

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SES RÉPONSES**

EHPAD LE PETIT BOSQUET - CGD-13
(département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 25 juin 2021.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT AU PROJET PERSONNALISÉ.....	6
1.1 Le positionnement de l'EHPAD	6
1.1.1 Les caractéristiques de l'établissement et la population accueillie.....	6
1.1.2 Un EHPAD public isolé dans une offre exclusivement privée.....	8
1.1.3 Une structure gestionnaire pilote sur le parcours de la personne âgée.	10
1.2 Une démarche évaluative inexistante sur l'EHPAD.....	11
1.2.1 L'absence irrégulière de projet de service spécifique.....	11
1.2.2 L'absence de rapport médical annuel.	12
1.2.3 Une convention tripartite non évaluée et un CPOM non mis en place	13
1.3 Un EHPAD simple service du CGD	15
1.3.1 Une admission sur critères médicaux uniquement.....	15
1.3.2 Des procédures indifférenciées entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social...	15
2 LE CADRE FINANCIER	17
2.1 Contexte financier du CGD-13 gestionnaire de l'EHPAD.....	17
2.2 L'absence de fiabilité des charges indirectes imputées à l'EHPAD.....	19
2.3 Les dépenses et ressources de médicalisation.....	21
2.3.1 L'évolution des ressources et leurs caractéristiques	21
2.3.2 L'analyse des dépenses d'exploitation des sections soins et dépendance	23
3 LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS.....	26
3.1 Des effectifs en baisse et une pénurie de personnels soignants.....	26
3.2 Une rotation importante de l'effectif	27
3.3 L'organisation et la coordination	28
3.3.1 L'organisation managériale de la prise en charge.....	28
3.3.2 La permanence des soins et les transmissions	29
3.4 Les métiers et fonctions cardinales	29
3.5 L'absentéisme et les remplacements.....	30
4 LE RÉSIDENT, SON PROJET PERSONNALISÉ ET LA QUALITÉ DE SA PRISE EN CHARGE	32
4.1 Des marqueurs de qualité pour l'accompagnement individuel.....	32
4.1.1 La mise en œuvre des bonnes pratiques de prise en charge.....	32
4.1.2 Une prise en charge défaillante des majeurs protégés.	33
4.2 La santé des résidents.....	34
4.2.1 La prévention sanitaire au quotidien et l'accès aux soins.....	34
4.2.2 La consommation de médicaments.....	35
4.3 Une gestion efficace de la pandémie de Covid 19	36
ANNEXES	39

SYNTHÈSE

Le centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône (CGD-13), situé dans le XII^{ème} arrondissement de Marseille est, depuis 1961, un établissement public de santé départemental. Spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées, en particulier celles atteintes de maladies neuro dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, il dispose de 578 lits et places installés pour un budget annuel, net des reversements des budgets annexes au budget principal, de 41,48 M€ au 31 décembre 2019.

En son sein, l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) le petit bosquet avec des produits s'élevant à 11,28 M€ gère, en 2019, 219 lits installés dans quatre pavillons distincts. L'EHPAD dont tous les lits autorisés, soit 228, sont éligibles à l'aide sociale, dispose de 60 places dédiées à la prise en charge de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies dégénératives apparentées. Comme il s'agit du seul établissement public présent sur le territoire de la commune de Marseille dans un rayon de 5 kms au milieu d'une offre privée totalisant plus de 3 449 lits, son offre est stratégique dans son aire géographique de recrutement qui correspond aux quartiers du centre et du nord de l'agglomération marseillaise, comptant la population la plus défavorisée.

L'EHPAD est dépourvu des outils permettant d'évaluer sa performance dans la prise en charge des résidents. Il ne dispose ni d'un projet d'établissement ou d'un projet de service spécifique ni du rapport annuel d'activité médicale et les évaluations des pratiques professionnelles se limitent au domaine strictement sanitaire. L'accompagnement des résidents, mission spécifique des EHPAD prévue par le code de l'action sociale et des familles, est gommé au profit du volet sanitaire. Si la prise en charge des résidents au quotidien ne laisse pas apparaître de dysfonctionnements majeurs, des aspects essentiels de la vie des résidents, comme la liberté de choix du médecin traitant ou le respect des droits et libertés individuelles notamment pour les plus vulnérables d'entre eux sont relégués au second plan.

Le budget annexe de l'EHPAD contribue indûment au budget principal et cette structure concentre les difficultés en matière de ressources humaines qu'il s'agisse de l'instabilité des personnels ou du niveau record de l'absentéisme. Il n'est pas considéré comme prioritaire dans la politique de développement du CGD-13 notamment en matière immobilière ou de prise en charge de la démarche qualité.

Enfin, l'inexploitation de la totalité des lits autorisés par les tutelles et l'absence de transparence dans sa gestion fragilisent un établissement qui dispose pourtant de tous les atouts pour remplir une mission de service public indispensable dans ce secteur très défavorisé de l'agglomération marseillaise. L'implication de la structure gestionnaire dans la prise en charge de la pandémie de Covid-19 en est la meilleure illustration et devra servir de modèle à une normalisation du fonctionnement de l'EHPAD.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Élaborer un projet de service selon les dispositions prévues par l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles et rédiger annuellement un rapport d'activité médicale conformément aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.

Recommandation n° 2 : Mettre en place une méthode robuste et fiable de répartition des charges communes respectant les sections tarifaires soins et dépendance.

INTRODUCTION

La chambre a inscrit à son programme de l'année 2020 le contrôle du centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône (CGD-13) et en son sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Le petit Bosquet. L'EHPAD s'intègre pour la période 2016-2019 dans une enquête de la formation commune à la Cour et aux chambres régionales des comptes, relative aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) dont le thème est « *la prise en charge des résidents en EHPAD : médicalisation, accompagnement et prévention individuels et collectifs* ».

L'EHPAD le petit Bosquet, est un budget annexe du CGD-13, établissement public départemental, situé dans le 12^{ème} arrondissement de Marseille, et la chambre est compétente pour procéder à son contrôle des comptes et de la gestion en vertu des articles L. 111-15, L. 211-3, et R. 111-1 du code des juridictions financières (CJF) et des arrêtés du Premier président de la Cour des comptes déléguant aux chambres régionales des comptes la compétence pour l'examen des comptes et de la gestion des établissements publics de santé, du 15 novembre 2013 pour les exercices 2013 à 2017 inclus et du 17 décembre 2017 pour les exercices 2018 et suivants.

Par lettres en date du 14 février 2020, le président de la chambre a informé Mme Nathalie Jaffres, directrice et ordonnatrice en fonction de l'ouverture de la procédure et de la composition de la chambre. M. Jean Claude Pical, ancien ordonnateur, désormais à la retraite, et Mme Stéphanie Luquet, directrice par intérim d'août 2019 à janvier 2020 ont été informés par courrier en date du 04 mars 2020.

L'entretien d'ouverture du contrôle s'est tenu le 21 février 2020 avec Mme Jaffres qui a été le point de convergence des différentes réponses de l'établissement. En raison des contraintes sanitaires liées à la pandémie de Covid-19, les visites sur place ont été réduites à leur strict minimum et n'ont pas pu être effectuées en contact avec les résidents ou les patients afin d'éviter tout risque d'importation du virus. De fait la portée des observations liées à l'organisation des services est restreinte aux transmissions documentaires du CGD-13.

Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus par visio-conférence depuis la chambre avec M. Jean Pical, ancien ordonnateur le 16 décembre 2020, avec Mme Nathalie Jaffres, actuelle directrice, le 17 décembre 2020 et enfin avec Mme Stéphanie Luquet, directrice par intérim, le 18 décembre 2020.

La chambre a délibéré un rapport d'observations provisoires le 8 mars 2021. Ce rapport a été transmis en intégralité aux ordonnateurs successifs qui ont répondu pour Mme Nathalie Jaffres le 19 mai 2021 et pour le M. Jean Claude Pical le même jour. Le rapport d'observations provisoires a également été transmis, en intégralité à l'agence régionale de santé le 22 mars 2021 qui a répondu le 20 mai 2021 et au département des Bouches-du-Rhône qui a répondu le 21 mai 2021.

Aucune demande d'audition n'est parvenue à la chambre avant qu'elle n'arrête ses observations définitives.

1 DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT AU PROJET PERSONNALISÉ

1.1 Le positionnement de l'EHPAD

1.1.1 Les caractéristiques de l'établissement et la population accueillie

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « le petit bosquet » dépend du centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône (CGD-13), établissement public hospitalier départemental, qui en est le gestionnaire¹. L'EHPAD, fonctionnellement indivisible au sein d'un budget annexe E, est réparti dans quatre bâtiments distincts : l'Étoile, l'Estaque, Jean Masse et la Montagnette. Chaque pavillon abrite une ou plusieurs unités fonctionnelles de 15 lits sauf le pavillon Étoile qui n'a qu'une seule unité de 60 lits. Le bâtiment Jean Masse abrite à la fois une unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits et cinq unités d'EHPAD totalisant 90 lits². Pour chacun des pavillons les chambres entre 20 et 25 m² sont individuelles et équipées d'une salle de bain avec douche. Les résidents peuvent apporter du petit mobilier et l'établissement a indiqué que les peintures étaient reprises à chaque changement de résident.

Les bâtiments réhabilités entre 1998 et 2013 se situent dans un environnement calme avec accès à des espaces verts même s'ils restent imbriqués dans le fonctionnement du CGD-13 notamment en ce qui concerne la circulation automobile et les parkings. Tous les bâtiments de l'EHPAD et en particulier le bâtiment Jean masse seront affectés par les nuisances prévisibles, bruit et poussières des travaux du nouvel hôpital.

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

<i>Résidents</i>	2016	2017	2018	2019
<i>Nombre de places installées</i>	219	219	219	219
<i>Nombre de places autorisées</i>	228	228	228	228
<i>Activité théorique en nombre de journées</i>	79 935	79 935	79 935	79 935
<i>Nombre de journées réalisées</i>	78 495	78 695	78 929	78 270
<i>Taux d'occupation de l'hébergement permanent</i>	98,20 %	98,45 %	98,74 %	97,92 %
<i>Nombre de places en PASA</i>	12	12	12	12
<i>Nombre de places en UHR</i>	15	15	15	15
<i>Nombre de places en accueil de jour (Budget P)</i>	25	25	25	25

Source : données transmises par le CGD 13.

¹ Cette modalité est partagée par 13 % des EHPAD qui regroupent 22 % des places en hébergement permanent.

² Cf. annexe 1 Lits, GMP, âge moyen, GIR par unités fonctionnelles

Le nombre total de lits autorisés pour l'EHPAD est déterminé pour l'exercice 2016 par un arrêté conjoint de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et du conseil général des Bouches-du-Rhône en date du 27 novembre 2008³ couvrant la période 2002-2017 puis à partir de 2017 d'un arrêté conjoint du conseil départemental des Bouches-du-Rhône et de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS-PACA) en date du 19 avril 2017.

Le nombre total de lits autorisés est fixé à 228 dont seuls 219 ont été installés. Ces neuf lits autorisés, non installés, ont longtemps été mis en réserve pour servir le moment venu à un projet finalement avorté pour des motifs financiers de création d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) avec une autre structure. Au surplus le bâtiment la montagnette qui accueille des personnes plus jeunes (65 ans) que la moyenne des résidents et très faiblement dépendantes a dû être fermé au printemps 2020 pour des raisons de sécurité liées à l'absence de personnel la nuit⁴. A l'automne 2020, seuls 210 lits restaient donc installés. Le dépôt en mai 2021, auprès de l'ARS d'une demande autorisation de 29 places⁵ pour un projet d'EHPAD hors les Murs devrait permettre d'optimiser l'autorisation détenue par l'établissement si ce projet est validé.

Dans ce total, l'établissement dispose⁶ d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), de 12 résidents, qui se situe dans l'unité Longchamp du bâtiment Jean Masse. Si le PASA a été labellisé en 2010, il n'a pas été repris dans l'arrêté d'autorisation de 2017. Cette omission a été corrigée par un arrêté conjoint de l'ARS et du département du 12 septembre 2019.

L'établissement dispose également d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 15 places, labellisée en 2011, dans l'unité Niolon au rez-de-chaussée du bâtiment Estaque. L'UHR est bien autorisée par l'arrêté de 2017 ; en revanche l'avenant n° 2 à l'arrêté de 2008 prenant en compte son autorisation après la labellisation de 2011 n'a été produit que le 31 décembre 2015.

Le taux d'occupation en hébergement permanent s'établit juste au-dessus de la médiane de l'ensemble des EHPAD (97,6 %) constatée sur l'année 2017⁷.

³ L'autorisation rétroactive est intervenue afin de prendre en considération l'évolution introduite par l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007. L'établissement a procédé à la partition de l'activité pratiquée à l'unité de soins de longue durée Jean Masse entre activité sanitaire et secteur médico-social.

⁴ Commission de sécurité du 27 décembre 2019.

⁵ 18 places non installées à ce jour et 11 places mises en réserve par l'ARS PACA.

⁶ Source : rapport d'évaluation externe de 2014, établi par l'APAVE, ayant servi à établir l'arrêté de 2017.

⁷ Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2017.

Tableau n° 2 : Caractéristiques de la population accueillie

<i>Résidents</i>	2016	2017	2018	2019
<i>GMP mesuré par l'établissement</i>	652	672	690	702
<i>PMP mesuré par l'établissement</i>	127	203	198	199
<i>Hommes</i>	96	100	110	101
<i>Femmes</i>	182	170	158	158
<i>Age moyen des résidents</i>	83	83	82	83
<i>Age moyen d'entrée</i>	81	80	80	83
<i>Durée moyenne de séjour (en jours)</i>	297	306	319	308
<i>Nombre de résidents originaires de la commune</i>	222	212	213	206
<i>Nombre de résidents originaires du département</i>	42	43	37	33
<i>Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale</i>	186	172	164	157
<i>Taux de bénéficiaires aide sociale sur lits installés</i>	85 %	79 %	75 %	72 %

Source : données transmises par le CGD-13

Le niveau de dépendance de la population accueillie à l'EHPAD exprimé par le groupe iso ressource moyen pondéré (GMP) est, en 2017, inférieur (672) à celui constaté pour les EHPAD publics rattachés à un EPS (733). L'établissement explique cet écart par la prise en charge de patients psychiatriques vieillissants dans le cadre de la filière mise en place avec l'hôpital Valvert et l'accueil de patients faiblement dépendants à l'unité la montagnette. Il en est de même pour la pathologie moyenne des résidents (PMP) qui est de 203 pour 207 en moyenne pour les EHPAD dans la même catégorie. L'immense majorité des résidents est originaire de la ville de Marseille. Enfin, l'âge d'entrée, la moyenne d'âge et la durée moyenne de séjour des résidents du Petit Bosquet sont dans les standards des EHPAD publics à l'échelle nationale.

La chambre observe également que le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale diminue régulièrement alors que le besoin de la population éligible ne s'est pas modifié ce qui s'explique par le choix fait par l'établissement de privilégier les critères médicaux lors de l'admission des nouveaux résidents.

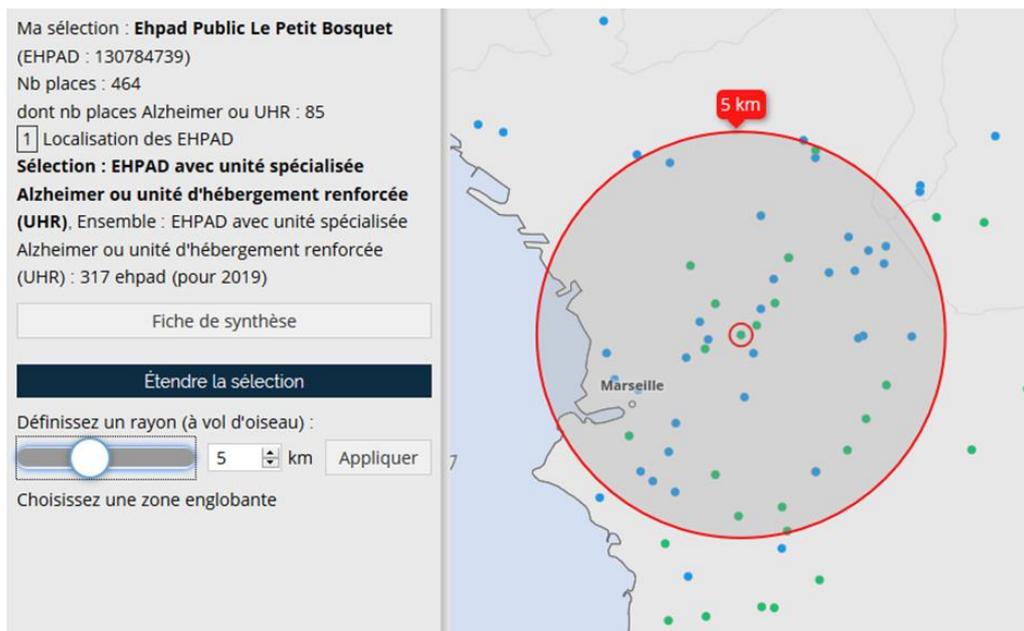
1.1.2 Un EHPAD public isolé dans une offre exclusivement privée

La région PACA est la 3^{ème} région la plus pauvre de France. Un habitant sur 10 vit en dessous du seuil de pauvreté dont la moitié à Marseille. C'est également une région présentant un fort indice de vieillissement, 27,7 % de la population ayant plus de 60 ans⁸. Par construction 15,3 % des personnes de 75 ans ou plus vivent sous le seuil de pauvreté. Entre 2007 et 2040, les projections montrent une augmentation de 57 % des plus de 60 ans soit à terme 1,9 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et 910 000 de plus de 75 ans. En revanche l'offre d'accueil des structures médico-sociales pour les personnes âgées est inférieure aux moyennes nationales de 17 %.

⁸ Source : enquête régionale Insee de 2017.

Le schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022 établi par le conseil départemental des Bouches-du-Rhône identifie le secteur de Marseille Nord, aire géographique de recrutement des résidents du petit bosquet, comme celui regroupant le plus grand nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées, soit 162,8 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, contre 119,1 en moyenne sur l'ensemble du département ce qui indique une grande fragilité sociale.

Carte n° 1 : Nombre d'EHPAD dans un rayon de 5kms autour de l'EHPAD le petit Bosquet



Source : observatoire régional de la santé de PACA.

Dans un rayon de cinq kilomètres dont il est l'épicentre, l'EHPAD le petit bosquet est le seul établissement public présent sur la commune de Marseille, hors communes limitrophes de Plan de Cuques et d'Allauch. Il est entouré d'une offre exclusivement privée de 39 établissements dont 28 établissements sous statut privé commercial⁹. Son offre tarifaire en hébergement permanent constatée en mars 2020, en chambre seule, s'établit à 71,65 € soit 10 € de moins que la médiane tarifaire de ses concurrents. Seuls quelques établissements privés à but non lucratifs tenus notamment par des congrégations religieuses affichent un tarif d'hébergement inférieur.

L'EHPAD offre également 60 places ciblées pour l'accueil des patients souffrant d'Alzheimer ou maladies dégénératives apparentées contre seulement 44 places dédiées à cette prise en charge sur les 3 446 places d'hébergement permanent de l'offre privée.

Son positionnement en terme d'offre publique dédiée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et économiquement fragiles est donc essentiel sur l'agglomération marseillaise.

⁹ Cf. annexe 2 : Liste et caractéristiques des EHPAD dans un rayon de 5 kms.

1.1.3 Une structure gestionnaire pilote sur le parcours de la personne âgée.

Selon les projections de l'Insee en 2040 plus du tiers de la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) aura plus de 60 ans et un habitant sur cinq aura 75 ans et plus, contre un sur dix en 2018. Avec 30 000 nouveaux cas par an de maladies invalidantes et neurodégénératives, la région PACA, est le deuxième territoire le plus touché de France.

Le projet régional de santé (PRS) de l'ARS-PACA, publié en octobre 2018, est décliné en onze orientations stratégiques dont l'une, spécifiquement dédiée aux personnes âgées, concerne leur parcours¹⁰. Il s'agit d'anticiper et d'organiser le parcours de santé autour de la personne âgée, afin de prévenir les risques de perte d'autonomie et repérer la fragilité des personnes âgées ou des aidants. L'ARS-PACA s'est fixée comme objectifs d'accompagner le développement des astreintes mutualisées d'infirmiers de nuit pour limiter les hospitalisations évitables, de conforter le rôle des équipes mobiles de gériatrie pour l'évaluation et l'orientation des personnes âgées au sein de la filière gériatrique, de développer l'expertise gériatrique sur les territoires et de mener des actions d'amélioration de l'expertise gériatrique à l'hôpital et en externe.

Le centre gérontologique départemental, structure gestionnaire de l'EHPAD le petit bosquet est un acteur incontournable de la mise en œuvre de cette orientation.

Membre depuis juin 2016, du groupement hospitalier de territoire des Bouches-du-Rhône (GHT)¹¹, dénommé « *Hôpitaux de Provence* », le CGD-13 est avec l'AP-HM, l'établissement support du GHT, la référence pour le déploiement de la filière gériatrique qui doit être mise en œuvre dans le projet médical partagé.

Le CGD-13 est également, sur le territoire de la ville de Marseille, le pilote de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). Il s'agit d'un dispositif associant tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'intégration des services d'aide et de soins afin de fluidifier les parcours des personnes prises en charge et retarder l'entrée en institution.

Il est également membre du groupement de coopération sanitaire pour un parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise (GCS-PGAM) qui a pour objet « *d'offrir un cadre juridique et fonctionnel qui permette d'assurer la mise en cohérence et la coordination des actions et des missions des multiples acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social impliqués pour tout ou partie de leur objet dans le parcours de la personne âgée* ». Le CGD est dans ce GCS de moyen de droit public qui regroupe les quatre réseaux gérontologiques préexistants au sein d'une même structure, représenté à la fois au titre d'ancien gestionnaire du réseau gérontologique Est et en tant qu'établissement prenant en charge des personnes âgées.

Le CGD-13 est enfin le siège de services destinés à la prise en charge des patients hors les murs, notamment un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), et assure la mission de répit à domicile.

¹⁰ Orientation n° 8 du PRS 2018: le parcours de la personne âgée.

¹¹ Créé par l'arrêté n° 2016GHT07-29 du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur du 1^{er} juillet 2016.

La prise en charge des résidents de l'EHPAD répond également aux préconisations du PRS sur la santé bucco-dentaire, le maintien de l'autonomie sur le plan cognitif et la lutte contre la dénutrition.

Nonobstant les importantes difficultés de cadrage conventionnel et de régulation des flux financiers mises en évidence dans le rapport dédié au contrôle organique du CGD-13, ce dernier est au cœur de la politique de santé en direction des personnes âgées cadrée par l'ARS-PACA sur le département des Bouches-du-Rhône.

En revanche, l'établissement est concerné par le schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022, privilégiant la politique du maintien à domicile, uniquement pour ses activités hors les murs. Au surplus, la chambre relève que le département des Bouches-du-Rhône n'est pas partie prenante à la convention de la MAIA Marseille signée en septembre 2016, alors que l'article 76 de loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 prévoit expressément sa participation au pilotage.

1.2 Une démarche évaluative inexistante sur l'EHPAD.

Une démarche évaluative doit en principe permettre de mettre en évidence l'évolution du contexte, du profil des personnes accueillies, des pratiques effectivement déployées et des effets pour les usagers. Pour être réalisée elle doit s'appuyer sur plusieurs documents clefs, bases de données indispensables à sa mise en œuvre. Or ceux-ci sont soit absents soit défectueux pour l'EHPAD le petit bosquet.

1.2.1 L'absence irrégulière de projet de service spécifique

Le projet d'établissement du CGD 2016-2020 couvrant la période sous revue répond à la définition de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) et définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il englobe toutes les activités du CGD de manière indistincte sans isoler les activités médico-sociales.

C'est d'ailleurs l'un des obstacles rappelé *supra* à la mise en place du CPOM puisque l'articulation entre les activités sanitaires du CGD et son activité médico-sociale n'est pas clairement établie.

La direction confirme que le projet d'établissement de l'EHPAD n'est pas formalisé en un document distinct et indique seulement « l'évocation » de l'EHPAD à plusieurs endroits du document.

Il ne répond donc pas aux préconisations de l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) lequel dispose que 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.

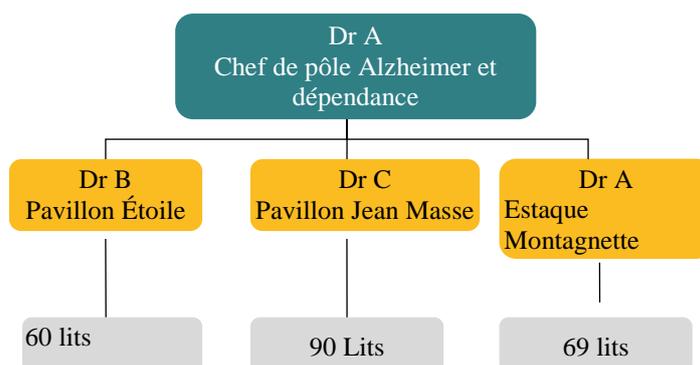
Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-12 du CASF. 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.

Aucun document de cette nature n'existe et le conseil de la vie sociale n'a même pas été consulté sur la mise en œuvre du projet d'établissement 2016-2020 dans son ensemble. Il est recommandé au CGD de rédiger *a minima* un projet de service déclinant des objectifs spécifiques pour l'EHPAD en conformité avec les textes en vigueur.

Au-delà de l'irrégularité formelle liée à l'absence d'un projet d'établissement, l'EHPAD est singulièrement absent de certaines composantes majeures du projet d'établissement 2016-2020 du CGD. C'est le cas du projet médical qui a formalisé à l'aide de la méthodologie du patient traceur et des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) l'inscription des patients dans un parcours de soins. Les cinq parcours retenus par le PE 2016-2020¹² concernent l'hospitalisation à domicile, l'hôpital de jour, le court séjour gériatrique ou Alzheimer, le soin de suite et de réadaptation (SSR) et l'unité de soins de longue durée (USLD). Le parcours du patient entrant à l'EHPAD en est donc exclu alors que celui-ci a servi à l'évaluation interne menée en 2013. Le projet d'établissement devrait inclure, selon le CGD dans sa réponse aux observations provisoires, une distinction claire entre secteur sanitaire et médico-social. Les dispositions relatives à ce dernier secteur seront soumises aux instances dédiées.

1.2.2 L'absence de rapport médical annuel.

Organigramme n° 1 : Organigramme de l'EHPAD- Le petit Bosquet



Source : CRC d'après organigramme transmis par l'établissement

¹² Projet d'établissement 2016-2020 page 46.

L'EHPAD est rattaché au pôle Alzheimer et dépendance sous l'autorité de la cheffe de pôle, le Dr A. Les différents bâtiments qui constituent les unités d'EHPAD peuvent eux-mêmes être placés sous la responsabilité d'un autre médecin : ainsi l'Étoile est sous la responsabilité du Dr B. et Jean Masse sous celle du Dr C.

Madame le Dr A. est donc positionnée comme médecin coordonnateur au sens de l'article D. 312-156 du CASF. A ce titre elle devrait donc présider la commission de coordination gériatrique, regroupant tous les professionnels de santé, salariés ou non, intervenant dans l'établissement. Or cette commission n'existe pas à l'EHPAD le petit bosquet puisque l'établissement considère que les praticiens hospitaliers responsables des différentes unités sont de fait médecins traitants des résidents.

Le médecin coordonnateur ou faisant fonction de coordonnateur est également responsable de l'actualisation permanente du projet de soins et du rapport annuel d'activité médicale (RAMA) qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins.

Pas plus que la commission gériatrique ce rapport annuel d'activité médicale n'existe au CGD, comme cela a été confirmé par l'ordonnatrice en fonction. Il n'existe donc aucun bilan des actions menées au sein de l'EHPAD. Le rapport annuel, prévu par l'article L. 6143-1 du CSP devant obligatoirement être présenté annuellement par le directeur au conseil de surveillance n'ayant également jamais été élaboré, il n'existe aucun bilan formel de l'activité sanitaire ou médico-sociale du CGD. Dans sa réponse aux observations provisoires la directrice a indiqué qu'un RAMA couvrant les deux secteurs serait élaboré dès 2021.

<p>Recommandation n° 1 : Élaborer un projet de service selon les dispositions prévues par l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles et rédiger annuellement un rapport d'activité médicale conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.</p>
--

1.2.3 Une convention tripartite non évaluée et un CPOM non mis en place

Prévue à l'article L. 313-12 du CASF, la convention tripartite a vocation à définir les axes stratégiques d'évolution de l'établissement. Elle est établie pour une durée de 5 ans. Sa signature permet également à l'établissement de bénéficier de financements en contrepartie de ses engagements et détermine les différents tarifs applicables pour chacune des sections : « Soins », « Dépendance », et « Hébergement ».

La convention tripartite avec l'ARS et le conseil départemental, signée en 2007, prend comme référence le nombre de lits médico-sociaux installés à cette date soit 148. Il est également observé par la chambre que la convention a été signée avec le CGD en tant que structure gestionnaire alors que les avenants le sont avec l'EHPAD directement. A la suite d'un premier avenant signé en janvier 2012 fixant de manière rétroactive à 2010 la mise en œuvre de la convergence tarifaire, la dotation de soins de l'établissement est passée à compter du 1^{er} septembre 2015 en tarif global au terme de la signature d'un second avenant, également rétroactif, signé en décembre 2015. Le véhicule juridique de la tarification de l'EHPAD le petit bosquet reposant sur une convention tripartite datant de 2007, jamais formellement renouvelée, est donc très fragile.

Le titre II de la convention tripartite initiale contient des objectifs précis d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Toutefois la plupart des engagements pris étaient liés à la réalisation du projet d'établissement 2011-2015 du CGD pris dans sa globalité. Le bilan du projet 2011-2015 est dépourvu d'indicateurs chiffrés et se résume souvent à l'affirmation de la réalisation ou non d'objectifs. Au surplus, un faible nombre de ces objectifs se réfère spécifiquement à l'EHPAD. Parmi ceux-ci se trouve l'engagement du CGD à tenir des réunions régulières du conseil de la vie sociale (CVS) et force est de constater que cet objectif n'a pas été atteint pendant la période sous revue puisque de 2017 à 2019 seules deux réunions du CVS se sont tenues annuellement au lieu des trois réglementaires. Au surplus l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre les évaluations annuelles de la convention tripartite prévues par son article 4. Seuls deux autodiagnostic pour 2018 et 2019 ont été transmis. Ils font référence à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui n'a pas été mis en place.

Modifié par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'article L. 313-12 du CASF généralise le recours au CPOM avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'Agence régionale de santé pour les EHPAD.

Celui de l'EHPAD le petit bosquet n'est, selon l'établissement, pas signé en raison de la période d'intérim de direction vécue par l'établissement d'août 2019 à janvier 2020. La directrice ajoute que « *les rencontres sur ce sujet vont se dérouler prochainement et nous pourrons vous transmettre le document dès sa signature* ». L'ARS indique pour sa part que le démarrage des négociations s'est heurté d'une part à l'absence de finalisation des orientations stratégiques en matière de prise en charge des personnes âgées par l'EHPAD le petit bosquet en cohérence avec le secteur sanitaire du CGD et d'autre part, au différentiel existant entre l'autorisation détenue par l'EHPAD de 228 lits et la capacité réellement installée de 219 lits. Ces places ont été mises en réserve par l'ARS, l'établissement l'ayant sollicité d'abord sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes puis après l'échec de ce projet sur la création d'un EHPAD hors les murs dont le dossier a été déposé à l'ARS en début d'année 2021.

La chambre observe *in fine* que la convention tripartite, datant de 2007, n'a pas été évaluée et que le CPOM qui aurait dû être finalisé dès 2016 n'est pas, à l'automne 2020, mis en œuvre. L'EHPAD le petit bosquet se trouve, concernant sa tarification, dans une zone de non droit dont la chambre invite l'établissement à sortir rapidement.

1.3 Un EHPAD simple service du CGD

1.3.1 Une admission sur critères médicaux uniquement.

Toute demande d'admission requiert un avis médical externe dont il est précisé qu'il provient soit du médecin traitant soit du médecin du « service antérieur » de l'utilisateur qui peut donc être un médecin d'une autre unité du secteur sanitaire du CGD ou d'un autre établissement comme dans le cas du Dr B. avec l'hôpital Valvert. A l'appui de leur demande les postulants fournissent une fiche de renseignements médicaux. A ce stade aucun critère social n'est pris en considération. Les usagers et leurs familles sont informés que leur demande est placée sur liste d'attente et qu'ils seront contactés dès qu'une place se libère.

Des réunions de préadmission se tiennent une fois par mois entre le bureau des admissions, les médecins des unités d'accueil et les assistantes sociales. Ces réunions permettent de faire le point sur les nouvelles demandes, les places disponibles et de mettre à jour les listes d'attente. La décision finale appartient au médecin responsable de l'unité d'accueil qui décide de l'admission sur des critères de compatibilité de la personne accueillie avec la prise en charge offerte dans l'unité. Les patients proviennent dans leur majorité de l'hospitalisation intra-site.

Aucune commission pluridisciplinaire ou d'arbitrage n'existait jusqu'au 1^{er} trimestre 2021 pour prendre en considération d'autres critères que les critères médicaux. Un patient traité dans une unité du secteur sanitaire par un médecin également responsable d'une unité d'EHPAD sera privilégié par rapport à un usager extérieur dont les besoins sociaux sont pourtant supérieurs. Ainsi alors que 100 % des lits de l'EHPAD sont éligibles à l'aide sociale seuls 72 % des résidents accueillis en bénéficient en 2019.

1.3.2 Des procédures indifférenciées entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Il résulte de ce fonctionnement atypique une fongibilité des informations destinées aux patients du secteur sanitaire ou aux résidents du secteur médico-social. Le livret d'accueil est ainsi unique aux deux secteurs.

L'article L. 311-3 du CASF prévoit parmi les garanties accordées aux personnes prises en charge dans les ESMS au titre de l'exercice de leurs droits et libertés, une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité, favorisant l'autonomie de la personne, adaptés à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le projet personnalisé doit notamment traduire au niveau individuel, à chaque étape de prise en charge, l'inscription dans un parcours de soins évitant les discontinuités et ruptures. Or il s'avère que l'établissement n'a initié la mise en place des projets personnalisés pour l'EHPAD qu'en avril 2018. A la date de mise à jour du plan qualité, en 2020, aucune donnée n'était disponible sur le nombre de plans personnalisés mis en place pas plus que sur le nombre de contrats de séjours signés.

Le droit pour le résident de choisir son médecin traitant, pourtant prévu par les dispositions combinées de l'article L. 1110-8 du code de la santé publique¹³ et de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale¹⁴ n'est pas davantage respecté en l'absence de véritable médecin coordonnateur et de commission de coordination gériatrique. L'établissement et l'ancien ordonnateur justifient ce choix par la permanence des soins assurée au CGD-13 du fait de l'existence d'une filière gériatrique complète et la sécurité qu'elle procure aux résidents.

L'ancien ordonnateur interrogé sur le hiatus entre le droit et la pratique a même ajouté qu'un résident souhaitant garder son médecin traitant lors de son entrée à l'EHPAD n'était tout simplement pas accepté. Au-delà du médecin traitant cette pratique a pu être source de conflit avec les familles sur la prise en charge spécialisée notamment en matière d'orthophonie. Les seuls professionnels libéraux intervenant au CGD sont les kinésithérapeutes que le CGD, jusqu'à la survenance de la crise sanitaire, peinait à recruter comme salariés.

Le dossier du résident est en partie dématérialisé dans un logiciel « Osiris » commun à toutes les unités de l'établissement. Lors d'une inspection diligentée à la fin de l'année 2015, l'ARS avait pu constater que les dossiers des patients étaient stockés dans des chariots médicaux dont l'accès n'était pas sécurisé. La chambre n'a pu, compte tenu de la situation sanitaire, vérifier *in situ* si l'engagement de l'ordonnateur de préserver la confidentialité des dossiers des patients avait été respecté.

En revanche il a pu être constaté que le service des majeurs protégés qui prend en charge des résidents de l'EHPAD ne respectait aucune règle en matière de conservation des dossiers. Des dossiers contenant des informations aussi sensibles que des documents d'identité ou des comptes rendus d'évaluation psychiatrique sont ainsi conservés dans un local, accessible à d'autres personnels du CGD-13. L'accès à ces données est donc libre pour des personnes non habilitées.

¹³ Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

¹⁴ 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, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

2 LE CADRE FINANCIER

2.1 Contexte financier du CGD-13 gestionnaire de l'EHPAD.

Pour répondre à ses missions le CGD-13, gestionnaire de l'EHPAD « Le Petit Bosquet », dispose d'un budget principal et de cinq budgets annexes dont le total des produits, nets des versements des budgets annexes vers le budget principal, atteint 41,48 M€ au 31 décembre 2019.

Tableau n° 3 : Structure des produits nets des versements des BA (en euros)

<i>Montants en euros</i>	2019	Poids
<i>Budget H0 principal</i>	17 884 725	43,12 %
<i>Budget E0 Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) petit bosquet</i>	11 287 765	27,21 %
<i>Budget B0 unité de soins de longue durée USLD</i>	9 394 763	22,65 %
<i>Budget C0 Ecoles paramédicales</i>	1 501 545	3,62 %
<i>Budget N0 service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ¹⁵</i>	904 329	2,18 %
<i>Budget P accueil de jour</i>	503 890	1,21 %
Total des produits nets des versements des CRPA	41 477 016	100,00 %

Source : compte financier 2019.

L'EHPAD « Le Petit Bosquet » avec des produits s'élevant à 11,28 M€ en 2019, est, après le budget principal, le deuxième budget le plus important du CGD-13. Les comptes du CGD-13 n'ont pas, comme cela était imposé par la réglementation¹⁶, été fiabilisés. La chambre a démontré dans le cahier n° 1 relatif au contrôle des comptes et de la gestion du CGD-13 que l'absence de fiabilisation des comptes, se traduisant en particulier par une sous-estimation préjudiciable des différents niveaux de provisions, a altéré la réalité des résultats nets.

¹⁵ Ce budget est parfois dénommé SIDPA pour service de soins infirmiers à domicile aux personnes âgées. La principale différence avec un SSIAD concernant la file active des patients. Dans le cas d'un SIDPA seules les personnes de plus de 60 ans peuvent être prises en charge.

¹⁶ Article 17 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Tableau n° 4 : Résultats consolidés 2016-2019 (en €)

<i>Budgets</i>	2016	2017	2018	2019	Cumul 2016-2019
<i>Budget principal</i>	183 646	316 051	45 557	480 786	1 026 040
<i>CRPA B0 (USLD)</i>	124 853	- 140 543	- 84 984	- 204 767	- 305 442
<i>CRPA E0 (EHPAD Le Petit Bosquet)</i>	99 852	- 202 078	- 158 862	- 231 668	- 492 756
<i>CRPA N0 (SSIAD)</i>	- 10 204	28 627	1 543	- 7 960	12 006
<i>CRPA P0 (Accueil de jour)</i>	- 33 385	- 7 113	- 6 362	- 18 085	- 64 945
<i>CRPA C0 (centre de formation)</i>	- 123 853	- 140 341	- 38 485	- 81 966	- 384 645
<i>Résultat consolidé</i>	240 908	- 145 398	- 241 592	- 63 661	- 209 743

Source : CRC d'après comptes financiers.

Nonobstant ces défauts de fiabilité, la performance annuelle de la structure, évaluée à partir des comptes financiers déposés, n'a cessé de se dégrader. Sur la période 2016-2019 le résultat consolidé n'a été positif qu'en 2016 (+ 240 908 €) et les déficits cumulés sur la période atteignent 209 743 €.

Dans la perspective de réhabiliter l'immobilier de sa partie sanitaire, l'établissement n'a effectué, hormis le jardin thérapeutique et les espaces verts, que des travaux de mise aux normes ou de remplacement rendus indispensables par l'état de vétusté de certains aménagements ou équipements. Ce sous-investissement a concerné l'ensemble des bâtiments y compris ceux de l'EHPAD qui ne seront concernés que marginalement par la réhabilitation. Les locaux de l'USLD sont compris dans le projet et les écoles paramédicales sont, à partir de 2020, localisées dans des locaux neufs en location.

Tableau n° 5 : Atterrissage financier de l'exécution du PGFP 2020

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<i>Taux d'endettement (dette/total des produits)</i>	21,33 %	19,47 %	27,15 %	24,76 %	22,06 %	19,57 %	28,90 %
<i>Durée apparente de la dette</i>	6,48	5,28	6,73	5,69	5,66	4,97	7,84
<i>Taux d'indépendance financière</i>	22,94 %	21,70 %	23,65 %	17,08 %	15,90 %	14,67 %	19,52 %

Source : CRC d'après PGFP 2020-2026 validé en juin 2020

Après le rejet, par l'ARS, en janvier 2020, du PGFP initialement présenté le projet a été revu et celui approuvé en juin 2020 prévoit une réhabilitation, n'incluant pas les bâtiments de l'EHPAD, chiffrée à 32,58 M€ toutes dépenses confondues. Les hypothèses financières du PGFP de 2020, dont la solidité juridique et le réalisme sont par ailleurs remis en question par l'analyse de la chambre dans le cahier n° 1 consacré au CGD-13, soulignent la disparition des marges de manœuvre financières dont disposait le CGD-13, à échéance 2026.

Dans ces conditions, toutes choses étant égales par ailleurs, le CGD-13 va être en difficulté pour maintenir en état les investissements dans les différents pavillons de l'EHPAD dont celui de l'Étoile réhabilité il y a déjà 23 ans.

2.2 L'absence de fiabilité des charges indirectes imputées à l'EHPAD

La nomenclature budgétaire et comptable M21 prévoit que le compte 7087 « *Remboursement des frais par les CRPA* », enregistre les remboursements de frais par les comptes de résultats annexes. Le compte 6286 « *Participation aux charges communes* », ou le compte de classe 6 approprié est débité dans la comptabilité annexe via le compte de liaison 45. Le montant des recettes ainsi enregistré doit être égal au montant des mandats de remboursement établis au titre des comptabilités annexes.

Durant la période 2016-2019, le compte 7087 du budget principal a bien été mouvementé¹⁷ mais les contreparties demeurent difficiles à identifier à défaut d'utilisation du compte 6286 dans les budgets annexes. Si ce choix d'imputations directes ne peut être reproché à l'établissement, puisque prévu par la M21, il ne garantit pas l'équilibre des écritures entre le budget principal et le budget annexe de l'EHPAD.

Les reversements enregistrés au bénéfice du budget principal sont composés chaque année d'une répartition des charges communes, de la consommation des stocks, des charges de rémunération du personnel de nuit, et de régularisations éventuelles diverses dont des erreurs d'imputation.

Tableau n° 6 : Composition et évolution du compte 7087 (en milliers d'euros)

<i>Catégories de reversements</i>	2016	2017	2018	2019*	Var-ann
<i>Répartition charges communes</i>	7 876,22	7 762,94	7 498,45	7 866,00	- 0,04 %
<i>dont EHPAD</i>	4 223,86	3 969,74	3 688,24	3 995,79	- 1,83 %
<i>Consommation de stock</i>	953,90	859,51	1 003,29	954,20	0,01 %
<i>dont EHPAD</i>	525,45	443,40	504,01	485,41	- 2,61 %
<i>Personnel de nuit</i>	1 568,18	1 739,76	1 694,56	1 904,27	6,69 %
<i>dont EHPAD</i>	782,26	810,44	819,51	1 021,31	9,30 %
<i>Régul- erreur imputation budget</i>	-	297,42	-		
<i>dont EHPAD</i>	-	195,43	-		
Total	10 398,30	10 659,64	10 196,29	10 724,48	1,03 %
Dont EPHAD	5 531,57	5 419,01	5 011,76	5 502,51	
Part de l'EHPAD	53,20 %	50,84 %	49,15 %	51,31 %	

Source : pièces justificatives des comptes financiers 2013-2019.

(*) en 2019 : répartition des charges communes imputée à tort au C/75888.

¹⁷ En 2019, la répartition des charges communes a été imputée pour partie par erreur sur le compte 75888 « Autres produits divers de gestion courante » à hauteur de 7 866 003 €, la répartition du personnel de nuit et de la consommation des stocks a été correctement affectée au C/7087.

Le montant moyen annuel des versements des budgets annexes au budget principal est de 10,49 M€, soit 30 à 40 % des produits annuels du budget principal. La moitié des charges reversées au budget principal provient de l'EHPAD et il peut être observé que les charges liées au personnel de nuit ont progressé bien plus rapidement que les autres sans que cette progression soit expliquée par l'établissement.

Or en dépit d'une délibération du conseil de surveillance du 10 novembre 2015, approuvant à l'unanimité les principes et règles de répartition des charges communes, la mise en œuvre de ces principes et règles ne permettent pas aujourd'hui, d'en garantir la fiabilité et la sincérité pour plusieurs raisons.

En premier lieu, les modalités de répartition définies en 2015 ne sont pas respectées : le mode de répartition proposé a été fondé sur les principes de la comptabilité analytique. Des « sections auxiliaires » (SA) ont ainsi regroupé les différentes unités fonctionnelles (UF) sur la base de critères d'activité et de section tarifaire communs. Une clé de répartition, dite « unité d'œuvre » (UO) a été définie pour chaque section. Durant l'instruction, il a été constaté que les modalités de répartition définies en 2015 ont été modifiées régulièrement durant la période examinée, sans explication dans les documents comptables, notamment en l'absence de l'annexe PF1 des comptes financiers sauf en 2019.

Le CGD-13 a été, au surplus, dans l'incapacité de justifier les modalités de répartition des charges communes. Les tableaux produits font apparaître des évaluations dites « réelles » non conformes aux préconisations de la délibération de 2015 et des évaluations appliquées au final, mettant en évidence l'existence d'ajustements opérés pour modifier, sans explication, le montant des répartitions sur chacun des budgets annexes, dont celui de l'EHPAD.

En deuxième lieu, alors que les autres éléments sont répartis au réel, l'unité fonctionnelle regroupant les personnels de nuit (PDN) est répartie entre les différents budgets à l'aide d'une clef de répartition peu transparente. A titre d'exemple, la répartition 2019 des charges du PDN s'élevait pour le budget de l'EHPAD à 1 021 306 € et le coût réel¹⁸ calculé par la chambre pour les 25 agents concernés s'élevait à 859 548 €, soit une différence de 161 758 € imputés en plus sur le budget annexe E. La direction du CGD a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires qu'il avait été mis fin à la répartition des charges de personnels de l'unité fonctionnelle « personnels de nuit ».

Enfin, aucune méthode ne définit la répartition des stocks consommés et celle-ci ne tient pas compte des stocks dits déportés, c'est-à-dire présents dans les services de soins, hors pharmacie à usage intérieur. Les comptes d'imputation des comptes 60 et 94 faisant eux-aussi l'objet d'une répartition au titre des charges communes¹⁹, il n'est pas possible de s'assurer de l'absence de double compte qui affecterait la sincérité de la répartition des stocks. Ce risque est d'autant plus probable que la gestion des stocks²⁰ qui sert de base à sa répartition est elle-même sujette à caution.

¹⁸ Traitement brut chargé.

¹⁹ Les unités d'œuvres reposent sur des extractions des comptes 602 et 94 (sorties de stocks), 6068 et 613.

²⁰ Un audit « flash » réalisé en juin 2018 par un organisme indépendant sur l'activité du magasin, la gestion des stocks et des flux logistiques a révélé une situation préoccupante. Il mettait en exergue l'absence de tout inventaire général, une absence de procédure et une gestion empirique malgré la bonne volonté des agents le tout ne permettant pas de garantir la correcte retranscription comptable des stocks et surtout de prévenir les vols notamment.

Dans sa réponse aux observations provisoires la direction a fourni les premiers éléments d'un travail de fond sur une méthodologie de répartition des charges communes ayant servi à la clôture de 2020. Ce travail devrait être validé par les instances en juin ou septembre 2021.

Recommandation n° 2 : Mettre en place une méthode robuste et fiable de répartition des charges communes respectant les sections tarifaires soins et dépendance.

2.3 Les dépenses et ressources de médicalisation

2.3.1 L'évolution des ressources et leurs caractéristiques

Les ressources de médicalisation comportent principalement les dotations fixées par l'ARS pour le volet soins et par le département pour le volet dépendance. Dans les deux cas, mais selon des modalités différentes, ils tiennent compte du niveau de dépendance et de besoin de soins évalué dans les « coupes » GIR et PATHOS²¹ des résidents.

La dernière coupe Pathos a été réalisée en octobre 2017. Le GMPS est passé à cette occasion de 669 à 680 comme en atteste les rapports de tarification du conseil départemental. L'établissement n'a en revanche pas pu transmettre le résultat de la coupe. La cheffe du pôle indiquant à ce sujet que cette coupe avait été adressée à l'ancien directeur et qu'elle n'avait pas eu le retour des documents officiels.

Elle procède pour sa part aux évaluations de classement des résidents dans un groupe iso ressources (GIR) puis transmet les résultats à la fois au responsable du département de l'information médicale (DIM) et à la direction des affaires financières (DAF), sans qu'il n'existe de stratégie définie d'optimisation ni de préparation particulière de la coupe Pathos. Au surplus dans l'évaluation transmise par l'établissement le Pathos moyen pondéré (PMP) de certains résidents n'est pas renseigné. Le DIM explique que ces PMP n'ont tout simplement pas été réalisés c'est-à-dire que pour ces personnes le besoin en soins n'a pas été évalué. L'établissement est invité à suivre avec plus de rigueur ces critères essentiels pour optimiser son financement.

Le forfait global relatif aux soins prévu par l'article R. 314-159 du CASF et le forfait global, relatif à la dépendance, prévu par l'article R. 314-172 du CASF sont, en principe, égaux à la somme du résultat des équations tarifaires et des financements complémentaires définis dans le CPOM. Le CGD n'ayant pas contracté de CPOM, seules les dotations fixées par l'ARS sont présentées en dotation globale. Les versements du conseil départemental ont conservé la forme de prix de journée pour la partie dépendance et leur calcul repart des résultats par sections tarifaires portés au compte financier du budget annexe de l'EHPAD.

²¹ Il s'agit d'un référentiel évaluant, 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, qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » (PMP).

La convention tripartite et pluriannuelle (CTP) fixant les conditions d'accueil en établissement du 1^{er} janvier 2007, co-signée par le président du conseil général de l'époque, le préfet du département des Bouches-du-Rhône et le directeur du CGD-13, sert toujours de référence, en 2020, au financement de l'EHPAD. Cette convention a été amendée deux fois dont la seconde par un avenant n° 2²² du 30 décembre 2015, avec effet au 1^{er} septembre 2015 au terme duquel l'EHPAD dispose pour ces 228 lits d'une dotation soins au tarif global. Ce tarif couvre les kinésithérapeutes libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie en conformité avec la réglementation.

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et le tarif soins couvre bien les seuls médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques.

Tableau n° 7 : Évolution de la dotations soins

	2016	2017	2018	2019	Var ann
<i>Hébergement permanent</i>	3 401 528	3 302 327	3 356 787	3 454 736	0,52 %
<i>UHR</i>	325 781	327 735	329 702	332 636	0,70 %
<i>PASA</i>	57 256	57 600	57 946	58 461	0,70 %
Total dotation soins	3 784 565	3 687 662	3 744 435	3 845 833	0,54 %
C/736 du compte financier	3 784 565	3 687 662	3 767 683*	3 886 060*	

Source : notification de l'ARS et comptes financiers.

* la dotation soins notifiée par l'ARS diffère de celle portée au compte financier sans explication de la part de l'établissement.

À la suite de la réforme de tarification introduite par le décret du 21 décembre 2016²³ l'établissement s'est trouvé affecté par une baisse de près de 97 000 € de sa dotation soins entre 2016 et 2017. Pour compenser cette perte l'établissement a bénéficié entre 2017 et 2019 de crédits pérennes supplémentaires à hauteur de 93 150,70 € et de crédits non reconductibles pour 63 472 €²⁴.

²² L'avenant n° 1 signé en 2012 était relatif à la convergence tarifaire.

²³ Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

²⁴ Cf. annexe 3 Effets de la mise en place de la réforme tarifaire.

Tableau n° 8 : Évolution du tarif dépendance CD-13 (en €)

	2016	2017	2018	2019
<i>GIR 1-2</i>	21,06	20,11	20,25	19,56
<i>GIR 3-4</i>	13,86	12,76	12,85	12,41
<i>GIR 5-6</i>	5,67	5,41	5,45	5,27
<i>moins de 60 ans</i>			15,62	14,83
<i>Point GIR CD-13</i>		5,94	6,06	6,18
<i>Montant de la convergence</i>		- 222 323	- 169 479	- 109 895

Source : arrêtés tarifaires et rapport de tarification du CD-13.

À partir de 2017 la tarification dépendance est calculée par le conseil départemental selon les dispositions du décret précité de 2016 à partir d'une valeur d'un point GIR départemental fixée à 5,94 € 2017, puis 6,06 € en 2018 et enfin 6,18 €. Il convient de relever que dans les rapports de tarification le conseil départemental ne prend pas en compte les 12 places de PASA validées par l'ARS en 2010. En effet, il est indiqué dans les rapports de tarification 2016 à 2019 que le CGD-13 ne dispose d'aucune place de PASA ce qui est inexact.

Pour l'EHPAD le petit Bosquet la réforme tarifaire s'est traduite par une perte de substance sur la dépendance qui n'a été que partiellement compensée par les crédits supplémentaires alloués par l'ARS.

2.3.2 L'analyse des dépenses d'exploitation des sections soins et dépendance

Tableau n° 9 : Reconstitution des dépenses d'exploitation des sections soins et dépendance

	2016	2017	2018	2019	
<i>Rés- expl dépendance</i>	8 925	- 87 138	- 5 267	- 55 933	
<i>Rés- expl soins</i>	98 341	- 267 863	- 143 721	40 465	
<i>734 dépendance E</i>	1 348 534	1 412 799	1 533 162	1 456 901	2,61 %
<i>736 Soins E</i>	3 784 566	3 687 664	3 767 683*	3 886 060*	0,89 %
<i>Dépenses dépendance</i>	1 339 609	1 499 938	1 538 429	1 512 834	4,14 %
<i>Dépenses soins</i>	3 686 226	3 955 527	3 911 404	3 845 595	1,42 %
<i>Total dépenses CF</i>	5 025 835	5 455 464	5 449 833	5 358 429	
<i>Chiffres transmis par CGD-13</i>	4 587 233	3 988 558	4 169 114	N.C	

Source : CRC d'après comptes financiers.

* La dotation soins notifiée par l'ARS diffère de celle portée au compte financier sans explication de la part de l'établissement.

L'EHPAD, rattaché à un établissement public de santé, doit fournir un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP) suivant l'article R. 314-242 du CASF. Afin d'évaluer l'évolution des différentes charges liées à la médicalisation, l'établissement a été invité à produire l'EPCP ou à défaut un tableau retraçant la progression des différentes charges imputées au soin ou à la dépendance. Le CGD recalculant annuellement et irrégulièrement les charges de réversion et de personnels de nuit pouvant être absorbés par les budgets annexes, l'établissement n'a pas été capable de reconstituer les différents postes de dépenses. Au surplus il a été dans l'incapacité de transmettre les répartitions des résultats par sections tarifaires²⁵.

Ainsi, par exemple, la progression plus dynamique des charges liées à la dépendance est directement induite par l'inversion du ratio 70/30 de répartition entre soins et dépendance entre 2018 et 2019 pour les aides-soignants du personnel de nuit et est donc non significative.

Tableau n° 10 : Reversement des charges communes

	2016	2017	2018	2019	Var ann-
<i>CME Pôles</i>	62 060	82 846	84 369	33 463	- 18,61 %
<i>Gardes médicales</i>	-	3 452	4 281	2 623	
<i>Direction des soins</i>	83 055	108 925	97 884	151 557	22,20 %
<i>Consultations multidisciplinaires</i>	65 768	60 750	71 120	65 244	- 0,27 %
<i>Imagerie</i>	13 348	10 289	10 876	10 149	- 8,73 %
<i>Brancardage</i>	17 110	21 781	35 379	34 563	26,41 %
<i>Pharmacie</i>	120 084	124 552	223 224	241 692	26,26 %
<i>Hygiène hospitalière</i>	54 163	59 766	47 320	22 048	- 25,89 %
Total soins	415 588	472 361	574 453	561 339	10,54 %

Source : tableau de répartition des charges communes établis par le CGD-13 y compris répit à domicile

Outre la progression des charges des personnels de nuit (pour mémoire 9,30 % / an) les reversements afférents aux sections soins et dépendance sont également en forte progression de 10,54 % en variation annuelle. Si certaines variations s'expliquent pas la disparition des charges directes comme pour le brancardage d'autres augmentations comme par exemple les reversements pour la direction des soins ne sont pas expliquées. En effet la translation des cadres de soins, opérée en 2019, de la CME pôles à la direction des soins aurait dû être neutre pour l'EHPAD ce qui n'est pas le cas puisque les 50 906 € retirés sur la CME pôles deviennent 53 673 € sur la direction des soins.

Les autres évolutions ne sont pas concordantes avec l'évolution des charges du budget consolidé comme cela a déjà été démontré par ailleurs. Sur la base de la comptabilité analytique existante le CGD-13 est invité à fournir aux financeurs un état des dépenses correspondant aux charges réellement supportées par l'EHPAD et surtout réparti par sections tarifaires ce qui n'est pas le cas actuellement.

²⁵ Voir par exemple tableau de 2018.

Tableau n° 11 : Evolution des rémunérations brutes (en €)

	2016	2017	2018	2019	var- ann
<i>Infirmiers</i>	391 931	358 522	403 892	367 227	- 2,15 %
<i>Aide-soignants</i>	1 229 547	1 318 863	1 362 858	1 380 236	3,93 %
<i>Personnel socio-éducatif et d'animation</i>	37 748	37 898	39 971	42 417	3,96 %
<i>Encadrant d'unité de soins</i>	58 820	86 845	78 487	69 162	5,55 %
<i>médecins</i>	188 217	193 247	198 727	205 662	3,00 %
<i>Psychomotricien</i>	896	1 527	8 000	11 521	NS
<i>Auxiliaire de vie sociale 30 %</i>	83 801	79 179	44 155	46 376	- 17,90 %
<i>Agent des services hospitaliers 30 %</i>	210 376	205 959	246 997	258 785	7,15 %
<i>Totale des rémunérations brutes</i>	2 201 338	2 282 040	2 383 086	2 381 385	2,66 %

Source : CRC d'après fichiers de paye du budget E.

A contrario de ce qui vient d'être vu pour les reversements de charges et les personnels de nuit, les charges de rémunérations brutes issues des fichiers de paye des différentes unités de l'EHPAD, y compris le répit à domicile, progressent en moyenne annuelle sur un rythme cohérent avec la progression de la masse salariale de l'établissement dans son ensemble. Comme cela sera vu *infra* dans la partie consacrée aux ressources humaines les effectifs et les dépenses de personnels apparaissent maîtrisés. La baisse constatée sur les infirmières est directement corrélée à la baisse des effectifs qui a dégradé le ratio d'encadrement.

Tableau n° 12 : Dépenses de médicalisation directement imputées (en €)

	2016	2017	2018	2019	Var-ann
Dépenses externes de soins de ville	238 342	212 461	262 331	235 663	- 0,4 %
Dépenses de soins internes	191 978	203 665	193 245	191 626	- 0,1 %
Couches alèses pdst absorbant	70 446	68 143	74 915	74 461	1,9 %

Source : comptes financiers du budget annexe E du CGD-13

Comme pour les rémunérations brutes les dépenses de médicalisation directement imputées sur le budget de l'EHPAD, dont le détail figure en annexe 6, sont soit en baisse soit maîtrisées. En effet l'EHPAD se trouvant intégré dans un système hospitalier complet et disposant d'un plateau technique pour les radiographies conventionnelles, les principales dépenses externes de soins sont circonscrites aux dépenses de kinésithérapie et aux dépenses de laboratoires. Pour la kinésithérapie un effet collatéral de la crise sanitaire a été la plus grande facilité à recruter des kinésithérapeutes salariés. Les dépenses de kinésithérapie sont en conséquence attendues en baisse sur 2020.

3 LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS.

Si l'évolution de la masse salariale totale du CGD-13 apparait maîtrisée, la gestion des ressources humaines laisse apparaître des lacunes comme le non-respect de l'obligation annuelle du temps de travail ou le recours non encadré aux heures supplémentaires qui se retrouvent dans la gestion de l'EHPAD. Comme dans les autres services, la présence en nombre suffisant et la qualification des personnels est un facteur déterminant dans la qualité des prises en charge, sur le long terme, de résidents atteints, pour un tiers d'entre eux, de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives associées.

3.1 Des effectifs en baisse et une pénurie de personnels soignants.

Les effectifs théoriques globaux de l'EHPAD le petit bosquet se sont réduits sur la période passant de 112,53 ETP en 2016 à 107,10 ETP en 2019²⁶. En comparaison du taux d'encadrement²⁷ de la moyenne des EHPAD publics, le petit bosquet accuse un déficit de 20 ETP. Une partie de ce déficit s'explique par l'organisation centralisée et les reversements de charges communes pour les personnels de direction, ceux des services généraux et pour le personnel éducatif, pédagogique, social. Le différentiel total pour ces personnels s'élève à 15 ETP. Ce constat renforce la nécessité pour le CGD-13 de comptabiliser les charges de personnel directement, d'autant que ces personnels sont clairement identifiés par le CGD-13 dans l'état nominatif transmis à la chambre.

Le personnel paramédical ou soignant théorique est également moins important que la moyenne des EHPAD publics. Les effets de la convergence tarifaire depuis 2010 se sont concentrés sur la seule réduction des postes d'aides-soignants pour préserver le financement des médecins dans les différentes unités. Pour les infirmières, cette baisse est conjoncturelle et résulte de la difficulté à les recruter et les fidéliser dans l'EHPAD.

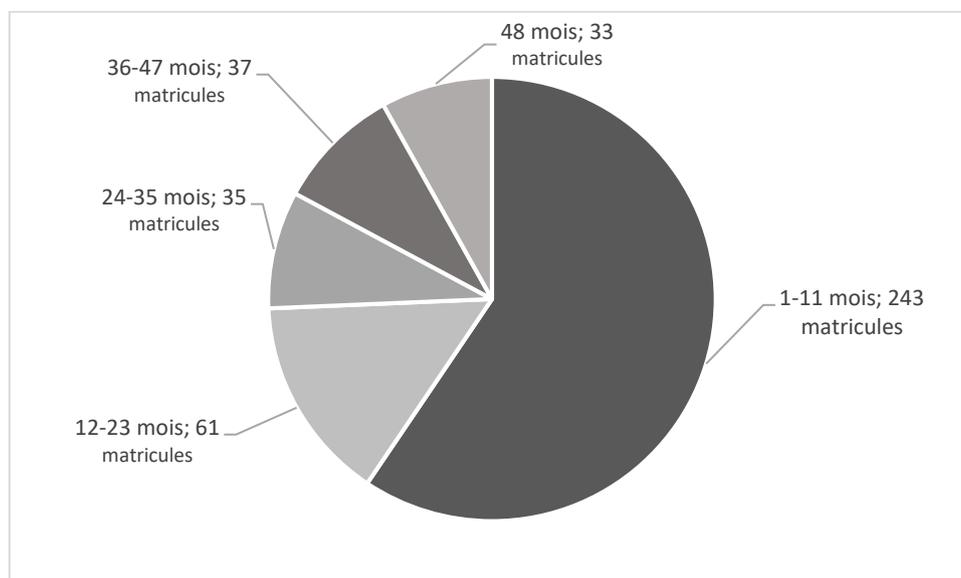
Pour les agents de service hospitalier (ASH) qui concourent au bien-être des résidents en assurant l'hygiène de leur environnement, la période 2016-2019 se caractérise également par une baisse des ETP. Aucun diplôme n'étant exigé pour exercer ce métier d'ASH, le CGD-13 avait pourvu ces postes en recourant largement aux emplois aidés jusqu'en 2016. Leur disparition progressive à partir de cette date a laissé un déficit qui n'a pas été comblé depuis. Sur cette catégorie de personnel toutefois le taux d'encadrement de l'EHPAD de 18,50 se situe juste au-dessus du taux de référence des établissements publics (18,19).

²⁶ Cf. Annexe 6. Evolution des effectifs et taux d'encadrement théorique.

²⁷ Taux d'encadrement: est obtenu par un calcul rapportant les effectifs du personnel en équivalents temps plein (ETP) sur le nombre de places installées. Le résultat est exprimé en nombre de personnels encadrant pour 100 résidents.

3.2 Une rotation importante de l'effectif

Graphique n° 1 : Stabilité des personnels au sein de l'EHPAD



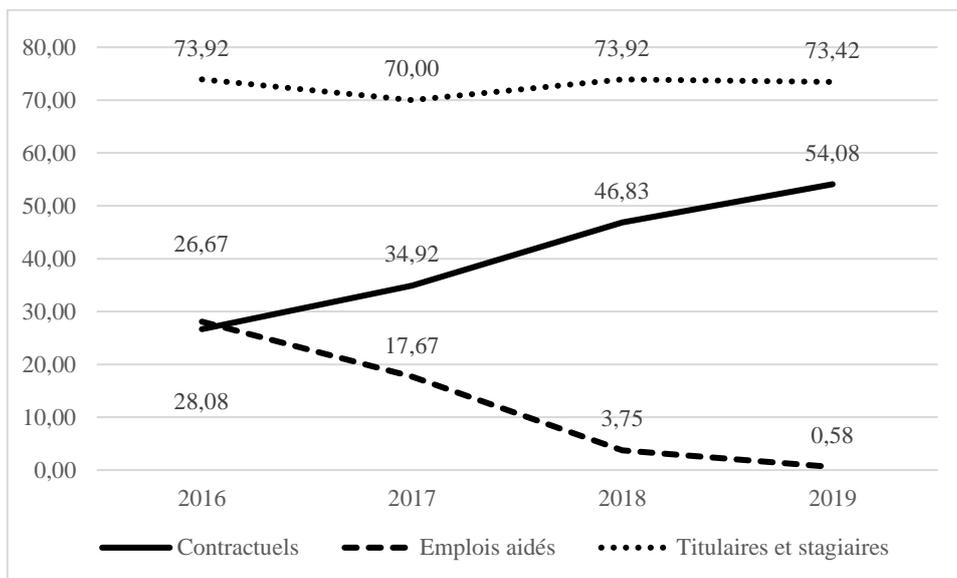
Source : CRC d'après les fichiers de paye des UF de l'EHPAD

L'établissement n'a pas transmis d'analyse de la fréquence de rotation du personnel au sein de l'EHPAD puisque les entrées-sorties sont mesurées à l'échelle du centre gérontologique et n'intègrent pas les personnels quittant le secteur de l'EHPAD pour un autre secteur du CGD-13.

Pour mesurer la stabilité des personnels auprès des résidents de l'EHPAD la chambre a évalué le temps de rémunération moyen des différents matricules. Les 409 personnes différentes rémunérées sur l'EHPAD entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2019 ont passé en moyenne 14,78 mois à l'EHPAD. En réalité cette moyenne intègre des réalités très différentes. En effet 59 % des agents rémunérés sur les UF de l'EHPAD l'ont été moins d'une année. Seuls 33 agents, soit 8 % des personnels rémunérés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2019 ont été présents sur l'intégralité de la période soit 48 mois. La grande volatilité des personnels de l'EHPAD est indéniablement un facteur péjoratif pour la prise en charge des résidents en ce qu'elle s'oppose à la construction d'une culture commune au service de la personne âgée pourtant revendiquée par l'établissement.

Sur les petites unités comme l'UHR, nonobstant les difficultés de recrutement de personnel spécialisé, la stabilité apparaît plus importante puisque les agents restent en moyenne 16,75 mois contre 14 mois sur l'ensemble de l'EHPAD et que 10 agents sur les 36 s'étant succédés sur cette unité l'ont été plus de 2 ans sur la période soit 27 % des effectifs. La difficulté de la prise en charge des résidents sur l'unité concentrant ceux avec les pathologies les plus invalidantes ne semble donc pas s'opposer à la stabilité de l'équipe.

Graphique n° 2 : Evolution de la nature des contrats des agents de l'EHPAD



Source : CRC d'après les fichiers de paye des UF de l'EHPAD.

La tendance observée à l'échelle du CGD-13 de privilégier le recrutement d'agents contractuels y compris pour occuper des emplois pérennes se confirme pour l'EHPAD. L'ancien ordonnateur revendiquait cette orientation pour les postes de catégorie C, majoritaires, au motif qu'une fois le personnel titularisé il était plus enclin à s'absenter ou à être moins performant. Pour l'EHPAD en particulier le corolaire de cette politique est une grande instabilité des personnels qui ne permet pas la montée en compétence et la fidélisation des agents qui sont pourtant affichées dans le projet social de la structure.

3.3 L'organisation et la coordination

3.3.1 L'organisation managériale de la prise en charge

L'organisation de la présence auprès des résidents est un facteur essentiel de la qualité de prise en charge des résidents. Pour l'EHPAD l'organisation des plannings est élaborée sous la responsabilité de cadres de santé différents puisqu'un cadre est responsable du pavillon Jean Masse et un autre cadre des pavillons Étoile, Estaque et Montagnette. Eux même sont placés sous la responsabilité du cadre de santé supérieur du pôle dépendance et Alzheimer.

Les plannings respectent, pour leur partie diurne, la coordination de la présence des différents professionnels auprès des résidents. Nonobstant la faiblesse du taux d'encadrement des aides-soignants leur répartition prévisionnelle apparaît cohérente avec la lourdeur des prises en charge et le nombre de résidents accueillis dans chacun des pavillons.

En revanche pour les 25 agents de l'équipe de nuit regroupant des infirmières, des assistantes familiales et des aides-soignantes aucune indication sur leur localisation n'est disponible. Ces agents interviennent sur l'ensemble des pavillons à l'exception de celui de la Montagnette qui disposait jusqu'en 2019 de deux assistantes familiales. Le départ de l'une d'elle et l'impossibilité de maintenir la présence d'un agent la nuit sur ce pavillon a d'ailleurs conduit à la fermeture de la structure. Le nombre d'agents effectivement présents la nuit s'établit, en décembre 2019, entre 8 et 10 personnes sur trois bâtiments différents dont une infirmière.

Il ressort toutefois de la lecture des plannings que la transmission orale ne peut concerner que les infirmières. Leur service de l'après-midi se termine en effet à 20h30 et celui de nuit débute à 20h15 ce qui permet un recouvrement de 15 minutes seulement pour l'ensemble des pavillons. Pour les aides-soignantes en revanche l'après-midi se termine à 20h15 exactement au moment de la prise de service de leurs collègues en poste la nuit de 20h15 à 06h15.

3.3.2 La permanence des soins et les transmissions

Compte tenu du caractère sanitaire de l'établissement la permanence des soins est assurée 24h/24 par le système des gardes de l'établissement. L'établissement dispose de protocoles de prise en charge des urgences médicales et des urgences vitales.

En cas d'urgence, le médecin de garde du CGD-13 assure les premiers soins et décide d'un éventuel transfert vers un service d'hospitalisation interne au CGD-13 ou si l'état de santé le nécessite, d'un transfert vers les urgences de l'AP-HM. Un protocole facilitant le passage aux urgences des résidents de l'EHPAD existe dans la convention cadre passée avec cet établissement.

Les transmissions entre chaque changement d'équipe sont en principe organisées et tracées dans le dossier informatisé du résident tenu sous le logiciel Osiris. Il apparaît toutefois dans les revues de processus transmises par l'établissement que ces transmissions ne sont pas réalisées de manière exhaustive.

3.4 Les métiers et fonctions cardinales

Comme pour les autres volets du fonctionnement de l'EHPAD l'organisation retenue est une déclinaison des unités du secteur sanitaire. Chaque bâtiment est placé sous la responsabilité d'un médecin salarié de l'établissement et compétent en gériatrie (cf. organigramme n° 1). Le Dr A., médecin responsable des unités Estaque et Montagnette jusqu'à sa fermeture pour des raisons de sécurité, est chef de pôle et considérée par l'établissement comme médecin coordonnateur.

En qualité de chef de pôle elle participe au directoire et les médecins responsables des pavillons d'EHPAD sont également présidents de sous-commissions de la commission médicale d'établissement (CME). Force est de constater, à la lecture des comptes rendus de CME, que la prise en charge globale des résidents de l'EHPAD n'est que marginalement abordée.

Il est également difficile de pouvoir raccrocher les missions du Dr A. à celles d'un médecin coordonnateur telles que définies à l'article D. 312-158 du CASF, modifié par le décret du 5 juillet 2019. Si elle assure l'encadrement médical de l'équipe soignante des unités qu'elle dirige, la traçabilité d'un projet général de soins commun à l'ensemble des unités d'EHPAD n'est pas assurée. Chaque médecin responsable d'unité est par exemple libre d'admettre un patient sans concertation avec elle comme il a été vu *supra* lors de la procédure d'admission.

L'établissement ne produit pas davantage de rapport annuel d'activité médicale commun à l'ensemble des unités d'EHPAD. Le Dr C. ayant exercé dans un autre établissement l'a élaboré sur le pavillon Jean Masse en 2017 et 2018 ce qui permet de disposer d'informations intéressantes sur la prise en charge des résidents de son unité. Ces informations sont toutefois circonscrites aux seuls lits de l'unité et uniquement pour deux années. Il n'existe aucune vision synoptique de la prise en charge des résidents de l'EHPAD le petit Bosquet sur la période contrôlée.

L'infirmier coordonnateur (IDEC) ou « infirmier référent », n'est pas non plus identifiable dans l'organigramme de l'établissement. L'organisation, la coordination et le contrôle des activités de soins sont confiés dans leur globalité aux cadres de santé du pavillon Jean Masse qui inclut également les activités de l'USLD et des pavillons Étoile, Estaque et Montagnette.

Dans les processus transmis par l'établissement ces cadres ne participaient toutefois pas, jusqu'au 1^{er} trimestre 2021 à une mission essentielle dévolue à l'IDEC à savoir l'accompagnement des résidents et de leur famille au travers de leur participation à l'examen des demandes d'admission et à l'accueil des entrants ou à l'élaboration et la mise en place des projets de soins et de vie individualisés ainsi qu'à la coordination des soins et de l'évaluation des résidents.

3.5 L'absentéisme et les remplacements

Comme cela est le cas à l'échelle de l'établissement l'absentéisme des aides-soignants et des infirmières de l'EHPAD est un problème important puisqu'il atteint, en 2019, 13,47 % pour les premiers et 8,50 % pour les seconds. En dépit de l'affirmation de l'ancien ordonnateur de l'existence d'une « *stratégie effective de lutte contre l'absentéisme avec un développement des contrôles par un prestataire extérieur, l'utilisation de la modulation de la note en fonction de l'absentéisme, un travail sur la prévention des risques musculo-squelettiques avec un équipement adapté style RAIL et des risques psycho-sociaux* », la chambre observe que ce phénomène n'a fait l'objet d'aucune analyse précise de ses considérants.

Pour l'EHPAD le taux d'absentéisme des aides-soignants se manifeste de manière très concrète par l'impossibilité d'assurer les tâches communes.

Ainsi à titre d'exemple pour le planning réalisé du pavillon Jean Masse en novembre 2019, l'absence de six agents sur les 42 prévus au planning soit 14,28 % d'absentéisme, conduit l'établissement à ne pouvoir disposer que de 12,33 ETP en moyenne par jour. Les agents présents travaillent pour moitié en cycle de 12 heures et pour moitié en cycle de 07h24 le matin, l'après-midi ou en soirée pour couvrir la période 06h00-20h15. La journée moyenne de travail est de 09h42 soit un total de capacité théorique de travail de 119 h 26 pour prendre en charge 90 résidents.

Tableau n° 13 : Ecart entre effectif théorique et effectif présents Jean Masse-novembre 2019

	Référence CNSA GIR 2	Secteur protégé 2018	Référence CNSA GIR 3	secteur ouvert 2018
<i>Base de calcul GMP</i>	840	789	660	653
<i>Temps de prise en charge/résident</i>	02:48:00	02:37:48	02:14:00	02:10:36
<i>Nombre de résidents</i>		30		60
<i>ETP théorique nécessaire (*)</i>		8		13
<i>Effectifs présents novembre 2019</i>	12,33 dont la moitié sur des cycles de 12h00			
<i>(rappel 2015)GMP</i>		815		609

Source : Base de calcul CNSA, rapport annuel de Jean masse 2018 et plannings réalisés des AS 2019.

(*) avec l'hypothèse d'un temps de travail par agent de 9h42 soit 50 % des agents en 12h00 et 50 % à 07h24.

En 2015, lors d'une inspection de l'EHPAD, l'ARS avait pointé l'insuffisance de personnels auprès des résidents en se référant aux normes de prises en charge fixées par la CNSA. Elle chiffrait le déficit d'aides-soignants présents en fonction de la population prise en charge à 8,5 ETP.

En 2019, le premier constat est celui du regroupement des effectifs au sein d'un planning commun alors qu'en 2015 il y avait une différenciation entre le secteur protégé et le secteur ouvert. Le second constat, en reprenant les calculs sur la base des informations disponibles dans le rapport annuel établi pour Jean Masse pour 2018, est que le déficit d'aides-soignants est équivalent à celui de 2015. La modification des cycles de travail et le passage en 12 heures d'une partie des aides-soignants n'a pas amélioré la présence auprès des résidents puisque le différentiel entre les ETP théoriques et les ETP présents est toujours de - 8,5 ETP (21 théoriques - 12,33 présents).

Au surplus, il est constaté que deux ASH figurent dans le planning des aides-soignants et qu'ils interviennent donc auprès des résidents sans en avoir la qualification. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a précisé que ces agents étaient toutefois engagés dans un processus de validation des acquis d'expérience (VAE) d'aide-soignant à titre expérimental.

Tableau n° 14 : Heures supplémentaires rémunérées à l'EHPAD

	2016	2017	2018	2019
<i>9051 EHPAD J MASSE LONGCHAMP</i>	252	208		
<i>9052 EHPAD ESTAQUE</i>	94	178		7
<i>9053 UHR ESTAQUE</i>	73	397	857	558
<i>9112 EHPAD ÉTOILE</i>	61	110	350	183
<i>9122 EHPAD ESTAQUE</i>	122	628	1 179	995
<i>9132 EHPAD J MASSE</i>	160	992	1 312	1 268
<i>9142 EHPAD MONTAGNETTE</i>	0	13	54	53
<i>9151 RÉPIT À DOMICILE</i>	179	259	211	97
<i>Total EHPAD</i>	940	2 785	3 960	3 159
<i>Total CGD</i>	5 381	8 633	11 402	9 731
<i>Part HS dans total</i>	17,46 %	32,26 %	34,73 %	32,46 %

Source : CRC d'après fichiers de paye 2016-2019

Pour combler les déficits en aides-soignants le mode privilégié par le CGD-13 est le recours aux heures supplémentaires y compris sur les secteurs prenant en charge les cas les plus lourds comme l'UHR de l'Estaque. Alors que l'absentéisme est un handicap majeur pour un fonctionnement optimal de l'établissement aucun projet transversal n'existe pour le traiter et il est recommandé à l'établissement de s'investir davantage dans sa prise en charge pour dégager des solutions plus pérennes que le recours aux heures supplémentaires.

L'établissement invité à mieux analyser les causes et considérants de son absentéisme afin de mettre en place des mesures spécifiques destinées à le réduire dans les différentes unités d'EHPAD, s'est engagé, dans sa réponse aux observations provisoires, à faire figurer la question de l'absentéisme dans le volet social du projet d'établissement 2021-2026.

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

4.1 Des marqueurs de qualité pour l'accompagnement individuel

4.1.1 La mise en œuvre des bonnes pratiques de prise en charge

Les activités et la qualité des prestations des EHPAD sont soumises à des évaluations externes et internes, introduites par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et codifiées à l'article L. 312 8 du CASF. Leurs champs doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées. L'évaluation externe de l'EHPAD a été réalisée en 2014 par la société APAVE alors que l'évaluation interne a été conduite en 2013 par l'établissement lui-même. Ces évaluations doivent être effectuées tous les cinq ans ou lors de la révision du CPOM ce qui n'a pas été fait par le CGD-13 ni en 2018 ni en 2019. À l'automne 2020 aucune évaluation n'était en cours ou réalisée. Au surplus, il n'existe pas de rapport annuel de l'activité médicale pour ancrer l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le CGD-13 dispose d'un service qualité en charge de déployer la démarche qualité et la gestion des risques. Ce service est engagé dans une démarche continue d'évaluation et a formalisé un programme qualité pluriannuel. L'examen de l'actualisation transmise par l'établissement permet de faire le constat que le suivi de la qualité est beaucoup moins abouti sur le secteur de l'EHPAD que sur le secteur sanitaire.

Les enquêtes de satisfaction, transmises par l'établissement sont peu significatives car les items très généralistes n'ont pas été déterminés avec une finalité établie avant leur lancement en lien avec les évaluations internes ou externes. En revanche elles donnent lieu à un rapport annuel transmis pour les années 2016,2017 et 2018. Pour le secteur EHPAD les principaux axes de progrès concernent la gestion du linge, le cadre de vie et la restauration. Or malgré des taux d'insatisfaction élevés dans ces domaines, l'établissement n'a pas développé de plan d'amélioration continue. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a fourni un nouvel organigramme avec l'objectif affiché d'une meilleure prise en compte du secteur médico-social et l'élaboration d'un plan d'amélioration continue de la qualité, dédié à l'EHPAD.

4.1.2 Une prise en charge défaillante des majeurs protégés.

Le CGD-13 s'engage dans son livret de la vie sociale à maintenir au maximum les liens des résidents avec la vie à l'extérieur de l'établissement. Les résidents peuvent bénéficier de prestations de coiffure/esthétique, incluses dans le prix de journée. Un animateur est présent sur chaque pavillon d'EHPAD et met en place un programme mensuel d'animations. L'animateur est relayé par un grand nombre de bénévoles de diverses associations intervenant à l'EHPAD dans des conditions contractuelles dont il a été recommandé une revue dans le cahier n° 1 du CGD-13. Un aumônier salarié de l'établissement peut apporter aide et soutien aux résidents, à leur famille et peut répondre à une demande d'accompagnement spirituel. Un lieu multiconfessionnel est à disposition des résidents sur le pavillon Jean Masse. Enfin les résidents peuvent avoir accès aux professionnels salariés du secteur social comme l'assistante sociale ou le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).

Le CGD-13 dispose d'un service des majeurs protégés qui prend en charge les résidents de l'EHPAD concernés par cette mesure de protection. Son contrôle détaillé dans le cahier n° 1 relatif au contrôle des comptes et de la gestion du CGD-13 a permis de démontrer qu'il ne remplissait pas le rôle de protection qui lui est assigné. Dans sa configuration physique actuelle le bureau ne présente pas les conditions requises pour recevoir les majeurs protégés dans un climat de confiance et de respect de la confidentialité, deux éléments indispensables aux contacts qui doivent être noués avec ce public. La conservation des dossiers ne respecte pas les règles en matière de confidentialité et ne répond pas à l'obligation légale du mandataire judiciaire pour la protection des majeurs (MJPM) de conserver l'ensemble des documents relatifs aux mesures de protection.

Le contrôle d'un échantillon de dossiers a permis de constater que sur le fond la gestion de ces dossiers présentait de nombreuses défaillances mettant en péril les finances des majeurs protégés résidents de l'EHPAD. La gestion de l'argent de poche tout aussi défaillante ne prend pas en compte la volonté du majeur protégé de disposer de son argent. La pratique des retraits systématiques entraînant la présence, parfois depuis plusieurs mois, de numéraire dans le coffre-fort du service. Au surplus les cartes bancaires sont parfois confiées à des tiers non habilités pour accompagner les majeurs protégés afin de retirer du numéraire sans contrôle a posteriori.

Les défauts d'organisation matérielle et l'absence de procédures définies ne permettent de garantir la prévention des risques pouvant conduire à des détournements de fonds, ou des agissements fortuits ou volontaires pouvant porter atteinte à l'intégrité de la protection des majeurs et de leurs biens.

4.2 La santé des résidents

4.2.1 La prévention sanitaire au quotidien et l'accès aux soins

L'orientation hospitalière de la prise en charge des résidents de l'EHPAD induit une attention toute particulière à la prévention sanitaire quotidienne. Les fiches de bonnes pratiques transmises par l'établissement sont essentiellement orientées vers les soins corporels comme la douche ou les soins bucco-dentaires, la prévention des infections ou des maladies virales et l'administration de médicaments. Outre la campagne de prévention de la grippe saisonnière et le plan bleu canicule l'établissement a également développé des mesures collectives liées à la prévention de la légionellose et des punaises de lits.

La protocolisation de la prise en charge des résidents dans le cadre de la permanence des soins assurée au sein du CGD-13 et les circuits développés avec l'AP-HM pour le recours aux urgences assurent une prise en charge sanitaire optimale des résidents de l'EHPAD. Il convient de noter que faute d'évaluations annuelles il est impossible de vérifier l'application des mesures et le respect des objectifs fixés par chacun des protocoles.

Faute de disposer de données globales à l'ensemble de l'EHPAD la chambre indique ci-dessous les principaux indicateurs de prévention sanitaire au quotidien retenus pour le pavillon Jean Masse en 2018.

L'évaluation du pavillon Jean masse 2018.

Pour prévenir le risque de dénutrition chaque résident bénéficie d'une évaluation nutritionnelle par la diététicienne, une fiche de surveillance alimentaire sur 3 jours est mise en place, les pesées sont mensuelles et le dosage de l'albumine est trimestriel.

Le risque d'escarre est évalué par la réalisation du score de Braden²⁸ suite aux recommandations du groupe de travail sur la prise charge et prévention des escarres du CGD. Elle repose sur une réévaluation tous les 3 mois ou en cas de changement d'état ainsi que l'utilisation de matériel adapté et la sensibilisation des soignants. (9/90 dont deux acquises avant l'entrée).

Le risque de chute et la contention sont documentés. Plus de la moitié des résidents (51/90) ont chuté au moins une fois. La contention hors barrières de lit a concerné 27 résidents et 9 contentions au fauteuil en unité sécurisée ont été prescrites pour permettre aux résidents déambulants de s'alimenter et de se reposer. Une contention au fauteuil temporaire en secteur classique a été réalisée pour un résident présentant des troubles du comportement perturbateur et en 17 résidents présentent des risques de chutes du fauteuil.

Chaque résident est évalué pour sa douleur au minimum tous les deux ou trois mois lors de la visite médicale. Les autres évaluations sont réalisées par l'infirmière ou en cas de douleur aigue.

Pour prévenir la dépression et les troubles psychiatrique une évaluation et un suivi éventuel par l'équipe mobile de géronto-psychiatrie de l'hôpital Valvert est réalisée à la demande des médecins de l'EHPAD. 11 résidents ont été pris en charge en 2018.

Pour prévenir le risque infectieux la vaccination antigrippale est quasi généralisée (un cas de refus en 2018).

La prévention sanitaire au quotidien apparait donc très complète sur ce pavillon. Il peut toutefois être observé que la prise en charge par certains professionnels fait défaut comme par exemple les orthophonistes.

4.2.2 La consommation de médicaments

L'établissement qui dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI) a mis en place à l'échelle de l'établissement la dispensation nominative automatique du médicament avec l'objectif de réduire les risques d'accidents dus à des erreurs de prescriptions. Il a également mis en place des solutions alternatives destinés à réduire la consommation de psychotropes. Au travers de différents espaces sis dans le pavillon Jean Masse : Espace Snoezelen²⁹, espace socio-esthétique, cuisine d'antan, et jardin thérapeutique l'établissement s'efforce d'offrir une approche non médicamenteuse de la prise en charge des résidents atteints de pathologies démentielles.

²⁸ L'Échelle de Braden est un outil qui se base sur des données factuelles pour prédire les risques de développement d'une plaie de pression ou d'une escarre suite à une hospitalisation ou un séjour en établissement de soin. Elle est subdivisée en six catégories : sensibilité, humidité, activité, mobilité, nutrition et facteur frottement/friction et donne lieu à l'établissement d'un score de 9 à 23.

²⁹ Snoezelen est la contraction de deux mots hollandais « snuffelen » renifler et « doezelen » somnoler. Il s'agit d'un espace multi sensoriel destiné à apaiser les patients désorientés.

Tableau n° 15 : Prescriptions délivrées aux résidents de l'EHPAD

<i>Catégories en % des lignes de prescriptions</i>	2016	2017	2018	2019
<i>Hypnotiques</i>	1,64 %	1,37 %	1,78 %	2,99 %
<i>Anxiolytiques</i>	7,32 %	7,33 %	6,96 %	6,86 %
<i>Anxiolytiques demi-vie longue</i>	0,53 %	1,10 %	0,79 %	0,30 %
<i>Antidépresseurs</i>	2,46 %	1,72 %	1,51 %	2,19 %
<i>Neuroleptiques</i>	4,79 %	4,34 %	5,48 %	5,22 %
<i>Neuroleptiques chez résidents Alzheimer</i>	5,68 %	6,91 %	7,29 %	8,73 %
<i>Plus de 2 psychotropes de familles différentes*</i>	25,88 %	24,12 %	27,40 %	32,05 %
<i>Plus de 10 lignes de médicaments par prescription*</i>	22,84 %	18,59 %	25,38 %	22,00 %
<i>Antibiotiques</i>	6,02 %	7,39 %	8,39 %	6,48 %
<i>Antibiotiques générant de la résistance</i>	4,02 %	5,06 %	3,08 %	4,33 %

Source : pharmacie à usage interne du CGD-13.

Comme cela a été souligné à de nombreuses reprises faute d'évaluation dans un rapport annuel une réduction de la prescription médicamenteuse n'est pas objectivable. La méthodologie employée pour répondre à la chambre s'appuyant sur le pourcentage de lignes de prescriptions n'est pas comparable aux données figurant dans les compilations de la CPAM Résid-EHPAD relatives aux médicaments.

Il est toutefois possible d'observer une augmentation de l'usage des hypnotiques et des neuroleptiques chez les résidents Alzheimer et à tout le moins aucun effet objectivable d'une réduction des psychotropes.

4.3 Une gestion efficace de la pandémie de Covid 19

Le déclenchement des plans blancs et bleus a été mis en œuvre au sein de l'établissement dès le 7 mars 2020, et a principalement consisté dans les premières étapes à la sécurisation de l'établissement, à la mise en œuvre d'un plan de communication et à l'encadrement des visites des familles. La cellule de crise a été activée le 9 mars 2020. Les personnels ont été réunis pour une réunion d'information et les organisations syndicales convoquées à un CHSCT extraordinaire. Les équipes médicales ont élaboré une offre de soins à travers la création de deux unités COVID dont une spécialisée pour les patients déambulants. Le 1^{er} patient COVID a été reçu le 18 mars en court séjour gériatrique.

L'établissement s'est aperçu que les plans étaient conçus pour une crise de court terme et que cette crise imposait de s'inscrire dans la durée. Des tensions sur les équipements de protection individuels et sur certains médicaments sont apparues très rapidement et les stocks ne permettaient pas de tenir sur la durée. Les modes de fonctionnement avec certains prestataires externes ont également été revus pour éviter la pénurie.

Un plan de continuité de l'activité sur les fonctions supports a été mis en place avec une rotation des agents par quinzaine. Des redéploiements internes ont été effectués pour les psychologues pour venir en aide aux suivis des résidents et au développement de la communication avec les familles en soutien aux animateurs. Des agents ayant des restrictions médicales et des jeunes en service civique ont été dédiés à l'accueil des familles.

Tableau n° 16 : Comparatif absentéisme 2019 et 2020

	2020				2019			
	Nbr jours absence	ETP moyen	Nbr jours de travail	% abs	Nbr jours absence	ETP moyen	Nbr jours de travail	% abs
<i>mars</i>	699	138,51	4 293,81	16,28 %	439	137,34	4257,54	10,31 %
<i>avril</i>	821	146,51	4 395,30	18,68 %	457	136,84	4105,2	11,13 %
<i>mai</i>	704	144,01	4 464,31	15,77 %	540	136,35	4226,85	12,78 %
<i>juin</i>	736	141,80	4 254,00	17,30 %	562	144,15	4324,5	13,00 %
Total général	2 960	142,71	17 410,32	17,00 %	1 998	554,68	16 914,09	11,81 %

Source : données transmises par CGD-13.

Concernant le personnel le taux d'absentéisme a bondi dès le mois de mars atteignant 17 %. Au début de la crise l'établissement a confié le dépistage à un laboratoire externe puis au fur et à mesure de l'apparition de clusters les prélèvements ont été organisés au sein des unités. Enfin, dans un troisième temps des campagnes de dépistage à l'attention de tous les personnels ont été organisées avec le SDIS et le laboratoire départemental.

Un suivi des cas Covid positif par la DRH a permis de recenser 59 cas entre mars et juin 2020. En juillet, l'établissement a envoyé à chaque agent une prescription du médecin du travail afin de faire une sérologie³⁰.

Tableau n° 17 : Recensement des cas et décès³¹ imputés au Covid 19 dans l'EHPAD

<i>Covid-19</i>	Nb de cas probables ou suspectés	Nb de cas confirmés	<i>Dont hospitalisés</i>	Nb de décès parmi les cas probables ou suspectés	Nb de décès parmi les cas confirmés
<i>Résidents</i>	24	1	1	0	0
<i>Personnels</i>	137	3	0	0	0

Source : données transmises par l'établissement.

Concernant les résidents l'organisation rapide de la mise en place de mesures de protection a permis un bilan favorable.

³⁰ Le bilan n'était pas disponible à la date de clôture de l'enquête.

³¹ Cf. comparatif des décès entre 2019 et 2020 en annexe 7.

Sur les pavillons Estaque / Étoile / Montagnette le bilan est, selon l'établissement, positif. Ainsi il n'y a pas eu de décès imputable au Covid-19, pas de perte de mobilité grâce au redéploiement des kinés salariés, pas de perte de poids et pas de syndrome de glissement. Une forme d'anxiété a pu se développer chez certains résidents et également de la frustration de ne pas avoir de visites ou de pouvoir sortir de l'établissement. Cela a été compensé par la mise en place des appels Visio et le redéploiement des psychologues et des agents de l'accueil de jour dont les activités avaient été suspendues. En post confinement les résidents les plus autonomes ont exprimé de la frustration vis-à-vis du maintien de restrictions par rapport au reste de la population. La direction relève également la solidarité des résidents de l'Étoile et de la Montagnette envers les soignants.

Pour le pavillon Jean Masse qui prend en charge les résidents les moins autonomes sept décès sont intervenus en lien avec des décompensations aiguës sur pathologies chroniques et évolutives préexistantes. Il n'y a pas eu de perte de mobilité grâce au déploiement des kinésithérapeutes salariés et un effet mineur sur les troubles du comportement et troubles anxio-dépressifs a pu être observé. Si des amaigrissements chiffrés ont également été observés sur les unités où le taux de dépendance est élevé, le lien de cause à effet est difficile à établir.

ANNEXES

Annexe n° 1. Lits, GMP, âge moyen, GIR par unités (2014)	41
Annexe n° 2. Liste des EHPAD dans un rayon de 5 kilomètres	42
Annexe n° 3. Effet de la mise en place de la réforme tarifaire	43
Annexe n° 4. Répartition du personnel de nuit sur l'EHPAD (en €).....	44
Annexe n° 5. Dépenses de soins et médicalisation hors rémunération (en €).....	45
Annexe n° 6. Évolution des effectifs et taux d'encadrement théorique.....	46
Annexe n° 7. Comparatif des décès 2018-2020.....	47
Annexe n° 8. Glossaire des termes utilisés	48

Annexe n° 1. Lits, GMP, âge moyen, GIR par unités (2014)

Année ouverture	Bâtiment	Unités fonctionnelles	Places	Alzheimer	GMP	Âge moyen	Répartition GIR			Observation
							1-2	3-4	5-6	
2001	Estaque	La Nerthe	15	oui	860	84	90 %	10 %	-	UHR 15 places
		Niolon	15	oui						
		La Rove	15	non	638	82	38 %	55 %	3 %	
		La vesse	15	non						
	<i>Sous total Estaque</i>		60							
1998	Étoile	Unité 1	60		520	84	39 %	29 %	32 %	
2005	Jean Masse	Unité 1	15	non	579	82	37 %	44 %	19 %	
		Unité 2	15	non						
		Unité 3	15	non						
		Unité 4	15	non						
		Unité Longchamps	30	oui	911	84	93 %	7 %		PASA 12 places
<i>Sous total Jean Masse</i>		90								
2013	La montagnette		9	non	314	65		38 %	62 %	autonomes
Total hébergement permanent EHPAD			219							

Source : CRC d'après rapport d'évaluation EHPAD APAVE de 2014.

(*) le décompte des GIR sur l'Étoile est erroné manque une unité.

Annexe n° 2. Liste des EHPAD dans un rayon de 5 kilomètres

<i>Nom de l'établissement</i>	Statut	Autorisations Finess		Tarif Ch. €/jour
		H.perm	Alzh.	
<i>PETITES SŒURS DES PAUVRES</i>	Non lucr.	80		62,52
<i>MAISON DE RETRAITE LES CANNES BLANCHES</i>	Non lucr.	88		63,85
<i>EHPAD LA MAISON SAINTE ÉMILIE</i>	Non lucr.	75		65,99
<i>EHPAD ACCUEIL REGAIN</i>	Non lucr.	70		66,14
<i>EHPAD SAINT-MAUR</i>	Non lucr.	115	15	68,26
<i>EHPAD LE HAMEAU DES ACCATES</i>	Non lucr.	92		69,90
<i>EHPAD RESIDENCE NOTRE DAME</i>	Non lucr.	90		73,16
<i>EHPAD MARYLISE</i>	Non lucr.	88		73,69
<i>EHPAD LE GARLABAN</i>	Non lucr.	60		77,00
<i>EHPAD SAINT-BARTHÉLEMY</i>	Non lucr.	245		79,13
<i>EHPAD LES JARDINS D'HAITI</i>	Non lucr.	91		89,50
<i>EHPAD LES ANÉMONES</i>	Non lucr.	157		62,75
<i>EHPAD MÉDICALISÉ LES ACACIAS</i>	Commer.	80		65,00
<i>EHPAD LA SOUVENANCE</i>	Commer.	62		69,00
<i>EHPAD LA BASTIDE SAINT-JEAN</i>	Commer.	100	15	75,00
<i>EHPAD KORIAN MISTRAL</i>	Commer.	90		76,50
<i>EHPAD LE CHÂTEAU DES MARTEGAUX</i>	Commer.	85		77,00
<i>EHPAD LES OPALINES DE MARSEILLE</i>	Commer.	76		78,00
<i>MAISON DE RETRAITE LA FRUITIÈRE</i>	Commer.	45		78,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE LA MARGUERITE</i>	Commer.	65		78,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE MARSEILLANE</i>	Commer.	94		81,00
<i>EHPAD LES JARDINS D'ÉNÉE</i>	Commer.	80		81,00
<i>EHPAD HORIZON BLEU</i>	Commer.	70		82,00
<i>EHPAD MAGUEN</i>	Commer.	53		82,00
<i>EHPAD LA ROSERAIE</i>	Commer.	109		82,20
<i>EHPAD LES SÉOLANES</i>	Commer.	129		83,50
<i>EHPAD LES MAISONS DE MARIE</i>	Commer.	84		84,00
<i>EHPAD LES ÉPIS D'OR</i>	Commer.	80		85,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE SAINT BARNABÉ</i>	Commer.	130		88,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE RIVOLI</i>	Commer.	81		89,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE LONGCHAMP</i>	Commer.	78		89,00
<i>EHPAD LES JARDINS D'ARTEMIS</i>	Commer.	90		89,02
<i>EHPAD RESIDENCE SAINT-LUC</i>	Commer.	58		90,10
<i>EHPAD LA PAQUERIE</i>	Commer.	48		93,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE LES JONQUILLES</i>	Commer.	96		93,00
<i>EHPAD VILLA DES POÈTES</i>	Commer.	108	14	95,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE MEISSEL</i>	Commer.	57		95,00
<i>EHPAD RÉSIDENCE AÉRIA</i>	Commer.	85		95,80
<i>EHPAD LE DOMAINE DE FONTFRÈDE</i>	Commer.	62		98,00
		3 446	44	

Source : observatoire régional de santé PACA.

Annexe n° 3. Effet de la mise en place de la réforme tarifaire

<i>Année</i>	<i>Crédits pérennes</i>	<i>Crédits non reconductibles</i>		Total
	Allocation à l'EHPAD	Neutralisation de la perte dépendance	Neutralisation de la perte Soins	
2017	18 020,42	0,00	0,00	18 020,42
2018	32 060,00	23 247,00	0,00	55 307,00
2019	43 070,31	40 225,00	0,00	83 295,31
2020	47 567,02	68 980,00	0,00	116 547,02
2016-2019	93 150,73	63 472,00	0,00	156 622,73

Source : données transmises par ARS PACA.

Annexe n° 4. Répartition du personnel de nuit sur l'EHPAD (en €)

	Répartition sur budget E	2016	2017	2018	2019
SOINS	9112 EHPAD ÉTOILE		91 205	24 745	113 024
	9122 EHPAD ESTAQUE	77 316	71 359	19 761	152 620
	9132 9133* EHPAD J. MASSE	138 104	166 249	74 759	293 173
	9142 EHPAD MONTAGNETTE			-	
	9151 RÉPIT À DOMICILE			-	
	9051 ALZHEIMER J. MASSE		127 011	61 339	
	9052 ALZHEIMER ESTAQUE			17 356	
	9053 UHR	34 422		24 745	113 024
Total soins		249 842	455 824	222 705	671 841
DÉPENDANCE	9112 EHPAD ÉTOILE		32 688	99 832	30 766
	9122 EHPAD ESTAQUE	29 505	20 954	65 105	71 744
	9132 9133* EHPAD J. MASSE	59 010	62 443	241 998	99 964
	9142 EHPAD MONTAGNETTE			-	
	9151 RÉPIT À DOMICILE			-	
	9051 ALZHEIMER J. MASSE		60 627	198 559	
	9052 ALZHEIMER ESTAQUE			57 181	
	9053 UHR	14 752		90 131	54 434
Total dépendance		103 267	176 712	752 806	256 908
Total imputé au budget E		353 109	632 536	975 511	928 749

Source : CGD-13 dépenses de l'unité fonctionnelle personnel de nuit.

Annexe n° 5. Dépenses de soins et médicalisation hors rémunération (en €)

Compte	Libellé	2016	2017	2018	2019	Var-ann
61111	Kinésithérapie	172 048	141 285	184 839	157 189	- 3,0 %
61112	Imagerie médicale	52	231	3 435	7 380	NS
61113	Laboratoires	57 407	59 435	69 431	64 265	3,8 %
61114	Dentiste				2 572	
61115	Consultations spécialisées	28	76	324	1 112	NS
61117	Hospitalisation à l'extérieur	3 501	5 247	2 896	1 847	- 19,2 %
61118	Autres	5 305	6 188	1 407	1 298	- 37,5 %
Dépenses externes de soins de ville		238 342	212 461	262 331	235 663	- 0,4 %
60211	Spéc. Pharma AMM	98 143	110 656	103 888	106 599	2,8 %
60215	Produits sanguins		193			
60216	Fluides et gaz médicaux	2 378	2 295	2 080	806	- 30,3 %
60217	Produits de base	2 111	2 786	1 801	2 508	5,9 %
60218	Autres pdts pharm. et PDTS USAG	30 135	26 354	27 771	27 653	- 2,8 %
60221	Dispositif md non stériles	17 635	17 136	16 450	17 731	0,2 %
602221	Disp. méd. abord parentéral	25 061	27 162	23 065	17 019	- 12,1 %
602222	Disp. méd. abord digestif	121	72	176	607	71,1 %
602223	Disp. méd. abord génito urinaire	569	1 294	823	994	20,4 %
602224	Disp. méd. abord respi.	151	106	95	125	- 6,1 %
602225	Autres disp. méd. d'abord	4 860	5 205	4 818	4 941	0,6 %
60228	Autres fourn. méd.	10 813	10 407	12 279	12 642	5,3 %
Dépenses de soins internes		191 978	203 665	193 245	191 626	- 0,1 %
602661	Couches alèses pdst absorbant	70 446	68 143	74 915	74 461	1,9 %

Source : CRC d'après comptes financiers.

Annexe n° 6. Évolution des effectifs et taux d'encadrement théorique

<i>Nombre d'agents exprimé en ETP</i>	2016	2017	2018	2019	Taux enc. pour 100 places 2019	Taux DRESS 2015
PERSONNEL DE DIRECTION	1,47	1,42	0,66	0,66	0,30	3,37
<i>Agent administratif et personnel de bureau</i>	1,47	1,42	0,66	0,66	0,30	2,10
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX	0,40	0,40	0,40	1,40	0,64	8,11
<i>Autre personnel des services généraux</i>	0,40	0,40	0,40	1,40	0,63	1,46
PERSONNEL D'ENCADREMENT	1,65	1,65	1,70	2,25	1,02	1,01
<i>Cadre infirmier</i>	1,65	1,65	1,00	1,65	0,75	0,93
<i>Cadre socio-éducatif ou autre cadre social</i>			0,70	0,60	0,27	0,02
PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	4,16
<i>Autre personnel éducatif, pédagogique et social</i>	1,00	1,00			0,00	0,15
PERSONNEL MÉDICAL	1,90	1,85	1,85	1,75	0,79	0,53
<i>Médecin coordonnateur</i>	0,55	0,55	0,55	0,55	0,25	0,28
<i>Médecin généraliste</i>	1,35	1,30	1,30	1,20	0,54	0,07
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT	58,90	64,80	65,40	60,15	27,47	32,57
<i>Psychologue</i>		0,40	0,60	0,60	0,27	0,47
<i>Infirmier diplômé d'État</i>	12,60	11,10	13,80	10,60	4,84	6,50
<i>Ergothérapeute</i>	0,50	0,50			0,00	0,18
<i>Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité</i>	0,50	0,80	1,00	1,00	0,46	0,09
<i>Diététicien</i>					0,00	0,07
<i>Aide-soignant non assistant de soins en gériatrie</i>	45,30	52,00	50,00	47,95	21,89	21,23
<i>Aide-soignant assistant de soins en gériatrie</i>					-	3,27
<i>Autre personnel paramédical ou soignant</i>					-	
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER	47,21	40,21	42,22	40,89	18,67	18,19
ENSEMBLE	112,53	111,33	112,23	107,10	48,90	68,08

Source : CGD-13 corrigé par CRC le nombre de lits installés est de 219 et non 221 comme indiqué dans la formule de calcul proposée par le CGD-13.

Annexe n° 7. Comparatif des décès 2018-2020

	Nombre de décès total CGD-13			Nombre de décès EHPAD		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<i>Janvier</i>	16	22	16	4	1	5
<i>Février</i>	13	22	17	2	3	2
<i>Mars</i>	13	19	15	3	3	2
<i>Avril</i>	12	18	36	2	2	5
<i>Mai</i>	15	15	28	1	3	3
<i>Juin</i>	12	17	11	1	3	3
<i>Juillet</i>	11	23	11	1	2	1
<i>Août</i>	13	20	20	0	2	4
<i>Septembre</i>	15	20		0	2	
<i>Octobre</i>	20	15		3	3	
<i>Novembre</i>	25	13		6	3	
<i>Décembre</i>	19	17		5	2	

Source : données transmises par l'établissement.

Annexe n° 8. Glossaire des termes utilisés

AME	: Aide médicale d'État
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
APA	: Aide personnalisée à l'autonomie.
ARS	: Agence régionale de santé
ASH	: Agent des services hôteliers
ASG	: Agent spécialisé en gérontologie.
CASF	: Code de l'action sociale et des familles
CDD	: Contrat à durée déterminée
CDI	: Contrat à durée indéterminée
CET	: Compte épargne temps
CHSCT	: Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CME	: Commission médicale d'établissement
CNR	: Crédits non reconductibles
CPOM	: Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
COPS	: Commission de l'organisation de la permanence des soins
CSP	: Code de la santé publique
CSS	: Code de la sécurité sociale
CT	: Code du travail
CTE	: Comité technique d'établissement
CVS	: Conseil de la vie sociale
DAF	: Direction des affaires financières
DGFIP	: Direction générale des finances publiques
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DMS	: Durée moyenne de séjour
DRH	: Direction (ou directrice) des ressources humaines
EHPAD	: Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EMSP	: Équipe mobile de soins palliatifs
EPRD	: État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	: Établissement public de santé
ESMS	: établissements sociaux et médico-sociaux.
ETP	: Équivalent temps plein
ETPR	: Équivalent temps plein rémunéré

ETPMR	: Équivalent temps plein moyen rémunéré
IDE	: Infirmiers diplômés d'État
FFI	: Faisant fonctions d'interne
FIDES	: Facturation individuelle des établissements de santé
FINESS	: Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	: Fonds d'intervention régional
FRNG	: Fonds de roulement net global
GCS	: Groupement de coopération sanitaire
GHT	: Groupement hospitalier de territoire
GIR	: Groupe iso ressources évalue le degré de dépendance
GMP	: GIR moyen pondéré évalue la dépendance de l'établissement.
HC	: Hospitalisation complète
HDJ	: Hospitalisation de jour
IGAS	: Inspection générale des affaires sociales
IP-DMS	: Indice de performance de la durée moyenne de séjour
IRCANTEC	: Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
MAIA	: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.
MCO	: Médecine chirurgie obstétrique
PASA	: Pôle d'activités et de soins adaptés
PATHOS	: photographie à un instant T des pathologies et des soins requis par les résidents à partir d'une liste 50 états pathologiques.
PHV	: personnes handicapées vieillissantes
PM	: Personnel médical
PMP	: Pathos moyen pondéré
PNM	: Personnel non-médical
PRS	: Projet régional de santé
PUI	: Pharmacie à usage intérieur
RSS	: Résumé de sortie standardisé
RTT	: Réduction du temps de travail
SIDPA	: Service de soins infirmiers à domicile aux personnes âgées
SDI	: Schéma directeur immobilier
SSIAD	: Service de soins infirmiers à domicile
SMIC	: Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SROS	: Schéma régional d'organisation des soins
SSR	: Soins de suite et réadaptation
T2A	: Tarification à l'activité
TBFEPS	: Tableau de bord financier des établissements publics de santé
TJP	: Tarif journalier de prestation
TPER	: Tableau prévisionnel des emplois rémunérés
TTA	: Temps de travail additionnel
TVA	: Taxe sur la valeur ajoutée
UHR	: Unité d'hébergement renforcé
UF	: Unité fonctionnelle
USLD	: Unité de soins de longue durée.
URSSAF	: Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Les publications de la chambre régionale des comptes
de Provence-Alpes-Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17, traverse de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur



Marseille, le 26 JUIL. 2021

LE PRESIDENT

Dossier suivi par : Bertrand MARQUES, greffier
04 91 76 72 42
pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

Réf. : GREFFE/BM/CE/n° 1152

Objet : rapport d'observations définitives

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception
2C 131 943 4022 7

à

Madame Nathalie JAFFRES
directrice de l'EHPAD Le Petit Bosquet
176 avenue de Montolivet
BP 50058
13375 MARSEILLE CEDEX 12

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion de l'EHPAD Le Petit Bosquet pour les exercices 2016 et suivants ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Ce rapport accompagné des réponses jointes devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à cette instance dès sa plus proche réunion. Conformément à l'article L. 243-6 du code précité, l'ensemble doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations et les réponses jointes sont transmis au préfet, à la directrice régionale des finances publiques ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé.

Pour le président empêché,
la présidente de la deuxième section,

Marie-Agnès COURCOL