un pour chaque enquête, et pour les questions qui recueillent moins de 80 % de satisfaction. La mise en œuvre des actions est présentée au fil des réunions du CVS. Elle ne figure en revanche pas dans les six comptes rendus de comité de direction sur la période du 23 avril au 10 octobre 2019.

Si le principe d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des usagers d'un service est louable, il est permis de s'interroger sur les taux de satisfaction très élevés constatés, en particulier de la part des résidents et s'agissant d'un établissement qui présente des carences sur des points essentiels touchant à la qualité de leur prise en charge : turn-over des résidents et des équipes d'encadrement, absences au travail élevées, sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, suivi des évaluations, tenue des dossiers des résidents.

La méthodologie de ces enquêtes pose question. Tout d'abord, l'accompagnement des résidents par les équipes pour recevoir leurs appréciations peut expliquer le décalage du niveau de satisfaction entre eux et les familles. À tout le moins, cette pratique ne favorise pas la sincérité des réponses. Ensuite, la formulation des questions de l'enquête est orientée alors que la neutralité, « *sans risque de suggestions induites* » des questions est un point de fiabilité d'une enquête⁷⁰. Or les questions des deux enquêtes sont presque toutes formulées comme des affirmations positives sur l'établissement. Le choix de l'échelle des réponses n'est pas pertinent car il propose un seul terme réellement négatif dont la formulation peut avoir un effet repoussoir.

La faible participation des familles, l'accompagnement des résidents par les équipes pour répondre aux questions, la formulation des questions et la conception du questionnaire desservent la fiabilité des résultats de ces enquêtes.

Le gestionnaire devrait en revoir le contenu en s'appuyant sur une expertise externe afin qu'elles puissent être considérées par les autorités de tarification comme des apports utiles à la démarche d'amélioration continue de l'établissement. Pour sa part, l'établissement devrait trouver des solutions pour respecter les impératifs de neutralité et de préservation de la liberté d'opinion et du bien-être des résidents.

En retour aux observations formulées durant l'instruction de la chambre, dès le 1^{er} octobre 2020, la formulation des questions a été révisée de façon à les rendre plus neutres. En outre, la directrice régionale Centre a demandé aux directeurs des établissements de son secteur, par une note de cadrage du même jour, d'éviter « *au maximum d'intégrer notre personnel soignant à l'accompagnement des résidents car cela faussera la réalité de la réponse* », en suggérant que ceux qui le demandent soient aidés par le psychologue ou un stagiaire. En outre, elle a indiqué travailler à l'élaboration d'un questionnaire sur l'évaluation de la qualité de vie pour les personnes atteintes de troubles cognitifs n'étant pas en capacité de s'exprimer. Ainsi, la campagne d'enquêtes 2020 s'effectuera-t-elle sur cette base nouvelle avec la volonté

⁷⁰ Voir par exemple : en pages 6 et suivantes.

https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_me%CC%81thodologie_de_l_enque%CC%82te.pdf ou <http://suristat.org/article59.html>.

d'en utiliser les résultats pour enrichir les évaluations internes. La chambre considère que le questionnaire pourrait encore être amélioré.

En matière de contrôle, le circuit du médicament a fait l'objet d'une attention soutenue de l'établissement dans le prolongement d'une inspection de l'ARS du 15 février 2017. Un plan d'action a été mis en place et un suivi organisé afin d'évaluer sa mise en œuvre. Il a ainsi été actualisé le 6 octobre et le 12 décembre 2017 puis le 8 juin et le 19 septembre 2018. Ce travail devait se poursuivre en 2019. L'ARS a choisi de ne pas procéder à de nouvelles sollicitations en raison des prescriptions et recommandations persistantes auprès de l'EHPAD et de sa situation.

La SGMR indique que la prescription relève du médecin traitant du résident. Si une convention a été signée avec la pharmacie référente de l'établissement, les résidents peuvent opter pour une autre. L'établissement a mis en place un système de préparation des doses automatisé qui permet de retracer le circuit, notamment au lit du résident par des tablettes reliées au logiciel de soins, le matin et le soir, le midi lors du repas. L'administration des médicaments est effectuée sous le contrôle de personnels qualifiés et habilités avec, sous certaines conditions et en fonction des indications du médecin traitant, l'aide possible d'autres personnels. L'établissement dispose d'un stock pour les urgences dont la gestion est encadrée par un protocole SGMR avec un souci de traçabilité et de sécurité, sous le contrôle d'un pharmacien de la pharmacie conventionnée et des infirmières de l'établissement. Un audit du circuit du médicament est réalisé tous les ans. Le dernier a été effectué le 18 juillet 2019 par une infirmière d'un autre établissement du groupe, situé à Vendat dans l'Allier.

En ce qui concerne les plaintes et les réclamations, l'établissement tient à jour un dossier dédié, qui regroupe également les événements indésirables graves, et a mis en place un protocole en juillet 2011 relatif aux réclamations des clients. Toute réclamation doit être recueillie, traitée et prise en compte pour fidéliser les clients et préserver le « *capital clients* », *source de profits pour l'entreprise* ». La plupart des signalements sont des événements indésirables graves. Sont ainsi regroupés les signalements concernant le personnel, les plaintes relatives aux résidents et les événements notables déclarés par les familles.

Par ailleurs, les services du département ont transmis une synthèse des quatre plaintes formalisées dont ils ont eu connaissance entre septembre 2017 et avril 2019. Trois proviennent de proches de résidents et se rapportent aux conditions de prise en charge et à la qualité des prestations. Le courrier du 11 avril 2019 révèle un certain nombre de dysfonctionnements sérieux concernant la procédure d'admission, la transmission des informations entre les personnels de l'établissement, notamment entre la directrice titulaire et le directeur par intérim, et une prise en charge défailante des nouveaux résidents.

2.1.2- La mise en œuvre des bonnes pratiques de prise en charge

L'établissement a établi avec la SGMR de nombreux protocoles. Plusieurs ont été mis en place dans le cadre du suivi de l'inspection sur le circuit du médicament du 15 février 2017. Ils concernent notamment les thérapeutiques sédatives, la réévaluation des traitements médicamenteux pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, dénutris ou insuffisants respiratoires. D'autres concernent la prévention sanitaire (cf. partie 2.2.1). La grande majorité s'adosse, au-delà des références aux textes réglementaires, aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'HAS ou aux guides de l'ARS.

Parmi la liste⁷¹ établie par la SGMR d'activités, d'interventions et de formations proposées par l'établissement, certaines visent au respect des obligations réglementaires ou se rattachent à l'activité courante de tout établissement, d'autres correspondent plus spécifiquement à de

⁷¹ Cette liste a été établie pour répondre à une question de la chambre relative aux bonnes pratiques internes.

bonnes pratiques de prise en charge. Les actions mises en place avec la société protectrice des animaux (SPA), les séances de massages, d'acupuncture, de gymnastique douce avec un coach sportif entrent plus dans cette dernière catégorie. L'organisation d'une sortie boxe pour un résident de l'UVP, ancien sportif de haut niveau dans cette discipline, est également une initiative originale de nature à stimuler et remobiliser des personnes atteintes de troubles importants à partir de leurs centres d'intérêt et de leur histoire personnelle. La SGMR y associe également des actions et propositions en direction des salariés : la présence deux fois par an d'un consultant en analyse des bonnes pratiques professionnelles, la possibilité de bénéficier comme les résidents, de séances de massage, d'acupuncture et de temps festifs. Elle signale pour l'année 2020 la présence d'une « coach en management » pour accompagner les salariés en validation des acquis de l'expérience à la gestion du stress. La plupart de ces initiatives font l'objet de comptes rendus dans la presse locale et sont reprises dans le bulletin de l'établissement⁷².

Les séances prévues dans le cadre d'une convention du 16 septembre 2015 conclue avec la SPA de la Loire, se déroulent à raison d'une heure hebdomadaire au refuge, dans les locaux de l'EHPAD ou dans des lieux extérieurs. Leur objectif est de permettre aux résidents de participer aux soins des animaux et à la préparation de leur adoption. Des visites de chiens de la SPA sont aussi organisées.

Selon la convention, tous les résidents intéressés peuvent en bénéficier mais ceux qui sont seuls et en repli social sont principalement visés. Les objectifs touchent principalement à la valorisation des résidents, au renforcement de leur mobilité, de leurs capacités cognitives et de leurs relations sociales. Les RBPP de l'ANESM (HAS)⁷³ mentionnent la thérapie avec les animaux familiers parmi les thérapeutiques non médicamenteuses pouvant prévenir ou aider directement à traiter les troubles du comportement. Elles relèvent toutefois que l'efficacité de ces thérapeutiques, « *est très limitée dans le temps.* » La SGMR a transmis un bilan de cette convention établi le 4 juin 2020 qui fait état d'effets positifs en termes de mobilité, de motricité, de langage, de mémoire et de soulagement de la détresse émotionnelle. Aucun bilan régulier n'est cependant effectué, ni globalement ni individuellement, ce qui relativise ces conclusions.

Par ailleurs, la modélisation du temps de toilette, transmise par la SGMR, a été analysée. Elle a ensuite été retraitée pour prendre en compte l'heure réelle de début des toilettes, et non l'heure d'arrivée des aides-soignants à leur poste, au regard des fiches de poste. En fonction de leur poste, chacun des huit aides-soignants consacre entre 2h35 et 4h50 aux toilettes chaque matin. Selon le calcul de la chambre sur la base des données de l'établissement, le cumul quotidien de ces temps de toilette est de 28h15, soit 1695 minutes, un peu plus de 24 minutes par résident, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Sans constituer un temps minimal au sens des recommandations de bonnes pratiques de soins de la direction générale de la santé, de la direction générale de l'action sociale et de la société française de gériatrie et gérontologie d'octobre 2007, il représente néanmoins une référence pour les équipes.

⁷² En particulier dans les éditions d'avril et juillet 2017, février et septembre 2018, janvier 2019 et février 2020.

⁷³ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009.

Tableau 6 : Quantification du temps de travail consacré aux toilettes (2020)

	Nombre
Salariés AS/FFAS	19
Résidents	70
AS / jour	8
	Durée
Cumul du temps des 8 AS :	
- en heures	28h25
- en minutes	1 695
Temps par résident en minutes	24,21

Source : SGMR, retraité CRC

La durée de la toilette serait, dans la pratique, comprise entre 15 et 20 minutes, parfois 30 minutes lorsque la situation de la personne le nécessite. Cette durée correspond toutefois à la période de crise sanitaire de 2020 qui a vu l'embauche d'un faisant fonction d'aide-soignant supplémentaire.

Le projet « Humanitude » constitue pour l'établissement une pratique innovante. L'ensemble du personnel a suivi des formations sur le thème de la bientraitance dans le cadre de ce projet du groupe SGMR, qui vise à obtenir le label « Humanitude » pour ses établissements⁷⁴. La première démarche a été lancée début 2019 à Digoïn (71). Elle a vocation à être généralisée en cinq ans. Elle repose notamment sur un plan de formation sur quatre ans pour les personnels. L'idée centrale est de permettre aux résidents de « réinvestir leur citoyenneté ». Les premiers retours de l'établissement pilote à partir des principaux indicateurs du label feraient ressortir une baisse des accidents du travail, une fidélisation des résidents et des personnels et une diminution des traitements. La SGMR n'a pas encore établi de premier bilan quantitatif et qualitatif de l'expérience digoinaise permettant d'attester les effets bénéfiques avancés.

Comme évoqué supra (partie 1.4.3), le projet d'établissement positionne l'hospitalisation à domicile (HAD) comme une solution pour soulager la douleur des personnes en fin de vie et les faire bénéficier d'un matériel médical approprié et de l'astreinte infirmière de nuit. Cet objectif ne figure pas de façon explicite dans la convention que l'établissement a conclue en 2008 avec l'HAD de l'association Oikia. Toutefois, celle-ci vise l'arrêté du 16 mars 2007⁷⁵ modifié le 25 avril de la même année, dont l'annexe fait mention des soins palliatifs parmi les prises en charge possibles en HAD. Bien qu'il ait été abrogé depuis 2017, les indications de ce texte sont confirmées par le ministère des solidarités et de la santé qui indique sur son site Internet⁷⁶ que l'État soutient le développement de l'HAD en substitution à l'hospitalisation en établissement, notamment en matière de soins palliatifs, qui représentent 25 % des journées réalisées en HAD.

⁷⁴Présentation du label sur le site www.humanitude.fr/ : premier label de bientraitance créé par des professionnels engagés (directeurs, cadres, médecins, formateurs), le label Humanitude garantit la qualité du prendre soin à travers les cinq principes de « l'Humanitude » : 100 % des soins en douceur (zéro soin de force), respect de l'intimité et de la singularité, vivre et mourir debout (pas de personnes grabataires), ouverture de la structure sur l'extérieur (familles, bénévoles, sorties, évènements), lieu de vie – lieu d'envies (projets d'accompagnements personnalisés). Ce label est délivré pour cinq ans par l'association Asshumevie dont les experts vérifient sur site l'adéquation entre le prendre soin proposé et les 300 critères du manuel d'évaluation. (...). Voir également « la philosophie de l'Humanitude » Toutes ces structures sont accompagnées selon leurs besoins par les organismes de formation Humanitude.

⁷⁵ Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000020667110>)

⁷⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>.

L'EHPAD peut également faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital du Gier, conformément à une convention du 7 juillet 2015. Son article 2 définit précisément le rôle de cette équipe qui ne se substitue pas au personnel soignant de l'EHPAD pour assurer des soins infirmiers et ne peut prescrire de soins. Son rôle est avant tout de conseiller et de soutenir les équipes de l'établissement, notamment en contribuant à évaluer la possibilité et la faisabilité du maintien dans l'EHPAD et en les outillant pour accompagner le résident et ses proches pendant la maladie et après le décès.

Par ailleurs, une convention a été conclue le 25 mai 2016 avec l'aumônerie catholique, notamment pour assurer la mise en œuvre et l'animation des célébrations dans le respect de cette religion. À ce sujet, si la majorité des 18 contrats de séjours examinés par l'équipe de contrôle comportaient les dernières volontés de la personne, seuls trois des dossiers de résidents correspondants contenaient des directives anticipées⁷⁷. La chambre engage l'établissement à mieux développer cette pratique pour être en mesure d'assurer un accompagnement respectueux de l'histoire et de la volonté de la personne, et à mettre en place la commission éthique prévue par le projet d'établissement.

Si l'établissement a ainsi mis en place un certain nombre de bonnes pratiques dans le domaine de l'animation, des soins et de la prise en charge de la fin de vie, la chambre constate un déficit dans leur suivi et leur évaluation. Le tableau ci-dessous, qui correspond aux éléments fournis par l'établissement, montre que c'est le cas également pour des bonnes pratiques plus courantes. Ainsi, le suivi de la consommation effective des protections, qui représente une charge supérieure à 22 000 € par an pour l'établissement, n'est effectué que depuis 2018. La surveillance de la qualité gustative des aliments est assurée par le seul truchement des enquêtes annuelles de satisfaction. La chambre observe enfin que la part des décès à l'hôpital en 2017 et 2019 est supérieure à la moyenne nationale de 24 % mentionnée par la DREES dans une étude de décembre 2018⁷⁸, en discordance avec l'objectif du projet d'établissement⁷⁹ de permettre au résident de « *finir ses jours à l'EHPAD, chez lui* ».

Au regard de ce bilan contrasté, l'établissement peut encore progresser sur la mise en œuvre de bonnes pratiques de prise en charge.

Tableau 7 : Indicateurs de bonnes pratiques

	2016	2017	2018	2019
Suivi de la consommation des protections				
Nombre de protections utilisées	NC	NC	48 880	50 612
Coût unitaire des protections (€)	NC	NC	0,45	0,45
Nature de la surveillance apportée à la qualité gustative des aliments				
Enquête de satisfaction auprès des résidents (fréquence annuelle)	1	1	1	1
Enquête de satisfaction auprès des familles (fréquence annuelle)	1	1	1	1
<i>Autres dispositifs mis en place (fréquence annuelle)</i>	/	/	/	/
Nombre de contentions physiques (avec et sans prescription) pratiquées dans l'année par résident	NC	NC	NC	6
avec prescription	NC	NC	NC	NC
sans prescription	NC	NC	NC	NC

⁷⁷ Les « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie sont les volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que l'intéressé souhaite ou non, si un jour il ne peut plus communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de sa fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux. Cf. HAS, directives anticipées, octobre 2016.

⁷⁸ DREES, Études et Résultats 1094 de novembre 2018.

⁷⁹ Projet d'établissement 2016 – 2021, page 78.

	2016	2017	2018	2019
Nombre et nature des appareils de transfert et fréquence d'utilisation par les équipes				
Nombre de résidents concernés	NC	NC	10	16
<i>Fauteuils de transfert</i>	NC	NC	NC	6
Disques de transfert, lève-malades : utilisation quotidienne	NC	NC	NC	10
Nombre de décès		21	24	32
dont nombre de décès à l'hôpital		7	4	9
dont nombre de décès à l'EHPAD		14	20	23
Part des décès à l'hôpital		33 %	17 %	28 %

Source : données SGMR.

Note : pour les décès, les données fournies sont discordantes avec d'autres provenant de la même source.

2.1.3- La participation à la vie de l'établissement et à la vie citoyenne

Le projet d'établissement met en exergue le rôle et l'importance du conseil de la vie sociale (CVS) et prévoit sa consultation sur le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement, notamment. Des modifications apportées à ce règlement ont été soumises au CVS lors de sa réunion du 16 décembre 2016. Le projet d'établissement en vigueur depuis juillet 2016 a fait l'objet d'une présentation au CVS le 9 septembre 2016. Toutefois, une consultation sur un projet intervient en principe plutôt en amont de sa validation et non ensuite. S'agissant des ESMS, l'article L. 311-8 du CASF dispose que le projet est établi après consultation du CVS, ce dont les informations succinctes données lors des réunions antérieures du CVS des 29 janvier et 29 avril 2016 ne pouvaient tenir lieu.

La participation des résidents et de leurs familles pourrait avoir plus de sens s'ils étaient associés à la conception même du prochain projet d'établissement et, qu'ensuite, une partie des réunions du CVS était consacrée au suivi de sa mise en œuvre. La mise en place d'une concertation pourrait produire des effets plus dynamiques sur le fonctionnement du CVS, en adéquation avec les bonnes pratiques qui préconisent le développement de formes de participation collective en « favorisant la constitution et l'animation de lieux de débats et de participation sur différents sujets »⁸⁰.

En termes de composition et de fonctionnement, le CVS de l'établissement a globalement satisfait aux obligations légales et réglementaires posées par les articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants du CASF. Il s'est réuni trois fois par an conformément à l'article D. 311-16, en 2017 et 2019, seulement deux en 2018 mais quatre en 2016. Sa composition respecte les termes des articles D. 311-5 et 311-9 avec trois représentants des résidents, dont la présidente et la vice-présidente, trois représentants des familles, ces deux catégories représentant plus de la moitié du total des membres, et deux représentants du personnel, en l'occurrence le chef de cuisine et l'infirmière coordinatrice.

Les sujets à l'ordre du jour sont conformes aux dispositions de l'article D. 311-15 du CASF ; toutes les thématiques réglementaires sont abordées, avec une faible régularité toutefois pour les questions de nature et de prix des services, d'affectation des locaux collectifs et d'entretien des locaux. L'information est le plus souvent descendante mais les remarques formulées par les résidents et les familles font l'objet d'un suivi. Certains sujets sont récurrents, comme le suivi de la mise en place de l'UVP et la mise en place d'un service de repas à domicile. En termes de qualité de l'information des résidents et des familles sur cette instance et son rôle, le « livret CVS », qui doit être remis aux nouveaux entrants et à leurs proches, est une préconisation du groupe qui n'a pas encore été mise en place au sein des Opalines Saint-Chamond.

⁸⁰ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de janvier 2011), Qualité de vie en EHPAD – Volet 3 : « La vie sociale des résidents en EHPAD ».

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir la décision instituant le CVS et déterminant le nombre et la répartition de ses membres titulaires et suppléants comme le prévoit l'article D. 311-4. En outre, la présence effective est fluctuante et il est arrivé deux fois que le CVS se réunisse et rende des avis alors que les représentants des résidents et des familles n'étaient pas majoritaires par rapport aux représentants de l'établissement et des personnels, en contradiction avec les dispositions de l'article D. 311-17, retirant ainsi toute validité à ces avis⁸¹. Le prochain projet d'établissement devra comporter des engagements précis et suivis concernant le fonctionnement et l'animation du CVS. Il serait également souhaitable que le CVS lui-même évalue régulièrement ces éléments lors de ses réunions.

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'élection des membres du CVS depuis plus de trois ans⁸², alors que cette durée constitue un maximum (article D. 311-8).

Formellement, le CVS n'est plus réglementairement constitué depuis le 23 octobre 2018. Les tentatives de l'établissement pour mettre un terme à cette situation ont toutes échoué. Ainsi, une réunion du 19 décembre 2019 a fait l'objet d'un procès-verbal de carence, en l'absence de représentants des familles et des résidents, alors que le sujet était à l'ordre du jour, à l'instar des deux précédentes réunions. Une réunion avec les familles du 6 février 2020 n'a pas eu plus de succès. Après la crise sanitaire, une nouvelle tentative par voie dématérialisée de la direction régionale de la SGMR a connu le même sort.

Si les effets juridiques de cette situation sont limités s'agissant d'un organisme consultatif, elle n'en témoigne pas moins d'une difficulté de pilotage du processus de participation des résidents. L'établissement doit mettre en place des outils d'information et d'appropriation en vue de relancer le processus d'élection des différentes catégories de représentants au CVS dans les conditions prévues aux articles D. 311-9 à D. 311-12 du CASF.

Les conditions de remplacement des membres des collèges des résidents et des familles lorsque s'achève la prise en charge d'un résident⁸³ sont en pratique différentes de celles prévues par les articles D. 311-8, 9 et 10 du CASF⁸⁴.

Alors que le projet d'établissement invite⁸⁵ à établir des moyens supplémentaires de participation, notamment pour pallier la faiblesse de la présence des familles au CVS (enquêtes de satisfaction, commissions menus ou animation, modalités spécifiques aux personnes atteintes de troubles cognitifs), les commissions menus et animations ne se sont pas réunies pendant la période sous revue.

La participation à la vie citoyenne des résidents en EHPAD s'effectue aussi grâce à des partenariats locaux et des animations tournées vers l'extérieur leur permettant de s'immerger dans la vie locale. S'inscrivent dans ce cadre la convention avec le relais amical Malakoff Médéric de la Loire (interventions de bénévoles de l'association au sein de l'EHPAD), la

⁸¹ Réunions des 29 janvier 2016 et 4 avril 2017.

⁸² Les dernières élections ont eu lieu le 23 octobre 2015.

⁸³ Article D. 311-8 du CASF : « Les membres du conseil sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus, renouvelable. Lorsqu'un membre cesse sa fonction en cours de mandat, notamment en raison de la fin de la prise en charge dont il était bénéficiaire, il est remplacé par **son suppléant ou un autre bénéficiaire élu ou désigné dans les mêmes formes** qui devient titulaire du mandat. Il est ensuite procédé à la désignation d'un autre suppléant pour la durée restante du mandat (...) ».

⁸⁴ Article D. 311-9 du CASF : « Le président du conseil est élu au scrutin secret et à la majorité des votants **par et parmi les membres représentant les personnes accueillies** ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux. (...) ».

Article D. 311-10 du CASF : « Sous réserve des dispositions de l'article D. 311-30, les représentants des personnes accueillies et les représentants des familles ou des représentants légaux sont élus par **vote à bulletin secret à la majorité des votants** respectivement **par l'ensemble des personnes accueillies** ou prises en charge **et par l'ensemble des familles** ou des représentants légaux, au sens du 2° de l'article D. 311-11. Des suppléants sont élus dans les mêmes conditions. (...) ».

⁸⁵ Projet d'établissement 2016 – 2021, page 48.

convention du 16 septembre 2015 avec la SPA de la Loire et les sorties programmées (une sortie hebdomadaire des résidents, y compris ceux de l'UVP, au marché de Saint-Chamond, un défilé le 2 septembre 2019 associant des partenaires locaux et une sortie culturelle à la MJC de Saint-Chamond le 13 décembre 2019). L'établissement organise aussi une information des résidents sur les élections locales et nationales et les accompagne lorsque cela est nécessaire pour les démarches liées au vote par procuration.

2.1.4- Les autres aspects contribuant à un accueil de qualité de personnes vulnérables

Le projet d'établissement souligne l'importance de la conception des espaces pour le bien-être des résidents (couleurs, signalétique, lumière, bruit). L'aménagement du bâtiment est marqué par le choix de petites unités de vie en étage pourvues chacune d'un salon avec mobilier « cosy » et télévision, permettant échange, lecture et activités diverses au choix des résidents. Le jardin arboré adjacent permet aux résidents de sortir en toute tranquillité.

L'UVP, qui accueille les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, est située au rez-de-chaussée, dans un espace sécurisé, à l'écart du reste de l'établissement pour éviter des croisements perturbants avec d'autres résidents. Elle est pourvue d'une salle à manger pour les repas et les activités communes. Elle communique avec un jardin thérapeutique par une porte aboutissant à une rampe d'accès pour fauteuil roulant. Elle est dotée d'un espace commun.

Les 73 chambres de l'EHPAD, dont deux doubles, sont de conception classique mais relativement spacieuses avec une moyenne de 20 m², ce qui facilite les visites dans un cadre privatif pour les familles qui ne souhaitent pas utiliser les salons. Elles sont pourvues d'un espace douche et, conformément au projet d'établissement, les résidents peuvent y disposer des meubles personnels et les décorer à leur goût.

Le bâtiment présente cependant des limites structurelles qui ne pourraient être surmontées que par un réaménagement plus lourd, qui n'est pas envisagé à court terme. La SGMR programme des investissements sur trois ans pour chacun de ses EHPAD. Le programme de Saint-Chamond prévoit ainsi des travaux, des acquisitions de mobiliers et des investissements divers pour un montant total d'un peu plus de 1,4 M€ HT pendant la période. L'établissement a notamment bénéficié de moyens importants en 2016 (301 000 €) et 2017 (401 000 €) pour la création de l'UVP qui représente près de la moitié de l'enveloppe totale. Hors UVP, le montant annuel moyen est de 180 000 €. Les projets les plus significatifs hors UVP concernent la rénovation du deuxième étage (99 000 €), la façade et les abords ainsi que la banque d'accueil en 2016, la rénovation de sept chambres en 2017 ; la réfection des chambres du deuxième étage (84 000 €) et la climatisation des couloirs en 2018 ; la réfection des chambres du premier étage (67 000 €), la climatisation du premier étage et de l'accueil en 2019.

Tableau 8 : Programme des investissements 2016/2019 et évolution (en €)

	2016	2017	2018	2019 (prév)	Total	Moyenne annuelle	VAM	VAM hors UVP	Évolution 2019/2018
Montant HT	510 920	506 157	214 409	206 191	1 437 677	359 419	- 26 %	- 0,5 %	- 4 %
Dont UVP	301 326	401 424			702 750				

Source : SGMR, montants validés du programme d'investissement 2016-2019, retraité CRC.

Ce cadre permet la mise en place d'activités variées au sein de l'établissement :

- ♦ un art-thérapeute intervient au moins quatre heures par mois, dans le cadre d'une convention du 25 décembre 2014 avec l'atelier « mes tissages de couleurs » de Saint-Chamond ;

- ♦ un local de l'établissement est mis à disposition d'une coiffeuse de Saint-Chamond, par convention du 1^{er} février 2016 (une indemnité mensuelle de 30 % TTC de la facturation aux résidents, en contrepartie de la prise en charge par l'EURL des consommations de fluides et des charges afférentes) ;
- ♦ par convention du 25 mai 2016, le diocèse de Saint-Etienne propose aux résidents qui le souhaitent un service d'aumônerie catholique effectué par une équipe de bénévoles et ponctuellement des prêtres.

Ces activités au sein de l'établissement sont complétées par les sorties décrites supra. Le RAMA 2017 dénombre ainsi 365 animations dont 70 ateliers « partage et lien social », 42 ateliers cognitifs et de réflexion et 14 sorties extérieures. Il comptabilise 4,92 résidents par séance. Malheureusement, les RAMA 2016 et 2018 ne comportent pas d'information à ce sujet et celui de 2019 est lacunaire avec 16 animations recensées.

Le programme des animations de 12 semaines du 22 avril 2019 au 3 janvier 2020 confirme la variété des activités proposées. Son taux d'encadrement en personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation, satisfaisant actuellement par rapport à la moyenne nationale des EHPAD (voir infra, partie 4.1.1), lui donne des capacités d'intervention appréciables, avec environ deux ETP dans ce secteur depuis 2018 : 1,1 auxiliaire de vie sociale et 0,9 à 1 animateur social. Trois bénévoles interviennent en complément depuis 2017. En revanche, selon la SGMR, les familles n'interviennent pas dans la vie de l'établissement.

Des animations sont parfois proposées le samedi⁸⁶. Des activités physiques destinées à prévenir la perte des capacités physiques ou cognitives sont organisées très régulièrement. L'établissement déclare ainsi pour 2019 : gymnastique douce⁸⁷, une fois par semaine pour dix personnes (14 % des résidents), activité encadrée par un kinésithérapeute, une à deux fois par semaine pour 22 personnes (31 %), activités cognitives quotidiennes pour les 11 personnes de l'UVP (16 %), animations quotidiennes sollicitant les capacités cognitives pour 12 personnes environ (17 %).

Les résidents de l'UVP bénéficient également de la salle du jardin thérapeutique qui permet de stimuler la sphère sensorielle, de prévenir et gérer les troubles du comportement, d'accroître le bien-être et d'apaiser. Les autres résidents disposent d'une salle de bien être au premier étage, petit salon de coiffure doté d'un fauteuil de relaxation. S'ajoute une série d'actions quotidiennes ou continues destinées à apporter aux résidents des repères spatiaux et temporels adaptés à leurs capacités cognitives telles que la lecture matinale du journal et la mise à jour d'une éphéméride avec la météo et l'animation prévue, la proposition d'un plat spécifique une fois par semaine, l'organisation de la journée avec des heures fixes pour chaque séquence. Compte tenu de leur nature, ces actions n'ont pas fait l'objet d'un chiffrage.

La conception des bâtiments, leur aménagement, les animations proposées, par leur nature et leur diversité, les actions ciblées vers les personnes les plus en difficulté sur le plan physique ou cognitif constituent un ensemble susceptible de permettre un accompagnement cohérent des personnes accueillies. La chambre n'a pas pu s'assurer de la réalité de la mise en œuvre des actions et animations en raison du contexte de crise sanitaire et de la mise en place de mesures de restriction des contacts avec les résidents.

⁸⁶ Trois fois sur les 12 semaines étudiées. Il s'agissait d'une sortie en Haute-Loire pour une découverte culturelle par les produits, les musiques et le folklore locaux le 4 mai et d'une sortie au cinéma le 3 et le 24 août 2019.

⁸⁷ Activités bénéficiant d'un financement par l'ARS.

2.2- La santé des résidents

2.2.1- La prévention sanitaire au quotidien

Le projet d'établissement évoque la prévention des risques sanitaires (dépistage, prévention, soulagement) mais la pratique en termes de préventions et de dépistage semble peu développée (cf. tableau 9).

Ces chiffres sont à considérer avec précaution (incohérence concernant le nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée entre l'année 2016 et les années 2017 et 2019).

Tableau 9 : Évolution de la prévention sanitaire individuelle

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2019/2016
fatrogénie					
Mise en place d'actions	oui	non	NR	non	-
Incidents ou évènements indésirables	0	NR	NR	NR	?
Chute					
Mise en place d'actions	NR	oui	NR	oui	+
Nombre de chutes	NR	78	101	129	+ 65 %
Nombre de résidents ayant chuté	58	35	NR	55	- 5 %
Taux de prévalence	41 %	31 %	NR	34 %	- 18 %
Escarres					
Mise en place d'actions	oui	oui	NR	NR	-
Nombre de résidents ayant acquis une escarre dans l'EHPAD	21	12	13	35	+ 67 %
Taux de prévalence	15 %	11 %	8 %	21 %	+ 43 %
Dénutrition					
Mise en place d'actions	oui	oui	NR	oui	+
Nombre de résidents dénutris	17	18	NR	18	+ 6 %
Taux de prévalence	12 %	16 %	NR	11 %	- 9 %
Troubles du comportement					
Mise en place d'actions	oui	oui (UVP)	NR	oui	+
Nombre de résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée	122	13	NR	14	- 89 %
Taux de prévalence	87 %	11 %	NR	9 %	- 90 %
Douleur					
Mise en place d'actions	non	non	NR	oui	++
Nombre de résidents sous antalgiques	62	71	NR	75	+ 21 %

Source : RAMA 2016 à 2019 - calcul de l'évolution : CRC

Légende : NR = non renseigné - NF = non fiable - + = stable, ++ = progression, - = régression

Attention : le taux de prévalence est calculé par rapport au nombre total de résidents accueillis dans l'année

Les pratiques décrites dans les RAMA varient de manière importante d'une année sur l'autre. À titre d'exemple, le RAMA 2017 indique qu'il n'existe pas de dépistage systématique de la douleur et que des formations sont à prévoir. Celui de 2016 n'évoque pas de mesures préventives mais le traitement mis en place lorsqu'une douleur est signalée, tandis que celui de 2018 ne comporte pas d'information à ce sujet. En revanche, le RAMA 2019 précise qu'un dépistage se fait au moins « à l'oral » ou par l'utilisation de l'échelle Doloplus ou de l'échelle numérique.

La tenue d'une commission mensuelle sur la prévention du risque suicidaire prévue par le projet d'établissement, conformément aux bonnes pratiques, est restée au stade de l'intention. La SGMR signale toutefois qu'un suivi des états dépressifs est systématiquement effectué par la psychologue et des échanges avec le médecin coordonnateur et l'IDEC ont lieu. Par ailleurs, des courtes formations et sensibilisations sur ce sujet, non retracées dans les plans de formation, auraient été organisées pour le personnel et devaient l'être à nouveau en 2020. Ce dispositif correspond aux bonnes pratiques.

Le groupe a mis en place de nombreux protocoles relatifs à la prévention sanitaire. Bien conçus avec une approche pédagogique les rendant accessibles, ils concernent la prévention du risque suicidaire, de la dépression, de la douleur, de la dénutrition, des chutes (complétée par une fiche de constat de chute), et des escarres. Les protocoles sont expliqués aux nouveaux salariés lors de leur prise de fonctions. Ils sont disponibles dans un classeur situé à l'infirmerie et régulièrement évoqués en réunion de transmission. Lors des situations de crise, une réunion permet de rappeler l'ensemble des protocoles à mettre en œuvre. Leur mise à jour pourrait néanmoins être réalisée plus régulièrement, la plus récente pour les huit principaux protocoles datant d'avril 2018, toutes les autres ayant plus de quatre ans.

En matière de formation, les différents plans mentionnent quelques sessions : une de sept heures en 2016 sur la gestion du risque infectieux associé aux soins, deux sessions en 2017 de sept heures respectivement sur la prévention de la dénutrition et la prévention des infections liées aux soins ainsi qu'une de 14 heures sur la prévention du risque infectieux lié au réseau d'eau chaude suivie par l'agent technique d'entretien. Les plans 2018 et 2019 n'en comportent pas.

Cet ensemble de mesures démontre une prise en compte de l'importance de la prévention sanitaire, même si une démarche globale reste à définir. Le dispositif d'évaluation et de suivi notamment est encore embryonnaire et les actions ne couvrent pas tous les champs de la prévention, en particulier en matière de dépistage.

La SGMR n'a pu notamment transmettre de compte rendu de réunions d'équipes, hormis pour la période de crise sanitaire 2020, ni de compte rendu de synthèse analysant des situations particulières et établissant des préconisations de prévention sanitaire. De même, elle n'a pu communiquer d'informations concernant les contrôles internes sanitaires qu'en matière de sécurité alimentaire, de prévention du risque de légionnelle et d'analyse du risque infectieux. La nouvelle médecin coordonnateur et l'IDEC s'attachent à combler ces lacunes.

2.2.2- L'accès aux soins

Un bilan de santé est réalisé à l'occasion de l'admission lorsque les résidents n'ont pas déjà bénéficié d'un bilan la précédant. Celui-ci comporte un bilan sanguin, mis en place depuis la fin du mois de juin 2020 pour toutes les nouvelles entrées. Un bilan de dénutrition par prise de sang est effectué tous les trois mois depuis mai 2020. Avant ces évolutions récentes, les résidents n'ont pas bénéficié d'un bilan de santé à l'admission ; les bilans sanguins et de dénutrition ne constituent pas un bilan de santé complet au regard notamment du 2° de l'article D 312-158 du CASF.

Pour assurer un suivi sanitaire global des résidents et leur accès aux soins dans les meilleures conditions, l'établissement a mis en place des partenariats, pour la plupart déjà anciens, avec d'autres structures de son territoire, en complément de son inscription dans la filière gérontologique de la Vallée du Gier. Pour ce faire, il a établi neuf conventions, évoquées à l'occasion de la présentation de la filière, avec :

- ♦ l'établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'association Oikia en date du 1^{er} juillet 2008 dont l'objet est d'éviter, sur prescription médicale, les hospitalisations complètes en faisant appel à cette structure d'HAD. Le taux d'hospitalisation à domicile est de 2,7 % selon l'outil RESID-EHPAD de la CNAM⁸⁸ ;

⁸⁸ Outil RESID-EHPAD, traitement automatisé de données inter-régimes. Article R. 314 - 169 du CASF :
« (...) II.- Ce traitement a pour finalités de permettre :

1° le suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé libéraux dans l'établissement ;
2° les contrôles afférents aux facturations présentées au remboursement des organismes d'assurance maladie par le rapprochement des données relatives aux résidents avec celles relatives aux remboursements au titre des soins de ville dispensés à ces mêmes personnes ;

- ♦ la société SOS Oxygène, en date du 1^{er} août 2008, pour la fourniture d'oxygène liquide ou gazeux, d'aides techniques et de dispositifs médicaux en matière d'assistance respiratoire ;
- ♦ l'hôpital privé de la Loire en date du 4 mai 2012 qui s'engage à prioriser les résidents de l'établissement pour l'accueil et les soins, les consultations spécialisées en médecine et chirurgie, l'exploration fonctionnelle et l'accès à son plateau d'imagerie ;
- ♦ le CHU de Saint-Etienne en date du 11 juillet 2014 en matière d'hygiène et de prévention des risques infectieux. Mise en place dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS en 2013, auquel le CHU a répondu par un projet concernant les filières gériatriques de Saint-Etienne et du Pays de Gier, elle s'appuie sur la création d'une équipe mobile d'hygiène dédiée aux EHPAD de ces territoires. Le RAMA 2016 signale qu'elle est intervenue 6 fois. Celui de 2017 mentionne le recours à cette équipe pour les épidémies et des formations, celui de 2018 évoque une rencontre au sujet du document d'aide à la mise en place de l'analyse du risque infectieux (DARI) et celui de 2019 mentionne que l'établissement y a fait appel sans en préciser les raisons. Aucun des trois n'indique de volume d'intervention ;
- ♦ l'hôpital du Gier, en date des 1^{er} et 7 juillet 2015. La première porte sur la coopération entre les deux établissements et instaure des bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier. La seconde concerne les modalités d'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs. Celles-ci sont intervenues deux fois en 2016, trois en 2017 et une fois en 2019 selon les RAMA, celui de 2018 n'y faisant pas référence ;
- ♦ la pharmacie du Gier en date du 7 septembre 2017 pour la dispensation et la sécurisation du circuit du médicament ;
- ♦ la résidence La Buissonnière en date du 26 février 2018 pour offrir aux résidents : un service d'activité clinique en médecine gériatrique et soins de suite et de réadaptation, une consultation avancée spécifique au domaine gériatrique, un avis spécialisé à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur ;
- ♦ le laboratoire Dyomeda-Neolab de Saint-Chamond en date du 25 octobre 2019 dont l'objet est d'organiser les procédures de collaboration pour la réalisation de la pré-analyse et de la post-analyse d'un examen de biologie médicale sous la responsabilité d'un biologiste du laboratoire.

L'établissement fait également appel à trois kinésithérapeutes qui interviennent 17 h 40 par semaine au total pour une cinquantaine de résidents. Un orthopédiste et un pédicure apportent également leur concours à la demande, ainsi que le centre mutualiste audio de Saint-Chamond pour les problématiques d'audition identifiées. En outre, 20 résidents ont bénéficié d'un contrôle visuel en 2019. La SGMR n'a pu fournir de données sur les soins dentaires mais les personnes hébergées peuvent bénéficier d'un dépistage bucco-dentaire gratuit grâce à une convention avec l'association « prévention bucco-dentaire » de Saint-Etienne présentée infra (partie 2.3). Les données RESID-EHPAD montrent que si les coûts des soins dentaires par résident n'étaient que de 0,60 € en 2016, moitié moindre que la moyenne des EHPAD objets de l'enquête, ils dépassaient cette moyenne de 2,15 € en 2017, atteignant des coûts de 3,92 € par résident, et de 0,39 € en 2018 à 1,84 €.

L'établissement ne fait pas appel à la télémédecine car chaque résident dispose d'un médecin traitant, le médecin coordonnateur prenant le relais en cas de besoin comme cela a été le cas pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Les rendez-vous avec les médecins spécialistes sont organisés avec consultation au cabinet. Les visites médicales à l'extérieur de l'EHPAD sont enregistrées dans le logiciel de soins.

3° la répartition entre les régimes du forfait de soins. (...) ».

L'évolution de ce taux, de 2016 à 2017, comparée à l'évolution nationale est présentée dans la partie 2.2.4.

En matière psychiatrique, l'établissement a recours à l'unité mobile de neuro-gérontologie du CHU de Saint-Etienne. Ce partenariat n'est pas adossé à une convention mais à une relation privilégiée de l'IDEC avec l'équipe de cette unité. Au 17 septembre, l'unité avait été sollicitée deux fois en 2020. Elle fonctionne comme une structure de secours, un relais avant une éventuelle prise en charge plus pérenne. Enfin, les RAMA font état de recours au centre médico psychologique du centre hospitalier du Pays de Gier, à raison de deux fois en 2016 et 2017, et quatre en 2019. Pour 2018, l'information n'est pas fournie. Au regard de la part en ETP du poste « psychiatre » au PMP fourni par l'indicateur de RESID-EHPAD, la prévalence des troubles psychiatriques des résidents se situe au niveau de la moyenne régionale.

2.2.3- La consommation de médicaments

La part de résidents de l'établissement traités par analgésiques est supérieure de 5 points à la moyenne nationale des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (PUI)⁸⁹. Plus atypique, l'utilisation des neuroleptiques y est beaucoup plus élevée que dans la plupart des établissements sans PUI. Le taux de résidents auxquels ils ont été prescrits dans l'année se situait en 2016 à 40,4 %, un peu plus de 14 points au-dessus de la moyenne nationale. Seuls quatre établissements, dont un autre appartenant au groupe SGMR, présentent un taux supérieur parmi les EHPAD contrôlés dans le cadre de l'enquête de la CNAM. Il a certes diminué globalement de quatre points de 2016 à 2018 tandis que la moyenne nationale restait stable, mais il était en 2018 toujours très élevé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, presque 19 points au-dessus de la moyenne nationale, à 52,5 %. En 2017, l'établissement a atteint un pic de 62,5 %, plus de 28 points au-dessus de la moyenne nationale.

Tableau 10 - Part des résidents sous traitement par catégorie de médicament

En %	Hypnotiques			Anxiolytiques			Anxiolytiques demi-vie longue			Antidépresseurs			Neuroleptiques		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Moyenne nationale	25,5	23,9	22,0	49,5	47,8	48,3	5,7	4,8	4,7	46,8	46,4	46,8	26,3	26,0	26,0
St-Chamond	27,4	21,7	15,4	55,5	57,4	59,4	11,0	12,9	11,2	41,8	52,7	41,3	40,4	38,0	36,4
	Neuroleptiques chez résidents Alzheimer			Plus de 2 psychotropes de familles différentes			Plus de 10 lignes de médicaments par prescription			Antibiotiques		Antibiotiques générant de la résistance			
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2017	2018	2017	2018		
Moyenne nationale	34,5	34,1	33,8	6,7	6,1	6,6	8,1	8,0	7,6	57,2	56,3	37,9	36,5		
St-Chamond	44,9	62,5	52,5	9,7	8,7	6,6	9,6	6,9	4,4	46,5	49,6	20,9	28,7		

Source : datamart DCIR (datamart consommations inter-régimes) /SNIIRAM – CNAM – lecture : en 2018 15,4 % des résidents de l'établissement ont eu au moins une prescription d'un hypnotique contre 22 % en moyenne dans l'ensemble des EHPAD de France.

Le même constat s'impose pour la part des résidents sous traitement de benzodiazépines anxiolytiques qui a crû de 2016 à 2018 dans un contexte de baisse nationale. Les écarts vont ainsi de six points en 2016 à 11 en 2018. Concernant les benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue, le taux de 12,9 % en 2017 est presque trois fois plus élevé que la moyenne nationale. En 2016, il approchait du double de cette dernière et le dépassait en 2018.

Or les benzodiazépines anxiolytiques ont fait l'objet d'une mise en garde par l'HAS en juin 2018 concernant les inconvénients de leur utilisation alors qu'elles ne sont efficaces que sur des durées courtes, ne traitent pas les causes de l'anxiété et génèrent de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves⁹⁰. L'HAS rappelle que les benzodiazépines

⁸⁹ Données consommation de médicaments des EHPAD sans PUI (médicalisation, n° 451) contrôlés dans le cadre de l'enquête, transmises à la Cour des comptes par la CNAM.

⁹⁰ Bon usage du médicament, quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? – HAS, juin 2018.

« ne doivent être prescrites qu'en cas de retentissement important des manifestations anxieuses sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie, selon des règles strictes de prescription. » L'HAS est particulièrement précise pour les patients âgés pour lesquels la prescription doit maintenir une faible posologie et la nécessité, l'efficacité et la tolérance du traitement doivent être réévaluées régulièrement. Elle ajoute que « les benzodiazépines à demi-vie longue sont considérées comme inappropriées chez les sujets âgés, du fait d'un sur-risque iatrogénique. La révision des prescriptions des benzodiazépines à demi vie longue doit en premier lieu conduire à se réinterroger sur les diagnostics à l'origine de la prescription et étudier l'ensemble des alternatives non médicamenteuses. » Sont aussi soulignés les risques de chutes, de perturbations cognitives et de réactions paradoxales.

Ce niveau de prescription pour ces deux catégories de médicaments n'est pas expliqué par l'établissement ou l'ARS. L'absence de médecin coordonnateur a pu jouer un rôle dans ce domaine. En effet, les dispositions du 7° de l'article D 312-158 du CASF attribuent au médecin coordonnateur un rôle de pilotage et de coordination des prescriptions des médecins traitants pour lequel il s'appuie sur la commission de coordination gériatrique qu'il préside. Celle-ci n'avait plus été réunie à partir de 2017⁹¹, point relevé par l'ARS en février 2017.

L'établissement présente en revanche des taux plus modérés concernant les antibiotiques et, dans une moindre mesure, les antidépresseurs en 2016 et 2018, les traitements de benzodiazépines hypnotiques et les prescriptions de plus de 10 lignes depuis 2017. La baisse de 12 points entre 2016 et 2018 pour les hypnotiques est à signaler, en conformité avec les recommandations de l'HAS « d'éviter la primo-prescription d'un hypnotique » et de privilégier les « alternatives médicamenteuses dans la plainte chronique ». La tempérance dans le volume des prescriptions est également à relever. La qualité de la prescription qui vise notamment à éviter la polymédication, facteur aggravant du risque iatrogénique chez les personnes âgées, est une des bonnes pratiques rappelées par la CNAM aux établissements⁹².

La faible proportion de résidents ayant eu au moins une prescription d'antidépresseurs en 2016 et 2018, au regard des taux moyens nationaux et régionaux (48,5 % et 49,5 %), est à rapprocher du niveau élevé des prescriptions de neuroleptiques et de benzodiazépines anxiolytiques. En effet, la CNAM⁹³ préconise de réévaluer la prescription de neuroleptiques et de benzodiazépines aux fins de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et l'amélioration de la prise en charge de la dépression avec un éventuel allongement de la durée de prescription d'antidépresseurs⁹⁴. La pratique de l'établissement entre 2016 et 2018, avec une exception notable en 2017 pour les antidépresseurs, est inverse.

La chambre recommande à l'établissement d'instaurer au plus vite des échanges formalisés et réguliers avec les médecins traitants des personnes accueillies afin de les amener à mettre leurs prescriptions en conformité avec les préconisations de la CNAM et de l'HAS. Vont dans ce sens les engagements de la directrice régionale Centre de la SGMR et les mesures prises fin 2020⁹⁵ concernant la commission de coordination gériatrique et le suivi de la prescription de psychotropes.

⁹¹ La dernière réunion de cette commission évoquée dans un RAMA, celui de 2016, date du 19 octobre 2016.

⁹² Profil individualisé 2018 de l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond, page 6.

⁹³ Cette préconisation de la CNAM s'appuie sur les recommandations de l'HAS.

⁹⁴ Ibidem note 92, page 8.

⁹⁵ L'ordre du jour de la réunion de la commission de coordination gériatrique du 19 octobre 2020 comportait un point ainsi présenté : « l'utilisation et la consommation des neuroleptiques et anxiolytiques – échange avec les médecins traitants ». La dernière version du tableau de bord de soins comporte deux indicateurs nouveaux : nombre de résidents avec une prescription de neuroleptiques et nombre de résidents avec une prescription d'antidépresseurs.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'une procédure de signalement, d'enregistrement et de gestion d'un évènement indésirable grave dont la dernière mise à jour date du 5 novembre 2014. La procédure ne prend donc pas en compte les dispositions de l'article L. 331-8-1 du CASF, créé par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁹⁶, qui imposent à tout établissement, service et lieu de vie et d'accueil soumis à autorisation d'informer sans délai « *les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 (...) de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.* » À fortiori, elle n'intègre pas non plus celles du décret d'application du 25 novembre 2016⁹⁷ qui a créé l'article R. 331-8 du même code précisant les modalités de déclaration des évènements indésirables graves.

Enfin, les trois dernières versions⁹⁸ de l'article L. 1413-14 du code de la santé publique imposent aux professionnels de santé et aux établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux de déclarer au directeur général de l'agence régionale de santé les infections associées aux soins ou les évènements indésirables graves associés aux soins qu'ils constatent. Les professionnels de santé concernés doivent en analyser les causes.

La chambre invite le gestionnaire et l'établissement à mettre à jour la procédure de signalement au regard des dispositions en vigueur, notamment pour les évènements indésirables graves associés à des soins. Il pourra s'appuyer sur l'instruction du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 qui promeut notamment le retour d'expérience et l'implication du management « *pour l'amélioration de la qualité des pratiques et de la sécurité des soins* ». En outre, la lourdeur de la procédure de déclaration à l'ARS mise en place par la SGMR en 2014, avec un circuit de validation hiérarchique a minima par la direction régionale, n'est guère compatible avec l'immédiateté imposée par l'article L. 331-8-1 du CASF précité. Toutefois, l'établissement recense et déclare les évènements indésirables graves, dont ceux associés à des soins, qui sont au nombre de 11 au total sur la période, dont cinq associés à des soins. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le gérant de l'EURL précise que la procédure de signalement des évènements indésirables et des évènements indésirables graves a été mise à jour et que la nouvelle version a été diffusée le 8 janvier 2021.

2.2.4- Le parcours de soins, la prévention des ruptures et le recours aux urgences

L'établissement est partenaire de la filière gérontologique de la Vallée du Gier dont il a signé la charte du 4 février 2016. L'objet de cette filière est de permettre « *à chaque personne âgée (...) d'accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité* » (article 1^{er}). Elle regroupe les établissements autour d'un projet médical et social de territoire. Chacun d'eux doit mettre en place des actions pour assurer la qualité de la prise en charge.

L'article 4 de cette charte énonce son objectif d'apporter une réponse globale aux personnes âgées et une simplification de leurs démarches pour fluidifier leurs parcours par une prise en charge appropriée. Elle promeut l'évaluation gérontologique et un accompagnement tout au long du parcours, le maintien à domicile par la coordination des différents acteurs et le

⁹⁶ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, article 30.

⁹⁷ Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

⁹⁸ Modifications introduites successivement par la loi 41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en vigueur du 28 janvier au 1^{er} mai 2016, puis par les ordonnances du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, en vigueur du 1^{er} mai 2016 au 1^{er} juillet 2017, et du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2017.

développement d'actions de prévention. S'inscrivent dans cette logique les coopérations qui ont fait l'objet de conventions avec d'autres établissements de santé ou médico-sociaux, également présentées supra dans les parties 1.3.3 et 2.2.2.

Ainsi, le projet d'établissement prévoit que l'EHPAD accorde un rôle majeur à l'HAD pour soutenir et conseiller les équipes dans les situations de fin de vie. Le préambule de la convention signée le 1^{er} juillet 2008 avec l'association Oikia présente cette solution comme une alternative privilégiée à l'hospitalisation complète, conformément aux orientations du ministère de la santé et des solidarités. Dans la pratique, les RAMA font état de deux résidents en HAD en 2016 et trois en 2017. Aucune information à ce sujet ne figure dans le RAMA 2018. En outre, ces chiffres ne sont pas cohérents avec les données de RESID-EHPAD. Or, ces dernières, reprises dans le tableau ci-dessous, résultent du croisement des listes de résidents transmises par les EHPAD à leurs caisses pivots d'assurance maladie avec le système d'information de l'assurance maladie. Elles paraissent suffisamment fiables pour écarter les informations divergentes contenues dans les documents de l'EHPAD, en particulier les RAMA. Sur cette base plus robuste, le taux de recours à l'HAD en 2016 et 2017 apparaît très insuffisant au regard des intentions affichées dans la convention précitée.

Tableau 11 : Taux de recours à l'hospitalisation par type

Type d'hospitalisation	Taux recours urgences* non suivis d'hospit			Taux recours hospit MCO** (hosp complète)			Taux recours hospitalisation HAD**		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Moyenne nationale	15,9 %	13,5 %	13,5 %	28,3 %	28,1 %	27,6 %	0,8 %	1,4 %	1,7 %
Les Opalines St-Chamond	14,6 %	13,5 %	12,0 %	21,7 %	23,3 %	20,7 %	0,0 %	0,7 %	2,7 %

Source : PMSI – ATIH - Mode de calcul : Nombre de résidents ayant eu au moins un recours aux urgences non suivi* ou à une hospitalisation** / Nombre de résidents présents dans l'année.

En revanche, hormis en 2017 où il était au même niveau que la moyenne nationale, l'établissement présente des taux modérés de recours aux urgences sans hospitalisation consécutive. Ils sont inférieurs de plus d'un point aux taux moyens nationaux et d'un demi-point au taux moyen régional en 2018⁹⁹. Selon l'établissement, sur 190 départs en hospitalisation de début 2016 à fin 2019, 24 l'ont été en urgence, dont 7 le week-end, 2 la nuit et 15 durant la semaine. Le RAMA 2019 montre qu'entre 2017 et 2019 le nombre d'urgences le week-end est passé de cinq à zéro, que les deux urgences de nuit ont eu lieu en 2018 et qu'il y a eu six urgences en journée en 2017 et 2018 pour trois en 2019.

Le taux de recours à l'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique (MCO), qui comprend les activités ambulatoires et la cancérologie, est encore plus pondéré, parmi les plus faibles de l'échantillon avec une moyenne de 21,9 % sur les trois années, six points en dessous de la moyenne nationale correspondante. Il est cohérent avec le projet d'établissement et la convention tripartite. Un protocole relatif aux hospitalisations, succinct mais très opérationnel, guide les personnels dans la gestion de ces situations. Il préconise un contact préalable avec le médecin traitant, auquel sera remis pour la consultation le dossier médical de la personne et le dossier de liaison d'urgence (DLU) à partir du logiciel de soins.

Les partenariats noués, parfois depuis de nombreuses années, avec les établissements hospitaliers du territoire ne sont sans doute pas étrangers à ce recours contenu aux urgences et à l'hospitalisation qui se rapproche des ambitions du plan solidarité grand âge et des modalités précisées par la circulaire de 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques¹⁰⁰. Celle-ci précise en particulier que « *les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins*

⁹⁹ Taux nationaux issues des données hospitalisation des EHPAD contrôlés dans le cadre de l'enquête et taux régional issu du profil RESID-EHPAD de l'établissement. Ces éléments ont été transmis à la Cour par la CNAM.

¹⁰⁰ Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques - NOR : SANH0730182C.

requis. » La chambre encourage l'établissement et son gestionnaire à accentuer les efforts engagés pour construire un parcours de soins maîtrisé et cohérent. C'est une condition de la qualité de la prise en charge.

2.2.5- Les risques sanitaires

L'établissement dispose d'un protocole de gestion du risque infectieux mis en place par la SGMR en 2013. Si une mise à jour serait utile, ce document reste pertinent pour les gestes d'hygiène des mains à l'occasion des soins et de la vie quotidienne, le port d'équipements de protection tels les masques ou les sur-blouses, l'élimination de matériel à usage unique. Les réflexes dans ce domaine sont acquis par le personnel. La mise à disposition de produits hydroalcooliques était déjà effective dans l'établissement le 11 février 2020.

L'établissement a également réalisé une analyse du risque infectieux dès le 13 décembre 2016, à peine six mois après une instruction aux ARS¹⁰¹ et alors même que l'instruction visait une mise en place dans les ESMS concernés pour la fin de 2018. La réactivité de l'établissement et de son gestionnaire dans ce domaine de la prévention des risques infectieux est donc manifeste. Toutefois, le document d'analyse du risque infectieux est limité au premier volet de la démarche, c'est-à-dire l'autoévaluation, les deux autres volets devront y figurer aussi : un plan d'action avec son calendrier de mise en œuvre et la communication destinée à mobiliser le personnel, les résidents et leurs familles.

Un protocole mis à jour le 2 mars 2016 encadre le circuit des déchets dont les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Leur traitement est confié aux infirmiers. Le stockage avant collecte est assuré dans les conditions réglementaires rappelées par le protocole. Un dispositif d'étiquetage, un registre des DASRI et un bordereau de suivi, remis par le prestataire qui les collecte, en assurent la traçabilité. Une convention a été établie le 21 décembre 2012 avec une société prestataire pour la collecte et l'élimination de ces déchets. Elle décline localement un contrat cadre entre cette société et la SGMR.

Concernant la légionnelle, un protocole mis à jour le 6 avril 2018 et vérifié par un médecin, définit les mesures à prendre en matière de prévention et de gestion par référence au cadre réglementaire et normatif en vigueur. Un carnet sanitaire permet de tracer toutes les interventions préventives mises en œuvre. Le protocole donne aussi des informations concernant les caractéristiques de la légionnelle, son agent, son mode de transmission les symptômes et le traitement approprié. Il décrit la conduite à tenir en cas de détection et la prise en charge clinique des cas.

Par ailleurs, le taux de vaccination des résidents contre la grippe transmis par la CNAM, à partir de RESID-EHPAD, avec le profil de l'établissement était en 2018 inférieur de presque huit points à la moyenne nationale (57,3 % contre 65 %). En revanche, en 2019, la quasi-totalité des résidents a été vaccinée, ce qui est remarquable.

Tableau 12 : Taux de vaccination des salariés et des résidents contre la grippe sur la période

	2016	2017	2018	2019
Salariés	7 %	20 %	12,5 %	20,5 %
Résidents	39,7 %	NC	57,3 %	98,5 %

Source : SGMR, sauf résidents en 2016 : RAMA 2016, et 2018 : RESID-EHPAD.

En termes de gestion de crise sanitaire ou climatique, conformément à l'article D. 312-160 du CASF, l'établissement est doté d'un plan dont la dernière mise à jour date de janvier 2020.

¹⁰¹ Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018.

En application de l'article D. 312-160, un arrêté du 7 juillet 2005¹⁰² précise le cahier des charges de ce plan qu'il dénomme « Plan bleu ». Celui de l'établissement le respecte en tous points : le référent du plan, improprement appelé « Plan blanc » dans cette partie du document, en cas de crise sanitaire est désigné dès son introduction (le directeur de l'établissement, en collaboration avec le médecin coordonnateur).

La convention avec le centre hospitalier du Pays de Gier citée dans la fiche synthétique répond aux conditions de l'article 1 de l'arrêté notamment en instaurant de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et en définissant les modalités de transferts si nécessaire.

Le protocole général canicule qui lui est annexé énonce des recommandations de bonnes pratiques préventives en cas de déclenchement du plan bleu et précise les modalités d'organisation de l'établissement.

De plus, il signale que l'établissement dispose de locaux de vie climatisés : les deux salles à manger et quatre autres salles, les six disposant chacune d'une capacité d'accueil de 70 personnes assises¹⁰³.

Il prévoit la constitution d'une cellule de crise en amont composée de la directrice, de l'IDEC, du médecin coordonnateur, de l'assistante de direction ou de la maîtresse de maison présente. Il définit les rôles de chacun de ses membres avec précision et la mission de la cellule. Le protocole de mise en place d'un plan de continuité en cas de pandémie grippale et la convention avec l'équipe mobile d'hygiène du CHU de Saint-Etienne présentée supra lui sont, notamment, annexés.

L'établissement a déclaré à l'ARS trois épidémies de gastro-entérites aiguës et deux épidémies de grippe en 2019 et 2020. Aucune épidémie n'a été déclarée en 2017. L'équipe mobile d'hygiène a été systématiquement informée et sollicitée. Le RAMA 2016¹⁰⁴ mentionne en plus une épidémie de grippe en 2016 avec un pic de sept résidents. Au regard des critères de l'instruction en vigueur à l'époque¹⁰⁵ cette dernière aurait également dû faire l'objet d'un signalement à l'ARS puisque lors du pic le seuil d'« *au moins cinq cas dans un délai de quatre jours* » fixé pour les cas groupés d'infection respiratoire aiguë a été dépassé. Ce seuil est d'ailleurs reconduit par la nouvelle instruction de 2019¹⁰⁶ qui a abrogé l'instruction précitée (la gestion de la pandémie de Covid-19 est développé infra dans la partie 3).

2.3- Les démarches de prévention collective

Il n'existe pas de dispositif coordonné de prévention collective au sein de l'établissement, mais l'établissement propose aux résidents un programme d'animations riche et varié¹⁰⁷, dont un grand nombre s'inscrivent dans le cadre de la prévention collective en agissant sur le maintien voire le développement des capacités intellectuelles et physiques : ateliers cognitifs, séances de gymnastique douce, activités de réflexion, sorties extérieures. En outre, plusieurs actions spécifiques présentent un intérêt particulier.

¹⁰² Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchis dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁰³ Plan bleu page 42.

¹⁰⁴ RAMA 2016, page 8.

¹⁰⁵ Instruction n° DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées, page 4.

¹⁰⁶ Instruction n° DGS/VSS1/DGCS/SPA/2019/211 du 30 septembre 2019 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées, page 4.

¹⁰⁷ Voir notamment la partie 2.1.4.

La première s'inscrit dans un partenariat de l'établissement dans le projet déposé fin 2019 auprès de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes par l'autre EHPAD du groupe SGMR dans la Loire, « Les Opalines » Lorette, pour le financement d'actions de repérage de la dépression et de prévention du suicide, de repérage de la douleur, de prévention des chutes et de promotion de l'activité physique adaptée. Ce projet fondé sur trois actions, parcours équilibre, médiation animale et activités physiques adaptées, représentait un budget prévisionnel de 12 940 € par établissement. Un financement à 100 % a été sollicité auprès de l'ARS. Il a été subventionné à 60 % et a fait l'objet d'un début de mise en œuvre par l'établissement qui s'est traduit par des séances d'activités physiques adaptées 1 h 15 par semaine, depuis début 2020.

L'établissement a également signé une convention du 2 mai 2019 avec l'association « prévention bucco-dentaire » de Saint-Etienne pour proposer aux résidents un dépistage bucco-dentaire gratuit. L'ensemble des constats médicaux individuels est remis au médecin coordonnateur pour suivi. Malheureusement, aucun bilan écrit n'existe pour les actions conduites en 2019 dans ce cadre.

Une troisième action concerne la prévention de l'isolement et des états dépressifs. Des ateliers d'arthérapie sont organisés par les bénévoles de l'association arts et couleurs, qui interviennent une fois par semaine et proposent des ateliers créatifs en groupe. Un arthérapeute organise des ateliers de peinture individuels.

La médiation animale doit également être mentionnée, à travers la convention mise en place avec la SPA. Le contact avec les animaux vise à travailler la mémoire en ravivant des souvenirs. Il permet la mise en place d'activités de motricité : prendre, donner, lancer, brosser.

En matière de prévention de la maltraitance, la psychologue référente pourra s'appuyer sur la commission éthique¹⁰⁸ de l'établissement lorsqu'elle sera mise en place. D'ores et déjà, la procédure « prévention, identification et dénonciation des actes de maltraitance » du groupe, actualisée au 25 septembre 2014 apporte des éléments de définition et d'identification de la maltraitance et décrit les objectifs de sa prévention comme un élément de l'identité du groupe.

Cette procédure précise les modalités de signalement, résumées dans un schéma en forme de fiche réflexe, et les obligations du personnel dans ce domaine. Un formulaire de remontée des informations à l'ARS et au conseil départemental lui est annexé, en référence à l'instruction de la direction générale de l'action sociale du 22 mars 2017¹⁰⁹ relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables. Il n'y a pas eu de signalement en matière de maltraitance pendant la période sous contrôle.

La procédure devra être actualisée car elle ne se réfère pas à la circulaire de la DGCS du 20 février 2014¹¹⁰, portant sur le même objet restreint au public des personnes âgées et des personnes handicapés dans les ESMS « *relevant de la compétence des ARS* », mais à celle du 23 juillet 2010 qu'elle annule et remplace.

En outre, le circuit de l'information et les mesures internes décrits sont peu compatibles avec l'information « *sans délai* » prescrite par l'article L. 331-8-1 du CASF. En effet, l'information des autorités compétentes, l'ARS et le conseil départemental de la Loire, sur « *tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées* » intervient à l'issue d'un

¹⁰⁸ Prévue par le projet d'établissement, elle n'avait toutefois pas été mise en place en septembre 2020 (voir 1.4.2).

¹⁰⁹ Instruction DGAS/2A du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

¹¹⁰ Circulaire N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

processus interne de vérification des faits, de définition et de mise en place de mesures à l'encontre du salarié et de soutien des victimes, témoins, familles et personnels, et « *les modalités de déclaration à l'ARS et au (conseil départemental) sont définies et mises en œuvre par la direction de l'établissement en concertation avec la direction régionale, la direction générale (DG/DIREX) et les services du siège* ». L'implication de la direction régionale ou d'exploitation (aujourd'hui d'opération) à ce stade interroge en termes d'efficacité.

L'ensemble du personnel a suivi une formation sur les thèmes de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance. Les plans de formation retracent ces sessions de sept heures qui ont concerné trois personnes en 2016 (directrice, assistante de direction et IDEC), neuf en 2017 dont sept personnels soignants et 11 en 2018 dont la directrice, l'IDEC, la maîtresse de maison et le chef de cuisine. La session organisée en 2019 a été suivie par dix personnes et s'inscrivait dans le cadre de la démarche « Humanitude » portée par le groupe SGMR (cf. partie 2.1.2).

Plus globalement, les RAMA, dont les limites ont été soulignées à plusieurs reprises, sont renseignés de façon uniquement descriptive, particulièrement depuis 2017. Ils n'apparaissent pas comme des supports pour étayer la mise en place d'une démarche plus structurée de prévention collective. De surcroît, la longue absence de médecin coordonnateur en poste¹¹¹ n'a pas permis une utilisation plus poussée en termes de diagnostic et de perspective.

En synthèse, la chambre constate que les actions en matière de prévention collective sont pertinentes mais mériteraient un cadre plus formalisé et partagé pour leur donner sens et efficacité. Elle engage le gestionnaire et l'établissement à inclure ce travail dans les processus de préparation du futur projet d'établissement et du CPOM, en l'accompagnant d'une actualisation des procédures et protocoles et d'une simplification des circuits de signalement aux autorités.

3- LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DU PRINTEMPS 2020

3.1- La mesure de l'impact direct de la crise sur les résidents et les personnels

La Loire fait partie des départements modérément touchés par la crise sanitaire au premier semestre 2020. Selon les données de l'INSEE, entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020, le nombre de décès y a été supérieur de 16,5 % par rapport à 2019, soit 9,5 points en-dessous de l'évolution nationale et 2,5 points en dessous de celle de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Le département a toutefois connu une forte croissance du nombre moyen de décès par jour la deuxième quinzaine de mars 2020 par rapport à la première : + 30,4 % contre + 16,2 % en région et + 25 % au plan national. Il a ensuite suivi presque à l'identique le mouvement de ralentissement puis de décroissance nationale jusqu'à la fin du mois d'avril. Entre le 1^{er} mai et le 21 septembre, la mortalité a même diminué par rapport à la même période en 2019, de 1,4 % contre une augmentation de 1 % aux plans national et régional.

En ce qui concerne plus spécifiquement les établissements pour personnes âgées, les décès ont connu une progression alarmante au cours de la période du 1^{er} mars au 30 avril, avec une augmentation de 54 % entre 2019 et 2020, contre 32 % pour les décès à domicile et 17 % en hôpital ou clinique. Le nombre de décès déclarés quotidiennement, qui se situait autour de 210 la première quinzaine de mars 2020, a fortement augmenté ensuite pour connaître un pic à 460 la première quinzaine d'avril puis revenir à 270 décès en moyenne la quinzaine suivante. Le point épidémiologique de Santé publique France au 7 mai 2020 pour la région

¹¹¹ Voir infra, partie 4.3.1.

Auvergne-Rhône-Alpes relève du 1^{er} mars au 4 mai 2020 579 signalements d'épisodes intéressant un ou plusieurs cas possibles ou confirmés de COVID-19 représentant 7 283 cas dont 3 513 confirmés chez les résidents. Sur l'ensemble des cas, 890 étaient hospitalisés, 369 décédés durant leur hospitalisation et 1 115 décédés en établissement. Concernant le personnel, il mentionne 3 412 cas dont 2 064 confirmés.

Au sein de l'établissement « Les Opalines » de Saint-Chamond, l'impact a été beaucoup moins sensible comme le montre le tableau suivant qui s'attache à la période du 1^{er} mars au 30 juin 2020. Concernant les résidents, un cas confirmé, le 26 mars, alors que la moyenne pour les 1 273 établissements de la région recensés dans le FINESS (voir glossaire) était de 3,05 et un décès contre une moyenne régionale de 1,39. Le personnel a quant à lui été épargné par l'épidémie alors qu'en région 1,75 salariés étaient confirmés en moyenne par établissement.

Tableau 13 : Recensement des cas et décès imputés au Covid-19 dans l'EHPAD du 1^{er} mars au 30 juin 2020

Covid-19	Nb de cas probables ou suspectés	Nb de cas confirmés	Dont hospitalisés	Nb de décès parmi les cas probables ou suspectés	Nb de décès parmi les cas confirmés	Dont à l'hôpital
Résidents	3	1	0	0	1	0
Personnels	1	0	0	0	0	0

Source : SGMR

Le tableau 14 montre qu'en outre, l'établissement n'a pas connu de surmortalité en 2020 par rapport aux deux années précédentes. Au contraire, la mortalité a été légèrement moins forte qu'en 2019 en moyenne mensuelle. Elle est toutefois supérieure pour les seuls décès au sein de l'établissement.

Sur un plan plus qualitatif, le bilan établi par la médecin coordonnateur mentionne quatre résidents ayant perdu de la mobilité en raison de l'absence de soins de kinésithérapie mais qui ont pu retrouver leur autonomie après le déconfinement. Un résident a refusé les soins, pour partie en raison de l'isolement provoqué par le confinement, et un autre a été affecté par le syndrome dit de glissement. Il s'agissait d'une personne en fin de vie qui ne se maintenait que grâce à la présence de sa famille. Pour les résidents de l'UVP, la situation n'a eu aucune incidence s'agissant de personnes vivant déjà en huis clos avec un rapport au temps différent.

Tableau 14 : Mortalité mensuelle des résidents de l'EHPAD de 2018 à 2020

	Nombre de décès total			Nombre de décès à l'EHPAD		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Janvier	3	5	2	3	2	2
Février	2	7	5	2	5	3
Mars	1	1	2	1	0	2
Avril	2	0	3	2	0	3
Mai	0	1	0	0	1	0
Juin	5	3	2	4	2	1
Juillet	0	0	2	0	0	2
Août	6	3	3	4	2	3
Septembre	1	3		1	3	
Octobre	2	2		1	2	
Novembre	1	3		1	3	
Décembre	1	2		1	2	
Total	24	30	19	20	22	16
Moyenne mensuelle	2	2,5	2,4	1,7	1,8	2

Source : SGMR

3.2- La préparation et la réaction de l'EHPAD face à la crise sanitaire

3.2.1- Le plan bleu et son actualisation

Comme exposé dans la partie 2.2.5, l'établissement est doté d'un plan bleu qui a été mis à jour en janvier 2020. Cette mise à jour très proche du début de la crise a favorisé la sensibilité des équipes à la problématique de la gestion d'une crise sanitaire. Alors que le plan bleu a été activé le 12 mars dans tous les ESMS, il l'était dès le 7 mars à Saint-Chamond. Il a été partagé avec l'ensemble des personnels les 8 et 10 mars et son activation a fait l'objet d'un affichage à la porte d'entrée le 8 mars¹¹². Les mesures barrières, le port du masque, la prise de température à l'entrée, la restriction des visites étaient déjà systématisés.

La SGMR a précisé qu'à l'occasion de la crise, le volet « plan de continuité » de l'activité du plan bleu a fait l'objet d'une nouvelle mise à jour. L'établissement a bénéficié, pour ce faire, d'un document d'appui, sous forme de check-list, produit par le groupe. Hormis cet ajustement le plan bleu s'est révélé opérationnel. En complément, la SGMR a produit pas moins de 14 protocoles ou documents d'appui qui ont permis de le préciser et de l'adapter en temps réel. Ils sont précisés infra (cf. partie 3.2.2.3).

3.2.2- L'organisation interne mise en place

3.2.2.1- Les équipements de protection individuelle

L'établissement disposait déjà de stocks de protections individuelles. Au 5 mars 2020, ils étaient constitués de 500 masques chirurgicaux et 30 FFP2, 200 surblouses, de gants et de gel hydroalcoolique¹¹³. Une gestion souple et réactive a été mise en place dès le début de la crise. Ainsi, le groupe a sollicité ses prestataires et partenaires pour s'assurer que chaque établissement disposerait des équipements de protection individuels dont il avait besoin. La répartition a été effectuée au regard de l'état des stocks de chacun et un suivi quotidien des stocks en ligne, mis à jour par les directeurs, a été instauré. En complément, l'ARS a fourni une dotation hebdomadaire en masques chirurgicaux distribuée au CHU de Saint Etienne.

Malgré cette organisation solide, le groupe déclare avoir connu de très nombreuses difficultés d'approvisionnement en raison de l'assèchement des stocks de ses fournisseurs habituels. Le directeur des achats a dû requérir un grand nombre d'autres fournisseurs, en faisant parfois appel à l'importation, ce qui a permis d'éviter toute rupture de stocks. Il mentionne la flambée des prix de ces équipements pendant la crise sanitaire. Il précise par ailleurs que les tensions d'approvisionnement ont été dans l'ordre chronologique :

- ♦ les masques chirurgicaux et FFP2 ;
- ♦ le gel et les produits de désinfection ;
- ♦ les surblouses ;
- ♦ les gants de soin.

3.2.2.2- Les tests

Le groupe les Opalines a mis en place rapidement un dispositif dans ses établissements pour la réalisation des tests, qui reposait sur trois axes. En premier lieu, la prescription par les médecins coordonnateurs de tests ciblés pour les résidents et les salariés dès l'apparition des premiers symptômes. En second lieu, le lancement d'une campagne de tests PCR à partir du 14 avril 2020 en demandant aux directeurs d'en définir les modalités avec leurs laboratoires. À Saint-Chamond, les tests réalisés entre le 16 et le 21 avril ont été répartis entre les deux

¹¹² Voir annexe 3, présentation de la main courante mise en place dans l'établissement qui retrace ces événements.

¹¹³ La SGMR déclare un stock au niveau du groupe à la même date de : 32 015 masques chirurgicaux, 6 616 masques FFP2, 12 951 surblouses.

laboratoires locaux pour les résidents et pour les personnels. Un seul résident a refusé. Enfin, à partir du déconfinement, les établissements ont été invités à mettre en place des tests sérologiques.

De plus, un partenariat a été mis en place avec un laboratoire à Clermont-Ferrand, détenteur d'une importante capacité d'analyse de tests. L'établissement a confié à la médecin coordonnateur et à l'IDEC la réalisation des tests lors de la campagne du 16 au 21 avril. La direction a estimé à deux journées la sollicitation des équipes.

3.2.2.3- Les mesures concernant la prise en charge

L'organisation de la prise en charge des résidents pendant cette période de crise s'est construite autour de trois axes : la création et l'appropriation de protocoles dédiés ; des réunions d'équipes spécifiques, coordonnées par la cellule de crise ; une communication régulière en direction des résidents, de leurs familles et des personnels (pour ces deux derniers axes, voir annexe 3).

Les 14 protocoles et documents d'appui ont tous été conçus et diffusés par le groupe SGMR à ses établissements. Il n'y a pas eu de travail des équipes en amont de leur rédaction, mais un travail conduit par l'IDEC et la médecin coordonnateur sur leur appropriation. Ils concernent principalement les pratiques quotidiennes des personnels soignants notamment pour la prise en charge d'un résident atteint par l'infection Covid-19 ou suspecté de l'être, les soins d'un résident symptomatique en phase épidémique, la prise en charge palliative d'une détresse respiratoire asphyxique ou les protections contre la contamination. Ils précisent également les conditions d'intervention de professionnels extérieurs pendant l'épidémie et l'organisation des visites des familles au moment de leur reprise.

En fonction de leur nature, la plupart des documents ont été validés par un médecin du groupe. Tous sont synthétiques, précis et clairs. L'appartenance à un groupe structuré a constitué à cet égard un réel avantage dans la gestion de la crise. L'approche managériale basée sur l'information, la formation, l'appui et un suivi continu a rassuré les équipes et les familles. Elle confirme la bonne anticipation de l'établissement et de son gestionnaire qui a permis une gestion apaisée de la situation de crise.

3.2.2.4- Les personnels disponibles

Comme dans la plupart des établissements, l'absence au travail a connu une forte augmentation durant la période de confinement au sein de l'EHPAD « les Opalines » de Saint-Chamond, en comparaison avec la même période en 2019. Le tableau ci-dessous fait ressortir une évolution plus marquée que celle de la moyenne des sept établissements du groupe en région Centre¹¹⁴. Le pic le plus important se situe au mois d'avril (peut-être en lien avec le premier cas de COVID dans l'établissement) avec un quintuplement. Il a été suivi d'un épisode modéré en mai, au moment du déconfinement. Ce phénomène est d'autant plus marquant qu'il se produit dans un établissement où l'absence au travail est déjà forte (cf. partie 4.4).

¹¹⁴ Pour rappel, la région Centre comprend les départements suivants : Ain, Allier, Loire, Puy-de-Dôme et Rhône.

Tableau 15 : Bilan comparé des taux d'absence au travail¹¹⁵ et d'accidents du travail du personnel du 1^{er} mars au 30 juin, entre 2019 et 2020 (en %)

	Mars	Avril	Mai	Juin	Moyenne
Taux d'absence au travail 2019					
Saint-Chamond	10,4	6,0	7,2	5,5	7,3
Région (groupe)	10,3	12,0	8,0	4,9	8,8
Taux d'absence au travail 2020					
Saint-Chamond	21,6	31,1	11,7	11,6	19,0
Région (groupe)	14,2	17,5	13,0	10,5	13,8
Évolution 2020 / 2019					
Saint-Chamond	+ 107,7 %	+ 418,3 %	+ 62,5 %	+ 110,9 %	+ 161,2 %
Région (groupe)	+ 37,9 %	+ 46,2 %	+ 62,5 %	+ 114,3 %	+ 56,9 %
Taux d'accident du travail 2019					
Saint-Chamond	7,5	11,5	13,8	13,1	11,5
Région (groupe)	6,1	11,5	13,8	4,9	9,1
Taux d'accident du travail 2020					
Saint-Chamond	9,4	4,7	5,3	7,0	6,6
Région (groupe)	3,4	2,5	1,1	3,3	2,6
Évolution 2020 / 2019					
Saint-Chamond	+ 25,3 %	- 59,1 %	- 61,6 %	- 46,6 %	- 42,5 %
Région (groupe)	- 44,3 %	- 77,9 %	- 92,0 %	- 32,7 %	- 71,5 %

Source : SGMR, retraité CRC

En revanche, le taux d'accidents du travail de l'établissement s'est réduit de 42,5 % en moyenne sur ces quatre mois par rapport à 2019. Bien que très marqué, ce phénomène est cependant moins ample que dans les autres établissements du groupe dans la région qui connaissent en moyenne une baisse de 71,5 %. Ce constat pourrait s'expliquer par une « baisse de la pression » pendant le confinement en raison de l'absence d'accueil des familles.

L'organisation du travail a été revue, sans fonctionnement en mode dégradé, afin d'absorber le travail supplémentaire généré et pour compenser la hausse de l'absence au travail. L'établissement n'a pas eu recours à l'intérim. Les CDD de « *surcroît d'activité* » mis en place de mars à août 2020 ont généré un coût total de 16 936,93 €¹¹⁶.

Dans le contexte particulier du confinement, le médecin coordonnateur a pris le relais des médecins traitants qui ne pouvaient plus venir dans l'établissement, à l'instar des autres professionnels de santé libéraux. Son rôle dans la dispensation des soins a donc été central. L'équipe mobile d'hygiène a apporté une aide appréciable dans la gestion des deux cas de contamination.

3.2.2.5- Les réclamations

L'établissement n'a pas reçu de réclamations spécifiquement liées à la mise en place du dispositif. En revanche, la main courante comme les comptes rendus des réunions de la cellule de crise font état de remerciements de la part des familles.

¹¹⁵ Ce taux est calculé selon la formule de l'ANAP : nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation) / nombre total d'ETP réel au 31/12 x 365, exprimé en pourcentage (voir partie 4.4).

¹¹⁶ 11 867,38 € brut + 3 927,97 € de charges patronales, 976,58 € de prime de précarité et 165 € d'heures supplémentaires.

3.2.3- Le lien avec les tutelles et les partenariats

3.2.3.1- *L'agence régionale de santé*

Les échanges avec l'ARS se sont effectués principalement par courriels. La directrice de l'établissement a ainsi informé l'ARS le 11 mars 2020 de l'activation du plan bleu, de l'actualisation en cours du plan de continuité, de la fermeture de l'établissement et de sa désignation comme coordinatrice dans la gestion de la crise. Le 21 avril elle l'informait de la décision de lancer une campagne de dépistage pour les résidents et les salariés des établissements « Les Opalines ». Dans l'autre sens, la délégation ARS de la Loire a relayé les informations qui concernent :

- ♦ la distribution de masques via les établissements de santé et la priorité donnée aux établissements ouverts qui ont des cas de covid-19, le 17 mars ;
- ♦ la plateforme Renfort-Covid, dispositif d'appel à volontaires, et la sécurisation de l'accueil des volontaires, les 27 et 30 mars puis le 1^{er} avril ;
- ♦ la doctrine régionale concernant le lancement de la campagne de dépistage dans les ESMS, le 11 avril ;
- ♦ une fiche de sensibilisation aux risques d'escroquerie par Internet, le 23 avril 2020, appelant à la vigilance à l'égard de pratiques relevant de la cybercriminalité, notamment la vente frauduleuse d'équipements de protection individuelle ;
- ♦ une fiche, le 17 juin, pour encadrer le processus de retour à la normale dans les EHPAD et appeler à la constitution de plans dédiés par les directions d'établissement ;
- ♦ le 18 juin 2020, une grille de remontée des données relatives à la compensation du versement de la prime COVID et des pertes de recettes de certains établissements, dont les EHPAD.

Un échange a également eu lieu le 1^{er} et le 4 avril 2020 entre la direction de l'EHPAD et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sur les modalités de déclaration du résident infecté par la Covid-19 sur le portail dédié. De plus, l'agence a diffusé des documents d'accompagnement tel un memento pour la gestion de l'épidémie à l'usage des ESMS.

3.2.3.2- *Le département*

Bien que moins soutenus qu'avec l'ARS, les échanges avec le département de la Loire ont été réguliers. Le 20 mars la direction administrative et financière du pôle de vie sociale du département relayait ainsi un courriel de la cellule de crise de la direction générale de la cohésion sociale du ministère des solidarités et de la santé, transmettant les recommandations aux ESMS actualisées au stade 3 de l'épidémie : activation du plan bleu, mesures de prévention et de protection, identification et orientation des cas et prise en charge et suivi des patients Covid-19.

Le 31 mars, les services du département recensaient par courriel les besoins des ESMS en équipements de protection afin de les transmettre au préfet pour définir la dotation à distribuer par les établissements de santé relais. Le 21 avril, ils informaient les établissements, conjointement avec l'ARS, de la mise en place d'un outil d'échanges mutualisé conçu avec l'ARS afin de diffuser toutes les informations nécessaires à la gestion de la crise et de permettre les remontées d'informations sollicitées par les deux autorités.

3.2.3.3- *Les autres partenaires : appui et coopération*

L'établissement a noué sur son territoire des partenariats solides qui lui ont permis notamment, indépendamment de la crise, de limiter le recours aux urgences et à l'hospitalisation. C'est le cas en particulier de l'équipe mobile d'hygiène du CHU de Saint-Etienne qui lui a apporté, comme à d'autres établissements, un soutien constant tout au long de la crise, au-delà de

l'aide à la gestion du premier cas de Covid. Elle a relayé les informations de l'ARS relatives aux modalités de répartition de la première dotation en masques et précisant les trois sites de distribution du département, dont le CHU de Saint-Etienne, pour l'établissement, le 25 mars 2020. Le 14 mai, elle proposait aux établissements partenaires un questionnaire à soumettre au résident avant hébergement temporaire, dans le cadre de la reprise d'activité et annonçait un accompagnement en prévision des fortes chaleurs et pics de pollution possibles.

La préfecture de la Loire a, pour sa part, instauré avec les directions d'EHPAD un point quotidien à compter du 26 mars 2020 pour évaluer leurs difficultés et les transmettre à l'ARS chargée de prendre contact avec eux pour les aider à les surmonter.

L'établissement a bien sûr bénéficié, en complément de ces appuis externes, du soutien méthodologique, organisationnel et managérial de la SGMR. Ce soutien s'est traduit par la rédaction de protocoles, après l'encadrement des mesures à mettre en place et l'approvisionnement en équipements de protection individuelle et par l'activation d'une cellule de crise, par une veille législative et médicale et par l'envoi régulier de courriels de soutien. L'établissement devait communiquer à la SGMR au fur et à mesure ses stocks en équipements de protection individuelle, les cas suspects et les cas diagnostiqués, résidents et salariés, les difficultés éventuellement rencontrées.

3.3- Les conséquences financières de la crise

L'instruction du 5 juin 2020¹¹⁷ établit les modalités de compensation des journées de « vacances »¹¹⁸ constatées ainsi que les surcoûts liés à la crise sanitaire. Pour l'hébergement permanent et temporaire, cette compensation financière couvre les journées de vacances constatées pendant la crise par rapport aux taux d'occupation moyens de l'établissement constaté sur les trois dernières années. Ces journées sont compensées à hauteur d'un montant de 65,74 € au maximum, comprenant le tarif d'hébergement journalier de l'EHPAD (dans la limite de 60,22 €) et un ticket modérateur du tarif dépendance fixé à 5,52 € par jour. Une décote de 10 % est ensuite appliquée sur ce résultat.

L'instruction rappelle que : « Depuis le 1^{er} janvier 2017, le forfait global relatif aux soins des EHPAD comprend deux composantes :

- ♦ la dotation destinée à financer les places d'hébergement permanent qui est calculée à partir de l'équation tarifaire GMPS¹¹⁹) et fait l'objet d'une convergence tarifaire sur la période actualisée 2017 à 2021 ;
- ♦ des financements complémentaires le cas échéant, qui peuvent être reconductibles ou non (...). Ils financent soit des modalités d'accueil particulières (...), et sont dans ce cas reconductibles, soit des actions spécifiques (...) ».

Pour l'année 2020, la dotation GMPS au titre de l'hébergement permanent est composée de la dotation GMPS reconductible de l'année précédente à laquelle est appliqué le taux de reconduction de + 1,1 % dans la limite du forfait cible et d'une moitié de l'écart entre la dotation GMPS reconductible actualisée et le résultat de l'équation tarifaire dite « GMPS » correspondant au niveau de ressource cible, et ce, sur la base des valeurs annuelles de point 2020. La valeur annuelle de point est de 10,37 € pour l'EHPAD Les Opalines.

Les informations communiquées par la SGMR concernant l'impact financier de la crise et celles que l'établissement a transmises à l'ARS, que la chambre a croisées avec celles que

¹¹⁷ Instruction N°DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020 relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

¹¹⁸ Il s'agit de compenser les pertes de recettes d'hébergement du fait de la suspension temporaire des nouvelles admissions.

¹¹⁹ Pour mémoire, le groupe iso-ressources moyen pondéré soins, GMPS = GMP + (2,59 x PMP).

l'établissement a transmises à l'ARS, sont retranscrites dans le tableau ci-dessous. Selon les premières, les conséquences financières de la crise sont modérées. Les dépenses de personnel supplémentaires sont mêmes globalement en régression. La perte de recettes due au confinement peut également être considérée comme marginale. Il est étonnant dans ces conditions que les documents transmis à l'ARS fassent état d'un surcoût de presque 23 000 €. Dans sa réponse le gérant de l'EURL appelle l'attention sur la difficulté de comparer deux exercices sur la base de données partielles concernant les dépenses de personnel et suggère que la totalité de la masse salariale soit prise en compte pour lisser les effets de transfert. Il cite en exemple la possibilité, qu'en 2019, des économies sur des CDI non pourvus puissent avoir eu un impact à la hausse sur les dépenses relatives aux CDD.

Tableau 16 : Conséquences financières de la crise

	Niveau constaté en 2019	Niveau de réalisation anticipé 2020	Surcoût /perte	Déclaration CNSA
Achats de fournitures médicales et petits équipements	63 757,60 €	70 226,84	6 469,24 €	4 170,00 €
Achats de produits d'entretien	4 870,58 €	4 686,20 €	- 184,38 €	1 990,00 €
Alimentation				720,00 €
Investissements liés à l'aménagement temporaire des locaux		Aucun investissement notable réalisé	Aucune demande établie	
Dépenses de personnels supplémentaires (rémunérations et charges), dont :	467 796,71 €	439 211,50 €	- 28 585,21 €	15 961,00 €
<i>CDD</i>	445 286,05 €	423 170,70 €	- 22 115,35 €	15 796,00 €
<i>Intérim</i>	4 567,32 €	7 568,18 €	3 000,86 €	
<i>Heures supplémentaires</i>	17 943,34 €	8 472,62 €	- 9 470,72 €	165,00 €
Produits d'hébergement, dont :				
Hébergement permanent	94,52 %	96,11 %	0	
Hébergement temporaire *	97,00 %	70,88 %	2 828 €	
Total :			- 19 472,35 €	22 841,00 €

Source : SGMR - * selon formule établie par l'instruction du 5 juin 2000.

La chambre appelle l'attention sur le caractère provisoire des données, financières ou non, relatives aux effets de la pandémie sur l'établissement. En effet, la pandémie a connu un rebond à l'automne 2020 qui a d'ores et déjà impacté l'établissement contrôlé, comme beaucoup d'autres EHPAD. Il est difficile à ce stade, de mesurer précisément les effets de la crise et d'en tirer des enseignements solides.

4- LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS

Géré par un organisme privé commercial, l'établissement est soumis aux dispositions du code du travail. Il relève également de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 aménagée par l'annexe médico-sociale du 10 décembre 2002. Il appartient à l'unité économique et sociale (UES) « Les Opalines », créée par un accord du 30 septembre 2016, aux côtés des autres établissements du groupe.

Création jurisprudentielle¹²⁰ destinée à prévenir la pratique du morcellement pour contourner les seuils applicables en matière de représentation du personnel, les UES sont constituées « par convention ou par décision de justice entre des entités juridiquement distinctes qu'elles

¹²⁰ Cour de Cassation, chambre criminelle, 23 avril 1970, n° 68-91333, publié au bulletin.

soient ou non dotées de la personnalité morale, dès lors qu'est caractérisée entre ces structures, d'une part, une concentration des pouvoirs de direction à l'intérieur du périmètre considéré ainsi qu'une similarité ou une complémentarité des activités déployées par ces différentes entités, d'autre part, une communauté de travailleurs résultant de leur statut social et de conditions de travail similaires pouvant se traduire en pratique par une certaine mutabilité des salariés »¹²¹. Elles sont dépourvues de personnalité juridique et ne peuvent donc être considérées comme employeur des salariés des sociétés membres.

L'UES est aujourd'hui encadrée par différentes dispositions du code du travail, selon des conditions de seuil, notamment celles concernant la mise en place d'un comité d'entreprise commun (article L. 2322-4, abrogé au 1^{er} janvier 2018 par l'ordonnance du 22 septembre 2017) puis d'un comité social et économique commun et de comités sociaux et économiques d'établissement (article L. 2313-8 issu de l'ordonnance précitée, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018), d'un service de santé au travail commun (articles D. 4622-12 et D. 4622-13) ainsi que le droit des salariés à participer aux résultats de l'entreprise (L. 3322-2).

4.1- Les moyens humains disponibles

4.1.1- L'évolution des effectifs

Comme l'illustre le tableau ci-dessous, les effectifs en ETP ont augmenté de 1,4 % en moyenne annuelle de 2016 à 2019. Au 31 mai 2020, ils étaient stables par rapport à 2019, à 42,9. Le seul poste vacant au 31 décembre 2019 était celui de médecin coordonnateur selon la SGMR. L'évolution des effectifs est liée directement à l'augmentation des dotations soins ou dépendance. Le choix du gestionnaire se porte principalement sur les postes en lien direct avec la prise en soin du résident, notamment pour les postes de soignant, ou en lien avec la vie sociale comme pour le poste d'animatrice pour donner vie au projet d'établissement et plus spécifiquement au projet de vie sociale.

Tableau 17 : Effectifs en ETP, part des CDD et des faisant fonction

Effectifs par statut	2016		2017		2018		2019		VAM ETP
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
CDI	25,6	62,3 %	28,8	67,1 %	32,5	75,6 %	29	67,7 %	+ 4,2 %
<i>dont faisant fonction</i>	2,2		3		3,1		1,5		- 11,4 %
CDD (hors intérim)	15,5	37,7 %	14,1	32,9 %	10,5	24,4 %	13,8	32,3 %	- 3,7 %
<i>dont faisant fonction</i>	6,8		7,4		5,0		6,2		- 3,3 %
Intérimaires	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<i>dont faisant fonction</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Stagiaires	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Autres*	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TOTAL	41,0	100 %	43,0	100 %	43,0	100 %	42,8	100 %	+ 1,4 %
<i>dont faisant fonction</i>	9,0	22 %	10,4	24 %	8,1	19 %	7,7	18 %	- 5,1 %

Source : SGMR, compléments CRC (taux, Variation Annuelle Moyenne et totaux).

Légende : ND = non disponible - / = 0 ETP.

La répartition par catégorie de fonctions, présentée dans le tableau suivant, est également globalement stable. Les évolutions les plus notables concernent effectivement la fonction d'auxiliaire de vie sociale qui n'existait pas en 2016 et représente 1,1 ETP depuis 2018 et le renforcement des aides-soignants à hauteur de 1,4 ETP sur la période, malgré un repli de 0,3 ETP entre 2018 et 2019. Le nombre de CDD et de faisant fonction est en baisse respectivement de 3,7 % et 5,1 %, par an en moyenne, et même de 11,4 % pour les faisant fonction en CDI, exprimant une volonté de consolidation des postes, de professionnalisation des profils et de fidélisation des salariés.

¹²¹ Cour de cassation, chambre sociale, 21 novembre 2018 – n° 16-27690, publié au bulletin.

Tableau 18 : Évolution des effectifs : ETP réels au 31/12 par catégorie (2016 à 2019)

Nombre d'agents exprimé en ETP	2016	2017	2018	2019	% 2018 (1)	% 2018 France - TP sans PUI
PERSONNEL DE DIRECTION	3,5	3,8	3,5	3,7	8,2 %	5,17 %
Directeur	1,0	1,0	0,3	0,9	0,6 %	
Agent administratif et personnel de bureau	2,5	2,8	3,3	2,7	7,6 %	
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX	2,9	2,9	3,0	3,0	7,0 %	6,95 %
Agent de service général (lingerie, cuisine...)	1,9	1,9	1,9	2,0	4,5 %	
Autre personnel des services généraux	1,1	1,0	1,1	1,0	2,5 %	
PERSONNEL D'ENCADREMENT	0,9	1,0	1,0	0,8		
Cadre infirmier	0,9	1,0	1,0	0,8		
PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION	0,9	1,1	2,1	2,0	4,9 %	1,81 %
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gériatrie.						
Aide médico-psychologique assistant de soins en gériatrie						
Assistant de service social						
Animateur social	0,9	1,0	1,0	0,9	2,2 %	
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériatrie	0,0	0,1	1,1	1,1	2,7 %	
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériatrie						
PERSONNEL MÉDICAL	0,3	0,3	0,0	0,0	0 %	0,77 %
Médecin coordonnateur	0,3	0,3	0,0	0,0	0 %	
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT	21,1	22,8	22,8	22,3	55,3 %	
Psychologue	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7 %	0,97 %
Infirmier diplômé d'État	3,3	3,4	3,3	3,2	10 %	10,22 %
Aide-soignant non assistant de soins en gériatrie <i>Dont faisant fonction</i>	17,5 9	19,1 10,4	19,2 8,1	18,9 7,7	44,6 %	(2) 40,55 %
Aide-soignant assistant de soins en gériatrie						
Autre personnel paramédical ou soignant						(3) 1,21 %
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	11,4	10,9	10,6	10,9	24,6 %	32,34 %
ENSEMBLE	41	43	43	42,8	100 %	100 %

Sources : SGMR et CNSA rapport sur la situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018, retraité CRC.

(1) – Données partiellement retraitées pour assurer la correspondance des catégories avec celles du rapport CNSA : fusion cadre infirmier et infirmier DE ;

(2) – Comprend dans le rapport CNSA les catégories aide-médico-psychologique et accompagnant éducatifs et social.

(3) – Prise en compte ici de deux catégories du rapport CNSA : auxiliaire médical au sens du livre III de la 4^{ème} partie du code de la santé publique : kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien... et pharmacien, non reprises dans le tableau de l'enquête. Cela introduit un léger biais (0,5 points maximum, pour les aides-soignants) dans les comparaisons entre les autres catégories.

La part de salariés en CDD reste néanmoins très élevée, à 32,3 % du total des emplois en 2019 alors qu'elle était de 7,4 % en 2015 dans les EHPAD privés, lucratifs ou non, 8 % pour ceux déclarant des difficultés de recrutement, 6,8 % pour les autres¹²². Le tableau récapitulatif des CDD du 1^{er} janvier au 31 mai 2020 met en évidence une pratique de succession de contrats, dont la plupart sont très courts, déjà relevée par l'ARS et les services du département de la Loire en 2016. Les 42 personnes recensées dans ce tableau (47 moins 5 effectuant un remplacement long : animateur, adjointe de direction par exemple) ont bénéficié de 171 contrats pour une durée moyenne de 8,5 jours. Plusieurs ont connu des durées moyennes inférieure à cinq jours : 12 contrats de 3,6 jours en moyenne dans un cas, 15 contrats de

¹²² Source : DREES, études et résultats n° 1067 de juin 2018 sur la base de l'enquête EHPA 2015 et tableau complémentaire E.

4,4 jours en moyenne pour un autre et même 17 contrats de 3,4 jours en moyenne pour un troisième. La chambre appelle l'attention du gestionnaire sur la nécessité, en l'absence de stipulation dans la convention collective du 18 avril 2002, de respecter les dispositions du code du travail relatives aux contrats à durée déterminée et à leur renouvellement, en particulier ses articles L. 1244-3 à L. 1244-4-1, L. 1243-13-1, L. 1242-8-1 et L. 1242-1 à L. 1242-4. Elle rappelle que, dans le cas contraire, il s'exposerait à la requalification desdits contrats en contrats à durée indéterminée, au versement d'indemnités aux salariés concernés et à des sanctions pénales, notamment au titre de l'article L. 1248-10 pour le cas d'espèce.

En revanche, la SGMR ne signale pas l'emploi d'intérimaires dans le tableau des effectifs mais indique dans une note du 28 février 2020 faire appel à du personnel intérimaire en cas de besoin pour les postes en cuisine, d'aide-soignant ou d'infirmière. L'EHPAD a ainsi peu recours à l'intérim : de 2016 à 2018, le coût du personnel intérimaire a été de 268 €.

Les faisant fonction sont exclusivement des aides-soignants (FFAS). Ils ont représenté jusqu'à 54,4 % des ETP d'aides-soignants en 2017. Cette proportion, diminuée à 40,8 % en 2019, est significative.

En 2018, le taux d'encadrement global en ETP pour 100 places installées¹²³, est un peu en-dessous de la médiane des EHPAD en tarif partiel sans pharmacie à usage interne (TP sans PUI) à 61,4 pour 62,11 mais très au-dessus de celle des EHPAD du secteur privé commercial qui était de 52,30. « Les Opalines » Saint-Chamond se positionne donc parmi les établissements privés à but lucratif dont l'encadrement est le plus élevé. Ce constat doit être pondéré par deux données qualitatives : des taux d'absence au travail et de rotation des personnels très élevés et la part importante d'aides-soignants non diplômés faisant fonction.

En ce qui concerne la stabilité des équipes, les taux de rotation déclarés à l'ANAP sont de 13,64 % en 2017 et 12,35 % en 2018¹²⁴ sur la base d'effectifs réels au 31 décembre de respectivement 99 et 85. Or un tableau communiqué à la chambre présentant le nombre réel d'agents au 31 décembre pour chaque année recense 56 salariés en 2017 et 53 en 2018. Après retraitement sur cette base, les taux de rotation étaient respectivement de 24,11 % et 19,81 %. Ces taux sont nettement supérieurs à la médiane nationale pour les EHPAD qui était en 2016 de 9,3 %, 8,3 % pour l'ensemble des ESMS¹²⁵. Ils résultent notamment de la pratique des successions de contrats très courts qui influe négativement sur les conditions de travail des personnels occupant des postes pérennes et sur le turn-over.

Conjugué avec le taux d'absence au travail, cet indicateur devrait constituer pour le gestionnaire et l'établissement un signal d'alerte pour établir des mesures de réduction du turn-over. Le succès de celles-ci dépendra aussi des moyens qui leur seront consacrés¹²⁶. La comparaison du taux d'encadrement de l'établissement par catégorie de fonctions et pour l'année 2016 avec les données de la DREES pour 2015¹²⁷, souligne plusieurs spécificités. Ainsi, le taux d'encadrement en personnel de direction est de 5 % contre 3,97 % en moyenne dans les EHPAD commerciaux. Celui relatif à l'animation sociale se situe à 1,26 % contre

¹²³ CNSA, rapport sur la « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 » de mai 2020.

¹²⁴ Le mode de calcul est décrit dans le guide des indicateurs du tableau de bord de la performance de l'ANAP, version 2020 page 82 : (nombre de recrutement + nombre de départs (effectifs en CDI et titulaires, hors CCD de remplacement, contrats aidés et stagiaires) dans l'année) / 2 / effectifs réels au 31 décembre en %.

¹²⁵ Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP, juin 2018, page 26.

¹²⁶ Document de travail de 2016 de la DREES : quel que soit le statut juridique des établissements, leur taille et le niveau de dépendance et de pathologie des personnes accueillies, les conditions de travail dans un EHPAD sont principalement « déterminées par les **moyens financiers** dont dispose l'établissement, l'**impulsion** et le **soutien** apportés par la hiérarchie et la **qualité des rapports** au sein du collectif de travail. » Série études et recherche, n° 134, septembre 2016 : étude qualitative sur les conditions de travail dans les EHPAD - ENEIS Conseil, page 63.

¹²⁷ Avertissement : la chambre a dû confronter les taux d'encadrement 2016 de l'établissement avec les taux nationaux fournis par la DREES pour 2015, année de sa dernière enquête sur les EHPA, afin de pouvoir effectuer des comparaisons pour toutes les fonctions et tous les statuts juridiques des établissements.

0,91 % et celui des aides-soignants à 25,02 % contre 16,18 %. Le taux d'encadrement en psychologues est, lui, très bas, à 0,41 % contre 0,70 %, tandis que celui des ASH est de 16,25 % contre 11,19 %, mais à un niveau éloigné des 18,19 % des EHPAD publics. Ces chiffres indiquent un bon niveau d'encadrement, en particulier en section soins, compte tenu du fort taux d'aides-soignants (cf. partie 4.1.2).

Selon la liste nominative du 31 mai 2020, sur les 53 salariés, 14, soit 26,4 %, exercent à temps partiel ; sept sont employés pour moins d'un mi-temps, dont la médecin coordonnateur (MEDEC) et la psychologue. Ce chiffre est relativement modéré par rapport à ceux du champ de l'action sociale relevé par une étude de Pôle emploi de décembre 2018. Celle-ci indique notamment que parmi les personnes recrutées depuis moins de sept ans dans l'ensemble des métiers de l'action sociale, le taux de temps partiel était de 51 % sur la période 2010-2016, 20 % pour les aides médico-psychologiques. À défaut de données nationales plus précises sur les EHPAD, il est donc difficile d'établir une corrélation plus marquée que dans les autres EHPAD entre les quotités de travail dans l'établissement et le fort turn-over constaté.

La présence réelle quotidienne des aides-soignants auprès des résidents en semaine et surtout le week-end et la nuit, n'a cessé d'augmenter en volume horaire, avec une évolution annuelle moyenne globale de + 12,2 % qui tient surtout aux exercices 2018 et 2019. À partir de 2018, les effectifs ont été doublés la nuit.

Tableau 19 : Présence quotidienne des aides-soignants, UVP comprise

	Nombre d'aides-soignants				Nombre d'heures			
	Hébergement							
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Semaine	8	7	10	8	74	70	74	79,5
Week-end	5	6	7	8	50	60	73,5	90
Nuit*	1	1	2	2	10	10	20	20
Total indicatif :	14	14	19	18	134	140	167,5	189,5

Source SGMR

* travail de nuit : 21H-6H, article 53-1-1 de la convention collective nationale du 18 avril 2002.

4.1.2- La répartition des effectifs par fonction

La répartition du personnel salarié et extérieur selon les métiers est présentée par la CNSA¹²⁸ en parts d'ETP par fonction principale exercée ramenée à l'effectif total (voir tableau 18)¹²⁹. La sur-représentation de certaines fonctions singularise l'établissement :

- ♦ le personnel de direction, avec 8,2 % de l'effectif total de l'établissement contre 5,17 % en moyenne dans les EHPAD à TP sans PUI ;
- ♦ le personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation, avec 4,9 % contre 1,8 %. C'est la catégorie de personnel pour laquelle la croissance par rapport à 2017 est la plus notable (+ 2,3 points) et s'éloigne fortement de la tendance nationale plutôt à la baisse (- 0,1 point) ;
- ♦ les aides-soignants, 44,6 % contre 40,55 %.

A contrario, d'autres sont moins présentes comme la fonction de psychologue avec 0,7 % contre 1 % et surtout celle d'agent de service hospitalier (ASH) 24,6 % contre 32,3 %, en baisse de 0,9 points par rapport à 2017. L'absence de médecin coordonnateur durant l'année 2018 conduit à se référer à l'année 2017 concernant le personnel médical de l'établissement. Il représentait alors 0,7 % des effectifs pour une moyenne nationale 2018 de 0,8 %.

¹²⁸ CNSA : Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018, 25 mai 2020 (données ANAP).

¹²⁹ Pour ces données les comparaisons entre catégories d'établissements ne sont effectuées qu'en fonction de l'option tarifaire. Sauf précision contraire, les données citées dans cette partie concernent l'année 2018 et les EHPAD à TP sans PUI.

Les infirmiers représentent 10 % des effectifs en ETP, taux légèrement inférieur à la moyenne nationale de 10,22 %. La « charge en soins » pour les infirmiers s'élève à 4 145 dans l'établissement¹³⁰.

Le taux d'encadrement pour 100 places des aides-soignants et autres personnels aidant aux soins paraît élevé en 2016 : 25 % contre 21 % en moyenne pour les EHPAD privés à but lucratif, selon les données de la DREES¹³¹.

Sur le plan qualitatif toutefois, à l'exception d'un agent, l'EHPAD des Opalines ne dispose pas d'aides médico-psychologiques (AMP) qui ont pourtant un rôle important auprès des personnes affectées de troubles cognitifs, public-cible du projet d'établissement¹³². Il en est de même pour la fonction d'assistant de soins en gérontologie (ASG)¹³³. Les ASG sont des AS ou des AMP expérimentés qui ont suivi une formation spécifique de 140 heures en plus de leur diplôme initial. Afin de disposer d'ASG, le groupe a engagé en 2020 une démarche de qualification de ses personnels.

La chambre a examiné 22 dossiers de salariés de l'établissement dont 11 concernant les personnels soignants : huit aides-soignants, dont deux faisant fonction, la MEDEC, l'IDEC et une infirmière, et six ASH. Globalement, ces dossiers ne sont pas bien tenus, seuls 18 % contenant une fiche de poste, deux d'entre eux comportaient des pièces concernant un autre salarié. Les dossiers les plus récents sont les plus complets. Un travail de mise à jour est en cours.

La fiche de poste type d'infirmière de la SGMR est très succincte, se limitant à une liste lapidaire de tâches opérationnelles.

Parmi les dossiers des aides-soignants (AS), trois contenaient le diplôme requis, un quatrième comportant la mention du diplôme dans la fiche de renseignement avec la date d'obtention. Les deux autres n'en présentaient aucune trace. En outre, seul deux dossiers étaient pourvus d'une fiche de poste. La fiche de poste type d'AS est également succincte. Les dossiers des aides-soignants doivent être complétés en y insérant les diplômes permettant d'attester des qualifications requises et des fiches de postes plus détaillées.

Concernant les dossiers des ASH, deux sur six contenaient une fiche de poste et un seul un diplôme. Toutefois aucun diplôme n'est exigé pour exercer ce métier.

4.2- L'organisation et la coordination

L'organisation de l'établissement, en particulier la coordination et l'appui aux équipes de soins, a pâti du fort turn-over au sein de l'équipe de direction et des vacances successives des postes de directeur, de MEDEC et d'IDEC.

Outre le MEDEC, toute l'équipe de direction a été renouvelée très récemment : infirmière coordinatrice (IDEC), psychologue et chef de cuisine. D'autres métiers sont en tension, comme les aides-soignants.

¹³⁰ La charge en soins pour les infirmiers = PMP x capacité autorisée en hébergement permanent/ nombre d'ETP d'infirmier (source : guide de contrôle de l'enquête sur la prise en charge des résidents en EHPAD).

¹³¹ Avec la pondération pour tenir compte de l'absence aux Opalines des aides médico-psychologique (AMP) et des assistants de soins en gérontologie (ASG).

¹³² En 2015, le taux d'emploi d'AMP était de 4,84 % dans les EHPAD privés commerciaux, 2 % dans les EHPAD publics.

¹³³ Voir notamment les fiches-métiers correspondantes sur le site du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant> <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-medico-psychologique> et <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/assistant-de-soins-en-gerontologie>.

4.2.1- L'organisation managériale de la prise en charge

Selon le nouvel organigramme (voir annexe 2), l'organisation actuelle est ramenée à deux secteurs : hébergement et dépendance et soins. L'adjointe de direction, dénomination substituée à celle d'assistante de direction, n'a plus que des liens fonctionnels avec les cadres du secteur hébergement qui regroupe l'animation, la lingerie et les serveuses sous la responsabilité de la maîtresse de maison, la cuisine sous celle du chef cuisinier. Ce dernier conserve ses liens fonctionnels avec les serveuses. Les cadres du secteur hébergement sont placés sous l'autorité hiérarchique directe de la directrice. La MEDEC et la psychologue sont rattachées au secteur dépendance et soins mais demeurent placées sous l'autorité hiérarchique directe de la directrice, comme l'IDEC, responsable hiérarchique des personnels soignants.

Selon sa fiche de poste, la MEDEC n'aurait aucun lien hiérarchique ou fonctionnel avec les équipes soignantes alors que son contrat mentionne son rôle d'encadrement médical de l'équipe soignante (article 10). Dans sa réponse aux observations provisoires, le gérant a confirmé l'existence du lien fonctionnel de la MEDEC avec l'équipe médicale, en indiquant que l'organigramme serait précisé sur ce point. De fait, la MEDEC arrivée en mars 2020 après une longue période de vacance du poste a pris toute sa place dans l'encadrement médical des équipes dès les débuts de la crise sanitaire, quelques jours seulement après sa prise de fonction.

L'IDEC assure la fonction centrale pour l'organisation quotidienne des soins, la coordination et l'appui aux équipes soignantes, aides-soignants et infirmiers. Elle entretient aussi des contacts suivis avec les familles.

L'établissement a mis en place, conformément à son projet, un dispositif de personnel référent¹³⁴. Une liste de 15 référents couvre 66 des résidents. Chacun de ces soignants est ainsi le référent de deux à six résidents. Sept sont des aides-soignants, dont six en CDI, sept sont des FFAS, dont trois en CDI, auxquels s'ajoute une auxiliaire de vie. Ce dispositif est de nature à renforcer la personnalisation de la prise en charge, à sécuriser les résidents et les transmissions, et peut constituer une bonne pratique à généraliser.

4.2.2- Les cycles de travail

Les plannings de travail des aides-soignants ont été organisés en séquences de dix heures depuis au moins 2008 et jusqu'en 2017. Ils passent alors en sept à huit heures, avant d'être revus, lors de la réorganisation du temps de travail en 2019. À cette occasion, les équipes ont choisi de revenir à une organisation en 10 heures pour optimiser leurs jours de repos selon un cycle qui s'organise sur deux semaines et 70 heures de travail effectif :

Tableau 20 : Organisation bihebdomadaire du cycle de travail en dix heures

L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
10			10	10				10	10			10	10	70h

Les organisations de travail sont revues régulièrement pour les adapter aux besoins des résidents, en fonction des effectifs supplémentaires octroyés par les dotations soins et dépendance en accord avec les délégués du personnel.

¹³⁴ Voir partie 1.4.2

Les aides-soignants sont majoritairement restés à dix heures, un seul poste de jour étant à sept heures, deux autres à neuf heures et un poste à l'UVP à onze heures. Les infirmiers effectuent huit heures pour le premier poste et neuf heures pour le second en semaine, dix heures pour le poste du week-end¹³⁵.

Le fonctionnement de l'unité de vie protégée (UVP)

Selon le compte rendu du groupe de travail UVP du 27 avril 2017 complété par une note transmise par la SGMR le 15 juin 2020, deux aides-soignants assurent la prise en charge des onze résidents de cette unité dans la journée. Il n'y a pas de personnel de nuit dédié, les deux soignants de nuit intervenant dans l'ensemble de l'établissement. L'un d'entre eux reste cependant au sein de l'unité en dehors des temps consacrés aux trois rondes de nuit. En outre, un système de détecteur de mouvement couvrant les couloirs avertit les personnels de nuit si un résident sort de sa chambre. Un planning a été mis en place avec une amplitude de 7 h à 20 h 30. Un AS reste seul de 7 h à 8 h et de 12 h 30 à 14 h 30, l'autre de 11 h à 12 h et de 19 h à 20 h 30, le coucher s'effectuant à partir de 19 h. Ils sont donc ensemble 3 h 30 le matin et 4 h 30 l'après-midi soit 59 % de la journée, ce qui semble insuffisant pour prendre en charge convenablement des personnes atteintes de ce type de troubles. Une relève propre à l'UVP s'effectue à 13 h 30-14 h. Un IDE prépare les médicaments et les remet aux AS à 8 h dans un pilulier. La psychologue intervient à la demande des soignants. Les tâches d'entretien sont effectuées par une ASH de 9 h à 13 h.

Ce fonctionnement est assez éloigné des standards d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) qui, elle, dispose en sus d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute, d'un assistant de soins en gérontologie et d'un personnel soignant la nuit. Il est vrai que les UHR accueillent des personnes atteintes de « *symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents* » (article D. 312-155-0-2 du CASF). Cependant, l'équipe d'un PASA (article D. 312-155-0-1 du CASF), structure qui accueille des résidents ayant des troubles modérés plus proches de ceux des personnes accueillies à l'UVP, doit également comprendre un psychomotricien ou ergothérapeute et un assistant de soins en gérontologie (ASG) plutôt qu'un AS.

L'établissement doit se rapprocher de ces exigences qualitatives afin, d'une part, d'assurer un niveau de prise en charge d'une qualité optimale et, d'autre part, d'affirmer son positionnement sur ce public, conformément à son projet d'établissement. Il s'agit d'une obligation légale pour tout ESMS. L'article L. 311-3 du CASF dispose, en effet, que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : (...) 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé(...)* ». L'ARS n'a pas lancé d'appel à candidature pour l'implantation d'un PASA dans le département alors que le schéma régional de santé prévoyait une installation dans la Loire en 2018¹³⁶.

¹³⁵ L'organisation par poste est précisée dans la partie 4.2.3.

¹³⁶ ARS, département de la Loire : « État des lieux et évolution de l'offre médico-sociale - Volet Personnes Âgées », 2018. À titre d'information, le cahier des charges d'un récent avis d'appel à candidature de l'ARS pour l'implantation d'un PASA dans le Puy-de-Dôme indique un financement de 4 557 € par place pour une proposition de 12 ou 14 places. ARS, Avis d'appel à candidature - Création d'un pôle d'activités de soins adaptés (PASA) en EHPAD sur le territoire du Bassin de santé Intermédiaire d'Issoire, 23 juillet 2019.

4.2.3- La permanence des soins et les transmissions

La continuité des soins repose sur :

- ♦ les aides-soignants : six postes en journée la semaine et le week-end auxquels s'ajoutent deux postes pour l'UVP, et deux postes de nuit, UVP comprise (voir encadré ci-dessus) ;
- ♦ les infirmiers : deux postes la semaine et un le week-end, en journée uniquement.

Hormis pour l'UVP, l'organisation des plannings des aides-soignants permet une réelle continuité de prise en charge tout au long de la semaine sans rupture le week-end. Cette organisation a été maintenue pendant la période estivale en août 2019 et les jours fériés du 15 août et du 25 décembre 2019. En revanche, la présence infirmière est réduite le week-end et inexistante la nuit. Selon la SGMR, les budgets des établissements ne permettent pas de mettre en place une présence infirmière la nuit en continu dans chacun. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui lance des appels à candidatures pour pérenniser la mise en place de dispositifs « Présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD », préconise effectivement une organisation mutualisée entre plusieurs sites.

Dans ce cadre, la démarche engagée pour un partenariat conjoint avec l'EHPAD de Lorette de la SGMR et le centre hospitalier du Gier à Saint-Chamond n'a pas abouti¹³⁷. Le groupe SGMR participe actuellement à une expérimentation de mutualisation dans la Drôme.

Les transmissions entre équipes de jour et équipes de nuit, notamment par le logiciel de soins, sont clairement définies par les fiches de poste. Elles s'effectuent aussi lors des relèves, tous les jours à 14 h entre aides-soignants, infirmiers, et le médecin coordonnateur et la psychologue en fonction de leurs présences.

4.3- Les métiers et fonctions cardinales

Les équipes soignantes ont souffert des absences de MEDEC et d'IDEC. Le début de stabilisation qui prévaut depuis l'arrivée de la nouvelle IDEC le 16 septembre 2019 et s'est renforcé avec celle de la nouvelle MEDEC le 2 mars 2020 a déjà des effets positifs.

4.3.1- Le médecin coordonnateur et les médecins traitants

L'obligation pour les EHPAD de disposer d'un médecin coordonnateur (MEDEC) est posée par l'article D. 312-156 du CASF, qui définit également la quotité minimale de temps de présence pour sa fonction de coordination, en fonction de la taille de l'établissement pour lequel il travaille.

Pour l'EHPAD « Les Opalines » de Saint-Chamond, dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places, elle correspond à « *un équivalent temps plein de 0,50* ». Ses missions sont définies à l'article D. 312-158 : il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante, veille à la qualité des soins, participe à l'encadrement technique des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, assure la coordination gériatrique, avec la présidence de la commission éponyme, contrôle l'état de santé et le niveau de dépendance des personnes accueillies, contribue à la bonne adaptation des prescriptions aux impératifs gériatriques.

Après le départ le 10 novembre 2017 du MEDEC en poste depuis 2015, seules des solutions temporaires ont pu être mises en place. Il s'agit de contrats de mise à disposition par « Les Opalines » de Charnay d'une seule journée d'abord les 3 et 17 novembre 2017, ensuite d'une demie journée par semaine à partir du 6 décembre 2017 et « *dans l'attente du recrutement d'un médecin coordonnateur* », puis à *nouveau d'une seule journée les 13 et 20 décembre*

¹³⁷ Cette démarche n'a pu aboutir car le CH de Saint-Chamond disposait déjà d'une infirmière de nuit.

2017 pour revenir à la formule d'une demie journée par semaine à partir du 10 janvier 2018, soit 10 % d'un ETP, très en dessous du plancher réglementaire.

En 2019, le MEDEC de l'établissement « Les Opalines » de Lorette est intervenu ponctuellement pour celui de Saint-Chamond en tant que médecin traitant assurant le suivi de certains résidents. Il a également été fait appel très ponctuellement « à un médecin intérimaire pour effectuer le Girage des résidents ». Après avoir échoué à mettre en place un dispositif attractif de cooptation afin de bénéficier du réseau de ses collaborateurs, la SGMR a eu recours à un cabinet de recrutement spécialisé. La nouvelle titulaire du poste a ainsi été recrutée le 2 mars 2020. L'établissement est donc resté plus de deux ans sans MEDEC dédié. Par voie de conséquence, la commission de coordination gériatrique ne s'est plus réunie et la coordination des médecins traitants, notamment pour les prescriptions, en a pâti.

La nouvelle MEDEC s'est engagée à passer le diplôme universitaire de médecin coordonnateur, un de ceux exigés par l'article D. 312-157 du CASF, pour continuer à assurer ces fonctions stratégiques au sein de l'établissement. Cet engagement est repris à l'article 13 de son contrat.

La MEDEC travaille à hauteur d'un peu moins de 0,46 ETP pour l'EHPAD de Saint-Chamond, soit un peu plus de 0,04 ETP en-dessous du plancher réglementaire. Cette situation résulte de la difficulté à trouver un MEDEC. Elle est présente les lundis et jeudis à Saint-Chamond. Son recrutement concomitant au sein de l'établissement de Lorette, situé à 8 km de celui de Saint-Chamond, permet de recourir à ses services en cas d'urgence les mardis et vendredis.

La MEDEC a prévu de lancer une réflexion sur les modalités de coopération avec les médecins traitants, et aussi de leur représenter les contrats d'intervention prévus à l'article L. 314-12 du CASF, qu'ils ont refusé de signer. Une fiche « consignes aux familles » a été créée et sera intégrée au dossier médical.

La totalité des résidents bénéficient d'un suivi par l'un des 12 médecins traitants qui interviennent dans l'établissement.

4.3.2- L'infirmier coordonnateur

L'EHPAD dispose d'une infirmière coordinatrice (IDEC) depuis le 16 septembre 2019. Le poste est resté vacant presque deux mois durant l'année 2019. Son recrutement, bien que moins difficile que celui de la MEDEC a nécessité la mobilisation par la SGMR de son vivier de candidatures.

Occupant une place centrale dans l'organisation des soins et l'animation de l'équipe soignante, elle est l'un des cadres principaux de l'établissement, qui fait partie de toutes les instances importantes pour le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des résidents. Elle est notamment membre du comité de direction, du collège du personnel, du conseil de la vie sociale et, comme la MEDEC, de la cellule de crise mise en place en cas de déclenchement du plan bleu.

4.3.3- Les équipes de soins du quotidien et les intervenants complémentaires

Les difficultés de recrutement sont une contrainte pour la direction. Les données nationales¹³⁸ font état de 49 % des EHPAD commerciaux concernés en 2015 par cette difficulté, 8,2 % signalant des postes de MEDEC et 15,9 % des postes d'aide-soignant non pourvus. Selon la DREES, les EHPAD privés rencontrent plus de problèmes de recrutement

¹³⁸ Source : DREES, études et résultats n° 1067 de juin 2018 sur la base de l'enquête EHPAD 2015.

que les autres, en particulier pour les aides-soignants. En outre, Auvergne-Rhône-Alpes fait partie des régions dans lesquelles les difficultés de recrutement sont les plus importantes, notamment pour les postes d'infirmier.

Les recrutements sont généralement effectués par annonce diffusée sur la plateforme du groupe « We recrute ». Une démarche de professionnalisation des FFAS a été engagée par un accompagnement à la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme requis. Cette démarche, qui vise aussi à réduire la part des CDD et des FFAS dans les effectifs, a été actée lors de la négociation annuelle obligatoire de 2019 entre les sociétés constituant l'UES « Les Opalines » et les organisations syndicales représentatives en son sein.

Trois kinésithérapeutes interviennent auprès d'une cinquantaine de résidents pour un volume annuel d'un peu moins de 920 heures en 2019. Un orthopédiste et un pédicure apportent également leur concours à la demande.

L'établissement emploie une psychologue 45 heures 30 par mois, soit 30 % d'un ETP. Elle travaille en étroite relation avec l'IDEC et joue un rôle central comme référente bien-être, assurant la coordination de l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés des résidents ainsi que le suivi systématique des états dépressifs. Elle participe aux réunions de direction. Elle effectue l'évaluation de l'état cognitif du résident depuis l'arrivée de la MEDEC. Actrice majeure du projet personnalisé du résident, elle doit en assurer le suivi en lien avec le personnel soignant notamment les AS, associés à la construction du projet personnalisé depuis peu. Il arrive à la psychologue d'assurer un accompagnement pour le personnel mais de façon circonscrite, pour ne pas empiéter sur ses missions auprès des résidents.

La coordination des équipes soignantes a été difficile en raison des absences de MEDEC et d'IDEC. Elle est en voie d'amélioration depuis septembre 2019.

4.4- Les absences au travail et les remplacements

Les absences au travail constituent un enjeu important. Cette question était déjà évoquée dans la lettre d'injonction du président du conseil départemental de la Loire et de la directrice générale de l'ARS Rhône-Alpes du 18 août 2015, sur la base des premières conclusions de l'inspection de 2015- 2016. Le directeur général de la SGMR devait notamment « *définir un projet organisationnel et de gouvernance au niveau du groupe pour stabiliser les équipes de direction en place sur l'EHPAD, dans un délai de deux mois.* » et « *mettre en place une organisation et un management à l'intérieur de l'EHPAD de nature à mettre fin à l'absentéisme récurrent des personnels de soins, dans le délai de quatre mois* ».

Les chiffres présentés ici concernant les absences au travail au sein de l'établissement et des EHPAD en général sont calculés sur la base de la méthode de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)^{139 140}. Dans sa réponse à un questionnaire de l'ANAP pour la campagne 2019 du tableau de bord, l'établissement fait ressortir un niveau d'absence au travail de 15,24 % en 2018 et 24,34 % en 2017. En complément, la SGMR a communiqué les données qui figurent dans le tableau ci-dessous.

¹³⁹ L'ANAP a notamment pour mission de concevoir et diffuser des outils et services pour aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer la qualité de leur service aux patients et aux personnes et d'appuyer les ARS dans leur mission de pilotage et d'amélioration de la performance des établissements. Pour ce faire, elle collecte diverses données auprès d'eux qui lui permettent en particulier d'éditer un tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social et d'apprécier le niveau et le coût de l'absence au travail des personnels. En ce qui concerne l'absence au travail, l'ANAP utilise la formule de calcul suivante : nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation) / nombre total d'ETP réel au 31/12 x 365, calculé en pourcentage.

¹⁴⁰ Guide des indicateurs du tableau de bord de la performance de l'ANAP, version 2020, p. 81.

Tableau 21 : Données d'absence au travail déclarées à l'ANAP

	2017	2018	2019	Évolution 2019/2017
Taux d'absentéisme total	24,34 %	15,24 %	25,6 %	+ 1,26
Pour maladie de courte durée	0,09 %	0,22 %	0 %	- 0,09
Pour maladie moyenne durée	5,26 %	5,58 %	6,8 %	+ 1,54
Pour maladie longue durée	1,87 %	2,26 %	2,3 %	+ 0,43
Pour maternité	2,47 %	0 %	4,8 %	+ 2,33
Pour accident du travail / maladie pro	3,18 %	3,52 %	10 %	+ 6,82
Pour congés sans solde/parental	11,48 %	3,66 %	2 %	- 9,48

Source SGMR, retraité CRC – évolution exprimée en points de pourcentage.
Année 2016 non disponible.

Les taux d'absence au travail sont très élevés dans cet établissement. En effet, selon les chiffres de l'ANAP¹⁴¹, la médiane du taux d'absence au travail dans l'ensemble des EHPAD se situait à 10 % en 2016, parmi les plus élevées au sein des ESMS. Malgré cette spécificité sectorielle, les chiffres de l'établissement sont une fois et demi supérieurs à cette médiane en 2018, deux fois et demi en 2017 et 2019. Cette situation impacte négativement le climat social, dont elle est aussi révélatrice.

Les motifs d'absence sont principalement la maladie de moyenne durée, c'est-à-dire d'une durée comprise entre sept jours et six mois selon les critères de l'ANAP¹⁴², qui augmente régulièrement pour atteindre 6,8 % en 2019, plus du quart des absences et, de façon moins régulière :

- ♦ les congés parentaux sans solde en 2017 à 11,48 %, près de la moitié du total, mais qui chutent brutalement à 3,66 % en 2018 puis 2 % en 2019 ;
- ♦ les accidents du travail qui connaissent la plus forte augmentation, de 3,18 % en 2017 à 10 % en 2019, près de 40 % du total.

Si l'on s'en tient aux absences au travail sur lesquelles l'employeur dispose de leviers d'action, qualifiées d'absentéisme compressible, la maladie de courte durée et les accidents du travail, ils sont inférieurs à 4 %, hormis en 2019. Les arrêts pour maladie de courte durée, inférieurs ou égaux à six jours, sont quasi inexistantes. La pyramide des âges (présence importante de salariés de moins de 40 ans, 44,4 % des effectifs en 2017 et 54,1 % en 2018) explique en partie ce chiffre. Les accidents du travail en revanche peuvent faire l'objet d'une action volontariste. La chambre recommande d'engager des démarches de prévention appropriées en s'appuyant sur le document unique de gestion des risques professionnels, dont le plan d'actions a été mis en œuvre de façon encore trop marginale.

L'enjeu est aussi financier, en raison du recours au personnel en CDD de remplacement et aux intérimaires. Ce coût représente une part non négligeable de la masse salariale brute : 11 % en 2018 à 119 k€ et 15 % en 2017 à 166 k€¹⁴³. S'ajoutent les difficultés de gestion occasionnées par les démarches de remplacement et les tensions induites au sein des équipes, notamment pour l'accompagnement à la prise de fonction des personnels de remplacement avec les risques de dysfonctionnement afférents, les coûts de formation supplémentaires générés et la perte de repère des résidents.

¹⁴¹ Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP (juin 2018), page 24.

¹⁴² Guide des indicateurs du tableau de bord de la performance de l'ANAP, version 2020, p. 89.

¹⁴³ Le coût 2019 est indisponible.

Tableau 22 : Dépenses induites par le recours à du personnel de remplacement (en k€)

Année	Nombre d'agents	Coût brut chargé des remplacements	Charges totale de personnel	Part du coût des remplacements
2017	56	166	1 102	15,1 %
2018	53	119	1 076	11 %
2019	63	NC	1 065	NC

Source : données financières SGMR, extraction et retraitement CRC.

4.5- La formation continue

En matière de formation continue des salariés de droit privé, l'article L. 6321-1 du code du travail fixe les obligations de l'employeur. Ce dernier doit veiller à assurer l'adaptation de ses salariés à l'évolution de leur poste de travail et au maintien de leur capacité à occuper un emploi¹⁴⁴.

Le plan de formation, désormais plan de développement des compétences, est l'ensemble organisé des actions de formation proposées par l'employeur à l'ensemble des salariés de l'entreprise considérée. Le code du travail précise que ce document doit être présenté chaque année au comité d'entreprise (article L. 2322-1 du code du travail dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2018). Depuis 2018, c'est au comité social et économique que les orientations de la formation professionnelle, ainsi que le plan de développement des compétences à partir du 1^{er} janvier 2019, doivent être présentés dans le cadre de la consultation annuelle sur les orientations stratégiques de l'entreprise (article L. 2312-24 du code du travail). De plus, des informations sur le plan de formation puis de développement des compétences lui sont également communiquées lors de la consultation annuelle sur la politique sociale de l'entreprise, les conditions de travail et l'emploi, encadrée par l'article L. 2312-26 du même code. Ces deux consultations s'imposent aux entreprises de plus de 50 salariés.

Au regard des modalités de décompte des effectifs définies depuis le 22 août 2008 par l'article L. 1111-2 du code du travail, l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond n'entre pas dans la catégorie des entreprises de plus de 50 salariés puisque les CDD ne sont pris en compte qu'à « *due proportion de leur temps de présence au cours des douze mois précédents.* » En revanche, l'unité économique et sociale « les Opalines » est pleinement concernée au titre de l'article L. 2313-8 du code du travail qui prévoit également que « *des comités sociaux et économiques d'établissement et un comité social et économique central d'entreprise sont constitués dans les unités économiques et sociales comportant au moins deux établissements* ».

Un plan de formation a bien été mis en place de 2016 à 2019. Celui-ci distingue les actions de formation diplômantes, les formations obligatoires non prises en charge en matière de sécurité incendie et d'habilitation électrique et les autres actions de formation.

Dans ce cadre ont été organisées les formations au logiciel de soins en mai 2017 et, conformément au projet d'établissement, à la prévention de la maltraitance et à la bientraitance de 2016 à 2019, dans le cadre de la démarche « Humanitude » (cf. partie 2.3). Outre les formations à la sécurité incendie organisées tous les ans pour l'ensemble du personnel, les autres thématiques des plans de formation sont le management, l'hygiène et la sécurité au travail et les formations liées à la prise en charge et en soins des personnes accueillies, en lien avec le projet d'établissement : prises en charges des personnes atteintes de troubles du comportement ou cognitifs, gestion du risque infectieux associé aux soins, gestion de l'incontinence, prévention de la dénutrition.

¹⁴⁴ Cour de Cassation, chambre sociale, 18 juin 2014, n° 13-14.916.

Les formations proposées sont moins diversifiées en fin de période. En 2018, sur 15 formations recensées, dix concernaient uniquement les cadres dont cinq exclusivement la direction. Dans leur grande majorité, elles portaient sur le management. Les autres avaient trait à la bientraitance, à la prévention des risques psychosociaux, à la sécurité et à la santé au travail. En 2019, seules neuf actions de formation sont présentées dont trois pour le directeur par intérim, les autres concernant la bientraitance, la maintenance et les formations obligatoires¹⁴⁵.

La chambre rappelle le nécessaire respect des obligations en matière de développement professionnel continu des professionnels de santé encadré par les articles L. 4021-1 à L. 4021-8 du code de la santé publique et le décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016, en relation avec les orientations prioritaires et les parcours de développement professionnel continu proposés par les conseils nationaux professionnels compétents pour les professionnels de santé employés par l'établissement.

Les frais de formation, incluant les frais de stages et de séminaires, s'élèvent à plus de 30 000 € jusqu'en 2018 puis à 23 000 € en 2019, alors que l'établissement a engagé une démarche de professionnalisation des salariés, les faisant fonction d'aide soignants notamment.

Tableau 23 : Évolution des dépenses de formation de l'établissement

en €	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne
Frais de colloques et séminaires	885	734	3 517	1 089	+ 7,1 %
Frais de stages	10 281	14 105	11 808	8 195	- 7,3 %
Formation professionnelle continue	20 306	19 347	17 905	14 143	- 11,4 %
TOTAL :	31 473	34 186	33 230	23 426	- 9,4 %

Source : données SGMR retraitées CRC.

5- UN ENVIRONNEMENT FINANCIER SPÉCIFIQUE

5.1- La préparation et l'exécution budgétaire

Les aspects budgétaires et financiers sont traités par la SGMR. L'EHPAD bénéficie des services supports du groupe qui réalisent la préparation et le suivi budgétaire et comptable. Comme chaque EHPAD du groupe, celui de Saint-Chamond a un référent finances et un référent ressources humaines. Pour ce qui concerne les achats, la directrice est en relation avec le responsable des achats.

L'élaboration budgétaire commence au début de l'été par le volet investissements. Chaque directeur d'EHPAD remplit un fichier de demande d'investissement établi conjointement avec le directeur régional et validé par le directeur des achats et le directeur opérationnel du groupe.

En septembre, les équipes travaillent sur les effectifs afin d'élaborer le budget ressources humaines. En matière de recettes, les mêmes équipes établissent une « prospective », en fait une prévision, sur le chiffre d'affaires pour l'année suivante. Les autres charges, dont les charges à caractère général, sont élaborées sur la base de ratios avec prise en compte d'une évolution indiciaire. Quand, historiquement, un établissement est plus consommateur d'énergie, les charges sont prévues en fonction des consommations réelles passées.

¹⁴⁵ À noter pour 2018 et 2019, la formation pour l'obtention d'un master 2 en droit de la santé suivi par la directrice adjointe dans le cadre d'un contrat d'apprentissage.

Durant les mois de septembre et octobre, ces données sont consolidées et les directeurs régionaux présentent le projet budgétaire devant le directeur des opérations, le directeur financier et le directeur général. Une fois le cadre budgétaire approuvé par ces derniers, le directeur général le présente devant les dirigeants pour validation. Celle-ci intervient au mois de décembre.

En ce qui concerne l'exécution budgétaire, la directrice de l'EHPAD et la directrice régionale rendent compte aux services financiers du groupe. Ce dernier remplit les fichiers de données de préparation et d'exécution budgétaire en lien avec les directrices de l'EHPAD et régionale. Le service financier adresse mensuellement à chaque EHPAD, par l'intermédiaire des directeurs régionaux, les tableaux de bord de gestion. Tous les trimestres, une situation budgétaire complète est transmise selon le même circuit. En cas de variation notable dans l'exécution, les budgets ne sont pas modifiés en cours d'année, un dépassement budgétaire étant alors autorisé.

5.2- La tarification des sections soins et dépendance

Jusqu'au 31 décembre 2016, le financement des EHPAD était basé sur une logique de « dépenses autorisées ». La loi sur la prestation spécifique dépendance du 24 janvier 1997, avait introduit l'obligation de signer une convention tripartite avec l'autorité compétente de l'État pour l'assurance maladie et le département. L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a mis en place le principe incitatif de la tarification d'office pour les établissements signataires. Après une première tentative d'instaurer un nouveau mode de financement fondé sur une logique de « tarification à la ressource »¹⁴⁶ par la loi de financement de la sécurité sociale de 2009, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, substitués aux conventions tripartites, à mesure de leur arrivée à échéance.

Le dispositif de tarification mis en place depuis 2017 prévoit que l'allocation des ressources prend la forme de deux forfaits calculés en fonction des besoins en soins des résidents pour l'un, et de leur état de dépendance pour l'autre¹⁴⁷. Le financement de l'hébergement s'effectue sur la base des tarifs journaliers dont la fixation dépend de l'habilitation, totale ou partielle, ou non à l'aide sociale. Les prix hébergement et tarifs dépendance sont transmis par les EHPAD à la CNSA. Depuis le 1^{er} janvier 2017, ils doivent les fournir au plus tard le 30 juin chaque année¹⁴⁸ et sont invités à les mettre à jour à chaque changement. Des financements complémentaires sont mis en place pour, d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour) et, d'autre part, accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore, prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents.

La mise en œuvre concrète de cette réforme s'effectue progressivement de 2017 à 2023, avec la généralisation des CPOM. Cette période permet la convergence des tarifs de base dépendance entre les valeurs historiques et le résultat de l'équation tarifaire afin de lisser les variations de ressources. Pour les tarifs de base soins, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a ramené le terme à 2021.

La SGMR a établi un plan de convergence estimée des forfait soins et dépendance pour l'établissement, qui prévoit d'arriver à une dotation plafond de près de 878 000 € en soins dès 2021 et de près de 389 000 € (TTC) en dépendance à compter de 2023.

¹⁴⁶ Le financement en « dépenses autorisées » repose sur l'approbation des dépenses prévisionnelles de fonctionnement par les tutelles. La « tarification à la ressource » consiste à octroyer un niveau forfaitaire de ressources couvrant tout ou partie des dépenses de fonctionnement afin de contenir leur évolution.

¹⁴⁷ Le mode de calcul de ces forfaits est expliqué infra, parties 5.2.2 et 5.2.3.

¹⁴⁸ Art. D. 312-207 du CASF. En 2020, la date a été reportée au 31 octobre en raison de la crise sanitaire.

Tableau 24 : Plan de convergence de l'établissement

En €	Arrêté 2019	Dotation plafond	Estimation 2020	Estimation 2021	Estimation 2022	Estimation 2023
Soins (hébergement permanent)	847 862	877 716	862 789	877 716	877 716	877 716
Dépendance (TTC)	370 326	388 851	374 957	379 588	384 220	388 851

Source : plan de convergence EHPAD (SGMR)

5.2.1- Le tarif hébergement

Le tarif hébergement finance des charges limitativement énumérées par l'article R. 314-179 du CASF. Elles concernent principalement l'hôtellerie, la restauration et l'administration générale, les personnels d'accueil, d'animation, d'entretien, de restauration et d'administration générale et, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance, les fournitures hôtelières, produits d'entretien, prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur et les personnels assurant l'entretien, le service des repas et le blanchissage.

L'établissement « Les Opalines » Saint-Chamond n'étant pas habilité à l'aide sociale, le prix global du socle minimal de prestations, imposé par les articles L. 342-2 et D. 342-3 du CASF et dont le contenu est fixé par l'annexe 2-3-1 du même code, et le prix des autres prestations, sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour. Ils varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé annuellement par arrêté interministériel. Le paiement est à la charge du résident. Les prix de journée fixés par la SGMR pour l'établissement sont au 3 mars 2020 de 64 € pour l'hébergement permanent et 91,19 € pour l'hébergement temporaire, en chambre simple, en baisse pour le premier de 21,7 %, en hausse pour le second de 9,9 % par rapport à 2019¹⁴⁹.

5.2.2- Le forfait dépendance

La part du forfait global relatif à la dépendance et les participations des usagers liées à ces tarifs ne peuvent financer que les charges mentionnées à l'article R. 314-176 du CASF, dont certaines, citées ci-dessus, avec le tarif hébergement. Les autres charges sont les fournitures pour incontinence, l'emploi de psychologues, les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier dédié à la prise en charge de la dépendance et, concurremment avec les produits relatifs aux soins, les charges de personnel pour les AS, AMP et AES.

Le tarif dépendance dépend du GIR de la personne âgée, c'est-à-dire de son niveau d'autonomie. Il est financé en partie par l'APA (aide personnalisée à l'autonomie). Le reste à charge, appelé « ticket modérateur », est payé par le résident. Le tableau ci-dessous présente l'évolution des tarifs journaliers dépendance facturés aux résidents de l'établissement en fonction des arrêtés publiés par le département de la Loire. Ils évoluent peu sur la période.

Tableau 25 : Tarifs dépendance de l'EHPAD « les Opalines » Saint-Chamond

	2016	2017	2018	2019
GIR 1-2 :	18,39 €	18,34 €	18,70 €	18,87 €
GIR 3-4 :	11,67 €	11,64 €	11,87 €	11,97 €
GIR 5-6 :	4,95 €	4,94 €	5,03 €	5,09 €

Source : arrêtés CD42

¹⁴⁹ Ils étaient respectivement en 2018 et 2019 de : permanent : 77 € et 77,90 € ; temporaire : 84,70 € et 82,99 €.

Le forfait global relatif à la dépendance est le résultat d'une équation tarifaire¹⁵⁰ et de financements complémentaires. L'équation tarifaire dépend du niveau moyen de perte d'autonomie des personnes hébergées, de la capacité autorisée et financée en hébergement permanent et de la valeur du point GIR départemental. Cette dernière est fixée annuellement par un arrêté du président du conseil départemental, elle ne peut pas être inférieure à la valeur arrêtée en année N-1. Elle peut toutefois être gelée.

Depuis la réforme tarifaire, l'EHPAD ne perçoit plus directement l'APA auprès des résidents. Le département prend en charge ce financement par le moyen d'une dotation incluse dans le forfait global dépendance (appelée forfait dépendance par le département de la Loire et dotation APA globale par l'EHPAD). Aussi, la facturation aux résidents est présentée après déduction de l'APA.

5.2.3- Le forfait soins

Les produits de la part du forfait global relative aux soins et des tarifs journaliers ne peuvent financer que les charges relatives à la prise en charge médicale listées à l'article R. 314-166 du CASF. Ils sont financés entièrement par l'assurance maladie et attribués par les ARS.

Le niveau de financement des prestations en soins relatives aux places d'hébergement permanent est calculé au moyen d'une équation tarifaire¹⁵¹ fondée sur le niveau des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD. Il dépend du groupe iso-ressource moyen pondéré soin (GMPS)¹⁵², indicateur synthétique qui rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leur besoin en soins. Le GMPS dépend du GMP et du PATHOS moyen pondéré (PMP). L'EHPAD « les Opalines » Saint-Chamond a opté pour le tarif dit partiel. Il ne couvre donc pas toutes les dépenses de soins. Au résultat de l'équation tarifaire peuvent s'ajouter des financements complémentaires relatifs à l'accueil de jour, l'existence d'une unité d'hébergement renforcé (UHR), d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), de places d'hébergement temporaire.

5.3- La présentation budgétaire de l'EHPAD aux autorités de tarification

Un état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) et un état réalisé des recettes et dépenses (ERRD) doivent être présentés aux autorités de tarification aux fins d'allocation et de contrôle. Pour les établissements de droit privé à but lucratif, un EPRD simplifié est opposable. Il donne une vision partielle de la situation financière de l'établissement, la partie hébergement n'étant pas retracée. Les dispositions du V de l'article L. 314-7 du CASF et de l'article R. 314-100 permettent néanmoins aux autorités de tarification de demander à la personne morale gestionnaire « (...) *tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à (...)* » son activité. Ces pièces peuvent être éclairantes sur la situation globale de l'organisme gestionnaire. En outre, les organismes de droit privé à but lucratif tels que l'EURL peuvent appliquer l'instruction comptable M22bis même si cela ne leur est pas imposé.

L'établissement n'ayant pas produit d'état financier complet retraçant les trois branches de la tarification, l'analyse financière ne peut être que partielle.

¹⁵⁰ Ressources dépendance de l'établissement = [(niveau de dépendance x places autorisées et financées d'hébergement permanent x valeur du point GIR départemental) – participations des résidents – tarifs des résidents d'autres départements].

¹⁵¹ GMPS x capacité autorisée et financée en hébergement permanent x valeur du point. La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la Sécurité sociale et dépend de l'option tarifaire et du recours ou non à une PUI.

¹⁵² GMPS = GMP +(2,59 x PMP).

5.4- La fiabilisation du compte de résultat

L'associé unique de l'EURL a choisi de ne pas s'attacher les services d'un commissaire aux comptes. Il disposait de cette possibilité car, à aucun moment de la période sous contrôle, il n'a dépassé deux des seuils de désignation obligatoire d'un commissaire aux comptes fixés par les dispositions des articles L. 612-1 et R. 612-1 du code de commerce.

La fiabilité des comptes de l'établissement (image fidèle du résultat, comparabilité et continuité d'activité, régularité et sincérité, prudence) a été examinée selon les principes du plan comptable général que suit l'EURL.

5.4.1- La structure financière analytique

L'EURL établit une présentation analytique dans les EPRD et ERRD, ce qui permet de retracer dans les comptes les dépenses et recettes des trois branches de la tarification.

L'établissement ne donne pas d'explication sur la répartition des coûts indirects ou globalisés, et pour la répartition des charges de personnel relatives aux soins et à la dépendance. Par exemple, pour les postes de FFAS et d'AS, il applique une répartition à 68 % pour les soins et de 32 % sur la dépendance, sans la justifier.

Le gestionnaire gagnerait à établir une méthodologie analytique claire de comptabilisation de ses charges et produits, et à en rendre compte.

5.4.2- La fiabilisation des sections soins et dépendance

Alors que jusqu'au 24 décembre 2016, il était prévu réglementairement (ancien article R. 314-164 du CASF) une répartition des dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques diplômés ou en cours de formation à 30 % sur la section dépendance et 70 % sur la section soins, ces charges sont désormais couvertes conjointement par les forfaits soins et dépendance. En effet, ces forfaits sont calculés selon les équations tarifaires présentées supra qui ne nécessitent aucune ventilation préalable des dépenses. Cependant, l'établissement a conservé cette ancienne clef de répartition.

Le gérant n'impute que des charges directes sur les sections soins et dépendance, à l'exception du personnel. Aussi, les flux financiers intra-groupe ou certaines dépenses qui ne relèvent que de l'hébergement ne sont opportunément pas incluses dans ces sections. Toutefois, à compter de 2018, il impute dans les comptes financiers de l'établissement le forfait soins, non en produit de tarification mais en transfert de charges. Dans sa réponse aux observations provisoires, le gérant confirme que cette pratique influe sur le montant du chiffre d'affaire mais déclare qu'elle est sans effet sur le résultat comptable.

Cette pratique a une incidence sur la présentation financière générale de l'organisme puisque le produit du forfait soins n'est alors plus inclus dans le chiffre d'affaires. En outre, elle dégrade la fiabilité du résultat. En effet, ce dernier est fortement dépendant de la qualité comptable des produits et des charges qui le composent. Le gestionnaire de l'établissement devra y mettre un terme dès l'exercice 2020 et procéder aux corrections sur les exercices antérieurs.

5.4.3- Le suivi des immobilisations

5.4.3.1- L'inventaire des immobilisations de l'établissement

Le suivi des immobilisations corporelles et incorporelles est assuré uniquement par l'enregistrement des achats dans le logiciel d'immobilisation du groupe SGMR. La société ne pratique qu'un inventaire comptable, sans faire un rapprochement régulier avec un

inventaire physique. Aussi, le recensement pour s'assurer de la réalité physique des biens inscrits à l'actif de l'établissement, n'est pas assuré. Il n'existe pas de procédure de sortie de l'inventaire en fin d'usage des biens, les immobilisations restent à leur valeur comptable nette nulle.

Le gestionnaire devrait mettre en œuvre une procédure visant à rapprocher l'inventaire physique de l'inventaire comptable.

5.4.3.2- L'amortissement des biens

L'amortissement correspond à la constatation comptable d'une diminution de la valeur d'un élément d'actif résultant de l'usage, du temps, du changement de technique ou de toute autre cause dont les effets sont jugés irréversibles. Le plan comptable des ESMS privés précise que le choix entre les différentes modalités d'amortissement applicables relève de la responsabilité de l'établissement. La SGMR se réfère au plan comptable général, sans règles particulières quant aux durées et modalités d'amortissement.

5.5- Les dépenses et ressources de médicalisation (soins et dépendance)

5.5.1- L'évolution des ressources et leurs caractéristiques

Le forfait dépendance, attribué sur le fondement d'un taux d'occupation prévisionnel, peut faire l'objet d'une modulation, notamment en fonction du taux d'occupation réel. Aussi, en 2017 et 2018, les produits du forfait global dépendance sont supérieurs aux prévisions, du fait d'un taux d'occupation prévisionnel initialement retenu par le département (91 %) plus faible que le taux d'occupation réel (95,79 %). En 2019 toutefois, ce rapport s'inverse, le taux d'occupation réel étant plus faible (94,03 %) que le taux prévisionnel (96 %), l'établissement percevant une dotation dépendance (334 k€) inférieure aux prévisions (351 k€).

Les excédents des sections soins et dépendance sont reportés en réserve de compensation¹⁵³ afin de couvrir les déficits à venir. Par conséquent, ils n'interviennent pas sur le résultat annuel. Le déficit de l'exercice 2017 a été financé par cette réserve de compensation. L'établissement a sollicité les organismes de tutelle afin qu'ils l'autorisent à couvrir ses charges d'exploitations globales (dont l'hébergement) par ces excédents ce qui lui a été refusé.

Le forfait soins, après avoir connu une diminution suite à la réforme tarifaire, progresse globalement entre 2017 et 2019, suivant l'évolution du taux de reconduction annuel (+ 0,89 % en 2019). Le GMPS a été fixé¹⁵⁴ en octobre 2016 dans le cadre de la convention tripartite 2016-2020, en attendant la signature d'un CPOM en 2022. Contrairement aux produits de la dotation dépendance, la dotation soins ne fluctue pas entre l'arrêté attributif et la recette effectivement perçue, car l'assiette est fonction du nombre de lits autorisés et non du nombre de résidents effectivement pris en charge. L'évolution du forfait reste pondérée par la convergence tarifaire.

La part des financements complémentaires correspondant à deux places d'hébergement temporaire octroyées par l'ARS représente près de 23 k€ sur toute la période.

La réforme de la tarification a globalement profité à l'établissement. Les produits de la section soins progressent sur la période de 1,8 % (0,6 % en moyenne annuelle) tandis que le forfait global dépendance effectivement perçu progresse de 4,42 % (1,5 % en moyenne annuelle).

¹⁵³ Compte 10868.

¹⁵⁴ 1258,05.

Tableau 26 : Résultat effectif des sections soins et dépendance

en €	2016	2017	2018	2019
produits soins (HT)	855 020	833 641	848 362	870 840
charges soins	777 537	844 527	810 723	852 804
<i>reprise résultat</i>	- 38 542			
résultat section soin	38 941	- 10 886	37 640	18 036
produits dépendance (HT)	320 687	358 383	381 819	334 866
charges dépendance	336 537	356 883	369 402	324 101
résultat section dépendance	- 15 850	1 500	12 417	10 765
résultat global	23 091	-9 387	50 057	28 801

Source : CRC d'après les ERRD

Tableau 27 : Ressources prévisionnelles des sections soins et dépendance €

PRODUITS	2016	2017	2018	2019
1. Forfait global relatif aux soins, ou tarif journalier afférant aux soins :	832 632	811 024	825 587	847 862
- Résultat de l'équation tarifaire	-	864 029	870 017	877 716
- Impact de la convergence tarifaire	-	8 834	8 886	14 927
- Réfaction sur le taux d'occupation	-	-	-	-
- Intégration résultats exercice précédent	38 542	-	-	-
<i>1bis. Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux en cas de PUI</i>				
<i>1ter. Ressources de la Sécurité sociale mobilisées pour les remboursements de médicaments [RESID-EHPAD]</i>				
2. Financements complémentaires éventuels (définis dans le CPOM)*	22 389	22 617	22 775	22 978
3. Forfait global relatif à la dépendance versé par le département d'implantation, ou dotation de tarification :	310 096	324 398	346 630	351 020
- Résultat de l'équation tarifaire	-	-	368 579	368 579
- Impact de la convergence tarifaire	-	-	4 390	4 390
- Réfaction sur le taux d'occupation	-	-	-	-
- Intégration de résultats d'exercice précédent	-	-	-	-
4. Contributions autres départements de résidence d'origine des usagers				
5. Participations financières résidents au titre du ticket modérateur (GIR5/6)				
6. Participations financières des départements au titre de l'aide sociale pour la prise en charge du ticket modérateur				
7. Financements complémentaires éventuels (définis dans le CPOM)	-	-	-	-
8. Financements spécifiques de projets de prévention sanitaire				

Source : données SGMR - * financements complémentaires pour les deux places en hébergement temporaire.

5.5.2- Les dépenses d'exploitation des sections soins et dépendance

5.5.2.1- Les dépenses de personnel (soins/dépendance)

Les dépenses en ressources humaines constituent 67,2 % des dépenses des sections soins et dépendance, soit un peu moins que la moyenne observée dans les EHPAD (70 %). Les dépenses de personnel progressent en moyenne de 1,8 % par an. Toutefois, les charges de personnel assurant spécifiquement les soins diminuent en moyenne de 2,2 % par an. Cette tendance s'explique notamment par l'absence d'IDEC durant un mois et demi en 2018 et pendant quelques mois en 2019 et de MEDEC dédié pendant plus de deux ans. Les autres charges des personnels de soins, bien qu'en augmentation sur la période, diminuent en 2019

tandis que les charges relatives à l'aide à la prise en charge de la dépendance augmentent. Pour autant, ce dernier poste ne constitue que 10 % de la masse salariale dédiée aux soins et à la dépendance.

Tableau 28 : Récapitulatif des charges de médicalisation €

Charges	2016	2017	2018	2019*	VAM
Soins et dépendance					
1. Charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques, aux accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires d'un des diplômes, ainsi qu'à l'emploi de psychologues	632 414	712 153	716 858	672 183	+ 2,1 %
2. Autres charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes	102 718	103 131	101 297	138 564	+ 10,5 %
3. Charges relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical (hors médecins assurant des consultations auprès des résidents), et d'auxiliaires médicaux (not. infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures) assurant les soins, à l'exception de celle des diététiciens	271 398	286 831	257 993	254 195	- 2,2 %
3 bis. Charges relatives aux interventions de pharmacien [si l'EHPAD a une PUI]					
3 ter. Rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie [si l'EHPAD est en tarif global]	3 600	1 800	-	-	
3 quater. Consultations et examens remboursés par la sécurité sociale aux résidents, identifiés par RESID-EHPAD					
4. Charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales	69 090	62 942	63 914	64 038	- 2,5 %
4 bis. Médicaments [si l'EHPAD a une PUI]					
4 ter. Médicaments remboursés par la Sécurité sociale aux résidents, identifiés par RESID-EHPAD					
5. Fournitures pour l'incontinence	24 388	23 452	23 203	25 780	+ 1,9 %
6. Fournitures et prestations de services hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance	10 466	11 102	10 396	11 164	+ 2,2 %
7. Amortissement du matériel médical, ainsi que du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation			6 465*	6 414	
Autres					
8. Dépenses réalisées pour des projets spécifiques de prévention sanitaire					

Source : données gestionnaire à partir des ERRD - *Retraitement CRC à partir des ERRD 2018 et 2019

Au regard de l'évolution des ressources des sections soins et dépendance, l'EHPAD dispose de marges concernant les charges de personnel.

5.5.2.2- Les protections et autres charges de soins

Les dépenses pour les protections urinaires (couches, serviettes) font l'objet d'une comptabilité de stock. Ces dépenses de 24 000 € en moyenne augmentent de 1,9 % par an, l'établissement accueillant un public de plus en plus dépendant et âgé.

Par ailleurs, il n'a pas été relevé de dépenses qui sortiraient du champ du soin ou de la dépendance. Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales, diminuent fortement.

Suite à l'achat de matériel médical, l'EHPAD amortit des charges à compter de 2018.

5.5.3- Les dépenses externes (soins de ville et d'hôpital)

Les dépenses de soins externes à l'EHPAD, c'est-à-dire les dépenses de soins de ville (médecins, kinésithérapeutes) et d'hôpital représentent par résident en moyenne 404 € sur la période 2016 à 2018. Ils diminuent de façon soutenue de 14 % chaque année pour se situer en 2018 à 344 € par résident, ce qui est inférieur à la moyenne nationale des EHPAD à tarif partiel sans PUI, estimée à 404 € cette même année¹⁵⁵. Le forfait de soins par résident augmente de 1,9 % en moyenne entre 2016 et 2018 pour s'établir à 471 €, après un pic à 522 € en 2017, bien inférieur, cependant, à la moyenne nationale du forfait soins située à 822 € par résident dans les EHPAD de même type.

Tableau 29 : Montant par résident des soins externes et du forfait soins (2016-2018)

En €	2016	2017	2018	2019	moyenne	VAM
Soins externes	469	400	344	NC	404	- 14,4 %
Forfait de soins	454	522	471	NC	482	+ 1,9 %

Source : données RESID-EHPAD, retraitement CRC

6- LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT

6.1- La performance financière annuelle

6.1.1- L'évolution des produits de gestion

Les recettes d'hébergement représentent une part croissante des ressources de l'EHPAD. Elles comprennent le produit des prestations de l'EHPAD en hôtellerie payées par les résidents ou leurs familles. Elles augmentent jusqu'en 2018 puis diminuent en 2019 pour s'établir à près de 1,68 M€ en relation avec l'évolution des tarifs pratiqués sur l'hébergement permanent. Les autres ressources principales sont constituées des dotations soins et dépendance.

L'établissement a diversifié ses ressources en développant notamment un service de portage de repas à domicile à compter de la fin de l'année 2017, prestation complémentaire de l'ordre de 25 000 € en 2018 et 37 000 € en 2019. En plus du socle de prestations fourni obligatoirement aux résidents, l'EHPAD facture d'autres services (téléphone, télévision, blanchissage du linge personnel) dont le produit diminue, passant de 36 000 € en 2016 à 30 000 € en 2019.

Tableau 30 : Les produits de gestion

en €	2016	2017	2018	2019	Moyenne
Dotations et produits de tarification	2 715 944	2 864 107	2 909 540	2 881 006	2 842 649
<i>dont produits à la charge de l'assurance maladie</i>	807 769	843 650	848 362	869 886	842 417
<i>dont produits à la charge du département</i>	320 875	358 383	357 443	333 635	342 584
<i>dont produits à la charge de l'usager</i>	1 587 300	1 662 074	1 703 735	1 677 485	1 657 648
+ Produits et prestations hors remboursements de frais	100 364	68 384	94 242	110 778	93 442
+ Transfert de charges d'exploitation	23 912	11 430	19 000	29 167	20 877
+ Subventions d'exploitation	5 756	10 263	5 189	611	5 455
+ Autres produits de gestion courante	8 419	13 874	7 928	453	7 668
+ Produits financiers et gains de change (réels)	0	0	0	0	0
= Produits de gestion	2 854 396	2 968 058	3 035 899	3 022 015	2 970 092
<i>Subventions d'exploitation en % des produits courants</i>	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
<i>Dotations et produits de la tarification en % des produits courants</i>	96,0 %	96,9 %	96,4 %	96,3 %	96,4 %

Source : retraitement CRC d'après les données des comptes financiers.

¹⁵⁵ Source RESID-EHPAD.

6.1.2- L'évolution des charges de gestion

Les charges de gestion ont augmenté de plus de 4 % en moyenne annuelle et de plus de 14 % entre 2016 et 2018, soit une hausse supérieure à 250 000 €. Les charges de personnel sont en très légère diminution (- 0,7 % par an). L'augmentation provient des charges à caractère général, en particulier les achats et les services extérieurs. Les achats augmentent de 6,1 % en moyenne annuelle pour s'établir à 341 000 € en 2019. Parmi ceux-ci, la consommation des denrées alimentaires représente plus de 50 000 € entre 2016 et 2019. Les services extérieurs comprennent notamment la location immobilière auprès de la SCI (14,8 % d'augmentation moyenne annuelle), les honoraires versés au groupe SGMR qui passent de 86 000 € en 2016 à 101 000 € en 2019 (+ 17,4 %) ainsi que les honoraires à la SAEMR depuis 2017 qui s'élèvent à 25 000 € par an. Une augmentation des autres charges de gestion apparaît également à partir de 2017, constituée d'une redevance de marque versée à la SGMR (88 500 € en moyenne) ainsi que la constatation d'une perte sur créances irrécouvrables pour 38 000 € en 2017 uniquement.

Tableau 31 : Les charges de gestion (y compris charges financières)

en €	2016	2017	2018	2019	Moyenne
Charges à caractère général	867 215	1 011 722	1 091 476	1 125 096	1 023 877
+ Charges de personnel	1 556 945	1 671 434	1 573 465	1 525 431	1 581 819
+ Impôts, taxes et assimilés	65 448	67 768	85 798	85 863	76 219
+ Autres charges de gestion courante	85	125 837	87 982	94 225	77 032
+ Charges d'intérêt et pertes nettes de change (réelles)	1 421	2 377	2 473	2 384	2 164
= Charges courantes	2 491 114	2 811 370	2 755 396	2 747 136	2 701 254
Charges de personnel en % des charges courantes	62,5 %	59,5 %	57,1 %	55,5 %	58,6 %
Intérêt et pertes de change en % des charges courantes	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

6.1.3- La formation du résultat

6.1.3.1- L'excédent brut d'exploitation

L'excédent brut d'exploitation correspond à l'excédent dégagé par les produits de gestion sur les charges de gestion. Cet excédent traduit la « marge » que l'établissement dégage de son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provision. Les charges et les produits présentant un caractère exceptionnel en sont, par principe, exclus.

Les charges de gestion du budget principal ont augmenté plus fortement que les produits de gestion, de l'ordre de 20 % contre 13 %, soit une variation moyenne annuelle de 4,4 % et de 1,9 %. En conséquence, le montant de l'excédent brut d'exploitation a diminué de 19,3 % en moyenne par année passant de 364 000 € en 2016, à un peu plus de 191 000 € en 2019. En 2017, la forte montée en puissance des charges de gestion intégrant l'augmentation des charges de personnel a creusé l'excédent brut d'exploitation le portant à son niveau le plus bas de la période. S'il représentait 12,8 % des produits de gestion en début de période, il n'atteint plus que 6,3 % en 2019.

Tableau 32 : L'excédent brut d'exploitation du budget principal

En €	2016	2017	2018	2019	VAM
Produits de gestion	2 854 396	2 968 058	3 035 899	3 022 015	+ 1,9 %
Charges de gestion (hors charges financières)	2 489 693	2 876 761	2 838 721	2 830 615	+ 4,4 %
Excédent brut d'exploitation	364 703	91 297	197 177	191 401	- 19,3 %
<i>en % des produits de gestion</i>	12,8 %	3,1 %	6,5 %	6,3 %	

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

6.1.3.2- La capacité d'autofinancement brute

La capacité d'autofinancement (CAF) brute correspond à l'excédent brut d'exploitation minoré des charges financières et exceptionnelles réelles et majoré des éventuels produits de même nature, hors produits des cessions d'éléments d'actif. La CAF brute met en évidence le montant des produits restant disponibles pour le remboursement du capital de la dette et la couverture des dépenses d'investissement.

La CAF brute avant impôts de l'établissement diminue en moyenne sur la période de 18,5 % chaque année, suivant en ce sens l'évolution de l'excédent brut d'exploitation. L'EHPAD paie des charges financières au titre d'une ouverture de ligne de crédit sur son compte courant. Le résultat exceptionnel enregistré sur la période est composé des restitutions d'impôts (TVA, taxe d'apprentissage). En revanche, la CAF brute après impôts ne diminue que de 8,2 % en moyenne. Elle est passée de 325 000 € en 2016 à 169 000 € en 2019. L'entreprise a bénéficié de crédits d'impôts substantiels dès 2017 au titre du crédit d'impôt compétitivité emploi. Les primes versées aux salariés pour participation aux résultats évoluent de façon irrégulière et pèsent peu dans le calcul de la CAF brute.

En pourcentage des produits de gestion, la CAF a reculé de 11,4 % en 2016 à près de 5,6 % en 2019. Par comparaison, durant ce dernier exercice, le taux de CAF médian national de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées – publics et privés qu'ils soient ou non autonomes - se situait à 5,4 % et le taux médian observé au plan départemental était de 3,6 % (source : publication CNSA¹⁵⁶ données fournies par l'ANAP).

Tableau 33 : La CAF brute

En €	2016	2017	2018	2019	VAM	Variation 2016-2019
Excédent brut d'exploitation	364 703	91 297	197 177	191 401	- 19,3 %	- 47,5 %
+/- Résultat financier (réel seulement)	- 1 421	- 2 377	- 2 473	- 2 384	+ 18,8 %	+ 67,8 %
+/- Résultat exceptionnel (réel, hors cessions)	28 552	- 10 323	17 356	19 752	- 11,6 %	- 30,8 %
= CAF brute avant impôts et participations	391 834	78 598	212 061	208 769	- 18,9 %	- 46,7 %
-impôts sur les bénéfices/+ crédit d'impôt	- 42 237	+ 77 977	+ 52 511	- 17 884	- 24,9 %	- 57,7 %
- participations des salariés au résultat	24 411	0	12 620	21 818	- 3,7 %	- 10,6 %
= CAF brute	325 186	156 575	251 952	169 067	- 19,6 %	- 48,0 %

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

6.1.3.3- Le résultat comptable

Le résultat comptable (excédentaire ou déficitaire) correspond à la différence entre l'ensemble des produits et des charges se rapportant à l'exercice. Dans la présente analyse financière, il est calculé à partir de la CAF brute.

¹⁵⁶ Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018-CNSA Mai 2020 (données fournies par l'ANAP).

Les dotations nettes aux amortissements ont doublé sur la période, passant de moins de 68 k€ en début de période, à plus de 148 k€ en 2019. Les dotations nettes aux provisions étaient négatives en 2016 et 2017, l'entreprise ayant procédé à plusieurs reprises sur ses provisions constituées. Elles diminuent de 2,4 % en moyenne par an. Les plus-values de cessions sont négligeables.

Dans ce contexte, compte-tenu du niveau de la CAF brute, le résultat comptable de l'EHPAD reste excédentaire sur la période mais diminue de plus de 50 % par an. Il est reversé chaque année en totalité à l'associé unique, ce qui dégrade la situation bilancière (voir infra, 6.2).

Tableau 34 : Le résultat comptable

en €	2016	2017	2018	2019	VAM
CAF brute	325 186	156 575	251 952	169 067	-19,6 %
- Dotations nettes aux amortissements	64 714	93 487	128 813	147 580	= 31,6 %
- Dotations nettes aux provisions	- 12 382	- 63 768	1 194	- 11 508	- 2,4 %
+ Quote-part des subventions d'inv. Transférées	0	0	0	0	
+/- Values de cessions	0	0	98	0	
= Résultat comptable	272 853	126 856	122 043	32 996	- 50,5 %

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

6.1.4- Le financement des investissements

La CAF nette de l'EHPAD est identique à la CAF brute dans la mesure où l'EURL n'a contracté aucun emprunt. Elle en suit donc l'évolution et reste suffisamment confortable au regard des dépenses d'équipement réalisées sur la période. En cumulé, le financement propre disponible représente près de 80 % des dépenses d'équipement, celles-ci s'élevant à plus de 1,1 M€.

Ces dépenses se situent généralement à près de 282 000 € par an. Cependant l'EHPAD s'est engagé en 2016 et 2017 dans un chantier de modernisation de son bâtiment ainsi que dans la création de l'UVP. En 2017, les dépenses d'équipement ont été supérieures à 411 000 €. Il n'y a pas eu d'acquisitions autres que du matériel et du mobilier. Ces acquisitions ont progressé en 2019.

Toutefois, si son besoin de financement propre était limité, il a été aggravé par le versement des dividendes aux actionnaires. Aussi, l'EURL a fait le choix de prélever sur son fonds de roulement net global chaque année sans mobiliser d'emprunt à long terme, et ce pour un montant cumulé de près de 771 000 €. Ce choix n'est pas sans effet sur le bilan financier de l'entreprise. Si l'EHPAD était un établissement indépendant, il n'aurait pu supporter cette stratégie dans la mesure où l'effort sur son fonds de roulement et sa trésorerie aurait été trop conséquent.

L'EHPAD n'a pas constitué de plan pluriannuel de financement durant la période sous revue. Il ne dispose pas non plus de plan pluriannuel d'entretien. Il n'a pas identifié les dépenses de gros entretien ou de grandes révisions auxquelles il était exposé, pour l'avenir, et qu'il projetait d'engager.

L'établissement gagnerait à se doter de ces documents prospectifs, et à ajuster annuellement, sur la base de ces derniers, le montant de la provision constituée au titre de l'entretien et des grosses réparations, conformément aux prescriptions réglementaires précitées.

6.2- La situation bilancielle

6.2.1- L'endettement

L'EURL n'a pas souscrit d'emprunt sur la période sous-revue. Son endettement est constitué des dépôts de garanties récupérés auprès des résidents¹⁵⁷. Ceux-ci constituent donc une dette financière. Elle est stable puisqu'elle est assise sur la capacité d'accueil de l'établissement. Cet encours de dette est faible au regard des capacités financières de la société. En prenant en compte sa trésorerie négative, il lui faudrait moins de trois ans pour rembourser sa dette si elle y consacrait l'ensemble de sa CAF brute. Cependant, sa capacité de désendettement théorique diminue sur la période.

L'EURL s'acquitte chaque année d'intérêts sur une ligne de trésorerie infra annuelle obtenue par le biais d'une facilité de caisse. Celle-ci est très favorable, en raison de l'adossement à un groupe. Le taux d'intérêt théorique calculé pour les agios est relativement faible, à 1,5 % en 2018 et 2019.

Tableau 35 : Ratios d'endettement

Principaux ratios d'alerte, en €	2016	2017	2018	2019	VAM
Annuité en capital de la dette	0	0	0	0	
+ Charge d'intérêts et pertes nettes de change	1 421	2 377	2 473	2 384	+ 18,8 %
= Annuité totale de la dette	1 421	2 377	2 473	2 384	+ 18,8 %
Encours de dette au 31 déc.	150 610	166 367	162 714	153 960	+ 0,7 %
Capacité de désendettement en années (dette / CAF brute)	0,5	1,1	0,6	0,9	
Encours de dette net de trésorerie, hors comptes de rattachement au 31 déc.	- 325 848	271 783	361 047	448 344	- 211,2 %
Capacité de désendettement, trésorerie incluse hors compte de rattachement, en années (dette nette de trésorerie / CAF brute)	- 1,0	1,7	1,4	2,7	
Taux d'intérêt apparent de la dette	0,9 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

6.2.2- Le fonds de roulement et la trésorerie

Si le fonds de roulement de l'établissement était suffisant en 2016, son montant a considérablement diminué, pour être négatif dès l'année suivante, sous l'effet d'un résultat moindre et d'investissements significatifs sans mobilisation d'emprunts. L'établissement a choisi de prélever sur son fonds de roulement pour se financer. En 2019, le fonds de roulement s'établissait à - 618 000 € ce qui est un niveau anormalement bas.

Le niveau de la trésorerie a suivi la même évolution que le fonds de roulement mais ce mouvement est amorti par un besoin en fonds de roulement négatif. En 2016, la société n'a pas de besoin en fonds de roulement. Il est fortement négatif compte tenu de son cycle d'exploitation. Il le reste sur la période, malgré une augmentation du besoin en 2017 et 2018, la société augmentant diverses créances.

La trésorerie de l'EURL était en 2016 de 476 000 € soit un niveau très confortable puisqu'elle disposait de plus de deux mois de charges courantes au 31 décembre. Dès 2017 le solde de trésorerie est négatif pour s'établir en 2019 à - 294 000 €. La société Les Opalines

¹⁵⁷ Ces dépôts de garantie constituent des cautions que l'établissement est susceptible de rembourser une fois que le résident quitte l'EHPAD, si ce dernier a respecté ses obligations prévues dans le contrat de séjour (paiement, absence de dégradation de la chambre notamment). À ce titre, ils constituent une dette de l'EHPAD envers le résident.

Saint-Chamond paie relativement peu d'intérêts sur ce fonds de dépôts négatif du fait de l'apport des dépôts de garantie des résidents qui servent d'assurance à la banque¹⁵⁸ ainsi que de l'appui de la SGMR, son groupe d'appartenance, également garant.

Tableau 36 : Principaux agrégats du bilan fonctionnel

	2016	2017	2018	2019	VAM
Fonds de roulement	108 878	- 364 549	- 409 603	- 617 765	- 278,4 %
- Besoin en fonds de roulement	- 367 579	- 259 132	- 211 270	- 323 381	- 4,2 %
= Trésorerie	476 457	- 105 417	- 198 333	- 294 383	- 185,2 %
<i>En nombre de jours de charges courantes</i>	72	- 14	- 26	- 39	

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

¹⁵⁸ Les dépôts versés, enregistrés en dettes en comptabilité, viennent alimenter régulièrement le compte de l'établissement. Aussi si la trésorerie au 31 décembre apparaît comme fortement négative, elle fluctue en cours d'année. Parant, les intérêts bancaires sont atténués.

7- ANNEXES

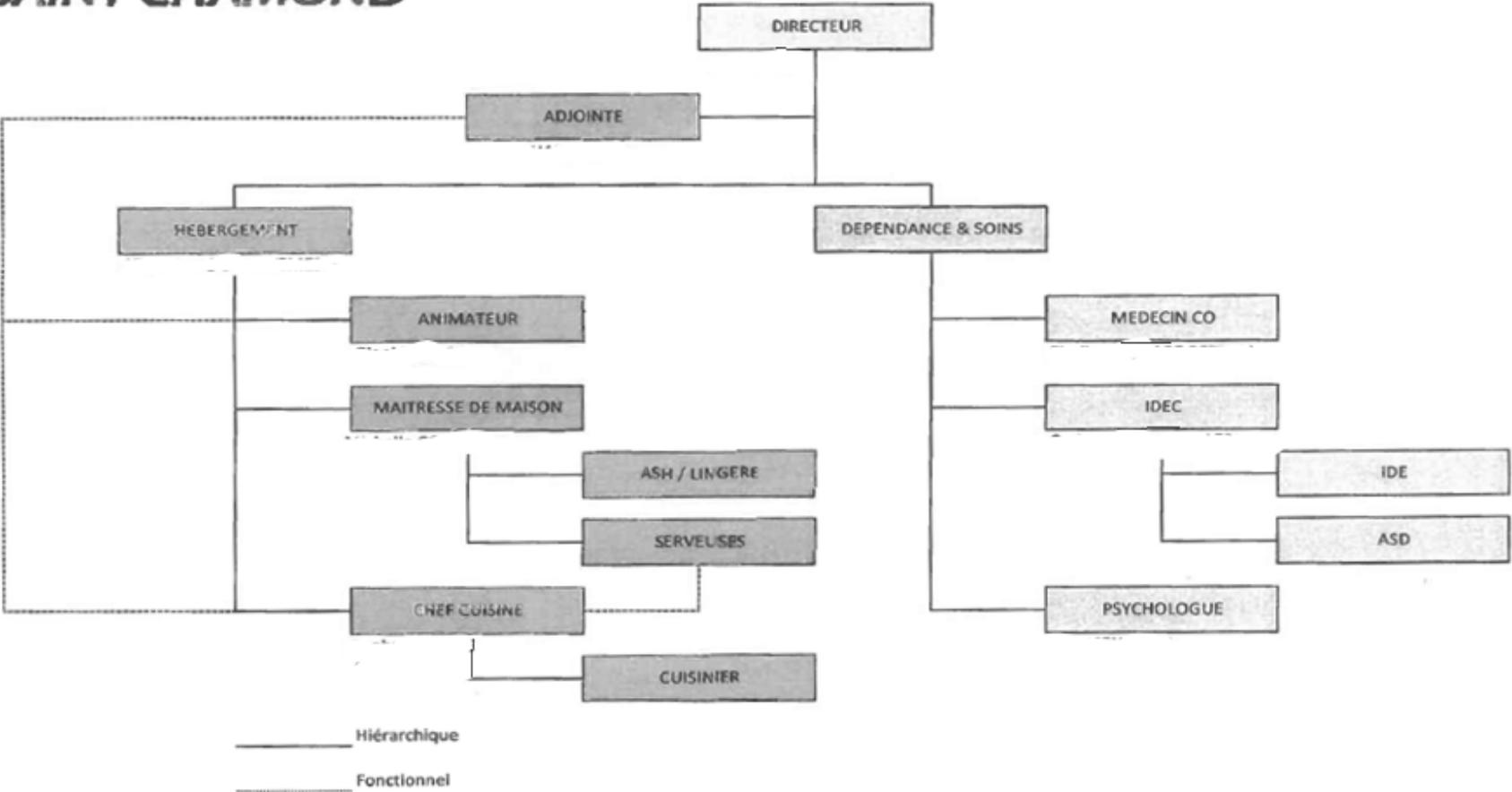
7.1- ANNEXE 1 : Glossaire

ALD	Affection de longue durée
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASG	Assistant de soins en gérontologie
ASH	Agent de service hôtelier
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCN	Convention collective nationale
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNR	Crédits non reconductibles
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTP	Convention tripartite
CVS	Conseil de la vie sociale
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ERRD	État réalisé des recettes et des dépenses
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	Gir moyen pondéré
GMPS	Groupe iso-ressources moyen pondéré soins
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HP	Hébergement permanent
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'État coordonnateur
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MEDEC	Médecin coordonnateur
PAI	Plan d'accompagnement individualisé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PMP	Pathos moyen pondéré
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RAMA	Rapport annuel d'activité médicale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UHR	Unité d'hébergement renforcée
UVP	Unité de vie protégée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

7.2- ANNEXE 2 : Figure 2 Organigramme de l'EHPAD « Les Opalines » Saint-Chamond



ORGANIGRAMME



Source SGMR

7.3- ANNEXE 3 : Descriptif des dispositions mises en place durant la crise sanitaire

1 – Accompagnement et gestion des équipes

Une main courante mise en place à partir du 9 mars 2020 retrace tous les évènements liés à la gestion de la crise. Ainsi, dès le 27 février la « Minute sécurité », document d'information décrivant notamment l'état des connaissances sur la Covid-19 et les principes de sécurité à respecter, a été présentée à tous le personnel, opération réitérée le 2 mars et suivi d'un affichage pour les familles. À partir du 3 mars, les premières mesures de protection des résidents ont été instaurées : annulation des sorties, visites et regroupements, institution d'un registre à signer à l'entrée et à la sortie de l'établissement en notant sa température. Les protocoles ont été accompagnés de rappels réguliers et d'une formation organisée par la MEDEC sur la prise en charge d'un résident présentant des symptômes en phase épidémique.

En second lieu, des réunions d'équipes ont été organisées. Une partie a été formalisée par des comptes rendus pour la cellule de crise ou des feuilles d'émargement en précisant l'objet et l'animateur pour les autres. La cellule de crise s'est réunie 17 fois principalement entre le 9 mars et le 6 avril 2020. 21 réunions se sont tenues avec le personnel, animées par l'IDEC, la MEDEC ou la directrice adjointe.

En sus, le comité social et économique d'établissement a été réuni le 18 mars pour une présentation de la situation et une consultation préalable sur les mesures susceptibles d'être prises en cas de passage au stade 3 de l'épidémie et d'activation du plan de continuité de l'activité par l'ARS. La possibilité de déroger aux règles relatives aux durées maximales du travail et aux repos obligatoires, de modifier l'organisation du travail et de réquisitionner des personnels en congés a été approuvée sous réserve « *de ne pas épuiser le personnel et de garder un minimum de repos* ».

Au-delà de la diffusion de l'information, un numéro vert a été mis à disposition des personnels, dès la fin mars, pour leur ouvrir le bénéfice du dispositif de soutien psychologique mis en place par l'association « Soins aux professionnels de santé ».

2 – Communication avec les familles

La main courante montre que l'information des familles a été continue tout au long de la crise. Elle a commencé le 5 mars par un courriel d'information suivi d'un appel téléphonique le 8 mars pour annoncer la cessation des visites « sauf cas exceptionnel ». La directrice régionale a précisé à la chambre que le gestionnaire a recommandé une application de cette mesure « *avec humanité* ». Certaines visites ont donc été autorisées pour éviter un syndrome de glissement, sous réserve d'un respect strict du protocole. Cette approche pragmatique et équilibrée laissait des possibilités d'aménagement à l'appréciation des équipes sur place.

Elle s'est poursuivie par un courriel informant les familles de l'activation du plan bleu et du plan de continuité des activités ainsi que des mesures de protection des résidents, suivi de 14 points réguliers par courriel sur l'évolution de la situation. Cette information suivie, complétée par celle donnée aux résidents le 16 mars, a aussi permis de gérer convenablement des mesures compliquées comme la fermeture de l'établissement au public ou la mise en place du confinement dans les chambres. Pour remédier à la réduction des visites, l'établissement a mis en place des visioconférences par Skype pour toutes les familles qui le demandaient. Le CVS n'a en revanche pu être réuni puisqu'il n'existait plus avant le début de la crise.

Des dispositions spécifiques ont été instaurées le 26 mars lors de la détection du premier cas positif. Le groupe a transmis le 16 mars 2020 à ses établissements un premier tableau-cadre

reprenant l'ensemble des dispositions applicables. Elles reposent principalement sur l'interdiction de faire entrer des résidents nouveaux ou revenant d'hospitalisation, et des visiteurs sauf cas très exceptionnel, un accès unique avec un sas permettant des échanges sans contact, le port d'un masque chirurgical par les salariés lors des soins et l'isolement des résidents dans les chambres avec surveillance renforcée des signes d'alerte. Cinq autres tableaux-cadres ont été diffusés par la suite pour adapter les mesures préconisées par le groupe à l'évolution de la situation et des décisions de l'État. Le groupe incitait à une certaine souplesse locale en autorisant les nécessaires « *différenciation et proportionnalité des actions* ». Le tableau-cadre du 3 avril alourdit certaines mesures concernant le port du masque chirurgical, continu pour le chef de cuisine et le médecin coordonnateur par exemple, et instaure un protocole au vestiaire pour respecter la distanciation lors de la prise de poste, le port d'une tenue de soins par tous les salariés changée tous les jours.

Après le décès du résident atteint de la COVID le 6 avril, les admissions ont été à nouveau autorisées. Une nouvelle entrée est ainsi intervenue le 24 avril. À partir du 21 avril, les visites des familles ont pu recommencer, dans le sas d'accueil pourvu de séparations en plexiglass. Le 13 mai, un nouveau tableau a traduit la décision de déconfinement progressif. Quelques résidents ont ainsi pu prendre leurs repas en commun dans le cadre de la distanciation et d'un protocole strict. Le 12 juin, l'encadrement des visites a été assoupli.

De nouvelles mesures ont été prises à la suite de la déclaration d'un second cas parmi les résidents le 3 septembre 2020. L'ensemble des résidents et des personnels a été testé immédiatement. Au 23 septembre 2020, la SGMR indiquait que 27 personnes avaient été testées positives : 18 résidents et 9 salariés. Le gestionnaire a décidé d'un nouveau confinement et de la fermeture de l'établissement dès le 4 septembre 2020 avec application des mêmes mesures que pour le premier cas. La situation était néanmoins plus complexe en raison des absences des personnels touchés.

*

*

*

Les publications de la chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
sont disponibles sur le site internet des juridictions financières :
<https://www.ccomptes.fr>

Chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
124-126 boulevard Vivier Merle CS 23624
69503 Lyon Cedex 03

auvergnerrhonealpes@crtc.ccomptes.fr