



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## EHPAD LES OPALINES LA CIOTAT (département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2016 à 2020

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 30 août 2021.



## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	5
INTRODUCTION.....	6
<b>1 DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT AU PROJET PERSONNALISÉ .....</b>	<b>7</b>
1.1 Le positionnement de l'EHPAD .....	7
1.1.1 Un établissement inscrit au sein d'un groupe structuré .....	7
1.1.2 Les caractéristiques de la population accueillie.....	8
1.1.3 L'environnement de l'EHPAD .....	9
1.1.4 Le projet régional de santé et le schéma départemental .....	10
1.1.5 Le passage de la convention tripartite au CPOM .....	11
1.2 Le projet d'établissement.....	11
1.2.1 Les engagements pris et leur articulation .....	11
1.2.2 L'inscription dans un parcours de soin.....	12
1.2.3 La description de la procédure d'admission .....	12
1.3 Le projet personnalisé .....	13
1.3.1 L'accueil .....	13
1.3.2 L'individualisation de l'accompagnement.....	14
1.3.3 La fin de prise en charge et la sortie .....	14
1.3.4 Le dossier patient informatisé et son utilisation .....	15
<b>2 LE CADRE FINANCIER .....</b>	<b>16</b>
2.1 La fiabilité des comptes de l'établissement .....	16
2.1.1 Le respect des normes budgétaires et comptables applicables .....	16
2.1.2 Une sincérité des comptes perfectible .....	18
2.2 Sur la situation financière globale de l'établissement.....	21
2.2.1 Une rentabilité élevée qui bénéficie principalement aux actionnaires.....	21
2.2.2 Une exploitation déficitaire des sections soins et dépendance compensée par une activité de portage de repas et la baisse de certaines charges .....	25
2.2.3 Le recours actif au CICE .....	28
2.3 Les dépenses et ressources de médicalisation (soins et dépendance).....	29
2.3.1 La réforme de la tarification et la convergence tarifaire.....	29
2.3.2 L'évolution des ressources et leurs caractéristiques .....	30
<b>3 LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS .....</b>	<b>37</b>
3.1 Les moyens humains disponibles.....	37
3.1.1 L'évolution des effectifs .....	38
3.1.2 La recherche d'un bon taux d'encadrement des résidents malgré une charge de travail en augmentation.....	40
3.2 L'organisation et la coordination .....	41
3.2.1 Un taux d'absentéisme en augmentation .....	43
3.2.2 Les intervenants extérieurs .....	43
3.3 La formation continue.....	44

4	LE RÉSIDENT, SON PROJET PERSONNALISÉ ET LA QUALITÉ DE SA PRISE EN CHARGE .....	45
4.1	La mesure de la qualité de l'accompagnement individuel.....	45
4.1.1	Les évaluations, contrôles et traitement des plaintes et réclamations.....	45
4.1.2	La mise en place de bonnes pratiques de prise en charge.....	46
4.1.3	La participation à la vie de l'établissement et la citoyenneté .....	47
4.1.4	L'adaptation de l'établissement aux besoins de ses résidents .....	47
4.2	La santé des résidents.....	48
4.2.1	La prévention sanitaire .....	48
4.2.2	L'accès aux soins.....	51
4.2.3	La consommation de médicaments.....	51
4.2.4	La prise en charge non médicamenteuse de la santé.....	53
4.2.5	Le parcours de soins, la prévention des ruptures et le recours aux urgences.....	53
4.2.6	Les risques sanitaires .....	54
4.3	Les démarches de prévention collective .....	54
5	LA GESTION DE LA PANDÉMIE COVID-19 .....	55
5.1	La mesure de l'impact direct de la crise sur les résidents et les personnels .....	55
5.2	La préparation et la réaction de l'EHPAD face à la crise sanitaire.....	56
5.2.1	Le plan bleu .....	56
5.2.2	L'organisation interne mise en place.....	56
	ANNEXES .....	58

## SYNTHÈSE

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Opalines situé à La Ciotat est un établissement privé à but lucratif appartenant au groupe SGMR (société de gestion des maisons de retraite). Cet établissement accueille 78 résidents, population caractérisée par une forte dépendance liée notamment à des troubles cognitifs.

Les Opalines La Ciotat est un établissement bien géré par une équipe de direction particulièrement stable. Les principales dispositions législatives et réglementaires applicables sont respectées.

L'établissement bénéficie d'effectifs conséquents malgré la baisse des dotations soins et dépendance liées à la réforme tarifaire et le passage à la dotation globale. Ce passage a eu pour conséquence une baisse des dotations de l'ordre de 74 000 euros entre 2016 et 2019. En outre, les dotations versées par les autorités de tutelle par le biais d'équations tarifaires complexes n'ont pas réellement l'effet escompté d'une prise en charge de la dépendance au plus près des besoins.

Toutefois, l'établissement compense ses pertes en partie par des activités de portage de repas et la baisse de certaines charges, tout en octroyant des bénéfices conséquents à ses actionnaires démontrant un ratio de rentabilité intéressant.

La prise en charge des résidents est optimisée par une organisation managériale du personnel efficace et un fort investissement des soignants qui s'est particulièrement fait ressentir au cours de la crise Covid-19.

## INTRODUCTION

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Opalines La Ciotat a ouvert ses portes en 1994. Il constitue l'unique établissement de la SARL Les Opalines La Ciotat.

Cette personne morale est détenue à 100 % par la société SGMR (société de gestion des maisons de retraite), dont le siège social se situe au sein de l'EHPAD Marseille Saint-Henri (12 traverse Favant Marseille 16<sup>ème</sup>). SGMR est une société holding à la tête de 46 EHPAD de la marque « Les Opalines » en France comptant en tout 3 359 places. Elle est elle-même détenue à parts égales par les sociétés 2M Promotion SAS (au capital de 7,54 M€ dont le siège se situe à Montbéliard) et la société Mat immo Beaune SAS (au capital de 5,22 M€ dont le siège social se situe à Beaune). Ces deux dernières sociétés sont détenues par les familles Péculier et Mennechet.

SGMR, comme la SARL Les Opalines La Ciotat, a pour représentant légal M. Stéphane Cavaillon-Pinod depuis le 27 juillet 2018. Au cours de la période antérieure, les sociétés du groupe SGMR étaient représentées par M. Philippe Gevrey.

Le contrôle des comptes et de la gestion de la SARL Les Opalines La Ciotat et de son établissement unique a concerné les exercices 2016 à 2019. Il s'inscrit dans le cadre de l'enquête relative à la prise en charge des résidents en EHPAD, approuvée par la formation inter juridiction (FIJ) portant sur les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le plan de contrôle suivi est celui du guide d'enquête de la FIJ sur la médicalisation des EHPAD, complété par le thème portant sur la gestion de la pandémie Covid-19 et strictement limité aux mesures mises en œuvre par l'établissement pour contenir la pandémie.

Conformément aux dispositions de l'article R. 243-2 du code des juridictions financières, l'entité contrôlée étant une personne morale de droit privé à caractère sanitaire, social et médico-social pour laquelle la compétence de la chambre est régie par les dispositions de l'article L. 211-7 du code des juridictions financières, le procureur financier près la chambre a été amené à porter un avis sur la compétence de la chambre sur ce contrôle.

Le Procureur financier, par avis n° 2020-0009 du 5 février 2020, a estimé que la chambre était compétente pour contrôler les comptes et la gestion de cette personne morale et de son établissement unique pour la période comprise entre 2016 et 2019, étendue par avis n° 2021-0002 du 12 janvier 2021 pour l'année 2020 en ce qui concerne la gestion de la pandémie Covid-19.

Deux lettres d'ouverture de contrôle ont été adressées par le président de la chambre aux représentants légaux successifs de la société le 13 février 2020, dont ils ont accusé réception les 17 et 18 février 2020. Une lettre d'ouverture de contrôle a par ailleurs été adressée le même jour à la directrice de l'établissement, Mme Capucine Dalle, dont elle a accusé réception le 18 février 2020. La présidente du département des Bouches-du-Rhône, le directeur général de l'ARS, ainsi que le préfet de région, préfet des Bouches-du-Rhône, ont été avisés de l'ouverture de ce contrôle par lettres du président de la chambre, datées du 13 février 2020.

Suite au changement de rapporteur, ces mêmes entités ont été informées par lettres en date du 12 novembre 2020 de la modification de l'équipe de contrôle.

En raison de la crise Covid-19 et du changement de magistrat rapporteur en cours d'instruction, il n'a pas été formalisé d'entretien de début de contrôle. Cependant, le contrôle sur site, préalable à la complétude de l'instruction, n'a débuté qu'au mois de décembre 2020. L'entretien de fin de contrôle prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le avec les ordonnateurs successifs et la directrice de l'établissement le 1er mars 2021.

Le rapport à fin d'observations provisoires a été notifié à l'ordonnateur le 27 avril 2021. Une réponse à ces observations provisoires a été reçue à la chambre le 28 juin 2021.

Le département des Bouches-du-Rhône a présenté, le 13 juillet 2021, des observations, lesquelles ne sont pas prises en compte, dès lors qu'elles ont été produites hors délai.

La chambre a arrêté les observations définitives ci-après, le 30 août 2021.

## **1 DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT AU PROJET PERSONNALISÉ**

### **1.1 Le positionnement de l'EHPAD**

#### **1.1.1 Un établissement inscrit au sein d'un groupe structuré**

L'établissement Les Opalines La Ciotat, établissement privé à but lucratif, appartient au groupe SGMR, au sein de la marque « Les Opalines » qui compte en 2021, 46 établissements, 3 359 lits et 2 000 salariés pour un chiffre d'affaire de 180 M€. L'établissement contrôlé, qui compte 45,5 ETP, réalise quant à lui un chiffre d'affaires de 2,5 M€ pour l'année 2019. Chaque société que le groupe détient est indépendante, avec une personnalité morale propre. Aucune information financière n'a été communiquée concernant le groupe SGMR malgré les demandes et recherches en ce sens de l'équipe de contrôle.

Ce groupe détient deux « marques » d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, chacune de ces marques étant affectée géographiquement : les Jardins d'Iroise sont ainsi implantés à l'Ouest du territoire français tandis que Les Opalines sont implantées à l'Est. Chacune de ces implantations (Est et Ouest) disposent d'un directeur des opérations assisté par des directeurs régionaux, lesquels sont les supérieurs hiérarchiques directs des directeurs d'établissement. Les directeurs régionaux ont un rôle d'accompagnement des directeurs d'établissements et établissent le lien avec la direction du groupe et les fonctions supports mutualisées.

Le groupe mutualise pour l'ensemble de ses établissements les fonctions supports : le contrôle de la gestion et des finances des établissements avec un comptable assigné à chaque établissement, les ressources humaines disposant d'une direction dédiée et des responsables formations et juridiques. Il dispose aussi d'une puissance d'achat plus conséquente bénéficiant à chaque établissement, le groupe ayant créé une centrale d'achat (SAEMR) qui, pour Les Opalines La Ciotat, réalise environ 75 % des achats alimentaires, les produits frais étant acheté auprès des producteurs locaux. Avec l'appui de ces fonctions supports du groupe, chaque directeur d'établissement est le responsable social de son établissement et dispose d'une large marge de manœuvre dans sa gestion quotidienne de son établissement.

La plupart des établissements du groupe dispose de 80 lits, qui apparaît comme une taille optimale d'exploitation. Pour ses établissements, le groupe compte s'engager dans une démarche qui a pour vocation d'allier optimisation des moyens dédiés et bien-être des résidents en initiant un travail d'architecture des bâtiments exploités avec la création d'unités de petite taille au sein des établissements et nouvelle organisation du travail tenant mieux compte des habitudes de vie des résidents et redonnant du sens au travail pour les personnels. Dans cette optique, le groupe a choisi un partenariat avec le label « *Humanitude* » qui développe un cursus de formation sur trois années pour accompagner les établissements dans une nouvelle prise en charge des personnes âgées, axée sur la bientraitance de l'accompagnement de l'individu. En 2021, 12 établissements du groupe ont été nommés pilotes pour la mise en place de ce label.

L'établissement contrôlé s'inscrit ainsi au sein d'un groupe structuré et organisé qui lui permet de se concentrer sur l'accueil du résident.

### 1.1.2 Les caractéristiques de la population accueillie

Il résulte d'un arrêté pris par le président du Conseil général du département des Bouches-du-Rhône le 20 octobre 1999, que la capacité de l'établissement a été fixée à 78 lits, dont dix ont été habilités au titre de l'aide sociale depuis 2008. En 2010, et à habilitation d'accueil constante, une unité Alzheimer et troubles apparentés de 13 lits a été créée. Les taux d'occupation constatés sont compris entre 97 et 98 % au cours de la période contrôlée, ce qui correspond à la valeur médiane relevée par la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les GMP et PMP<sup>1</sup> sont sensiblement supérieurs aux moyennes nationales qui étaient pour les établissements privés commerciaux de 738 et 211 en 2017.

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

<i>Résidents</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Nombre de places installées</i>	78	78	78	78	78
<i>Nombre de places autorisées</i>	78	78	78	78	78
<i>Activité théorique</i>	28 470	28 470	28 470	28 470	28 470
<i>Nombre de journées réalisées</i>	27 899	27 654	27 242	27 905	
<i>Taux d'occupation de l'hébergement permanent</i>	98,0 %	97,1 %	95,7 %	98 %	0,0 %
<i>Nombre de places en PASA</i>	0	0	0	0	0
<i>Nombre de places en UVP</i>	13	13	13	13	13
<i>Nombre de places en UHR</i>	0	0	0	0	0
<i>Nombre de places en hébergement de jour</i>	0	0	0	0	0

Source : ERRD de l'établissement.

<sup>1</sup> GIR moyen pondéré et PATHOS moyen pondéré.



L'âge d'entrée et moyen des résidents s'accroît (respectivement 86 et 87 ans) avec une population féminine largement représentée. Selon les données figurant dans les rapports d'activités transmis par l'établissement lors de l'instruction et retranscrites dans le tableau 2, la durée moyenne de séjour ressortissait à environ 1,5 années, durée que l'ordonnateur conteste avançant une durée de l'ordre de 3,5 ans, sans pour autant fournir de justificatifs.

Au niveau national, les statistiques disponibles font état d'un âge moyen d'entrée de 85 ans pour une durée médiane des séjours de 2 ans et 7 mois<sup>2</sup>. Toutefois, la répartition par sexe de la population accueillie n'est pas cohérente avec la capacité d'accueil, du fait des variations liées aux entrées et sorties propres à un EHPAD.

**Tableau n° 2 : Caractéristiques de la population accueillie**

<i>Résidents</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>GMP mesuré par l'établissement</i>	759,6	796,2	772,7	791,4	794,5
<i>PMP mesuré par l'établissement</i>	213	208	194	223	200
<i>Admissions</i>	44	26	51	39	47
<i>Sorties</i>	44	25	53	37	43
<i>Dont départs</i>	12	6	19	15	15
<i>Dont décès</i>	32	19	34	22	28
<i>Hommes</i>	15	20	34	22	28
<i>Femmes</i>	53	71	92	83	80
<i>Âge moyen des résidents</i>	84	86	87	86	87
<i>Âge moyen d'entrée</i>	83	87	86	84	86
<i>Durée moyenne de séjour</i>	478 j	525 j	366 j	436 j	359 j
<i>Nombre de résidents originaires de la commune</i>	NC	NC	NC	NC	NC
<i>Nombre de résidents originaires du département</i>	NC	NC	NC	NC	NC
<i>Nombre de résidents originaires de départements extérieurs</i>	NC	NC	NC	NC	NC
<i>Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale</i>	10	10	10	10	10

Source : données Établissement.

### 1.1.3 L'environnement de l'EHPAD

Le taux d'équipement en places dans les structures EHPAD était en 2017 de 83,1 pour mille dans le département des Bouches-du-Rhône, contre 84 pour la région PACA. Ces taux sont sensiblement inférieurs à ceux de la France hexagonale (100,2). Le département compte 199 EHPAD et 16 206 places installées. Il compte également 14 établissements d'hébergement pour personnes âgées non EHPAD, comprenant 598 places installées et 32 résidences autonomie comprenant 2 415 places<sup>3</sup>, dont le développement fait partie des objectifs du département.

<sup>2</sup> Sénior actu.

<sup>3</sup> Source : [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org).

Selon le schéma départemental des personnes du bel âge 2017-2022, les secteurs de Marignane, Marseille centre, Martigues et Vitrolles nécessiteraient la création de 850 à 1 350 places à l'horizon 2025. Le territoire sur lequel se situe l'EHPAD des Opalines (Aubagne-La Ciotat) n'est pas identifié comme un secteur dans lequel l'offre d'hébergement des personnes âgées devrait être prioritairement développée.

La seule ville de La Ciotat compte quatre EHPAD, dont deux publics, en hébergement permanent. L'EHPAD des Opalines est le seul en revanche à proposer une unité Alzheimer.

#### 1.1.4 Le projet régional de santé et le schéma départemental

Prévus par l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis pour une période de cinq ans en cohérence avec le projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique. Ils apprécient la nature et l'évolution des besoins médico-sociaux, dressent un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante, précisent le cadre de coopération entre les établissements.

Le projet régional de santé 2018-2023 de l'ARS PACA et le schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022 des Bouches-du-Rhône identifient comme priorité régionale la prise en compte des besoins d'une population vieillissante<sup>4</sup>. Ils visent tous deux à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, en concentrant l'accueil en établissement pour les résidents les plus dépendants, notamment les personnes de plus en plus nombreuses atteintes de maladies neurodégénératives<sup>5</sup>. Cette double perspective a pour conséquences le soutien à des réponses innovantes et alternatives entre le domicile et l'entrée en institution, l'ambition fixée par l'ARS de renforcer les ratios d'encadrement des personnels soignants, le développement des formations adaptées pour ces personnels et la sécurisation de la prise en charge nocturne avec le déploiement d'astreintes mutualisées des infirmières de nuit en EHPAD afin de limiter le nombre d'hospitalisations non programmées et le recours aux urgences.

Le schéma départemental élaboré conformément à l'article L. 312-4 du CASF prévoit plusieurs actions visant à améliorer la prise en charge en EHPAD<sup>6</sup> : améliorer la répartition des capacités habilitées au titre de l'aide sociale pour mieux répondre aux besoins sociaux et les réserver aux ressortissants du département dans le cadre de la contractualisation, créer un référentiel sur la base d'indicateurs départementaux permettant de définir les types de prestations devant être obligatoirement fournies par les ESMS, adopter un contrat de séjour « type » pour l'ensemble des EHPAD du département, poursuivre le contrôle des établissements. Selon le département, ces différentes actions n'étaient pas abouties en novembre 2020.

---

<sup>4</sup> Extrait du cadre d'orientations stratégiques du projet régional de santé « *L'enjeu est de renforcer les filières gériatriques et le maintien à domicile, de développer une coordination en ville ou avec les EHPAD permettant de limiter au maximum les hospitalisations, de développer également la prévention primaire par l'activité physique, le maintien de relations affectives et de stimulations intellectuelles, la prévention de la iatrogénie, la prévention des chutes et de la dénutrition* ».

<sup>5</sup> La région PACA est la deuxième région la plus touchée par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (Cadre d'orientations stratégiques du PRS).

<sup>6</sup> Orientation 4 du schéma départemental - Action 2 : optimiser les moyens existants et maîtriser le reste à charge pour les personnes âgées.

En l'absence de passage au CPOM durant la période sous revue, l'établissement Les Opalines La Ciotat n'y a pas inscrit ces orientations stratégiques.

### **1.1.5 Le passage de la convention tripartite au CPOM**

L'établissement est signataire depuis le 21 mai 2013 d'une convention tripartite. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens<sup>7</sup> (CPOM), se substituant à cette convention tripartite devait être conclu en 2020<sup>8</sup>. Toutefois, les événements liés à l'épidémie de Covid-19 ont différé sa mise en place pour 2021, avec un CPOM négocié au niveau du groupe et englobant les 10 établissements Opalines des Bouches-du-Rhône.

L'ARS n'a pas relevé de discordance entre le personnel autorisé et le personnel en poste. Toutefois, lors d'un contrôle réalisé en 2018, elle a observé que deux assistantes de vie faisaient fonction d'aides-soignantes, ce qui n'est pas conforme à la convention. Selon l'établissement, ces deux personnels étaient toutefois en situation de validation des acquis de l'expérience (VAE), dont l'une a obtenu le diplôme et est en poste dans l'établissement en qualité d'aide-soignante.

Au sujet de la capacité autorisée (78) et celle relevée sur place, l'agence note que 81 lits étaient installés. Même s'ils n'étaient pas occupés, il existe un risque de fonctionnement en surcapacité.

Au sujet de la capacité autorisée (78) et celle relevée sur place, l'agence note que 81 lits étaient installés. Même s'il existe de fait un risque de fonctionnement en surcapacité, pour l'établissement, ces trois lits supplémentaires lui offrent une souplesse d'organisation permettant soit d'isoler une personne en fin de vie – ou atteinte d'une maladie contraignant à son isolement – de respecter la séparation homme/femme des chambres doubles, de procéder à la rénovation de chambres ou encore d'offrir un choix au futur résident.

## **1.2 Le projet d'établissement**

### **1.2.1 Les engagements pris et leur articulation**

Le projet d'établissement actuel est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Il avait vocation, conformément à la loi, à s'appliquer sur une période de cinq ans. Il aurait donc dû être renouvelé en 2020 par le passage au CPOM, cette échéance ayant été reportée pour l'année 2021 en raison de la crise Covid-19. Il été élaboré sur la base des conclusions d'une évaluation interne et d'une évaluation externe réalisés en 2013, globalement satisfaisants.

---

<sup>7</sup> Article l'article L. 312-12 du CASF modifié par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

<sup>8</sup> Les CPOM doivent être conclus au plus tard le 31 décembre 2021.

En matière de prévention des risques, la composante collective est constituée des éléments attendus. Elle se décline en premier lieu par la mise en place de procédures types dans tous les domaines d'action de l'établissement (de l'administratif, au soin et à la sécurité) et sont accessibles à tous les personnels. Les procédures d'urgence ainsi que les conduites à tenir en cas d'évènement particulier (incident technique, pannes diverses) sont également mis à disposition de tous.

Sur le plan de la sécurité des matériels et des infrastructures, les procédures, mesures prises et contrôles sont correctement décrits et n'appellent pas d'observation : les documents et registres de sécurité obligatoires sont tenus. Un audit interne dit « audit des basiques » portant sur ces différents points serait réalisé chaque semestre sur place par le directeur régional.

Concernant la bientraitance, selon l'établissement, un audit sera réalisé chaque année portant sur ses conditions matérielles de possibilité notamment. Un audit mensuel des soins sera également réalisé, selon un référentiel propre au groupe des Opalines. Le circuit du médicament est par ailleurs ponctuellement contrôlé. Ces audits font tous l'objet de suivi des actions correctrices préconisées.

Au-delà des documents de sécurité obligatoires, un « référentiel unique qualité » propre aux Opalines vise à dresser un état des lieux annuels de l'EHPAD. Une enquête satisfaction est également réalisée chaque année, dont les résultats pourront donner lieu à des fiches action qui feront l'objet d'une présentation au personnel et au conseil de la vie sociale (CVS). Cependant, il n'a pu être trouvé de restitution de ces enquêtes de satisfaction que dans un seul compte-rendu du CVS (du 21 juillet 2016) qui, en dépit d'un faible taux de participation, est relativement satisfaisant.

Les modalités de traitement des évènements indésirables et des réclamations sont bien formalisées et font l'objet d'un suivi, le cas échéant.

### **1.2.2 L'inscription dans un parcours de soin**

Le projet d'établissement développe une approche exhaustive en matière de projets de soins. Il présente le réseau de soins ainsi que les différents partenariats développés dans le réseau de soins coordonnés dans lequel s'inscrit l'EHPAD, sous la coordination du médecin coordonnateur et de l'infirmier diplômé d'État coordonnateur. Il précise les dispositifs de prévention et de gestion des différents risques pour les résidents (douleurs, chutes, sorties à l'insu, troubles cutanés, risque infectieux, fin de vie...) au sein de l'EHPAD.

### **1.2.3 La description de la procédure d'admission**

La procédure d'admission dans l'établissement est clairement décrite. Toutefois la question de la gestion des listes d'attente n'y est pas abordée. Cependant, l'établissement indique que les listes d'attentes sont de moins en moins fréquentes, les futurs résidents contactant les établissements lorsque le placement est inéluctable ou lorsqu'il est urgent.

La décision d'admission est prise conjointement par le médecin coordonnateur et la direction, afin de veiller à la compatibilité de l'état de santé du patient avec la structure et la vie en collectivité. Son dossier administratif et financier est validé par la direction.

Le règlement intérieur, un livret d'accueil et le contrat de séjour sont remis avant l'entrée dans l'établissement. Une visite de l'établissement préalablement à l'entrée est dans la mesure du possible réalisée, toutefois cela pose des difficultés s'agissant de personnes dépendantes qui ne peuvent se déplacer. À défaut, l'établissement s'efforce de rencontrer le futur résident à son domicile ou à l'hôpital.

### **1.3 Le projet personnalisé**

Selon le projet d'établissement, le projet personnalisé – ou projet de vie individualisé – est révisé annuellement. Il est réalisé avec la psychologue par le médecin et l'infirmière coordinatrice. Un soignant référent est désigné. La psychologue et l'animatrice s'entretiennent avec le résident et ses habitudes de vie ainsi que ses goûts alimentaires sont recueillis et transmis à la cuisine. Ce projet est mis au point au plus tard dans les trois mois qui suivent l'entrée dans l'établissement et avec l'accord du résident. Les modifications ultérieures font l'objet d'avenants au contrat de séjour. S'agissant de ce contrat, le modèle type n'appelle pas d'observation, il est conforme à l'article L. 311-4 du CASF. Avec un corps de contrat générique et des annexes personnalisées pour chaque résident, il comporte les informations prévues à l'article D. 311 du CASF, qui sont les objectifs de la prise en charge, les prestations mises en œuvre dès la signature du contrat, la description des conditions de séjour et d'accueil, ainsi que les conditions de participation financière et de facturation, y compris en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenance personnelle. Les modalités de révision du contrat sont précisées, un avenant étant élaboré pour toute modification des prestations et/ou tarifs appliqués, en sus de l'avenant d'élaboration du projet personnalisé. Cet avenant au contrat, qui reprend les données recueillies par le projet de vie individualisée, fait donc doublon avec ce dernier.

S'agissant enfin de l'architecture informatique, il a été indiqué par la direction que les informations personnelles du résident sont protégées par des dossiers informatiques sécurisés par mots de passe. Le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont les seuls habilités à délivrer au patient des informations sur son état de santé. Les informations médicales et personnels relatives aux résidents sont inscrites dans le logiciel de soins « TITAN » (ayant remplacé le logiciel PSI en 2017) et ne sont accessibles qu'aux médecins coordonnateur et traitants et les équipes soignantes pour leurs parties. Une copie des données médicales des patients est conservée dans des armoires sécurisées, accessibles aux seules équipes soignantes.

#### **1.3.1 L'accueil**

L'établissement organise, si cela est possible pour le résident, une visite de préadmission pour lui et ses proches. La visite se déroule en deux temps avec un premier échange sur les aspects médicaux mais également qui permet d'aborder les aspects financiers de la prise en charge et des aides auxquelles le résident peut prétendre. Dans un second temps, le résident visite l'établissement (locaux communs, espaces extérieurs et visite d'une ou deux chambres). Les personnels rencontrés sont présentés aux visiteurs. Cette visite de préadmission est diligentée soit par l'attachée de direction et/ou la maîtresse de maison et /ou la directrice, accompagnées, selon le profil du résident par l'infirmière coordinatrice, la psychologue et/ ou le médecin coordonnateur. Si le résident est hospitalisé, le médecin coordonnateur lui rend visite à l'hôpital.

En parallèle, l'établissement étudie le dossier du résident, notamment la compatibilité entre ses ressources et la grille tarifaire de l'établissement. Une fois validé par l'établissement, le consentement du futur résident - ou celui de ses proches - est recherché lors d'un entretien dont le compte-rendu est annexé à son dossier. Une fois obtenu, le dossier d'admission est validé par la directrice d'établissement pour le volet administratif et par le médecin coordinateur pour le volet médical et une date d'entrée est fixée avec le résident. Un contrat de séjour est alors signé entre le résident (le cas échéant par son représentant légal ou mandataire) et l'établissement, au plus tard le jour de l'entrée du résident dans l'établissement.

À son arrivée dans l'établissement, le résident est reçu par la psychologue afin d'effectuer un entretien d'accueil dans la vie de l'établissement. La famille est également reçue si elle le souhaite. Ce premier entretien est l'occasion d'aborder les points principaux qui figureront dans son projet de vie individualisé. Une aide-soignante référente est désignée pour suivre le résident. Le résident rencontre les personnels de l'établissements et bénéficie d'entretiens avec la médecin coordinatrice, l'ergothérapeute et la psychomotricienne. Durant les premiers mois de son entrée dans l'établissement, le résident est à nouveau reçu en entretien, notamment par la psychologue, pour rédiger et finaliser son projet de vie individualisé.

### **1.3.2 L'individualisation de l'accompagnement**

Les Opalines La Ciotat accompagne le résident au cours de son séjour en formalisant un projet de vie individualisé, lequel doit être révisé chaque année. Ce projet de vie individualisé est rédigé avec l'aide de la psychologue, du médecin coordonnateur et des différents praticiens intervenant dans le parcours de soins du résident (psychomotricienne, ergothérapeute, kinésithérapeute) au cours des premiers mois de son arrivée.

Le projet de vie individualisé qui comprend un projet de vie et de soins, fixe les objectifs de l'accompagnement de chaque résident. Il est signé par lui ou son représentant légal lorsque le résident n'est pas en capacité de le faire.

Ce projet de vie individualisé n'est pas systématiquement révisé annuellement mais l'est obligatoirement dès qu'un changement majeur intervient dans la vie du résident (comme une perte brutale d'autonomie par exemple).

### **1.3.3 La fin de prise en charge et la sortie**

Les sorties de l'établissement s'expliquent principalement par des décès et des retours à domicile. Aucune sortie pour une prise en charge par un établissement de santé n'est recensée.

Tableau n° 3 : Nombre de sorties des résidents par motifs sur la période

	2016	2017	2018	2019
<b>Nombre de départs</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>15</b>
Dont départ domicile	6	4	8	10
Dont départ autre EHPAD	4	2	10	5
Dont mutation Opalines	2	0	1	0
<b>Nombre de décès</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>34</b>	<b>22</b>
Dont décès à l'EHPAD	26	14	17	17
Dont décès à l'hôpital	6	5	17	5
<b>Total sorties</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>53</b>	<b>37</b>
Part des sorties par décès	59 %	76 %	64 %	59 %
Part des sorties pour retour à domicile	13,6 %	16 %	15 %	27 %

Source : RAMA 2016-2019.

L'établissement recourt à l'hospitalisation à domicile pour les fins de vie. Cette prise en charge est facilitée par le parcours professionnel du médecin coordonnateur qui était membre de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de La Ciotat.

Très peu de résidents ont formalisé leurs directives anticipées. La direction de l'établissement avance une explication d'ordre générationnelle, les personnes âgées étant peu inclinées à les organiser lors de leur entrée en EHPAD.

L'établissement a instauré son propre protocole en cas de décès, en sus du protocole établi par le groupe. En amont du décès, la famille est contactée afin d'accompagner leur proche en fin de vie. L'annonce d'un décès à la famille est faite par un médecin (traitant ou coordinateur). La famille est accompagnée pour récupérer les effets personnels du défunt et reçoit les condoléances des personnels. Ces derniers, notamment la psychologue, se tiennent à la disposition des familles pour les accompagner. L'établissement propose un accompagnement administratif des familles.

Pour les personnels, l'annonce d'un décès est faite en temps réel. La psychologue, la MEDEC ou l'IDEC peut accompagner les personnels qui en font la demande et des groupes de paroles peuvent être institués.

Pour les résidents, il n'existe pas de protocole ou de rituel établi mais selon la demande, des initiatives peuvent être prises par les résidents ou la famille. L'établissement a installé un lieu de recueillement pour les résidents.

### 1.3.4 Le dossier patient informatisé et son utilisation

L'EHPAD dispose de dossiers de soins informatisés pour chaque résident, régulièrement mis à jour par le médecin coordonnateur qui assure le suivi des prescriptions établies par les médecins traitants, dont certains ne les rentrent pas dans le logiciel de soins de l'établissement. Le médecin coordonnateur met alors à jour le dossier patient informatique du résident. En septembre 2017, l'établissement a changé de logiciel de soin, remplaçant le logiciel PSI par le logiciel TITAN.

Ce logiciel permet la gestion des dossiers administratifs et médicaux des résidents, la traçabilité des soins et des prescriptions. Il comprend pour chaque résident : son dossier administratif, médical, paramédical, de soins, son projet personnalisé, son alimentation et l'intendance. Y sont enregistrés par les professionnels les transmissions utiles, les prescriptions, les événements indésirables, ainsi que les rendez-vous et comptes rendus de réunion. Il permet donc une traçabilité plus complète de la prise en charge du résident. C'est aussi à partir de ce logiciel qu'est imprimé en cas de nécessité, le plus souvent pour une hospitalisation, le dossier de liaison d'urgence (DLU).

Les accès à ce logiciel sont différenciés selon les profils métiers des salariés. L'établissement s'est doté de « *scannettes* » pour les aides-soignantes et de tablettes pour les infirmières leur permettant d'enregistrer en temps réel les modalités de prise en charge du résident. Outre le gain de temps, la traçabilité de l'accompagnement de chaque résident et la qualité des transmissions entre professionnels ont été renforcées selon l'établissement. Ainsi, les changes du matin et du soir, l'évaluation de la douleur ou tout autre élément relatif aux soins prodigués sont enregistrés par les aides-soignants sur les « *scannettes* ».

TITAN permet l'extraction des indicateurs alimentant les rapports annuels d'activité médicale et piloter l'activité de l'établissement, à travers notamment le suivi mensuel de la bonne réalisation des tâches enregistrées par les équipes ou l'évolution du GMP.

## 2 LE CADRE FINANCIER

### 2.1 La fiabilité des comptes de l'établissement

#### 2.1.1 Le respect des normes budgétaires et comptables applicables

##### 2.1.1.1 Conformité du passage à l'EPRD et fiabilité des sections soins et dépendance

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 a acté le passage du financement des EHPAD de leurs dépenses anticipées à un état prévisionnel de leurs recettes et de leurs dépenses (EPRD). Ainsi, l'activité détermine les recettes attendues, donc les dépenses finançables et le résultat escompté. Un EPRD dit « simplifié » est mis en place pour les EHPAD, les Petites Unités de Vie (PUV) et les accueils de jour autonomes non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou minoritairement habilités. Il permet d'avoir une vision partielle de la situation financière des établissements en raison de l'absence de transmission des données relatives à l'hébergement. Les Opalines La Ciotat, qui comptent 10 résidents bénéficiaires de l'aide sociale (soit 12,8 % de l'ensemble des 78 résidents) usent de l'EPRD « simplifié » depuis l'exercice 2017, conformément à la législation.

Pour Les Opalines La Ciotat, les recettes soins et dépendances sont déterminées de façon exogène par les tutelles. Les recettes issues de l'hébergement sont, elles, contraintes par la concurrence. Dès lors ce sont les dépenses d'exploitation qui constituent une variable d'ajustement pour cette entité privée dont l'objectif légitime est de rémunérer les actionnaires.



Concernant la ventilation des dépenses par section, au moment de l’instruction, l’établissement n’avait pas communiqué sa comptabilité analytique.

Il résulte de l’instruction que l’établissement indique que « les charges courantes dépendance présentées dans l'EPRD correspondent à 30 % du total de ces charges concurremment avec la section Hébergement, les montants correspondant aux 70 % de la section Hébergement ne sont pas reportés par souci de cohérence avec l'annexe 5.B ».

La reconstitution du nombre de jours de présence des résidents, à partir du grand livre et des frais qui leurs sont facturés au titre de la dépendance, permet de vérifier l’activité déclarée par la structure dans les états prévisionnels et de recettes (EPRD). Cette vérification n’appelle pas d’observation particulière.

#### 2.1.1.2 Une certification des comptes qui mériterait d’être mise en œuvre

Les comptes des Opalines La Ciotat sont produits par le cabinet KAPPA Consultants inscrit au tableau de l'ordre des experts-comptables de Strasbourg et commissaire aux comptes auprès de la cour de Colmar.

L’article L. 221-9 du code du commerce<sup>9</sup> impose la désignation d’un commissaire aux comptes pour les sociétés à responsabilités limitées dépassant deux des trois seuils fixés par le décret – alors applicable – n° 2007-431 du 25 mars 2007<sup>10</sup>. En l’espèce, l’établissement contrôlé dépasse uniquement le seuil relatif au total du bilan. Il n’est donc pas soumis à l’obligation de certification par un commissaire aux comptes (CAC).

Le contrôle réalisé sur les comptes des Opalines La Ciotat a révélé des erreurs de saisie entre le bilan, le compte de résultat et le grand livre. Les principales erreurs sont les suivantes :

- l’examen du grand livre montre quelques erreurs dans la saisie de noms de résidents. Ainsi, Madame T. apparaît sous les prénoms de C. au bilan ou J. au compte de résultat et Monsieur S. apparaît sous un nom différent au bilan ;
- dans la liasse de 2019, la capacité d’autofinancement retracée dans les états « Chiffres clés » et « Synthèse sur 5 ans » ne correspond pas à celle calculée dans l’état « capacité d’autofinancement », cette dernière correspondant à celle déterminée par la chambre<sup>11</sup>.

En sus, à partir du grand livre et des factures nominatives relatives à la dépendance, l’équipe de contrôle a pu reconstituer (partiellement pour 2018 et 2019<sup>12</sup>) le nombre de résidents présents mensuellement et mettre en évidence le dépassement fréquent sur certains mois de la capacité autorisée, soit 78. Le rapport d’inspection de l’ARS en février 2018 observait d’ailleurs la possibilité de dépassement de sa capacité par l’établissement, sans toutefois l’avoir constatée. Ce dépassement peut toutefois être justifié par les sorties de résidents (notamment pour cause de décès), chevauchant de nouvelles entrées au cours d’un même mois.

<sup>9</sup> Dispositions applicables jusqu’à l’entrée en vigueur de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 et du décret n° 2019-514 du 24 mai 2019.

<sup>10</sup> Article R. 221-5 du code du commerce, dans sa version applicable ; « Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 221-9 relatif à la désignation d'un commissaire aux comptes, le total du bilan est fixé à 1 550 000 euros, le montant hors taxe du chiffre d'affaires à 3 100 000 euros et le nombre moyen de salariés à cinquante (...) ».

<sup>11</sup> Cf. Tableau 8 p.27.

<sup>12</sup> Cf. supra.

**Tableau n° 4 : Reconstitution du nombre de résidents présents**

Année	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Moyenne
2 016	80	78	82	80	79	79	80	81	78	78	79	80	80
2 017	78	78	78	79	78	78	78	78	77	79	76	78	78
2 018	76	77	79	78	80	78	75	79	79	70			77
2 019				79	82	81	82	80	78	78	82	79	80

Source : grands livres et factures nominatives fournis par l'établissement.

## 2.1.2 Une sincérité des comptes perfectible

L'équipe de contrôle a disposé des comptes financiers annuels complets (bilan, compte de résultats, liasses fiscales et ou annexes comptables) pour les exercices 2016 à 2018 inclus, les comptes de l'exercice 2019 n'étant produits qu'en fin d'instruction du fait de la crise sanitaire liée au Covid-19.

Conformément à l'article 261 du Code Général des Impôts (CGI), les frais d'hospitalisation et de traitement, y compris les frais de mise à disposition d'une chambre individuelle, dans les établissements de santé privés titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont exonérés de la taxe sur la valeur ajoutée. Par conséquent, les recettes issues de la tarification des trois sections sont enregistrées hors taxes dans les comptes de classe 7 dédiés et la TVA est comptabilisée au compte 4457, le résident étant lui débité pour le montant TTC au compte 411. Un contrôle par sondage (30 résidents) montre que tel est le cas.

### 2.1.2.1 Des comptes conformes au grand livre

La balance et le grand livre ont été servis sur la période sous revue, permettant de vérifier la complétude des comptes.

### 2.1.2.2 Une procédure inexistante de rattachement des charges et des produits

Le contrôle sur pièce a permis de mettre en évidence l'absence de rattachement des produits. Les dotations versées par le département au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour un exercice donné sont comptabilisées pour moins de la moitié, le solde étant comptabilisé sur l'exercice suivant comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau n° 5 : Encaissement de l'APA**

	2017	2018	2019	2020
Dotation notifiée (HT)	<b>111 158,64</b>	<b>170 140,88</b>	<b>125 424,81</b>	<b>203 754</b>
Date de Notification	05/09/2017	08/08/2018	11/04/2019	20/04/2020
Encaissement				
2017	<b>49 245,64</b>			
	<b>44%</b>			
2018	61 913,00	<b>56 713,64</b>		
		<b>33%</b>		
2019		113 427,24	<b>62 761,80</b>	
			<b>50%</b>	
2020			62 663,01	<b>NC</b>

Source : d'après le Grand Livre comptes Opalines La Ciotat.

Les produits et les charges doivent être comptabilisés au fur et à mesure qu'ils sont acquis ou qu'ils sont engagés, non en tenant compte de leur encaissement et de leur décaissement. Selon l'administration fiscale, « *une créance ne peut être considérée comme acquise que si elle est certaine dans son principe et déterminée dans son montant, c'est-à-dire que si l'accord a été réalisé entre les parties sur la chose et sur le prix, même si ce prix n'est payable qu'ultérieurement* »<sup>13</sup>. La dotation APA est bien une créance au sens de cette définition. Elle doit donc être prise en compte dans sa totalité pour l'assiette de l'impôt, dès lors qu'elle est courue à la date de clôture de l'exercice.

L'établissement contrôlé explique ce décalage au regard des notifications tardives de ces dotations qui ne permettent pas de rattacher au plus juste le produit. Toutefois, il peut être souligné qu'une estimation sur la base du dernier montant connu aurait permis cependant de l'approcher.

Concernant le rattachement des charges à l'exercice, la consultation des grands livres ne permet pas d'apporter une réponse, les dates d'enregistrement des factures n'étant pas révélatrice des dates de livraison des marchandises, toutefois le comptable a précisé que la date de production du bilan et des liasses fiscales s'y rattachant (mi- avril) permettait d'enregistrer toutes les dépenses afférentes à l'exercice considéré.

### 2.1.2.3 Un provisionnement qui interroge

Les provisions pour risques ou pour charges sont destinées à traduire un risque de perte probable pour l'entité considérée. Ces provisions, inscrites dans les comptes et états financiers, permettent à l'établissement et aux tiers d'identifier la nature du risque et le montant estimé de la dépense correspondante, en cas de réalisation de ce dernier.

Au cours de l'exercice 2018, une provision de 227 512 € pour risque et charge relative à la dépendance et aux soins a été constituée. Cette provision n'est motivée ni par les rapports financiers de l'établissement contrôlé, ni par l'expert-comptable. Le défaut de motivation d'une provision significative, ramenée aux recettes pérennes de l'établissement bénéficiant des dotations de l'ARS et du département dans un contexte d'essor du « marché du troisième âge »<sup>14</sup> interroge sur la finalité de cette provision. La réponse de l'établissement apportée par le comptable du groupe se fonde sur une demande de l'ARS qui, par courriel du 28 juin 2018 accompagnant la décision tarifaire de cet exercice, indique une « *réserve de compensation « soins » [qui,] après affectation s'élève désormais à : 227 512 €* ». L'autorité de tutelle n'a pas été en mesure de justifier cette réserve de compensation, maintenue sur les exercices suivants. Il appartiendrait donc à l'ARS de se prononcer sur le bien-fondé de cette provision qui constitue une ressource inactive pour l'établissement impactant fortement le résultat de l'exercice et le montant de l'impôt sur les sociétés dont il s'acquitte (63,6 K€<sup>15</sup>).

<sup>13</sup> Définition de la créance fiscale, BOI-BIC-BASE-20-10, 4 décembre 2012.

<sup>14</sup> La population des plus de 80 ans attendrait à 6,1 millions en 2035, puis à 8,4 millions en 2060 (+ 179 % par rapport à 2007).

<sup>15</sup> Taux d'IS de 33 % appliqué aux 227 K€ de provisions.

#### 2.1.2.4 Une comptabilisation de la dotation soin qui répond à la recherche d'optimisation fiscale

La dotation soins qui représente en moyenne 956 K €, est depuis 2018 comptabilisée en « transfert de charges ».

Le comptable justifie cette comptabilisation par la circonstance qu'il ne s'agit pas d'un produit issu de la facturation. Dès lors, ce produit n'est pas constitutif du chiffre d'affaires, son objet étant de couvrir pour plus de 90 % des salaires. Ainsi, une comptabilisation de la dotation soins en chiffre d'affaires aurait pour conséquence sa prise en compte erronée dans le calcul de la valeur ajoutée<sup>16</sup>.

Bien que ce retraitement comptable de la dotation soins n'a pas d'incidence comptable, dès lors qu'elle apparaît dans les comptes après l'excédent brut d'exploitation comme élément déterminant de la capacité d'autofinancement et ainsi du résultat de l'exercice, il permet néanmoins de diminuer la valeur ajoutée prise en compte dans le calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE). Par suite, la cotisation s'y rattachant est également diminuée avec une incidence de l'ordre de 2 700 € en 2018 et en 2019<sup>17</sup>.

#### 2.1.2.5 Un système de facturation complexe

Selon le contrat type de séjour de l'établissement, la facturation s'effectue mensuellement dans les mêmes conditions que les prestations liées à l'hébergement, après déduction du montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ainsi, une facture mensuelle est délivrée par l'établissement au résident. La pension et la dépendance sont payables à l'avance dans les cinq premiers jours de chaque mois. Si l'admission est réalisée en cours de mois, le résident doit régler la pension et la dépendance correspondant aux jours restants à courir jusqu'à la fin du mois.

L'équipe de contrôle s'est attachée à vérifier, pour chaque résident de l'établissement, à partir du grand livre et des factures nominatives relatives à la dépendance, l'application des tarifs GIR sur la période 2016 à 2019. Ont été ainsi reconstitués sur une quarantaine de mois, le nombre de jours de présence de chaque résident, données ensuite comparées aux factures émises. Le caractère significativement élevé de certaines factures, notamment en 2016, a conduit l'équipe de contrôle à mener une analyse plus approfondie de la facturation. Jusqu'au passage à la dotation globale, l'aide du département était perçue par chaque résident avant qu'elle ne soit reversée à l'établissement. Ce dernier informait le département de toute évolution du niveau de dépendance du résident et le GIR de chaque résident était régularisé en fin d'année<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Différence entre le chiffres d'affaires et les consommations intermédiaires, la valeur ajoutée est un indicateur de création de richesse brute d'une entité privée ou l'accroissement de valeur qu'elle a généré du fait de son activité courante.

<sup>17</sup> Pour les entreprises réalisant un CA HT compris entre 3 et 10 M€, le taux de CVAE s'établit à 0,2 % + 0,45 % (CA-3 M€) / 7 M€. Ce calcul est ensuite appliqué aux Opalines avec un taux d'imposition de 0,28 %.

<sup>18</sup> L'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins de la personne est effectuée, sur la base de la grille AGGIR, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de la structure ou à défaut, d'un médecin conventionné. L'intéressé est alors classé dans l'un des 6 groupes iso-ressources (GIR) de la grille AGIRR. Ce classement détermine le tarif qui lui est appliqué et donc, le montant de l'allocation qui lui sera versée en fonction de ses ressources, après déduction de sa participation. L'évaluation est transmise pour validation à un médecin du département et à un médecin de l'agence régionale de santé désigné à cet effet.

Ce mécanisme de régularisation a posteriori a amené l'établissement à émettre des factures d'un montant conséquent en fin d'année pour les résidents concernés<sup>19</sup>.

Il résulte de l'instruction que les tarifs journaliers qui se sont révélés les plus élevés tiennent à la régularisation du mode de facturation de l'APA. Ainsi, le passage au versement forfaitaire de l'APA à l'établissement a mis fin aux facturations anormalement élevées relevées par le contrôle.

En outre l'actualisation tardive des tarifs votés par le département, communiquée jusqu'en 2018 avec parfois 11 mois de retard a rajouté de la complexité à la facturation.

Par ailleurs l'examen des grands livres des exercices 2018 et 2019 fait apparaître une centralisation des factures concernant l'hébergement et la dépendance au cours du dernier trimestre 2018 et du premier trimestre 2019. Ces factures sont en principe nominatives, dès lors que la majorité des résidents en EHPAD ne règlent qu'une partie de la dépendance correspondant à leur GIR, le solde étant réglé par le département au titre de l'APA.

Selon l'ordonnateur, ce passage à une centralisation des factures résulte des modalités d'encaissement de l'APA. Jusqu'en 2018<sup>20</sup>, chaque résident éligible à l'APA l'encaissait du département avant de payer la totalité de la facture correspondant à son niveau de dépendance auprès de l'établissement. Depuis 2018, l'intégralité de la dépendance n'est plus facturée directement au résident, l'APA étant versée forfaitairement et directement à l'établissement. Ce dernier déduit alors le montant de l'APA bénéficiant au résident de ses factures. Par souci de simplification une facturation centralisée est émise.

Toutefois, cette explication n'est pas cohérente, dès lors que sur les 9 derniers mois de 2019, des factures nominatives ont été émises. Cette centralisation qui s'avère ainsi ponctuelle, nuit à la transparence et la lisibilité de l'activité de l'établissement.

## **2.2 Sur la situation financière globale de l'établissement**

### **2.2.1 Une rentabilité élevée qui bénéficie principalement aux actionnaires**

L'analyse financière globale de l'entité, préalable à l'analyse des dépenses et ressources de médicalisation, a mis en évidence une profitabilité<sup>21</sup> élevée de l'établissement contrôlé au regard du secteur d'activité. Le taux de rentabilité financière moyen est supérieur à 80 % avec un partage de la valeur ajoutée qui comprend une part non négligeable servie aux actionnaires (13 % en moyenne sur la période<sup>22</sup>).

<sup>19</sup> Pour exemple il a été facturé en décembre 2016 la somme de 1 803,98 € HT à l'encontre de Madame BH et Monsieur BB.

<sup>20</sup> Article L. 313-12 CASF dans sa version issue de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 et de ses décrets d'application.

<sup>21</sup> Taux de valeur ajoutée = Valeur ajoutée / (Production + Ventes marchandises). Taux de marge = Excédent brut d'exploitation / Valeur ajoutée. Taux de rentabilité financière des capitaux propres = CAF / Capitaux propres.

<sup>22</sup> Cf. annexe n° 1.

**Tableau n° 6 : Ratios de profitabilité<sup>23</sup>**

	2017		2018		Moyenne 2016-2019
	Opalines	Secteur d'activité (*)	Opalines	Secteur d'activité (*)	Opalines
Taux de valeur ajoutée	<b>66,26%</b>	62,30%	<b>65,33%</b>	62,30%	<b>65,78%</b>
Taux de marge	<b>22,87%</b>	16,10%	<b>19,03%</b>	14,10%	<b>22,18%</b>
Taux de rentabilité financière des capitaux propres	<b>82,19%</b>	32,50%	<b>74,00%</b>	20,60%	<b>80,14%</b>

Source : comptes annuels Opalines et fascicule sectoriel Banque de France Hébergement medico social et social (secteur 87).

Les ratios constatés pour Les Opalines La Ciotat sont d'autant plus remarquables que deux de ses trois principales recettes sont indexées sur une coupe datant de 2010.

Outre les dividendes servis aux actionnaires (317 K€ en 2016, 428 K€ en 2017, 288 K€ en 2018 et 167 K€ en 2020) et la participation servie aux salariés (36 K€ en 2016, 35 K€ en 2017, 55 K€ en 2018 et 2019), une exploitation des grands livres a permis de mettre en évidence des remontées indirectes au groupe SGMR, pour un montant annuel moyen de l'ordre de 800 K€ sous forme de redevances, de loyer ou de prestations internes. La société mère indique que ces remontées permettent de financer les fonctions supports apportées à tous les établissements, d'apporter l'aide financière nécessaire aux établissements en difficulté et participent au remboursement des emprunts bancaires contractés notamment pour l'acquisition foncière des biens immobiliers supports des établissements.

Cette rentabilité élevée doit toutefois être analysée au regard de la stratégie du groupe définie par le gestionnaire comme l'équilibre entre l'optimisation de la gestion des établissements et l'optimisation de l'accompagnement des résidents. Dans cette recherche d'équilibre, le groupe SGMR tend à restructurer ses établissements en unité de 80 lits environ (taille critique), au sein desquelles des micro-unités d'une dizaine de chambres avec une pièce commune de vie seront créés au fur et à mesure de ces regroupements, favorisant le maintien de l'autonomie.

La stratégie du groupe, pour tenir les comparaisons sectorielles, est éclairée par le calcul des soldes intermédiaires de gestion dont le détail figure en annexe n° 2. Ces soldes correspondent à ceux figurant en annexes des comptes annuels des Opalines, à l'exception de l'excédent brut d'exploitation (EBE) dans la mesure où la dotation soins servie par l'ARS, basculée en transfert de charges par l'établissement, a été ici maintenue dans le chiffre d'affaires. Ces indicateurs font état d'une profitabilité importante avec un taux de marge de plus de 20 % (EBE/VA). La capacité d'autofinancement de l'établissement a servi en priorité à verser des dividendes aux actionnaires.

<sup>23</sup> Ces données sont établies d'après le fascicule sectoriel de la banque de France relatif au secteur 87 « Hébergement médico-social et social », dès lors que les études annuelles de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la situation des EHPAD ne prennent pas, ou peu, en compte l'activité hébergement. Les entreprises retenues pour les fascicules sectoriels sont celles de la base Fiben n'appartenant pas aux secteurs activités financières et administration publique. Par ailleurs, seules les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés et dont la valeur ajoutée est strictement positive sont sélectionnées. Chacune des entreprises retenues étant classée en quartile en fonction de l'importance de leur chiffre d'affaires, Les Opalines La Ciotat entrant dans le quartile 2.

Tableau n° 7 : Évolution des soldes de gestion

	2016	2017	2018	2019
<b>Chiffre d'affaires (A)</b>	<b>3 417 938</b>	<b>3 416 769</b>	<b>3 447 182</b>	<b>3 534 403</b>
<b>Consommations intermédiaires (B)</b>	<b>1 109 912</b>	<b>1 152 798</b>	<b>1 195 196</b>	<b>1 272 311</b>
<b>Valeur ajoutée(C=A-B)</b>	<b>2 308 026</b>	<b>2 263 971</b>	<b>2 251 986</b>	<b>2 262 091</b>
en % du CA	67,5%	66,3%	65,3%	64,0%
+ Subvention d'exploitation perçues	6 478	10 878	3 900	3 944
- Autres impôts, taxes et versement assimilés	112 038	113 914	130 777	179 229
- Charges de personnel	1 605 912	1 643 253	1 696 620	1 611 934
<b>= Excédent brut d'exploitation</b>	<b>596 554</b>	<b>517 683</b>	<b>428 489</b>	<b>474 873</b>
en % de la VA	25,8%	22,9%	19,0%	21,0%
+ Autres produits de gestion	35 830	42 026	40 442	36 343
- Autres charges de gestion	13	102 390	102 533	105 734
- Participation des salariés	36 098	35 041	55 587	55 357
+/- Résultat financier	1 285	-3 039	-3 307	-2 347
+/- Résultat exceptionnel (réel, hors cessions)	34 877	10 377	97 781	24 953
- Impôts sur les bénéfices et assimilés	122 165	26 242	-20 801	73 688
<b>= Capacité d'Autofinancement</b>	<b>510 270</b>	<b>403 373</b>	<b>426 086</b>	<b>299 043</b>
en % du CA	14,9%	11,8%	12,4%	8,5%
- Dotations amortissements et dépréciations	86 158	118 923	337 165	145 438
+ Reprises sur dépréciations provisions et amort.	2	0	73 755	23 602
+ Quote part de subv. inv. virée au résultat	3 966	3 966	3 966	6 263
<b>= Résultat de l'exercice</b>	<b>428 079</b>	<b>288 416</b>	<b>166 643</b>	<b>183 470</b>

Source : comptes annuels Opalines.

La décomposition de l'évolution de l'excédent brut d'exploitation de la période sous revue fait apparaître une baisse de 122 K€. Cette diminution significative tient à l'accroissement des charges (+ 145 K€) liées à une dépendance et des soins accrus dispensés aux résidents, leur nombre n'ayant pas varié. L'augmentation des charges n'a pas été compensée par l'accroissement des recettes (24 K€), qui sont par ailleurs partiellement tirées d'une activité de portage de repas développée par l'établissement via le groupe. Les dotations versées par les autorités de tutelles étant restées stables.

Ce constat d'une augmentation des charges non compensée par celle des produits met en exergue un décalage existant entre le niveau des dotations allouées et l'évolution du couplage dépendance-soins qu'elles sont censées couvrir.

Ainsi, sur la période 2016-2019, les dotations sont calculées sur la base d'une coupe datant de 2010, cette coupe n'ayant été réactualisée que 9 années plus tard, en mai 2019. Si la prise en compte en temps réel du couplage dépendance-soins n'a pas d'incidence sur le forfait dépendance versé par le département, cette prise en compte ajustée sur la base des caractéristiques<sup>24</sup> mesurées par l'établissement de la population accueillie, a un impact particulièrement important. En effet, cela représente environ 210 K€<sup>25</sup> en cumul sur la période 2017-2019, soit un niveau proche de la provision constituée en 2018. À titre indicatif, la reprise de cette provision ramènerait les indicateurs de rentabilité à leur niveau de 2016.

<sup>24</sup> GPM /PMP.

<sup>25</sup> Cf. Tableau n° 18 pour le détail des calculs.

Enfin, le tableau dit des emplois et des ressources – ou tableau de financement<sup>26</sup> – synthétise le mode de gestion suivi par l'établissement contrôlé. Ce dernier a consacré l'essentiel de ses ressources propres à rémunérer ses actionnaires et à accroître sa trésorerie.

**Tableau n° 8 : Tableau de Financement**

<b>Ressources</b>	2016	2017	2018	2019	Cumul	Structure
<i>CAF avant participation</i>	546 368	438 414	481 673	354 400	1 820 855	84%
Cessions	48				48	0%
Diminution du besoin en fonds de roulement	414 691	34 311		141 796	347 796	16%
Diminution de la trésorerie		79 757	187 740			
<b>Total</b>	<b>961 106</b>	<b>552 483</b>	<b>669 414</b>	<b>496 196</b>	<b>2 168 698</b>	
<b>Emploi</b>						
Dépenses d'équipement	89 804	89 362	82 409	171 614	433 189	20%
Immobilisations financières	136				136	0%
Participation des salariés	36 098	35 041	55 587	55 357	182 083	8%
Dividendes	317 360	428 079	288 416	166 643	1 200 499	55%
Augmentation du besoin en fonds de roulement			243 002			
Augmentation de la trésorerie	517 706			102 582	352 791	16%
<b>Total</b>	<b>961 105</b>	<b>552 483</b>	<b>669 414</b>	<b>496 196</b>	<b>2 168 699</b>	

Source : CRC d'après les comptes annuels Opalines.

Ce tableau met ainsi en exergue que sur la période sous contrôle, les emplois et les ressources s'équilibrent à 2 M€, soit environ 0,5M€/an. Le versement des dividendes avec 55 % des emplois représente la principale affectation des ressources tirées de l'exploitation.

Il convient aussi de souligner les dépenses d'équipement (108 K€ en moyenne par an) consistant à la rénovation des chambres pour les adapter à une meilleure prise en charge des patients (installation des rails pour faciliter la prise en charge des résidents notamment), du système de refroidissement, des espaces de convivialité, la création d'une unité de vie pour les personnes les plus dépendantes. Ces travaux de réhabilitation ont été constatés par l'équipe de contrôle lors de sa visite sur site. En 2021, l'établissement a pour projet de rénover le rez-de-chaussée.

Pour information le délai de règlement moyen des fournisseurs se situe aux alentours de 58 jours alors que le délai moyen de paiement des résidents est de l'ordre de 18 jours ce qui explique un besoin en fonds de roulement négatif - 447 K€ en 2019<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> La gestion suivie par une entreprise détermine en effet un certain nombre d'emplois ou besoins de financement tels que les investissements en équipements, la réduction de l'endettement etc. Pour y faire face elle dispose des ressources financières qu'elle a elle-même dégagées (capacité d'autofinancement) d'autres ressources externes telles que l'emprunt ou des subventions d'équipement. En outre elle peut dégager des ressources en cédant des actifs, en diminuant son besoin en fonds de roulement.

<sup>27</sup> Cf. Annexe 4.



## 2.2.2 Une exploitation déficitaire des sections soins et dépendance compensée par une activité de portage de repas et la baisse de certaines charges

L'exploitation des ERRD produits permet de décliner l'exploitation par secteur d'activité. Leur analyse révèle que les secteurs soins et dépendance seraient déficitaires. Pour compenser ce déficit, l'établissement recourt à une contribution accrue de la section hébergement, laquelle est passée de 8 % en 2016 à 39 % en 2019.

Toutefois ce constat est à nuancer au regard du caractère déclaratif des ERRD. L'interprétation de ce résultat, issue des ERRD, est donc à manier avec précaution.

**Tableau n° 9 : Résultats comptables par secteur d'activité**

	2016			2017			2018			2019		
	Hébergement	Dépendance	Soins	Hébergement	Dépendance	Soins	Hébergement	Dépendance	Soins	Hébergement	Dépendance	Soins
Groupe I : produits de la tarification	2 193 404	3 16 617	906 964	2 201 407	303 010	911 953	2 168 261	327 056	951 864	2 275 196	289 558	969 648
Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation	87 534	0	0	82 774	0	0	168 160	0	0	103 441	0	0
Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	2 644	0	0	-33 380	0	33 380	73 755	0	0	23 602		
Total Recettes (A)	2 283 682	3 16 617	906 964	2 250 821	303 010	945 313	2 400 176	327 056	951 864	2 402 239	289 558	969 648
Groupe I : charges afférentes à l'exploitation courante	220 347	38 295	124 365	214 778	39 318	138 068	253 165	33 657	144 484	281 438	41 132	147 059
Groupe II : charges afférentes au personnel	613 186	293 476	796 287	629 664	286 808	825 750	655 295	307 895	839 082	554 891	273 855	887 551
Groupe III : charges afférentes à la structure	983 502	0	8 605	1 078 323	0	0	1 271 823	0	6 843	1 265 985	0	16 065
Total dépenses (B)	1 817 035	332 771	929 277	1 920 764	326 126	963 837	2 180 283	341 753	990 418	2 102 314	314 987	1 050 675
= Résultat de l'exercice	466 646	- 16 154	- 22 313	330 056	- 23 116	- 18 525	219 894	- 14 697	- 38 554	299 925	- 25 429	- 91 027
Ensemble secteur			428 079			288 418			166 643			183 470

Source : d'après ERRD Opalines.

Avec un poids de 58,6 %, les recettes d'hébergement constituent la principale ressource de l'EHPAD. Leur évolution sur la période sous revue (+ 1,7 %), adjointe de celle des produits annexes (+ 21,5 %), a néanmoins permis de contrecarrer la baisse des dotations en provenance de l'ARS (- 1,4 %) et du département (- 3,4 %).

Ainsi, les produits courants sont restés quasiment stables. À l'inverse les charges courantes ont connu une croissance moyenne de 4,2 % l'an, « portée » par les dépenses de structure de l'établissement (+ 9,4 %), les charges de personnel (participation et CICE inclus) ayant été contenues (+ 1,8 %).

Tableau n° 10 : Évolution et structure des produits et charges courants

en €	2016	2017	2018	2019	Structur moyenne
Dotations et produits de tarification	3 309 728	3 287 927	3 303 986	3 340 425	95,5%
<i>dont produits à la charge de l'assurance maladie</i>	1 002 919	964 514	951 791	960 202	<b>28,0%</b>
<i>dont produits à la charge du département</i>	320 707	303 010	325 893	289 445	<b>8,9%</b>
<i>dont produits à la charge de l'utilisateur</i>	1 986 102	2 020 403	2 026 302	2 090 778	<b>58,6%</b>
+ Produits et prestations hors remboursements de frais	108 210	128 842	143 196	193 977	4,1%
+ Subventions d'exploitation	6 478	10 878	3 900	3 944	0,2%
+ Autres produits de gestion courante	13 360	10 285	1 570	-431	0,2%
+ Produits financiers et gains de change (réels)	2 642	0	0	0	0,0%
<b>= Produits courants nets des rbst de frais entre budgets</b>	<b>3 440 419</b>	<b>3 437 932</b>	<b>3 452 652</b>	<b>3 537 916</b>	<b>100,0%</b>
+ Remboursement de frais par les autres budgets	0	0	0	0	
<b>= Produits courants</b>	<b>3 440 419</b>	<b>3 437 932</b>	<b>3 452 652</b>	<b>3 537 916</b>	
<i>Subventions d'exploitation en % des produits courants</i>	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	
<i>Dotations et produits de la tarification en % des produits courants</i>	96,2%	95,6%	95,7%	94,4%	
Charges à caractère général	1 109 912	1 254 967	1 297 699	1 375 726	43,5%
<i>dont charges d'exploitation afférente à la structure</i>	740 886	877 729	891 308	970 964	
+ Charges de personnel	1 578 459	1 602 584	1 686 645	1 667 291	<b>56,4%</b>
+ Autres charges de gestion courante	13	221	30	2 319	<b>0,0%</b>
+ Charges d'intérêt et pertes nettes de change (réelles)	1 357	3 039	3 307	2 347	0,1%
<b>= Charges courantes nettes des rbst de frais entre budgets</b>	<b>2 689 741</b>	<b>2 860 811</b>	<b>2 987 681</b>	<b>3 047 684</b>	<b>100,0%</b>
+ Remboursement de frais aux autres budgets	0	0	0	0	
<b>= Charges courantes</b>	<b>2 689 741</b>	<b>2 860 811</b>	<b>2 987 681</b>	<b>3 047 684</b>	
<i>Charges de personnel en % des charges courantes</i>	65,1%	66,0%	63,4%	66,6%	
<i>Intérêt et pertes de change en % des charges courantes</i>	2,9%	2,1%	1,5%	1,0%	

Source : CRC d'après les comptes annuels Opalines.

Pour optimiser ses recettes, l'établissement a mis à profit sa cuisine pour développer en interne une activité de portage de repas dont les recettes sont passées de 70 K€ à 162 K€ en 2019. La marge brute dégagée sur l'activité de portage de repas est de l'ordre de 57 %<sup>28</sup>.

Pour Les Opalines La Ciotat, selon les données transmises par le comptable, le coût direct des denrées alimentaires s'établit à 4,50 € (pour 4 repas journaliers, dont deux principaux soit environ 1,13 € par repas) en 2019. Il s'agit d'un coût particulièrement modique qui s'explique par le support de la centrale d'achat du groupe. La mutualisation et la massification des achats qui en découle permettant l'obtention de meilleurs prix.

Concernant les achats de protections, la dépense a évolué en moyenne de 3 % par année pour s'établir à 30 K€ en moyenne sur la période, soit environ 53 500 protections. Cela correspond à environ 2 protections par jour et par résident, ce qui semble particulièrement insuffisant au vu de l'âge et du GIR moyen des résidents de l'établissement. Cela entre en contradiction avec les indications du personnel soignant, les protections étant changées en tant que de besoin.

L'optimisation de ces deux postes de dépenses expliquent pour partie la rentabilité dégagée par l'établissement.

<sup>28</sup> 69 815 € d'achat matières pour une recette de 161 920 €.

## 2.2.2.1 Des frais de structure importants

Les Opalines La Ciotat réalise des prestations qui lui sont facturées par le groupe, mises en exergue par l'examen des grands livres :

Tableau n° 11 : Évolution des frais de structure

en €	2016	2017	2018	2019	Var. annuelle moyenne
Location résidence	476 471	476 471	476 471	477 887	0,1%
Honoraires Groupe	95 940	95 940	95 940	113 490	5,8%
Honoraires SAEMR	0	28 470	28 470	28 470	
Autres charges	50 808	45 705	48 378	46 824	-2,7%
Autres impôts, taxes et versement assimilés	19 383	7 782	7 782	5 842	-33,0%
Taxe Foncière	12 770	15 339	18 594	79 894	84,3%
Redevance marque Groupe	0	102 169	102 503	103 415	
<b>TOTAL</b>	<b>655 371</b>	<b>771 876</b>	<b>778 138</b>	<b>855 821</b>	<b>9,3%</b>

Source : d'après le Grand Livre comptes Opalines La Ciotat.

Ainsi, l'établissement est locataire des bâtiments (d'une superficie de 3 718 m<sup>2</sup>) et des terrains (1 475 m<sup>2</sup>) qu'il occupe auprès de la SCI Age d'or appartenant au groupe SGMR. La taxe foncière est facturée par le groupe à l'établissement. Des honoraires dits groupes d'un montant de 95 K€ puis 113 K€ entre 2016 et 2019 sont versées chaque année au groupe. SGMR facture également à l'établissement une redevance pour licence de marque et concession de savoir-faire d'un montant de 103 K€. Cette redevance est égale à 3 % du chiffre d'affaires réalisé par la société au cours de l'exercice.

Depuis son appartenance au groupe, l'établissement bénéficie de conditions avantageuses notamment en terme de prix pour les achats liés à son activité (denrées alimentaires, produits d'hygiène et d'incontinence etc.). Cette prestation de référencement est refacturée à la société contrôlée par SAEMR (centrale d'achat du groupe) au prix d'1 euro par pensionnaire et par jour, soit un montant total de l'ordre de 28 K€ chaque année.

Concernant les autres charges, certaines concernent des prestations facturées par la centrale d'achat au titre des produits pharmaceutiques et du matériel médical.

Au total, les prestations facturées par le groupe se sont élevées à 655 K€ en 2016, 772 K€ en 2017, 778 K€ en 2018 et 856 K€ en 2019. Si l'on y ajoute les bénéfices versés aux actionnaires, c'est donc en moyenne 1 M€ par an qui remonte au groupe.

## 2.2.2.2 Des ressources hébergement et produits annexes hétérogènes

Les recettes d'hébergement sont appelées à couvrir l'ensemble des charges qui ne relèvent ni du soin, ni de la dépendance. Il s'agit principalement des frais d'hôtellerie, d'animation et de restauration. Les dépenses de direction de l'établissement, les éventuels frais de siège, ainsi que les charges financières et les dotations aux amortissements sont affectées à la section hébergement.

Les dispositions de l'article L. 342-2 CASF impose un « *socle de prestations* » correspondant aux prestations minimales relatives à l'hébergement des personnes âgées dépendantes. La liste de ces prestations, présentée en annexe 4, est fixée à l'annexe 2-3-1 du même code<sup>29</sup>.

Les tarifs d'hébergement sont à la charge de la personne âgée ou de sa famille et sont librement déterminés par le gestionnaire (article L. 342-3 CASF), sauf habilitation à l'aide sociale et conventionnement au titre du logement social. Seule l'évolution du tarif, d'une année sur l'autre pour une même personne, est encadrée par un arrêté ministériel annuel<sup>30</sup>.

Il résulte de l'instruction que les tarifs hébergement pratiqués par l'établissement contrôlés sont très hétérogènes. Ils oscillent pour la plupart entre 57 € et 93 € par jour, soit une facture mensuelle variant de 1 500 € à 3 000 €. L'amplitude des tarifs pratiqués par l'établissement contrôlé est plus importante que celle constatée dans les départements des Bouches-du-Rhône, où les prix moyens en 2018 varient, selon le statut de l'EHPAD et de la situation des résidents, de 59 à 82 € pour une chambre seule.

Si la plupart des EHPAD publient leurs tarifs sur le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, tel n'est pas le cas des Opalines La Ciotat.

À partir du grand livre et des recettes de la dépendance, il a été mis en évidence pour l'exercice 2019 – outre les tarifs fixés par le département s'appliquant aux bénéficiaires de l'aide sociale soit 57,97 € (TTC) – quatre autres prix s'échelonnant de 69,60 € TTC à 88,40 € TTC, soit en moyenne 80,60 €. Les Opalines La Ciotat se situe ainsi dans la fourchette basse des concurrents de proximité<sup>31</sup>. Il en va de même pour le reste à charge<sup>32</sup> qui se situait en 2018 pour Les Opalines La Ciotat à environ 2 510 € contre 2 740 € pour la concurrence.

### 2.2.3 Le recours actif au CICE

De 2016 à 2018, ce crédit a représenté 6 % des rémunérations versées n'excédant pas 2,5 fois le SMIC, soit en moyenne 90 % pour Les Opalines La Ciotat. En 2019, le CICE a été remplacé par un allègement de cotisations patronales sur les bas salaires.

Participation et CICE ont été intégrés dans les charges de personnel dans le tableau des soldes de gestion.

---

<sup>29</sup> Aux termes de l'article D. 342-3 CASF : « *La liste des prestations minimales relatives à l'hébergement prévue au troisième alinéa de l'article L. 342-2 est fixée à l'annexe 2-3-1* ».

<sup>30</sup> Arrêté du 16 décembre 2020 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées (...) Les prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement des personnes âgées par les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles ne peut augmenter de plus de 0,46 % au cours de l'année 2021 par rapport à l'année précédente.

<sup>31</sup> EHPAD Privé dans un rayon de 20 KM pour lesquels en 2018, le prix moyen d'une chambre seule s'établissait à 85,40 € TTC.

<sup>32</sup> Le reste à charge est le montant qui reste à la charge du résident pour un mois d'hébergement, déduction faite de deux aides publiques que sont l'APA et l'APL.

En l'espèce, les annexes aux comptes annuels de la période sous revue n'apportent aucune indication précise sur l'emploi du CICE en se bornant à indiquer sans précision l'utilisation générique de ce crédit d'impôt pour « le financement des investissements », « la pérennisation des emplois » et « des actions de formation ». Si l'on se réfère aux effectifs déclarés dans les EPRD, le CICE perçu par l'entreprise semble avoir permis de verser une participation aux salariés de l'EHPAD, motif qui n'apparaît pas au nombre de ceux prévus par la réglementation et non justifié par l'ordonnateur.

## 2.3 Les dépenses et ressources de médicalisation (soins et dépendance)

### 2.3.1 La réforme de la tarification et la convergence tarifaire

Si l'EHPAD est une structure autonome, sa structure de tarification ternaire<sup>33</sup> est organisée en sections distinctes : la section soins, la section dépendance et la section hébergement financées de manière distincte :

- les ressources de la section dépendance, proviennent du département, elles servent aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues...) ;
- les ressources de la section soins proviennent de l'assurance maladie, elles servent à financer le personnel soignant et les équipements médicaux ;
- les ressources de la section de l'hébergement, proviennent des usagers ou du département pour ceux qui ont été admis à l'aide sociale à l'hébergement.

Jusque fin 2016, dans chacune des sections tarifaires, le prix de journée était le quotient du budget prévisionnel (accepté par l'autorité de tarification), sur le nombre de journées prévisionnelles, dans une logique de couverture des charges. La réforme de la tarification initiée par le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 s'est traduite par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance, basé sur les besoins des résidents prenant en compte leur niveau d'autonomie (GMP) et de pathologie (PMP). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les calculs des « forfait soins » et « forfait dépendance » induisent une convergence tarifaire<sup>34</sup>, initialement établie sur 7 ans puis ramenée à 5 par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 en ce qui concerne le forfait soin.

---

<sup>33</sup> La tarification ternaire a été mise en place en avril 1999. Cette réforme avait l'intention d'établir la transparence des coûts, le renforcement des financements apportés par l'assurance maladie, la possibilité pour chaque résident de bénéficier de l'APA individuellement et le développement de la qualité des services offerts dans le cadre de la signature de conventions tripartites entre l'établissement, le conseil départemental et l'assurance maladie par l'intermédiaire d'un représentant de l'état.

<sup>34</sup> Le rythme de convergence vers le forfait cible est donc de d'1/7<sup>ème</sup> en 2017, d'1/6<sup>ème</sup> en 2018, d'1/5<sup>ème</sup> en 2019, d'un quart en 2020, d'un tiers en 2021, de moitié en 2022 et une résorption totale en 2023 pour la dépendance, **d'1/3, en 2019 d'1/2 en 2020 et le reste en 2021 pour le forfait soin.**

La convergence permet de réduire l'écart, par paliers, entre les produits de la tarification reconductibles N-1, c'est-à-dire en 2016, et le résultat de l'équation tarifaire qui est la cible à atteindre. Au terme de cette période, tous les établissements devraient bénéficier de la totalité du forfait, sous réserve des éventuelles modulations liées à l'activité.

La convergence tarifaire consiste donc à actualiser les produits reçus en 2016 au titre de la dépendance et des soins.

## 2.3.2 L'évolution des ressources et leurs caractéristiques

### 2.3.2.1 L'évolution du niveau de dépendance de l'établissement

En EHPAD, la prise en charge des résidents est fonction de leur niveau de dépendance, évalué selon le GMP – GIR Moyen pondéré – et les soins qui en résultent, classés selon le PMP - pathos moyen pondéré.

#### ➤ Le GIR moyen pondéré (GMP)

La prise en charge administrative de la dépendance des personnes âgées passe par une évaluation principalement établie au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso ressources). Selon les limitations de capacité dont elle souffre, la personne dépendante est classée sur une échelle allant du groupe iso-ressource (GIR) 1 au GIR 6 (1 représentant le plus fort degré de dépendance et 6, le plus faible degré de dépendance). La spécificité des groupes est donnée en annexe n° 5.

Chacun des groupes fait l'objet d'une cotation qui permet de calculer un GMP au niveau de chaque établissement<sup>35</sup>.

#### ➤ Le PATHOS moyen pondéré (PMP)

À la différence de la grille AGGIR, qui sert à évaluer la perte d'autonomie du résident, le PATHOS en EHPAD permet de définir un projet de soins personnalisé. Il combine :

- 50 états pathologiques, (de l'insuffisance cardiaque à un état terminal à plus ou moins longue échéance) ;
- 12 profils de soins nécessaires (de la surveillance simple à des soins lourds) ;
- 8 niveaux de soins requis (de la délivrance seule de médicament à des soins octroyés par un médecin gériatre).

---

<sup>35</sup> Le GMP se calcule selon la formule suivante :

$$GMP = \frac{\sum_1^6 ni \times Gi}{N}$$

ni = effectif entrant dans le GIR concerné.

Gi = Cotation ou pondération du GIR (plus l'autonomie est moindre et plus la cotation est importante) avec Gi € {70....1 000}.

N = Effectif de l'EHPAD au moment de la coupe ou « girage ».

Le PMP sert ainsi à mesurer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des polyopathologies. Ce PMP est complété à titre qualitatif par un profil de patient dit « SMTI » ou soins médicaux et techniques importants correspondant à la nécessité d'une prise en charge par une structure disposant de moyens matériels et humains suffisants pour assumer correctement et en toute sécurité des pathologies "lourdes" évolutives et/ou instables.

Au niveau national, le niveau de perte d'autonomie et le besoin en soins continuent d'augmenter comme en témoignent les chiffres publiés par caisse nationale de solidarité pour l'autonomie<sup>36</sup>. En 2017, le GMP moyen était de **726** (contre 722 en 2016 et 680 en 2010). Le PMP moyen était quant à lui de **213** (contre 211 en 2016 et 180 en 2010).

Concernant Les Opalines La Ciotat, si ses dotations étaient indexées jusqu'en 2019 sur une coupe datant de 2010 avec un GMP de 744 et un PMP de 176, l'évolution de ces indicateurs calculés en interne montrent un niveau de dépendance en augmentation et supérieur à la moyenne nationale pour un besoin de soin équivalent :

**Tableau n° 12 : PMP et GMP mesurés par l'établissement**

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>GMP</i>	759,6	796,2	772,7	791,4	794,5
<i>PMP</i>	213	208	194	223	200

Source : données Opalines.

Il ressort des entretiens menés avec les autorités de tutelles que pour l'année 2020, le PMP et le GMP de l'établissement ont été respectivement fixés à 770 et 223, en deçà donc pour le GMP. Ces valeurs seront révisées de manière certaine à chaque renouvellement de CPOM et, au plus tôt, tous les trois ans.

Cette actualisation différée des indicateurs est peu propice à une prise en charge efficiente de la dépendance, dans un contexte de vieillissement de la population et de perte d'autonomie accrue. Dans l'attente de révision de leur dotation, les établissements sont amenés à un effort de trésorerie qui pourrait se faire au détriment des résidents.

Par ailleurs l'application uniforme d'équation tarifaire ne permet pas de prendre en compte les aspects qualitatifs de l'organisation des soins en EHPAD.

<sup>36</sup> Cf. annexe n° 6.

### 2.3.2.2 Les dotations tarifaires

#### 2.3.2.2.1 Un forfait global dépendance qui ne représente pas fidèlement la perte d'autonomie

Le forfait global relatif à la dépendance comporte deux volets cumulatifs :

- un premier est calculé sur la base du niveau de perte d'autonomie<sup>37</sup> (NPA) des résidents de l'établissement et des financements complémentaires prévus par le CPOM ;
- un second comporte des financements complémentaires (forfait autonomie par exemple).

Le NPA de l'établissement est multiplié par sa capacité installée d'hébergement (dont est déduite la capacité prévue pour l'accueil temporaire). Ce produit est multiplié par la valeur du point GIR départemental<sup>38</sup>, déterminée par le président du conseil départemental pour obtenir une cible dite de convergence laquelle par lissage sur 7 ans et à partir du montant de la dotation antérieurement versée avant la réforme tarifaire, permet d'atteindre un forfait global dépendance avec convergence ou équation tarifaire.

**Tableau n° 13 : Détermination du forfait global dépendance**

	2017	2018	2019	2020
NPA ou Perte d'autonomie (A)	68 200	68 200	66 500	69 340
Valeur du point GIR (B)	5,94	6,06	6,18	6,3
<b>Cible de convergence (C=A*B)</b>	<b>405 108</b>	<b>413 292</b>	<b>410 970</b>	<b>436842</b>
Convergence tarifaire (D)	7	6	5	4
Montant des produits reconductibles (E)	336 325	346 151	357 341	370 230
Montant de la convergence (F=C-E)	68 783	67 141	53 629	66 612
Palier de convergence (G=F/D)	9 826	11 190	10 726	16 653
<b>Forfait global dépendance avec convergence (H=E+G)</b>	<b>346 151</b>	<b>357 341</b>	<b>368 067</b>	<b>386 883</b>

Source : CRC d'après conseil départemental 13.

De ce résultat ou équation dite tarifaire découle la dotation au titre de l'APA<sup>39</sup> après déduction des éléments suivants :

- le montant prévisionnel de la participation des résidents non bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie résidents (classés en GIR 5 et 6) ou ticket modérateur ;
- le montant des tarifs journaliers afférents à la dépendance applicable aux autres départements dans lesquels certains résidents ont conservé leur domicile de secours ;
- la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans ;
- l'APA dite différentielle.

<sup>37</sup> Le calcul du NPA répond à la même logique que celui du GMP mais s'appuie sur des pondérations différentes :

$$NPA = \sum_{k=1}^6 n_i \times C_{pi}$$

$n_i$  = effectif entrant dans le GIR concerné.

$C_{pi}$  = Cotation ou pondération de la perte d'autonomie avec  $C_{pi} \in \{280...1\ 040\}$ .

<sup>38</sup> 5,94 € en 2017, 6,06 € en 2018 et 6,18 € en 2019, 6,30 € en 2020.

<sup>39</sup> L'APA est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. Il n'y a pas de conditions de revenu pour en bénéficier mais le montant attribué dépend du niveau de revenus. L'APA ne fait l'objet d'aucune récupération des sommes reçues ni du vivant ni au décès de son bénéficiaire.



**Tableau n° 14 : Dotation APA**

	2017	2018	2019	2020
Forfait global dépendance	346 151	357 341	370 230	386 883
Tickets Modérateur	86 690	86 265	82 495	96 450
Participation hors département	75 443	80 814	102 335	68 052
Participation moins de 60 ans	0	0	9 305	4 861
APA Différentielle	66 745	10 756	43 773	2 556
<b>Dotation dépendance</b>	<b>117 273</b>	<b>179 507</b>	<b>132 321</b>	<b>214 964</b>

Source : CRC d'après conseil départemental 13.

Cette dotation vient compenser, de fait, la réduction de tarifs journaliers dont bénéficient certains résidents, environ 56 en moyenne, soit 70 %, pour Les Opalines La Ciotat. L'APA s'est donc ainsi élevée à 117 K€ en 2017, 179 K€ en 2018, 132 K€ en 2019 et 215 K€ en 2020.

La dotation APA versée à l'établissement par le département devrait par conséquent compenser la réfaction relative à la facturation des résidents en bénéficiant. La recette nette issue des dotations dépendance correspondrait ainsi aux tarifs votés par le département. Toutefois, l'analyse démontre que tel n'est pas le cas. En reprenant dans les comptes de l'établissement la facturation correspondant aux tarifs fixés par le département et l'APA déduite des factures des résidents concernés, il en résulte comme le montre le tableau ci-après, une minoration en 2019 du prix de journée de l'ordre de 2 €, avec une moins-value financière d'environ 54 K€ pour l'établissement comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 15 : Prix facturé et prix moyen impact du différentiel**

	2017	2018	2019
Facturation résidents HT	328 918	343 628,96	348 304
Facturation résidents TTC	347 009	362 529	367 461
Facturation TTC APA déduite (A)	326 804	344 792	308 666
Nombre de jours d'activité (B)	27 654	27 016	27 905
Prix de journée facturé (A/B)	11,82	12,76	11,06
Prix de journée moyen	12,16	12,55	13,00
Ecart /j	-0,34	0,21	-1,94
Incidence Financière	<b>-9 426</b>	<b>5 701</b>	<b>-54 217</b>

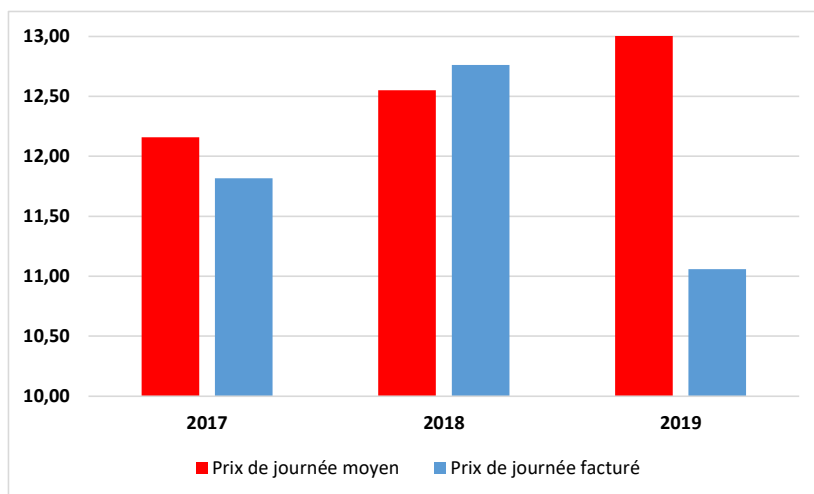
Source : CRC d'après comptes Opalines, ERRD 2019<sup>40</sup>, conseil départemental 13.

Cet écart entre le prix de journée facturé et le prix de journée moyen trouve une explication partielle dans le prélèvement de l'APA sur les résidents hors département, qui est calculée en fonction du prix moyen<sup>41</sup>. Dès lors, les résidents classés en GIR3-4 sont prélevés d'un montant supérieur au prix de journée facturé (soit 10 €/j en 2019), le niveau moyen de l'APA pour les résidents du département ressortissant à 9,50 € selon les données du grand livre. Interrogés sur ce point, les services ont confirmé que les résidents hors département n'étaient pas « girés ».

<sup>40</sup> Cf. Annexe n° 8.

<sup>41</sup> Forfait global dépendance divisé par le nombre de résidents et le nombre de jours d'ouverture soit 365 pour Les Opalines La Ciotat soit 12,16 € en 2017, 12,55 € en 2018, 13 € en 2019 et 13,59 € en 2020.

**Graphique n° 1 : Prix de journée moyen et prix facturé**



Source : CRC.

Ce traitement différencié pourrait inciter les EHPAD à n'accueillir que les résidents du département. Cette stratégie financière aurait notamment pour effet indésirable, le refus de rapprochements familiaux, souvent essentiels dans la prise en charge de la dépendance.

Cette équation tarifaire sert aussi de base de calcul d'un tarif journalier dépendance par GIR<sup>42</sup> lequel s'est établi comme suit pour Les Opalines La Ciotat.

**Tableau n° 16 : Tarif journalier pour Les Opalines La Ciotat**

Tarifs dépendance TTC (CRC)	2017	2018	2019	2020
GIR 5-6	3,89	4,02	4,25	4,28
GIR 3-4	9,18	9,47	10,01	10,09
Gir 1-2	14,46	14,93	15,77	15,90
<b>Notification TTC CD13</b>				
GIR 5-6	3,89	4,02	<b>4,27</b>	4,28
GIR 3-4	9,18	9,47	<b>10,07</b>	10,09
Gir 1-2	14,46	14,93	<b>15,86</b>	15,9

Source : d'après conseil départemental 13 et CRC.

<sup>42</sup> le produit obtenu de l'équation tarifaire ou forfait global dépendance est divisé par le nombre de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents puis par le nombre de jours d'ouverture de l'établissement ; ce résultat obtenu est multiplié par 280 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 (...) multiplié par 660 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 3 et 4 (...) multiplié par 1 040 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 1 et 2.

Il est rappelé que jusqu'en 2019, les tarifs dépendaient d'une coupe de 2010 et ce n'est qu'en mai 2019 que le GMP de l'établissement a été réactualisé pour être fixé à 770<sup>43</sup> pour le calcul des tarifs 2020.

Sauf dispositions dérogatoires non connues au moment de l'instruction, les tarifs 2019 ne sont pas corrects, le département retenant un niveau de perte d'autonomie de 68 250 alors qu'il ressort de son rapport d'instruction et de l'effectif de l'établissement un niveau de perte d'autonomie de 66 500<sup>44</sup> ce qui conduit à des prix TTC plus élevés, 4,27 €/j au lieu de 4,25 €/j pour les résidents les moins dépendants par exemple en dépit d'une perte d'autonomie moins importante, ce qui paraît peu logique.

Cette observation et l'impact simulé du GMP sur les tarifs des Opalines La Ciotat montrent que, de par leur construction, les tarifs GIR ne prennent pas en compte l'évolution du niveau de perte d'autonomie et partant de dépendance.

Il apparaît en effet que les points de perte d'autonomie sont communs au numérateur et au dénominateur dans la formule de calcul des tarifs. En conséquence, ils se neutralisent.

Il résulte que les tarifs GIR appliqués sont en réalité les prix de journée datant de 2016, actualisés en fonction de la seule l'évolution du point GIR du département mais déconnecté du niveau de perte d'autonomie.

Pour 2020, l'application de l'équation tarifaire pour déterminer les tarifs GIR journaliers n'appelle pas d'observation particulière.

L'impact simulé de la variation du GMP sur les tarifs des Opalines et la prise en compte de la perte d'autonomie sur le calcul des tarifs journalier est retracé en annexe n° 7.

#### 2.3.2.2.2 Le forfait global soins

Le forfait global relatif aux soins comprend un forfait résultant d'une équation tarifaire dite GMPS qui restitue le niveau de dépendance et le besoin en soins requis des résidents, et des financements complémentaires. Il dépend là aussi d'une valeur cible à atteindre calculée selon la formule :

<p>GMPS x valeur du point ou tarif global ou partiel x capacité avec <math>GMPS = GMP + (2.59^{45} \times PMP)</math></p>
---

<sup>43</sup> Après un processus contradictoire avec l'établissement, le médecin coordonnateur de l'EHPAD proposait un niveau s'établissant à 794, le conseil départemental retenant dans un premier temps un niveau de 762 pour le fixer définitivement à 770 par effet « d'harmonisation ».

<sup>44</sup> En fait, par erreur pour le rapporteur, le département a mixé les deux niveaux de perte d'autonomie celui de 68 250 pour le calcul forfait dépendance après convergence, et celui de 66 500 pour le calcul des prix journaliers ce qui a conduit à une sur estimation des tarifs de l'ordre de 0,6 %.

<sup>45</sup> Le coefficient de 2,59 a été calibré lors de l'enquête dite ERNEST (échantillon représentatif national des établissements pour simuler la réforme de la tarification) afin que le PMP moyen alors constaté (116) ait un effet budgétaire équivalent à un GMP de 300.

Deux tarifs de soins pris en charge par l'assurance maladie, global ou partiel<sup>46</sup>, sont proposés aux établissements qui sont libres de leur choix. Toutefois, la valeur du point diffère selon les différentes options tarifaires. Pour 2019 les valeurs annuelles du point sont les suivantes :

- pour les établissements ayant opté pour le tarif global et ne disposant pas de PUI (pharmacie à usage interne) : 12,44 € ;
- pour les établissements ayant opté pour le tarif global et disposant d'une PUI : 13,10 € ;
- pour les établissements ayant opté pour le tarif partiel et ne disposant pas de PUI : 10,26 € ;
- pour les établissements ayant opté pour le tarif partiel et disposant d'une PUI : 10,87 €.

À l'instar du forfait dépendance, la convergence tarifaire s'applique mais sur 5 années.

Les Opalines La Ciotat ne disposant pas de PUI a opté pour le tarif partiel, soit 10,37 €. La dotation ARS qui lui est allouée est donc calculée comme suit :

**Tableau n° 17 : Dotation ARS**

	2016	2017	2018	2019	2020
Nb Résidents (n)	78	78	78	78	78
<b>GMP (g)</b>	744,1	744,1	744,1	744,1	770
<b>PMP (p)</b>	176	176	176	176	223
<b>GMPS (gm =g*2,59*p)</b>	<b>1199,94</b>	<b>1199,94</b>	<b>1199,94</b>	<b>1199,94</b>	<b>1347,57</b>
<b>valeur du point (v)</b>	10	10,1	10,17	10,26	10,37
<b>Dotation Plafond (A=gm*v*n)</b>	935 953,20	945 312,73	951 864,40	960 287,98	1 089 995,47
<b>Dotation au 01/01/N actualisée (B)</b>	934 823,67	944 358,87	951 864,40	960 287,98	970 851,15
<b>Convergence (C=A-B)</b>	1 129,53	953,86	0,00	0,00	119 144,32
Crédits non reconductibles (D)	8 605,40	0,00	0,00	9 360,00	114 404,40
Reprise excédents n-2 (E)	36 464,90	33 359,73	0,00	0,00	
<b>Dotation Soins (G=B+C+D-E)</b>	908 093,70	911 953,00	951 864,40	969 647,98	1 204 399,87
<b>Dotation Notifiée</b>	<b>906 964,17</b>	<b>911 953,00</b>	<b>951 864,40</b>	<b>969 647,98</b>	<b>1 144 827,71</b>
Ecart	1 129,53	0,00	0,00	0,00	59 572,16

Source : CRC d'après ARS.

Ce calcul de la dotation fait ainsi ressortir un écart entre la dotation calculée et la dotation notifiée de 1 129 € en 2016 et de 59 572 € en 2020. Ce dernier montant constitue un écart de convergence que l'établissement encaissera en complément de sa dotation de 2021.

Il est à noter qu'au titre de la crise sanitaire l'établissement a reçu en 2020 une dotation complémentaire (CNR) de 114 K€<sup>47</sup>.

Pour rappel, jusqu'en 2019 les dotations étaient indexées sur une coupe de 2010.

<sup>46</sup> Pour le tarif partiel, les soins suivants sont pris en charge : salaire des auxiliaires médicaux (infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides-soignantes) et du médecin coordonnateur de l'EHPAD, les actes des infirmiers libéraux, le petit matériel (compresses, seringues...), le matériel médical (canne, fauteuil roulant manuel...).

Pour le tarif global, les frais suivants sont pris en charge, en plus des soins compris dans le tarif partiel : la rémunération des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'EHPAD ou des auxiliaires médicaux libéraux (ergothérapeutes, kinésithérapeutes), certains examens de biologie et de radiologie et certains médicaments.

<sup>47</sup> CNR détaillés en partie 5.

La prise en compte du couplage dépendance-soin en temps réel, tel que mesuré par l'établissement aurait eu un impact minimal de 300 K€ sur la dotation versée.

**Tableau n° 18 : Impact de la non actualisation de la coupe sur la dotation ARS**

	2016	2017	2018	2019
Nb Résidents (n)	78	77	73	77
<b>GMP (g)</b>	760	796	773	791
<b>PMP (p)</b>	213	208	194	223
<b>GMPS (gm =g*2,59*p)</b>	<b>1 311,27</b>	<b>1 334,92</b>	<b>1 275,16</b>	<b>1 368,97</b>
valeur du point (v)	10	10,1	10,17	10,26
<b>Dotation Plafond (Opalines)</b>	1 022 790,60	1 038 167,28	946 691,54	1 081 513,68
<b>Dotation P ARS</b>	935 953,20	945 312,73	951 864,40	960 287,98
<b>Ecart</b>	86 837,40	92 854,55	-5 172,87	121 225,70
<b>Ecart cumulé</b>				<b>295 744,78</b>

Source : CRC d'après données Opalines.

### 3 LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS

#### 3.1 Les moyens humains disponibles

L'établissement contrôlé consacre annuellement la moitié de ses charges d'exploitation aux charges de personnels.

**Tableau n° 19 : Part des rémunérations liées aux soins et à la dépendance dans le budget**

	2016	2017	2018	2019	Variation
<i>Charges salariales</i>	1 605 912	1 643 253	1 696 620	1 611 934	+ 0.3 %
<i>Charges salariales soins et dépendance</i>	1 089 763	1 112 557, 12	1 223 746, 80	1 173 287, 86	+ 7.6 %
<i>% des charges salariales S + D sur les charges salariales</i>	67,8 %	67,7 %	72 %	72,7 %	+ 4,9 points
<i>Total des charges d'exploitation</i>	2 914 034	3 131 277	3 432 290	3 314 646	+ 13,74 %
<i>% charges salariales sur le total des charges d'exploitation</i>	55,1 %	52,47 %	49 %	48,6 %	- 6,5 points

Source : tableau CRC sur données CA, ERRD et Bilans 2016-2019.

Au titre de la période contrôlée les charges salariales liées à la dépendance et aux soins marquent une progression de 7,6 % entre 2016 et 2019, alors même que la masse salariale sur la période reste stable. Cela implique une ventilation des effectifs en faveur du soin et de la dépendance en raison de la prise en charge de davantage de résidents présentant un état de dépendance plus élevé.

### 3.1.1 L'évolution des effectifs

Le nombre des effectifs affectés aux soins et à la dépendance sont fixés par la convention tripartite<sup>48</sup> signée avec les autorités de tutelle – département des Bouches-du-Rhône et agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. La convention applicable a été signée le 21 mai 2013, pour une période de cinq années à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2012.

Ce n'est qu'en 2016 que l'établissement a atteint les taux d'effectifs fixés par cette convention, notamment pour les effectifs infirmiers et le médecin coordinateur. Tous les effectifs sont en possession des diplômes requis et disposent de fiches de postes précises.

L'évolution des effectifs<sup>49</sup> affectés aux soins et à la dépendance pour la période sous revue, retracée au travers du compte administratif de 2016 et des ERRD de 2017 à 2019, est en progression malgré un fléchissement de l'effectif de la catégorie « AS-AMP-ASG » en 2017, pour lequel la variation relevée par rapport à l'année 2016 est de - 3,75, soit une diminution des effectifs de 11 % entre 2016 et 2017. La direction de l'établissement explique cette variation par l'emploi, selon les années, d'environ deux FFAS<sup>50</sup> (ces derniers peuvent être comptabilisés en ASH), sans que cela affecte les ETP réels recensés au planning.

Au 31 décembre 2019, l'ERRD de l'établissement affiche un effectif dédié au personnel affecté aux soins et à la dépendance de 31,58 ETP alors qu'il était de 32,9 ETP en 2016, soit une variation minime de - 1,32 ETP durant la période sous revue. Le dépassement de près de 3 ETP dans la catégorie « AS, ASG et AMP<sup>51</sup> » est financé sur fonds propres par le groupe pour l'établissement et sont qualifiés de « renfort » compte tenu de la charge de travail accrue en raison du niveau de dépendance des résidents, lequel est fluctuant mais toujours en nette progression, comme le relève le PMP et le GMP mesuré par l'établissement :

**Tableau n° 20 : PMP et GMP mesurés par l'établissement**

<i>Résidents</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>GMP mesuré par l'établissement</i>	759,6	796,2	772,7	791,4	794,5
<i>PMP mesuré par l'établissement</i>	213	208	194	223	200

Source : données Établissement.

<sup>48</sup> Cf. Annexe 10.

<sup>49</sup> Cf. Annexe 11.

<sup>50</sup> FFAS : faisant fonction d'aide-soignant.

<sup>51</sup> AS : aide-soignant ; ASG : assistant de soins en gérontologie ; AMP : aide médico-psychologique.

Sur la base de la convention tripartite et des ERRD présentés par l'établissement, le temps journalier théorique<sup>52</sup> consacré aux patients est évalué à 1h46. Ce temps est dédié au lever, à la toilette, à l'habillage, aux soins, aux déplacements, à la prise des 4 repas, au déshabillage, aux couchers et à tous autres incidents d'une journée qui peut arriver à une personne malade, âgée et dépendante. Plus précisément, au sein de l'établissement le temps dédié au patient ressortit à 2h environ par résident. L'ordonnateur indique que ces calculs aboutissent à une prise en charge d'environ 3h30.

Ce calcul théorique montre à l'évidence que la prise en charge de la dépendance par la tutelle n'est pas évaluée de façon pragmatique mais répond à une logique strictement comptable.

Depuis 2016, les rapports annuels d'activité médicale de l'établissement font état d'une stabilité des équipes. Cette stabilité qui est retracée dans le tableau des effectifs<sup>53</sup> s'observe également au niveau de l'équipe coordinatrice – composée de la directrice, du médecin coordinateur et de l'infirmier en chef – laquelle est restée inchangée entre 2016 et 2019. La stabilité des effectifs médicaux et paramédicaux de l'établissement, relevée par les rapports médicaux, est à nuancer par rapport au taux de rotation important de ces effectifs dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Cette stabilité se retrouve au regard de la nature des contrats liant le personnel à l'établissement, dès lors que les effectifs de l'établissement sont composés à plus de 80 % de titulaires d'un CDI et de 20 % de CDD. De plus, il résulte des listes nominatives des personnels pour chaque exercice contrôlé que, pour la période sous revue, 25 contrats à durée indéterminée demeurent pérennes entre 2016 et 2019, alors même que l'essentiel des contrats conclus sont des contrats à durée indéterminée. Ces contrats dits « pérennes » représentent environ 45 % de l'effectif de l'établissement et concernent principalement les AS et les AMP ainsi que le personnel de direction et d'encadrement. Seules trois infirmières ayant signé un CDI avec l'établissement y sont restées employées durant la période sous revue (soit 60 % de cette catégorie).

L'établissement fait très peu appel à des intérimaires, dès lors que la direction préfère faire intervenir des personnels connus des résidents et formés aux protocoles de l'établissement. Cette politique de remplacement a pour objectif de favoriser les embauches stables et pérennes en CDI. Pour pallier les absences, Les Opalines La Ciotat a annualisé deux postes en CDI pour pourvoir en priorité aux remplacements longs. Ces deux effectifs complémentaires recrutés sur le poste « auxiliaire de vie sociale » concernent les catégories d'AS et d'ASH. Toutes les personnes ayant occupé ce poste ont été engagées dans l'établissement par la suite, sur des postes de titulaires. C'est ainsi que l'établissement Les Opalines La Ciotat a la caractéristique de n'avoir aucun poste vacant sur l'ensemble de la période sous revue et n'a fait face à aucune difficulté de recrutement, renforçant la stabilité des équipes.

---

<sup>52</sup> Le temps journalier est calculé selon les modalités suivantes : l'établissement accueille 78 patients présents tous les jours, soit 28 470 jours. Sur la base de la durée légale du travail soit 228 jours (365 - 104 (samedi & dimanche) - 8 (jours fériés hors samedi/dimanche) - 25 (5 semaines de congés payés)), le temps de présence théorique du personnel dédié aux soins et à la dépendance est, selon la convention, fixé à 6 704 jours (228 x 29,4). Ainsi, sur une journée de 7h30 il consacre donc  $(6\,704 / 28\,470) \times 450$  minutes par patient, soit environ 1h46.

<sup>53</sup> Cf. Annexe 12.

### 3.1.2 La recherche d'un bon taux d'encadrement des résidents malgré une charge de travail en augmentation

Les effectifs affectés aux soins et à la dépendance assurent un taux d'encadrement<sup>54</sup> des résidents conforme à la moyenne relevé dans les EHPAD privés commerciaux :

Tableau n° 21 : Taux d'encadrement (%)

Taux d'encadrement	2016	2017	2018	2019	Moyenne EHPAD privés commerciaux
<i>Direction administration</i>					
<i>Cuisine, Services Généraux, Diététicien</i>					
<i>Animation, Service - Social</i>					
<i>ASH, agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service de repas</i>	14,74 %	14,47 %	13,91 %	13,91 %	13,98 %
<i>AS, AMP et ASG</i>	23,72 %	23,72 %	25,91 %	24,63 %	24,81 %
<i>Psychologue</i>	0,51 %	0,44 %	0,59 %	0,59 %	0,70 %
<i>Infirmier</i>	7,05 %	7,05 %	6,87 %	6,87 %	5,94 %
<i>Autres auxiliaires médicaux</i>	1,35 %	0,00 %	0,00 %	1,35 %	0,00 %
<i>Pharmacien préparateur en pharmacie</i>	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
<i>Médecin</i>	0,64 %	0,64 %	0,62 %	0,62 %	0,52 %

Source : ERRD Les Opalines La Ciotat et Enquête EHPAD 2015 – DREES.

Le taux d'encadrement en ETP pour l'année 2019 est satisfaisant, évalué à 58,3 sur 100 places, supérieur à la moyenne relevée dans les EHPAD privés commerciaux<sup>55</sup>. Ce taux d'encadrement est cohérent avec le nombre d'effectifs plus élevé que celui fixé par la convention tripartite relevé dans l'établissement<sup>56</sup>.

Ce taux d'encadrement positif, lié notamment à un effectif renforcé aux soins et à la dépendance est cependant à mettre en relation directe avec la charge de travail des personnels soignants car les indicateurs de charge en soins sont en constante augmentation, laquelle est liée à l'accroissement du niveau de dépendance des résidents. Pour les personnels infirmiers, la charge en soin a ainsi progressé de 26,74 %. La même progression, dans une moindre mesure, s'observe s'agissant de la charge de travail des aides-soignants (+ 11,76 %), s'expliquant par le renfort de 2 ETP.

<sup>54</sup> Le 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.

<sup>55</sup> Donnée de l'établissement.

<sup>56</sup> Cf. Annexe 13.



Tableau n° 22 : Charge de travail<sup>57</sup>

	2016	2017	2018	2019	Variation (2016-2019)
<i>ETP Infirmiers</i>	5,51	5,50	5,36	5,36	- 0,15
<i>ETP AS-AMP</i>	22,23	18,50	20,21	21,20	- 1,03
<i>PMP mesuré par l'établissement</i>	176	206	217	223	+ 47
<i>GMP mesuré par l'établissement</i>	744	770	798	793	+ 49
<i>Charge en soins infirmiers</i>	2 491,47	2 921,45	3 157,83	3 245,14	+ 26,74 %
<i>Charge en soins AS</i>	2 610,5	3 246,48	3 079,86	2 917,64	+ 11,76 %

Source : tableau CRC à partir des données de l'établissement.

S'agissant particulièrement de la charge de travail relative aux toilettes, de 7 à 11 toilettes sont à décompter par AS selon leur affectation (en UPV ou en EHPAD). Selon la difficulté des tâches à réaliser, ce nombre peut être plus élevé lorsqu'une AS est appelée à seconder une de ses collègues pour une toilette difficile. La durée des toilettes est très variable, certaines toilettes ne nécessitant qu'une surveillance et/ou un accompagnement dans les gestes d'hygiène à réaliser pour les résidents peu dépendants, d'autres étant plus chronophages pour les résidents très dépendants et impliquant l'assistance de 2 AS.

### 3.2 L'organisation et la coordination

L'établissement bénéficie d'une équipe de direction stable sur la période contrôlée, qui anime efficacement le travail des équipes soignantes. Ainsi l'infirmière cadre et le médecin coordonnateur, lors de leurs jours de présence, participent à toutes les réunions de coordination qui se déroulent en fin de matinée.

Les équipes semblent être constituées avec soin afin d'en stimuler l'efficacité avec une répartition des tâches et une entraide précieuse entre les membres d'un même binôme. Cette politique managériale bienveillante de l'établissement envers ses salariés a des répercussions positives sur la prise en charge des résidents : une meilleure coordination entre les équipes, une entente et un soin apporté aux soins des résidents par l'ensemble de l'équipe. Les visites sur site ont permis la vérification de cette assertion.

<sup>57</sup> À titre d'exemple, les cibles établies sur des données 2018 par l'ARS Ile-de-France pour les CPOM sont : < 4 300 points PMP / ETP IDE ; < 3 200 points GMP / ETP AS-AMP. Si les ratios calculés dépassent ces seuils, la charge de travail sera considérée comme trop élevée.

Afin de permettre une prise en charge (soins et dépendance) de qualité des résidents, la direction de l'établissement mise sur l'optimisation de son organisation du travail liée à un recrutement de qualité. Ainsi, le cycle de travail s'effectue sur une période de 12 heures avec une pause de deux heures pour les infirmiers et aides-soignants, par rotation entre les équipes sur deux à trois jours d'affilée. Les plannings de jour sont élaborés par l'infirmière cadre en lien avec la direction :

- 1 équipe de 2 IDE par jour ;
- 3 équipes ou plus d'AS par jour (1 sur chacun des deux plateaux et 1 équipe en UPV) pour un total de 8 AS par jour<sup>58</sup> ;
- la nuit, une équipe de deux personnes (1 AS et 1 ASH).

Cette organisation est continue sur l'ensemble de la semaine, week-end compris.

Deux plages horaires sont marquées par un personnel plus restreint (entre 12h30 et 14h30 et entre 16h30 et 18h30) qui correspondent aux plages de pause de la plupart des personnels soignants. Néanmoins les équipes sont organisées afin d'avoir le nombre de personnels adaptés à la charge de travail selon les horaires de la journée. Ainsi, les matinées au cours desquelles se réalisent les toilettes des résidents et les distributions de médicaments voient le nombre de personnels le plus élevé. En début d'après-midi, la majorité des résidents sont à la sieste, ne demandant pas de soins particuliers. Cependant au moins une infirmière et deux aides-soignantes sont en activité en continu dans la journée. Il en va de même en fin d'après-midi avant la transition avec l'équipe de nuit.

La nuit, l'équipe est réduite à deux personnes : 1 AS et une ASH (ou FFAS). Malgré une demande en ce sens de la part du médecin coordinateur, il n'y a pas d'infirmière de nuit, en raison du coût induit, qui serait toutefois supportable par la structure. Si l'établissement n'a pas candidaté au dispositif expérimental d'une IDE de nuit mutualisée, proposé par l'ARS PACA, cette option est toutefois envisagée sans que l'établissement ne se soit engagé dans une démarche en ce sens car ce besoin resterait ponctuel selon l'établissement. La directrice de l'établissement est toujours joignable, de nuit comme de jour.

Cette organisation permet d'assurer la continuité des soins durant toute la semaine. Pour les congés, les équipes se coordonnent entre elles en priorité pour permettre d'assurer la continuité des soins, aidées par les effectifs employés de manière récurrente par l'établissement pour pallier aux absences. Cette organisation est fortement marquée par l'implication du personnel qui a à cœur d'assurer la meilleure continuité des soins pour les résidents, comme cela a été vérifié lors des visites sur site et l'organisation mise en place pour prévenir la crise sanitaire.

En fin de matinée, les personnels soignants se retrouvent en réunion de transmission. Lors de ces réunions, la parole est donnée en priorité aux aides-soignantes qui ont ainsi la possibilité de transmettre les difficultés rencontrées lors des toilettes mais peuvent également signaler d'éventuelles difficultés repérées chez les résidents (douleur, plainte...).

---

<sup>58</sup> Plannings AS du 4<sup>ème</sup> trimestre 2019, produits par l'établissement.

### 3.2.1 Un taux d'absentéisme en augmentation

Durant la période sous revue, l'établissement a été confronté à une hausse de l'absentéisme en 2019<sup>59</sup>. Cet absentéisme est essentiellement marqué pour les absences injustifiées ou sans solde ainsi que les arrêts pour maladie ordinaire.

**Tableau n° 23 : Nombre de jours d'absence par ETP**

	2016	2017	2018	2019
<i>Nb ETP total</i>	44,1	45,1	41,9	45,5
<i>Total d'heures d'absences</i>	11 398,46	10 677,07	13 482,23	13 242,9
<i>Nb d'heures d'absence par ETP</i>	258,4	236,7	300,2	291
<i>Nb de jours d'absence par ETP</i>	<b>36,9</b>	<b>33,8</b>	<b>42,9</b>	<b>41,6</b>

Source : tableau CRC suite aux données établissement.

Selon les données de l'ANAP pour 2015, le taux d'absentéisme dans les EHPAD est très élevé avec une moyenne de 32,5 jours d'absence par salarié et par année. Aussi, le total d'heures d'absences relevé par l'établissement ramené au nombre de jours d'absence par ETP apparaît significativement plus élevé que les données relevées par l'ANAP.

Toutefois, l'observation brute de ce taux d'absentéisme particulièrement élevé est nuancée par une explication relative aux contraintes réglementaires. En effet, le code du travail, notamment les dispositions de l'article L. 122-1, impose qu'un CDD n'est conclu que pour un motif précis et pour un temps déterminé. Dès lors, l'établissement, à compter de 2018, a positionné un remplaçant pérenne sur un remplacement couvrant la totalité de ce remplacement – alors même que ce remplaçant n'était disponible que pour une partie – et l'a inscrit en absence sans solde sur toutes les absences du contrat<sup>60</sup> et a recruté d'autres remplaçants pour couvrir les périodes non couvertes par le premier remplaçant.

De même, le constat d'arrêts maladie en augmentation doit être pondéré par la présence dans l'établissement de deux personnels atteints de maladies graves. Enfin, les caractéristiques des fonctions de soignants induisent des arrêts maladies préventifs avant le congé maternité.

### 3.2.2 Les intervenants extérieurs

L'établissement fait appel à des intervenants extérieurs. Il s'agit majoritairement des médecins traitants choisis par les résidents ainsi que des kinésithérapeutes. Le choix est laissé aux résidents quant aux professionnels de santé avec lesquels ils souhaitent être suivis. Le médecin coordonnateur est proposé aux résidents qui ne disposent plus d'un médecin traitant.

<sup>59</sup> Cf. Annexe 14.

<sup>60</sup> Exemple : sur une durée de contrat de 6 mois, si le premier remplaçant assure le 1er mois, il est positionné en sans solde les 5 mois suivants.

Ainsi, une vingtaine de médecins traitants interviennent au sein des Opalines La Ciotat et sont associés aux deux commissions de coordination gériatriques<sup>61</sup> organisées par années. L'établissement relève un taux de participation satisfaisant avec notamment la participation de 5 à 10 médecins libéraux exerçant dans l'établissement. Ces commissions ne font pas l'objet de comptes rendus systématiques en raison de la confidentialité des données abordées<sup>62</sup>. Le MEDEC alerte si nécessaire le médecin traitant des résidents dont les traitements doivent être adaptés. Elle joue également un rôle de conseil auprès de ces praticiens, dès lors qu'elle a fait partie de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de La Ciotat et est diplômée d'une capacité en gériatrie.

Trois kinésithérapeutes et trois orthophonistes interviennent à titre libéral sur prescription médicale individuelle.

L'établissement prend en charge, conformément à la convention tripartite alors en vigueur, les personnels soignants suivants :

- l'ergothérapeute ;
- la psychomotricienne.

En outre, l'établissement peut faire intervenir une diététicienne sur demande des soignants.

Dans l'ensemble, tous ces prestataires ont signé chacun un contrat avec l'établissement.

D'autres intervenants extérieurs participent à la vie des résidents, sur leur demande ou celle de leurs proches, pour des prestations telles que la coiffure, la pédicure ou des soins esthétiques. Ces frais sont intégralement pris en charge par les résidents.

L'établissement ne déplore aucune difficulté de recrutement sur ces personnels.

### 3.3 La formation continue

De 2016 à 2019, l'établissement contrôlé a alloué une somme de 71 439, 57 euros à la formation continue. Les formations du plan de formation ont toutes été réalisées et sont conformes aux obligations législatives et réglementaires. Beaucoup de formations sont internes au groupe et concernent principalement la bientraitance. Le médecin coordinateur ou la psychologue prennent également en charge des formations courtes et axées sur des sujets spécifiques, tels que l'évaluation de la douleur ou la sensibilisation à la bientraitance. À compter de 2019, l'établissement s'est engagé dans la démarche « *Humanitude* » qui comprend un parcours de formation sur quatre années. L'année 2019 a été largement consacrée aux formations sur la bientraitance.

Au niveau du groupe, une politique a été mise en place concernant la validation des acquis de l'expérience (VAE). L'objectif est d'inciter les personnels éligibles. Pour ce faire une prime mensuelle est accordée aux personnels qui en remplissent les conditions et s'engagent dans cette démarche.

---

<sup>61</sup> Ces commissions sont prévues par l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles, précisées par l'arrêté du 5 septembre 2011 du ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

<sup>62</sup> Les dispositions réglementaires applicables n'imposent pas la tenue de compte-rendu de ces commissions.

L'établissement contrôlé compte une salariée ayant conduit à son terme sa démarche de VAE avec l'obtention en 2019 d'un diplôme d'aide-soignante. Une autre salariée est en cours de VAE pour obtenir son diplôme en 2021.

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

### **4.1 La mesure de la qualité de l'accompagnement individuel**

#### **4.1.1 Les évaluations, contrôles et traitement des plaintes et réclamations**

Conformément aux dispositions de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et de familles, l'établissement Les Opalines La Ciotat a procédé aux évaluations, interne et externe, de son organisation avant le renouvellement en 2013 de la convention tripartite le liant aux autorités de tutelle. Le Bureau Veritas Certificat France a ainsi déposé un rapport d'évaluation externe en novembre 2013, faisant suite à un rapport d'évaluation interne d'octobre 2013. Les conclusions de ces deux rapports font état d'une bonne prise en charge du résident malgré un manque de moyen au regard du niveau de dépendance des personnes accueillies. Il est également souligné le nécessaire renforcement de la participation des personnels et des résidents dans le cadre de ces évaluations et des conseils de vie sociale. La signature du prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui devrait intervenir au cours de l'année 2021 sera précédé de ces évaluations.

Les Opalines La Ciotat est particulièrement attentif à la satisfaction des résidents à la qualité des soins et la qualité de vie proposés par l'établissement. Chaque jour, les tournées des personnels soignants permettent de s'enquérir informellement du niveau de satisfaction des résidents et de remédier le plus tôt possible aux doléances exprimées, qui, lorsqu'elles ont un aspect médical, sont étudiées avec l'ensemble des équipes lors de la réunion de coordination de mi-journée. De même, les personnels administratifs ainsi que les agents assignés au fonctionnement de l'établissement sont attentifs aux réclamations éventuelles des résidents, lors des échanges qu'ils peuvent avoir avec les résidents au cours de la journée. Ainsi, si une « boîte de recueil des réclamations et des insatisfactions » a été mise en place à l'accueil contenant un formulaire type, la plupart des résidents formulent oralement leurs plaintes directement aux personnels de l'établissement. La direction a également mis en place une enquête annuelle de satisfaction comportant un questionnaire pour les familles ainsi qu'un questionnaire pour les résidents balayant en une vingtaine de questions la globalité de l'accueil. Si les taux de participation tant des familles que des résidents est peu élevé (oscillant entre 16 et 46 % pour la période sous revue<sup>63</sup>), il en résulte une satisfaction réelle exprimée par ce biais.

L'ARS n'a pas signalé de retours négatif des familles.

---

<sup>63</sup> Source : enquêtes de satisfaction famille et résidents de 2016 à 2019.

#### 4.1.2 La mise en place de bonnes pratiques de prise en charge

L'appartenance de l'établissement contrôlé au groupe SGMR implique la mise en pratique des principes portés par ce groupe. Celle-ci met en avant l'humanité et la qualité des soins apportés aux résidents. De nombreux protocoles sont établis par la maison mère et déclinés au plan local selon les spécificités de l'établissement.

En outre, l'établissement des Opalines La Ciotat s'est engagé depuis 2019 dans la certification « Humanitude » qui se déroule sur quatre années. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de développer la bientraitance des résidents sur tous les aspects de la prise en charge et de la vie des résidents et participe à la prévention collective de la dépendance. La mise en place de cette formation semble être particulièrement appréciée par les personnels soignants interrogés lors du contrôle. Les formations se déroulant en 2019 étaient relatives à la bientraitance et leur a apporté une aide dans les soins apportés, notamment une meilleure approche des résidents, qu'ils soient « opposants » ou non.

La qualité de la prise en charge des résidents est corrélée à l'effectivité des bonnes pratiques mises en place qui sont régulièrement examinés dans les rapports médicaux annuels établis par le médecin coordinateur (ex : amélioration de la contention, la nutrition...). Il ressort de ces rapports que les résidents sont systématiquement informés des gestes de soins qui leurs sont prodigués et ce, dans le respect de leur intimité et de leur autonomie. Les équipes soignantes ont également intégré dans leurs tournées quotidiennes l'évaluation de la douleur des résidents afin de répondre au plus vite aux souffrances endurées.

Si les personnels soignants disposent du temps nécessaire pour effectuer les soins, ceux-ci regrettent de ne pas disposer sur leur temps de travail d'un « temps humain » consistant en un moment d'échange plus approfondi avec les résidents. De même, les soignants ainsi que le médecin coordinateur soulignent la nécessité de disposer d'un temps supplémentaire pour mieux accompagner le résident dans les gestes quotidiens qu'il peut ou pourrait réaliser seul et ainsi favoriser et maintenir leur autonomie.

Dans la continuité de ce maintien de l'autonomie, le médecin coordinateur, en lien avec les médecins traitants des résidents, essaient de limiter les dispositifs médicamenteux contraignants.

Enfin, conformément à l'arrêté du 26 avril 1999<sup>64</sup>, est établi pour chaque résidents un projet de vie individualisé, « outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie<sup>65</sup> ». Ces projets sont établis par le médecin coordinateur, la psychologue et les autres praticiens intervenants (psychomotricienne, ergothérapeute) au cours des premiers mois de son arrivée. Le projet de vie individualisé est le document recueillant les informations sur le résident, tant sur ses habitudes de vie afin de permettre son adaptation à l'institution, que sur ses besoins physiques et psychologiques afin de répondre et d'améliorer son confort de vie au sein de l'établissement. Il permet un suivi individualisé du résident, au-delà de son parcours de soin. Ces projets sont réévalués dès lors qu'un changement majeur intervient dans la vie du résident. Au sein des Opalines de La Ciotat, ces projets de vie sont effectivement mis en place par les équipes, notamment par l'investissement de la psychologue. Cependant, concernant la fin de vie, beaucoup ne souhaitent pas en faire état dans leur projet de vie et peu de directives anticipées sont données à l'établissement.

---

<sup>64</sup> Annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999, et son arrêté modificatif du 13 août 2004.

<sup>65</sup> Fiche repère ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement ».

### 4.1.3 La participation à la vie de l'établissement et la citoyenneté

L'établissement réunit régulièrement son comité de la vie sociale<sup>66</sup> dans lequel a été mis en place deux commissions : une commission des menus et une commission animation. L'établissement s'investit pour diversifier la vie sociale de ses résidents avec la participation des familles, dans la limite des contraintes liées à l'EHPAD (notamment limitation des repas partagés avec les familles le weekend). L'établissement fait également appel à des intervenants extérieurs (pour des activités spécifiques telles que l'art thérapie par exemple), principalement sous la forme de bénévolat, ce qui est particulièrement apprécié par les résidents.

Le respect des droits civiques des résidents est respecté par l'établissement. Pour les élections présidentielles, législatives et municipales qui se sont tenues durant la période sous revue, l'établissement a organisé l'établissement de procuration avec la police municipale qui est venue sur site. Les quelques personnes souhaitant se déplacer en bureau de vote ont été accompagnées par un personnel de l'établissement. Cependant, il est à souligner que peu de résidents se sont intéressés à ces élections.

### 4.1.4 L'adaptation de l'établissement aux besoins de ses résidents

L'établissement comporte 78 places et comprend 62 chambres simples et 8 chambres doubles. Une unité spécifique dédiée aux personnes atteintes de dégénérescence intellectuelle a été créée en 2010 et comprend 13 lits. Avant chaque admission nouvelle, la chambre attribuée fait l'objet d'une rénovation comprenant *a minima* la peinture des murs. La réfection des sols, le remplacement du mobilier et l'installation de rails au plafond est ordonnée selon les besoins. L'unité de vie protégée est autonome du reste du bâtiment : elle dispose de sa propre salle de convivialité et tous les résidents bénéficient d'une chambre particulière.

Les résidents restent libres de recevoir leurs proches dans leur chambre ou dans la salle de convivialité. L'établissement permet aux résidents de convier leur famille à partager leur repas au restaurant de l'établissement (environ 12 repas invités sont servis chaque mois, hors événement particulier). Cependant depuis la crise du Covid 19, les visites sont strictement encadrées : les familles sont reçues uniquement sur rendez-vous et sont ensuite accueillies en salle de convivialité et parlent à leurs proches dans le strict respect des gestes barrières (port du masque, séparation par plexiglass). Le port du masque est obligatoire dans tout l'établissement.

Il ressort de l'évaluation interne que l'établissement s'engage à respecter au mieux le rythme de vie des résidents, dans la limite des contraintes de l'établissement. Les aides-soignantes gardent ainsi une souplesse d'organisation et peuvent retarder la toilette d'un résident si celui-ci n'est pas réveillé. Les différents entretiens menés avec les personnels soignants (infirmières et aide-soignante) ont montré une véritable préoccupation du bien-être du résident qui est recherché en conciliation avec les contraintes (prise de médicaments, toilettes...). Cette préoccupation se retrouve dans l'activité de la psychologue qui intervient 3 demi-journées dans l'établissement et réalise des évaluations de résidents et informe les familles de la démarche de prévention. L'établissement évolue également avec les résidents : en 2016, un salon de coiffure a été validé par le CVS du 24 mars 2016 au sein d'un espace « bien-être » et la direction a le projet de réalisation d'une salle multi-sensorielle.

---

<sup>66</sup> Le CVS s'est réuni 11 fois sur la période contrôlée dont six réunions ont donné lieu à des PV de carence.

S'agissant des animations, l'établissement organise, en dehors de la période de crise sanitaire :

- des sorties à l'extérieur accessibles aux personnes à mobilité réduite ;
- 3 activités sont proposées par jours ;
- des sorties et événements rythment l'année ;
- la planning hebdomadaire et journalier des activités est affiché ;
- chaque trimestre est organisé un repas des familles.

Ces animations sont conçues en lien étroit avec la psychologue et sont régulièrement réévaluées lors des comités de vie sociale. L'objectif de ces animations est de correspondre au mieux aux besoins des résidents, répondre à leurs centres d'intérêts et maintenir leur autonomie. L'implication des soignants au sein de l'établissement leur permet d'émettre des propositions d'ateliers ou d'activités. Si la direction de l'établissement optimise son organisation afin de permettre au soignant de participer à ces ateliers et/ou activités avec les résidents, il n'existe pas de suivi dans la réalisation de ces actions.

## **4.2 La santé des résidents**

À l'entrée d'un résident dans l'établissement, le règlement ainsi que le projet d'établissement prévoient qu'il doit faire l'objet d'un bilan. Il est réalisé dans le cadre d'un accompagnement à l'adaptation de la personne au sein de l'institution. La psychologue de l'établissement reçoit le résident dans les 15 jours qui suivent son installation ; il est également reçu par le médecin coordinateur et les autres professionnels de santé. Un second bilan est réalisé quelques mois après cette installation afin d'ajuster au mieux les souhaits du résident à la vie en établissement. Le médecin coordinateur s'investit pour accompagner le résident en amont de son entrée, notamment s'il est à l'hôpital où elle lui rend visite.

### **4.2.1 La prévention sanitaire**

L'EHPAD de La Ciotat a mis en œuvre différents moyens pour prévenir les risques les plus fréquents. Chaque risque est noté dans le dossier informatique du résident et fait l'objet d'un suivi par le médecin coordinateur et le médecin traitant. À chaque transmission, les équipes alertent sur les éventuels soucis rencontrés par les résidents (plaies, doléances, douleur...).

#### **4.2.1.1 Les chutes**

Elles se réalisent plus fréquemment entre 14h et 16h puis 10h 12h. En 2019 des chutes durant la toilettes ont été relevées nécessitant une formation de rappel des personnels soignants. La mise en place de matériels adaptés dans les chambres (rails et lève-malade) ont contribué à la réduction des chutes des résidents à leur lever<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Cf. Annexe 15.



L'établissement a mis en place un suivi individuel des chutes (un classeur des chutes est tenu pour chaque résident chuteur) et une stratégie de prévention de ces chutes avec :

- un dépistage des personnes à risque ;
- une vigilance aux symptômes d'une maladie cardio vasculaire ou signe de maladie neurologique ;
- une anticipation et accompagnement de la personne chuteuse qui décide de se lever ;
- une réévaluation de la prise de médicaments ;
- une alimentation équilibrée et une surveillance de l'hydratation (notamment la masse musculaire à stabiliser) ;
- une lutte contre l'ostéoporose ;
- une réduction des temps d'alitement en cas de maladie ;
- une limitation de la contention ;
- une rééducation ;
- une réflexion régulière et une réévaluation des risques de l'environnement ;
- des ateliers thérapeutiques sur la prévention des risques réalisés par la psychomotricienne.

#### 4.2.1.2 Les escarres

L'établissement met l'accent sur la prévention des escarres avec notamment des compléments alimentaires hyper-protéinés si nécessaire. Des équipements spécifiques sont utilisés tels que les matelas « alternating<sup>68</sup> » (dont le stock a été renouvelé en 2016). Le travail de l'ergothérapeute est à cet égard bénéfique et permet une prévention efficace des escarres. Malgré ces dispositions, le tableau reproduit en annexe 15 démontre une augmentation de l'apparition d'escarres ou de plaies chroniques. Cette augmentation est due principalement au niveau de dépendance des résidents qui s'accroît.

La direction de l'établissement précise que la donnée suivie est surtout celle du nombre d'escarres générées dans l'établissement, laquelle n'est pas traduite dans les rapports d'activité médicale. En effet, certains résidents présentent une ou plusieurs escarres à leur arrivée ou bien lors d'un retour d'hospitalisation.

#### 4.2.1.3 La dénutrition

L'équipe de cuisine se forme régulièrement – notamment sur les mixés – afin de proposer une nutrition plus attractive pour les résidents. Tous les mois, chaque résident est pesé et, si besoin est, des suppléments alimentaires complémentaires lui sont prescrits. Un test de nutrition appelé « *Mini Nutritional Assessment*<sup>69</sup> » (MNA) est réalisé à l'entrée du résident et doit être refait en cas de perte de poids ou de retour d'hospitalisation. L'établissement a catégorisé 3 types de résidents selon leur niveau de dénutrition et/ou de déshydratation. Un point particulier est fait avant les périodes de canicule et durant l'hiver.

---

<sup>68</sup> Matelas avec compresseur ajustant la pression.

<sup>69</sup> Mini Nutritional Assessment : outil de dépistage et d'évaluation rapide de l'état nutritionnel des personnes âgées.

Cette préoccupation de la dénutrition s'observe avec la diminution du nombre de résidents dénutris, alors même que le nombre de perfusions de réhydratations augmente significativement<sup>70</sup>. Toutefois, cette hausse n'est pas significative, selon la direction de l'établissement, dès lors qu'elle correspond au changement de logiciel de soin intervenu en 2017 qui a pu générer une perte de données. En outre, les données concernant les perfusions d'hydratation ne faisaient pas l'objet de mesures particulières dans le précédent logiciel.

#### 4.2.1.4 Les troubles du comportement et de l'humeur<sup>71</sup>

L'établissement lorsqu'il repère de tels troubles en cherche les conséquences qui peuvent être la douleur physique, la souffrance morale ou l'évolution d'une démence, pour en traiter au mieux la cause. Des solutions non médicamenteuses sont mises en place (salle multi-sensorielle avec musique, jeu de lumière, diffuseur d'huile essentielle, toucher relationnel et objets transférentiels) avec l'intervention d'une géronto-psychiatre utilisant ces méthodes. Si ces méthodes ne marchent pas, la prise de psychotropes est faite avec réévaluation fréquente. Depuis 2017, les patients étant sous psychotropes pour ces causes font l'objet d'un suivi au centre médico-psychologique.

#### 4.2.1.5 La douleur<sup>72</sup>

L'établissement a mis en place un dépistage systématique de la douleur à l'entrée du résident dans l'établissement. Cette évaluation de la douleur est intégrée systématiquement aux points de contrôles réalisés par les aides-soignantes lors des toilettes quotidiennes et sont également régulièrement réalisées par les infirmières. Lors de la prise d'antalgiques, l'évaluation de la douleur est prise une heure après. Les résidents s'exprimant sans difficulté informent verbalement les soignants de leur état. Si ce n'est pas le cas, les échelles utilisées sont l'EVN ou l'EVA<sup>73</sup>, et surtout Algoplus<sup>74</sup> pour les personnes les moins communicantes. Ces données sont notées dans le dossier informatique et font l'objet d'une attention particulière lors des transmissions.

Des formations spécifiques ont été dispensées au personnel et l'objectif est que cette évaluation devienne automatique et semble avoir été intégrée à la routine des soins, les aides-soignantes évaluant systématiquement la douleur lors des toilettes matinales.

---

<sup>70</sup> Cf. Annexe 15.

<sup>71</sup> Cf. Annexe 15.

<sup>72</sup> Cf. Annexe 15.

<sup>73</sup> EVN : évaluation numérique de la douleur ; EVA échelle visuelle analogique.

<sup>74</sup> Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

#### 4.2.1.6 La fin de vie<sup>75</sup>

L'établissement a un questionnement éthique continu relatif à la fin de vie. Le personnel est formé et met en place des soins de confort en parallèle de la mise en place d'un protocole d'accompagnement de la fin de vie associant la personne en fin de vie et sa famille. L'établissement souligne l'importance dans ce cadre des directives anticipées qui doivent être rédigées par la famille ou le résident. Toutefois, nombreux sont les résidents qui ne souhaitent pas rédiger de directives anticipées.

Peu d'hospitalisations sont menées en fin de vie, l'établissement proposant la prise en charge de la fin de vie de ses résidents accompagné par le médecin coordinateur. Ce dernier a été membre de l'équipe mobile de soins palliatif du centre hospitalier d'Allauch et apporte les connaissances et compétences acquises dans ce domaine à l'établissement.

Un espace intérieur dédié au recueillement pour les résidents a été créé à leur demande.

### 4.2.2 L'accès aux soins

L'établissement met en place, sous le contrôle du médecin coordinateur, une prise en charge la plus globale possible de la santé de ses résidents. L'accès aux soins n'appelle aucune observation, y compris sur le plan psychiatrique et bucco-dentaire.

L'établissement fait intervenir plusieurs professionnels, en plus des médecins traitants :

- 3 kinésithérapeutes ;
- 1 podologue ;
- 3 orthophonistes.

De plus, l'établissement emploie à temps partiel une psychologue (40 %), une ergothérapeute (20 %) et une psychomotricienne (40 % ETP).

### 4.2.3 La consommation de médicaments

Le profil individualisé de l'établissement (année 2019 sur les données 2018) réalisé par l'assurance maladie positionne l'établissement dans la catégorie des institutions accueillant des « résidents très dépendants et nécessitant des soins moins complexes que la moyenne » : La coupe PATHOS de 2012 rapportée sur les données de 2018 montre un SMTI (soins médicaux et techniques importants) de 4 % sur 70 résidents. Ainsi, les postes de dépenses les plus importants se portent sur les soins infirmiers, les soins de pharmacie et de médecine.

---

<sup>75</sup> Cf. Annexe 15.

L'établissement contrôlé utilise principalement les classes thérapeutiques suivantes :

**Tableau n° 24 : Principales classes thérapeutiques de médicaments utilisées**

	Opalines La Ciotat	EHPAD sans PUI au niveau national
<i>Antithrombiques</i>	62,9 %	57 %
<i>Analgésiques</i>	62,1 %	74,7 %
<i>Psycholeptiques</i>	60,3 %	63,1 %
<i>Vaccins</i>	57,8 %	65 %
<i>laxatifs</i>	54,3 %	54,4 %
<i>Antibactérien à usage unique</i>	49,1 %	56,3 %

Source : CPAM.

Si les taux de médicaments par classe thérapeutiques sont moins élevés dans l'établissement par rapport à la moyenne nationale (notamment en termes de psycholeptiques), Les Opalines La Ciotat voit ses résidents avoir une poly-médication plus significative. Ainsi 10.6 % des résidents âgés de plus de 75 ans avec au moins une affection de longue durée ont plus de 10 lignes de prescriptions par mois, contre un taux de 9.2 % dans la région et de 7.6 % au niveau national. Ce constat s'opère également sur la consommation d'autres médicaments comprenant les psychotropes, les traitements hypnotiques ou encore les neuroleptiques et anxiolytiques. Toutefois, selon les indications du médecin coordinateur, la poly-médication constatée se révèle inéluctable au regard des différents traitements nécessaires adaptés aux pathologies des résidents et des effets secondaires de ces traitements.

Le circuit du médicament est quant à lui défini par une procédure type du groupe définissant les rôles et responsabilités des acteurs. Ce sont les infirmières qui préparent et contrôlent les médicaments à donner aux résidents avec un suivi dans l'application TITAN de l'établissement. Un audit du circuit du médicament est réalisé chaque année par le MEDEC.

Enfin, en 2018, le coût mensuel de soins par résident dans Les Opalines La Ciotat est inférieur à celui relevé dans les autres EHPAD de même catégorie au niveau national, cependant les soins pris en charge par l'assurance maladie s'avèrent supérieurs, en raison des pathologies dont sont atteints les résidents et les prescriptions y afférentes :

**Tableau n° 25 : Coût mensuel de soins**

	Opalines	EHPAD de même catégorie (France)
<i>Dotation soin par résident</i>	661 euros	822 euros
<i>Autres soins pris en charge par l'AM</i>	523 euros	404 euros
<i>total</i>	1 184 euros	1 226 euros

Source : profil individualisé réalisé par la CPAM.

#### 4.2.4 La prise en charge non médicamenteuse de la santé

L'évaluation interne de 2013 indique que l'établissement met l'accent sur les thérapies non médicamenteuses pour la prévention et le traitement des troubles de l'humeur et du comportement : art thérapie, musicothérapie, zoothérapie, jardin thérapeutique. Les professionnels investis dans cette prise en charge sont l'ergothérapeute (musicothérapie par exemple) et la psychomotricienne qui propose des activités telles l'équithérapie (organisée en 2019), des ateliers culinaires, de la gymnastique douce ou encore des sorties en piscine par petits groupes de quatre personnes.

Cependant, si ces pratiques permettent de développer l'autonomie des personnes âgées, elles nécessitent du temps et du personnel. Cet investissement est peu compatible avec les ETP alloués pour les soins et la dépendance, lesquels sont fixés à 29,4 par la convention tripartite, alors même que l'établissement dépasse ces seuils.

#### 4.2.5 Le parcours de soins, la prévention des ruptures et le recours aux urgences

Les Opalines La Ciotat bénéficient d'une convention de partenariat avec la structure d'hospitalisation à domicile (HAD) du centre hospitalier de La Ciotat (convention de 2008 renouvelée en 2019). Les rapports annuels médicaux font état de l'utilisation des hospitalisations selon les répartitions suivantes :

**Tableau n° 26 : Recours aux hospitalisations**

<i>Hospitalisations</i>	2016	2017	2018	2019	Variation
<i>En urgence</i>	78	44	53	45	- 33
<i>Programmées</i>	4	8	7	6	+ 2
<i>Aller/ retour</i>	33	30	48	26	- 7
<i>Soins palliatifs</i>	0	2	1	1	+ 1
<i>total</i>	115	84	109	78	- 37

Source : RAMA établissement de 201 à 2019.

Les hospitalisations des résidents diminuent significativement. Le médecin coordinateur précise dans ces rapports annuels que beaucoup d'hospitalisation en urgence pourraient être évitées par la présence d'IDE de nuit pour surveiller les perfusions.

Tout résident hospitalisé est accompagné de son DLU (dossier de liaison d'urgence).

#### 4.2.6 Les risques sanitaires

L'établissement dispose d'un plan bleu et ses annexes qu'il active le plus souvent en cas de canicule. Celui-ci est régulièrement révisé par le médecin coordinateur. Compte tenu de la localisation géographique de l'établissement, la direction a massivement investi pour la climatisation des espaces communs afin d'améliorer le confort des résidents et les risques liés aux fortes chaleurs estivales. La stratégie de l'établissement a été de compléter la climatisation de l'établissement qui ne portait que sur le restaurant et l'espace protégé, pour l'étendre aux couloirs et espaces communs du 2<sup>ème</sup> étage puis du 1<sup>er</sup> étage, des bureaux et salles de réunions. Les travaux de climatisation qui restent à entreprendre concernent l'accueil et la salle de kinésithérapie.

S'agissant des règles d'hygiène l'EHPAD a mis en place un protocole strict d'hygiène des mains notamment avec la mise à disposition de distributeurs de gels hydro-alcooliques utilisés par les soignants. Ces derniers sont régulièrement sensibilisés par le médecin coordinateur et l'infirmière en chef sur cette question.

Un affichage pour les visiteurs est également en vue à l'entrée de l'établissement.

Les risques épidémiques au sein de l'établissement, en dehors de la pandémie de Covid-19, sont prioritairement ceux des épidémies de gastro-entérites et de grippe, pour lesquels l'établissement dispose en permanence d'un stock de protection (masques, vêtements de protection). Les résidents sont majoritairement vaccinés contre la grippe, cette vaccination étant moins systématique pour les personnels :

**Tableau n° 27 : Taux de vaccination contre la grippe**

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Résidents</i>	71	75	78	78	70
<i>Personnels</i>	3	3	10	24	14

Source : données établissement.

### 4.3 Les démarches de prévention collective

L'établissement n'a pas mis en place de démarche de prévention collective déterminée, sans qu'elle ne soit pour autant inexistante concernant la prévention de la dépendance. L'investissement du personnel auprès des résidents et les activités proposées concourent à prévenir la détérioration de la dépendance.

Cela étant, les personnels soignants s'accordent à dire qu'un accompagnement plus individualisé des résidents, avec le temps donné aux personnes d'accomplir eux-mêmes les actes de la vie quotidienne contribuent fortement à réduire l'aggravation de la dépendance.

De même, les soins spécifiques apportés par les professionnels de santé tels que psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien ont un réel impact sur la prévention de la dépendance. Toutefois, une réelle amélioration n'est visible qu'avec la mise en place d'un accompagnement plus approfondi, individuel et nécessairement chronophage qui n'est pas pris en compte, ni dans le calcul des ETP alloué, ni dans le versement des diverses dotations.

## 5 LA GESTION DE LA PANDÉMIE COVID-19

### 5.1 La mesure de l'impact direct de la crise sur les résidents et les personnels

L'établissement n'a pas recensé de cas Covid 19 au premier semestre de l'année 2020. Cette bonne situation sanitaire est due en grande partie aux mesures anticipées prises par la direction et à l'investissement du personnel. La direction a ainsi pris des mesures drastiques bien en amont des préconisations des autorités sanitaires et des décisions gouvernementales par la fermeture totale de l'établissement dès le 6 mars 2020, avec l'accord et le soutien des familles des résidents. Ainsi au cours de la « première vague » de l'épidémie, Les Opalines La Ciotat n'a eu à déplorer aucun cas, tant pour les résidents que pour les personnels.

**Tableau n° 28 : Recensement des cas et décès imputés au Covid-19 dans l'EHPAD au 30 juin 2020**

<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>Dont à l'hôpital</i>
<i>Résidents</i>	0	1	0	0	0	0
<i>Personnels</i>	1	0	0	0	0	0

Source : données établissement.

Au cours du mois de septembre 2020, l'établissement a dénombré au sein de son personnel une suspicion de cas Covid-19, dont le test a été infirmé. Cependant, une résidente présentant des symptômes mais dont les résultats ont été négatifs trois semaines d'affilée, avant de revenir positif à l'issue de ces trois semaines a été isolée du reste des résidents, bénéficiant durant l'ensemble de cette période, de soins par une équipe soignante dédiée et équipée des protections nécessaires (sur blouse, masque et gants), afin de limiter les contacts avec le reste du personnel soignant et les résidents et, par conséquent, le risque de propagation. La mise en place de ce protocole s'est faite avec discrétion pour ne pas alerter et angoisser les autres résidents. Cette stratégie a été bénéfique car aucun cas de contamination n'a été recensé par la suite, jusqu'au 31 décembre 2020.

## 5.2 La préparation et la réaction de l'EHPAD face à la crise sanitaire

L'absence de cas covid-19 durant la première vague de l'épidémie est due à la réactivité de la direction de l'établissement, qui a activé le plan bleu et ordonné dès le 6 mars 2020 la fermeture totale de l'établissement, avec le soutien de l'ensemble des familles de résidents. Cette mesure, associée à l'application stricte des gestes barrière par le personnel – dans la mesure des contraintes liées au travail avec des personnes âgées – a été salvatrice quant à l'absence de contaminations dans l'établissement. La direction a également mis en place des solutions innovantes :

- des repas offerts à l'ensemble du personnel pour éviter les déplacements des salariés pour leurs repas ;
- une organisation pour la garde d'enfant des équipes soignantes sur place lorsqu'une garde à domicile n'était pas possible ;
- la stabilité des équipes a été renforcée durant la crise, notamment le confinement de mars 2020, où les équipes ont tout mis en œuvre pour être présentes à 100 % : l'établissement n'a pas eu à déplorer d'absence et n'a donc pas eu recours à des vacataires durant cette période, limitant ainsi l'éventualité d'une contamination ;
- la distribution de masques aux personnels pour leurs besoins quotidiens (courses alimentaires notamment) afin de limiter au maximum le risque de contamination.

La direction a également fermé l'établissement à tous les intervenants extérieurs et n'a recruté aucun vacataire ou intérimaire durant cette période. L'implication forte du personnel a limité l'absentéisme, l'établissement ayant fonctionné avec son personnel propre durant cette période. L'ensemble de la gestion du personnel, le renfort de son temps de présence a été réglé par l'établissement, favorisé par la grande solidarité du personnel qui a su s'adapter à la surcharge de travail que représentait cette crise.

### 5.2.1 Le plan bleu

L'établissement dispose d'un plan bleu qui est réactualisé tous les ans en lien avec le médecin coordonnateur notamment. Celui-ci est le plus souvent appliqué en cas de canicules ou de fortes chaleurs compte tenu de l'emplacement géographique de l'établissement.

Peu avant la crise sanitaire, le plan bleu a été activé. Il nécessite désormais une mise à jour pour prendre les mesures nécessitées par la crise Covid-19.

### 5.2.2 L'organisation interne mise en place

L'établissement disposait d'un stock de 4 000 masques, constitué dans l'optique d'une épidémie de type grippe ou gastro-entérite. L'établissement a procédé à la distribution d'une partie de ses masques aux autres établissements du groupe dans le département avec l'aide et la coordination du groupe qui a joué un rôle support essentiel.



Le groupe SGMR a ainsi mis en place une cellule de crise au niveau du groupe à l'attention de l'ensemble de ses établissements. Cette cellule était composée, sous la responsabilité du directeur général, du médecin coordonnateur du groupe (niveau national), du responsable achat et des directeurs des opérations des zones Nord et Sud. Elle a fonctionné selon deux axes :

- le premier était un travail de synthèse des directives reçues avec la réalisation d'un document Excel retraçant et ajustant en temps réel les mesures imposées par la crise. Selon les situations des établissements, la cellule avait également un rôle de proposition pour l'adaptation des mesures aux situations rencontrées. La cellule retransmettait également aux établissements leurs retours, notamment s'agissant des bonnes pratiques relevées ;
- le second axe était celui des équipements de protections individuels, pour faire face aux tensions d'approvisionnements et aux possibles ruptures de stocks. Les moyens du groupe ont ainsi été mutualisés et coordonnés au niveau national afin que chaque établissement soit suffisamment doté pour fonctionner. Des stocks de précautions ont été constitués en masques « FFP2 », blouses et gants.

## ANNEXES

Annexe n° 1. Ratios de profitabilité.....	59
Annexe n° 2. Détail du calcul des soldes de gestion.....	60
Annexe n° 3. Structure du bilan et besoin en fonds de roulement.....	61
Annexe n° 4. Soldes de gestion versus M22.....	62
Annexe n° 5. Les Groupes iso ressources.....	63
Annexe n° 6. Évolution du PMP et GMP au niveau national.....	64
Annexe n° 7. Impact du GMP sur les tarifs dépendance.....	65
Annexe n° 8. Nombre de jours d'activité ERRD 2019.....	68
Annexe n° 9. Prestations minimales relatives à l'hébergement.....	69
Annexe n° 10. ETP autorisés par la convention tripartite.....	70
Annexe n° 11. Évolution du nombre d'ETP affectés aux soins et à la dépendance par catégorie d'emploi.....	71
Annexe n° 12. Effectifs par catégorie de contrats.....	72
Annexe n° 13. Taux d'encadrement détaillé.....	73
Annexe n° 14. Absentéisme (nombre d'heures).....	74
Annexe n° 15. Prévention sanitaire.....	75

## Annexe n° 1. Ratios de profitabilité

### Partage de la valeur ajoutée

	2017		2018		Moyenne 2016-2019 Opalines
	Opalines	Secteur d'activité (*)	Opalines	Secteur d'activité (*)	
Personnel	53,8%	77,8%	56,8%	78,2%	54,5%
Associés/Actionnaires	18,9%	0,0%	13,2%	0,0%	13,2%
Entreprises	17,8%	7,9%	18,9%	6,6%	18,0%

Source : comptes annuels Opalines et fascicule sectoriel Banque de France Hébergement medico social et social (secteur 87).

## Annexe n° 2. Détail du calcul des soldes de gestion

	2016	2017	2018	2019
Hébergement	1 986 102	2 020 403	2 026 302	2 090 778
+ Dépendance (CG)	320 707	303 010	325 893	289 445
+ Soins (ARS)	1 002 919	964 514	951 791	960 202
+ Portage repas	70 472	102 936	107 485	161 920
+ Autres prestations facturées aux résidents	34 035	21 155	28 506	24 973
+ Autre production vendue	3 703	4 750	7 205	7 084
<b>= Chiffre d'activité</b>	<b>3 417 938</b>	<b>3 416 769</b>	<b>3 447 182</b>	<b>3 534 403</b>
- Achats Denrées alimentaires (yc var. stock)	134 302	139 966	166 176	197 133
- Achats Couches (yc var. stock)	26 698	26 123	20 559	29 075
- Achats Pts Entretien (yc var. stock)	16 755	17 136	17 432	16 805
- Autres matières premières	2 252	3 457	2 743	6 449
<b>= Marge brute</b>	<b>3 237 932</b>	<b>3 230 086</b>	<b>3 240 271</b>	<b>3 284 941</b>
- Fluides	69 058	70 330	69 954	77 994
- Achats Pts pharmaceutiques et matériel médic	58 667	62 787	62 926	58 575
- Fournitures hôtelières	4 540	4 541	8 107	7 013
- Fournitures animation	2 257	1 502	1 958	2 034
- Autres achats	22 401	22 905	34 927	33 848
- Location résidence	476 471	476 471	476 471	477 887
- Honoraires Groupe	95 940	95 940	95 940	113 490
- Honoraires SAEMR	0	28 470	28 470	28 470
- Honoraires Soins	53 724	52 286	55 455	59 068
- Autres charges externes	146 848	150 883	154 079	164 472
<b>= Valeur ajoutée</b>	<b>2 308 026</b>	<b>2 263 971</b>	<b>2 251 986</b>	<b>2 262 091</b>
+ Subventions d'exploitation	6 478	10 878	3 900	3 944
- Taxe Foncière	12 770	15 339	18 594	79 894
- Autres impôts, taxes et versement assimilés	99 268	98 575	112 183	99 335
- Salaires et traitements	1 157 257	1 183 113	1 223 747	1 203 661
- Charges sociales	448 655	460 140	472 873	408 273
<b>= Excédent Brut d'Exploitation</b>	<b>596 554</b>	<b>517 683</b>	<b>428 489</b>	<b>474 873</b>
+ Reprises sur dépréciations provisions et amort.	2	0	73 755	23 602
+ Transferts de charges d'exploitation	22 470	31 741	38 872	36 774
+ Autres produits d'exploitation	13 360	10 285	1 570	-431
- Dotations amortissements et dépréciations	86 158	118 923	337 165	145 438
- Redevance marque Groupe	0	102 169	102 503	103 415
- Autres charges d'exploitation	13	221	30	2 319
<b>= Résultat d'exploitation</b>	<b>546 215</b>	<b>338 395</b>	<b>102 988</b>	<b>283 645</b>
+ Produits financiers	2 642	0	0	0
- Charges financières	1 357	3 039	3 307	2 347
<b>= Résultat courant</b>	<b>547 499</b>	<b>335 356</b>	<b>99 681</b>	<b>281 299</b>
+ Produits exceptionnels	44 273	29 471	113 818	63 154
dont quote part de subv. inv. virée au résultat	3 966	3 966	3 966	6 263
- Charges exceptionnelles	5 430	15 128	12 071	31 938
- Participation des salariés	36 098	35 041	55 587	55 357
- C.I.C.E	-63 551	-75 710	-65 562	0
- Impôt sur les bénéfices	185 716	101 952	44 761	73 688
<b>= Résultat de l'exercice</b>	<b>428 079</b>	<b>288 416</b>	<b>166 643</b>	<b>183 470</b>

Source : CRC d'après les comptes annuels Opalines.

## Annexe n° 3. Structure du bilan et besoin en fonds de roulement

Exercice	2015	2016	2017	2018	2019
Fonds propres	387 796	494 549	350 920	225 180	235 744
+ Provisions pour risques et charges	48 801	55 705	86 284	243 519	262 916
+ Dettes financières	186 451	189 918	190 634	181 844	190 176
<b>=(1) Capitaux permanents</b>	<b>623 048</b>	<b>740 172</b>	<b>627 837</b>	<b>650 543</b>	<b>688 836</b>
Immobilisations d'exploitation	490 095	504 067	505 801	473 245	544 386
+ Immobilisations financières	617	753	753	753	753
+ Charges à répartir					
<b>= (2) Actif immobilisé</b>	<b>490 712</b>	<b>504 820</b>	<b>506 554</b>	<b>473 998</b>	<b>545 139</b>
<b>(1)- (2) = (3) Fonds de roulement</b>	<b>132 336</b>	<b>235 352</b>	<b>121 283</b>	<b>176 545</b>	<b>143 697</b>
Stocks et travaux en cours	10 577	10 028	11 319	10 225	20 507
+ Créances	580 068	92 841	69 533	90 989	18 870
- Dettes diverses	682 919	636 255	704 410	516 036	533 710
+ Autres créances et dettes	-13 725	12 696	68 556	102 822	46 903
<b>= (4) Besoin en fonds de roulement</b>	<b>-106 000</b>	<b>-520 691</b>	<b>-555 002</b>	<b>-312 000</b>	<b>-447 430</b>
Disponibilités propres	238 336	756 043	676 285	488 545	591 127
<b>(3) - (4) = Trésorerie</b>	<b>238 336</b>	<b>756 043</b>	<b>676 285</b>	<b>488 545</b>	<b>591 127</b>

Source : CRC d'après les comptes annuels Opalines.

## Annexe n° 4. Soldes de gestion versus M22

Pour information, afin d'avoir un comparatif avec les gestionnaires publics, En « mode M22 », les soldes de gestion ont été recalculés selon la nomenclature dite M22 et figurent dans le tableau ci-dessous.

## Évolution des soldes de gestion versus M22

en €	2016	2017	2018	2019	Var. annuelle moyenne
Dotations et produits de tarification	3 309 728	3 287 927	3 303 986	3 340 425	0,3%
+ Produits et prestations	108 210	128 842	143 196	193 977	21,5%
<b>= Ressources d'activité</b>	<b>3 417 938</b>	<b>3 416 769</b>	<b>3 447 182</b>	<b>3 534 403</b>	<b>1,1%</b>
+ Production stockée (+) ou destockée (-)	0	0	0	0	
+ Production immobilisée	0	0	0	0	
<b>= Produits d'activité</b>	<b>3 417 938</b>	<b>3 416 769</b>	<b>3 447 182</b>	<b>3 534 403</b>	<b>1,1%</b>
+ Subventions d'exploitation	6 478	10 878	3 900	3 944	-15,2%
+ Transfert de charges d'exploitation	22 470	31 741	38 872	36 774	17,8%
+ Autres produits de gestion courante	13 360	10 285	1 570	-431	
<b>= Produits de gestion (A)</b>	<b>3 460 246</b>	<b>3 469 672</b>	<b>3 491 523</b>	<b>3 574 690</b>	<b>1,1%</b>
Achats	180 006	186 683	206 910	249 462	11,5%
+ Services extérieurs	783 058	917 401	936 710	961 793	7,1%
+ Autres services extérieurs	146 848	150 883	154 079	164 472	3,9%
+ Impôts, taxes et assimilés	112 038	113 914	130 777	179 229	17,0%
+ Charges de personnel	1 578 459	1 602 584	1 686 645	1 667 291	1,8%
+ Autres charges de gestion courante	13	221	30	2 319	
<b>= Charges de gestion (B)</b>	<b>2 800 423</b>	<b>2 971 685</b>	<b>3 115 151</b>	<b>3 224 566</b>	<b>4,8%</b>
<b>Excédent brut d'exploitation (A-B)</b>	<b>659 824</b>	<b>497 987</b>	<b>376 373</b>	<b>350 124</b>	<b>-19,0%</b>
<i>en % des produits de gestion</i>	<i>19,1%</i>	<i>14,4%</i>	<i>10,8%</i>	<i>9,8%</i>	
+ Var des en-cours de production de biens	0	0	0	0	
+/- Résultat financier (réel seulement)	1 285	-3 039	-3 307	-2 347	
+/- Résultat exceptionnel (réel, hors cessions)	34 877	10 377	97 781	24 953	
+/- Impôts sur les bénéfices et assimilés	185 716	101 952	44 761	73 688	
<b>= CAF brute</b>	<b>510 270</b>	<b>403 373</b>	<b>426 086</b>	<b>299 043</b>	<b>-16,3%</b>
<i>en % des produits de gestion</i>	<i>14,7%</i>	<i>11,6%</i>	<i>12,2%</i>	<i>8,4%</i>	

Source : CRC d'après les comptes annuels Opalines.

Le rapporteur signale un écart au de l'excédent brut d'exploitation (EBE) mais un niveau de CAF et de résultat net identique.

## De la CAF au résultat net

en €	2013	2014	2015	2016	Var. annuelle moyenne
<b>CAF brute</b>	<b>510 270</b>	<b>403 373</b>	<b>426 086</b>	<b>299 043</b>	<b>-5,8%</b>
- Dot. nettes aux amortissements	78 960	84 430	94 134	98 702	-0,8%
- Dot. nettes aux provisions	7 196	34 492	169 276	23 134	
+ Quote-part des subventions d'inv. transférées	3 966	3 966	3 966	6 263	-100,0%
+/- Values de cessions	0	0	0	0	
<b>= Résultat comptable</b>	<b>428 079</b>	<b>288 416</b>	<b>166 643</b>	<b>183 470</b>	<b>33,9%</b>

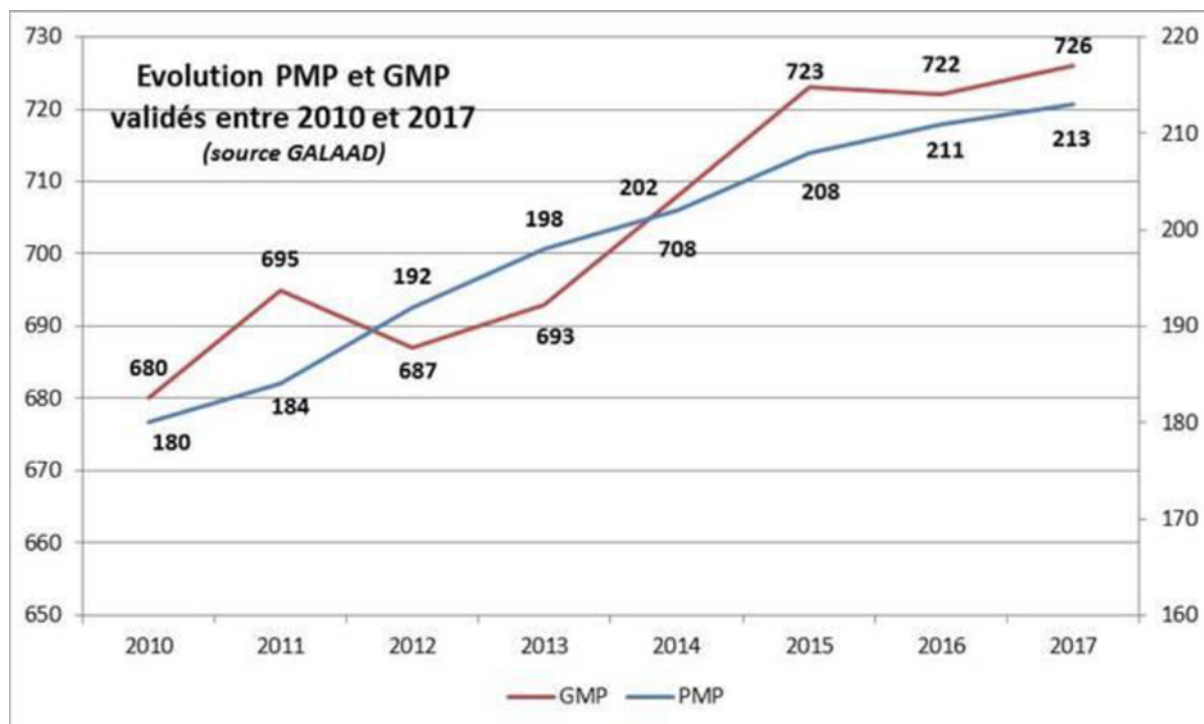
Source : CRC d'après les comptes annuels Opalines.

L'écart concernant l'EBE s'explique par le fait des charges et des produits sont pris en compte après le calcul de cet indicateur dans la comptabilité privée. C'est le cas des transferts de charges, du solde des autres produits et charges d'exploitation et la participation des salariés et le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) dont a bénéficié l'EHPAD.

## Annexe n° 5. Les Groupes iso ressources

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit et au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices : le déplacement à l'intérieur du domicile est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement ;
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ; ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement ; de plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne ;
- Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ; la plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;
- Le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules ; elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

## Annexe n° 6. Évolution du PMP et GMP au niveau national



Source : Logiciel GALAAD.

Ce logiciel est utilisé par les médecins des agences régionales de santé, des conseils généraux et les médecins coordonnateurs des EHPAD et des unités de soins de longue durée qui y saisissent les informations sur les besoins en soins des résidents afin de déterminer le budget « dépendance et soins » de ces établissements.



## Annexe n° 7. Impact du GMP sur les tarifs dépendance

Le tableau suivant simule, à nombre de résident égal et à valeur du point départemental invariant, le niveau des tarifs qui aurait dû être appliqués à la fin de la période de convergence. Le cas n° 1 correspond à une simulation raisonnant à niveau de dépendance inchangé durant toute la période (GMP fixé à 744), le cas n° 2 prend en compte le GMP notifié à l'établissement pour les tarifs 2020 et suivants passage en 2020 du GMP 744 à 770).

### Simulation de l'évolution du GMP sur les tarifs journaliers

	Cotation GMP G <sub>i</sub> (soins)	Cotation Perte d'autonomie (NPA)	Cas n°1						
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>GIR 1</b>	1000	1040	10	10	10	10	10	10	10
<b>GIR 2</b>	840	1040	38	38	38	38	38	38	38
<b>GIR 3</b>	660	660	19	19	19	19	19	19	19
<b>GIR 4</b>	420	660	7	7	7	7	7	7	7
<b>GIR 5</b>	250	280	2	2	2	2	2	2	2
<b>GIR 6</b>	70	280	2	2	2	2	2	2	2
	<b>Total</b>		<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>
	GMP		<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>
	Points perte d'autonomie		68 200	68 200	68 200	68 200	68 200	68 200	68 200
	Valeur du point (B)		<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>
	Cible de convergence (C=A*B)		<b>405 108</b>	405 108	405 108	405 108	405 108	405 108	405 108
	Convergence tarifaire (D)		7	6	5	4	3	2	1
	Montant des produits reductibles (E)		336 325	346 151	355 977	365 803	375 629	385 456	395 282
	Montant de la convergence (F=C-E)		68 783	58 957	49 131	39 305	29 479	19 652	9 826
	Palier de convergence (G=F/D)		9 826	9 826	9 826	9 826	9 826	9 826	9 826
	<b>Forfait global dépendance avec convergence (H=E+G)</b>		<b>346 151</b>	<b>355 977</b>	<b>365 803</b>	<b>375 629</b>	<b>385 456</b>	<b>395 282</b>	<b>405 108</b>
	Tarifs TTC								
		GIR 5-6	3,89	4,00	4,11	4,23	4,34	4,45	<b>4,56</b>
		GIR 3-4	9,18	9,44	9,70	9,96	10,22	10,48	<b>10,74</b>
		GIR 1-2	14,46	14,87	15,28	15,69	16,10	16,51	<b>16,92</b>

	Cotation GMP G <sub>i</sub> (soins)	Cotation Perte d'autonomie (NPA)	Cas n°2						
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>GIR 1</b>	1000	1040	10	10	10	14	14	14	14
<b>GIR 2</b>	840	1040	38	38	38	35	35	35	35
<b>GIR 3</b>	660	660	19	19	19	20	20	20	20
<b>GIR 4</b>	420	660	7	7	7	7	7	7	7
<b>GIR 5</b>	250	280	2	2	2	2	2	2	2
<b>GIR 6</b>	70	280	2	2	2	0	0	0	0
	<b>Total</b>		<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>
	GMP		<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>770</b>	<b>770</b>	<b>770</b>	<b>770</b>
	Points perte d'autonomie		68 200	68 200	68 200	69 340	69 340	69 340	69 340
	Valeur du point (B)		<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>
	Cible de convergence (C=A*B)		405 108	405 108	405 108	<b>411 880</b>	411 880	411 880	411 880
	Convergence tarifaire (D)		7	6	5	4	3	2	1
	Montant des produits reductibles (E)		336 325	346 151	355 977	365 803	377 322	388 841	400 361
	Montant de la convergence (F=C-E)		68 783	58 957	49 131	46 076	34 557	23 038	11 519
	Palier de convergence (G=F/D)		9 826	9 826	9 826	11 519	11 519	11 519	11 519
	<b>Forfait global dépendance avec convergence (H=E+G)</b>		<b>346 151</b>	<b>355 977</b>	<b>365 803</b>	<b>377 322</b>	<b>388 841</b>	<b>400 361</b>	<b>411 880</b>
	Tarifs TTC								
		GIR 5-6	3,89	4,00	4,11	4,17	4,30	4,43	<b>4,56</b>
		GIR 3-4	9,18	9,44	9,70	9,84	10,14	10,44	<b>10,74</b>
		GIR 1-2	14,46	14,87	15,28	15,50	15,98	16,45	<b>16,92</b>

Source : CRC.

**Les calculs détaillés dans ce tableau montrent qu'en fin de période de convergence, les tarifs GIR pratiqués demeurent identiques.** Il apparaît ainsi que les points de perte d'autonomie sont communs au numérateur et au dénominateur dans la formule de calcul des tarifs. En conséquence, ils se neutralisent.

**Un peu de Maths :** En reprenant les notations des tableaux précédents et en se référant à la détermination du tarif journalier « *le produit obtenu de l'équation tarifaire (H) est divisé par le nombre de points GIR de l'établissement (A) résultant du classement de ses résidents puis par le nombre de jours d'ouverture de l'établissement (365) ; ce résultat obtenu est multiplié par 280 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 (...)* » **le rapporteur montre que le niveau de perte d'autonomie n'a aucune incidence sur le tarif et ce quel que soit l'établissement considéré.**

**Perte d'autonomie moyen (A)**

Valeur du point GIR (B)

Cible de convergence (C=A\*B)

Convergence tarifaire (D)

Montant des produits reconductibles (E)

Montant de la convergence (F=C-E)

Palier de convergence (G=F/D)

Forfait global dépendance avec convergence (H=E+G)

$$\text{Tarif GIR 1-2} = \frac{H}{A} \times \frac{1}{365} \times 1\,040^{76} \quad (1)$$

$$H = E + \frac{F}{D} \quad (2)$$

$$F = C - E = (A \times B) - E \quad (3)$$

Donc d'après (3) en remplaçant dans (2) F par sa valeur on en déduit

$$H = E + \frac{(A \times B) - E}{D} \quad (4)$$

En reportant H par sa valeur dans (1) il en résulte

$$\text{Tarif GIR 1-2} = E + \frac{(A \times B) - E}{D} \times \frac{1}{A} \times \frac{1}{365} \times 1\,040$$

**L'indicateur (A) du niveau de perte d'autonomie se retrouvant simultanément au numérateur et au dénominateur, son effet est donc neutralisé.**

<sup>76</sup> 660 pour un tarif GIR 3-4 ; 280 pour un tarif GIR 5-6.

En fin de période de convergence (D=1) quel que soit le niveau de perte d'autonomie le tarif GIR est donc égale à  $B \times \frac{1}{365} \times 1\,040$

**En reprenant les deux cas précédents on arrive aux mêmes résultats sans tenir compte du niveau de perte d'autonomie**

	B	Cpi	Tarif
GIR 5-6	5,94	280	4,56
GIR 3-4	5,94	660	10,74
GIR 1-2	5,94	1 040	16,92

**Annexe n° 8. Nombre de jours d'activité ERRD 2019**

Groupes iso-ressources		Nombre de journées d'activité					
		N-3	N-2	N-1	Moyenne des 3 derniers exercices	N (prévue)	N (réelle)
Décompte de l'activité "réelle" (correspondant, pour la partie "Nombre de journées d'activité", au nombre de journées de présence effective des résidents)	Résidents classés en GIR 1	3 721	4 863	5 007	4 530	6 361	6 415
	Résidents classés en GIR 2	13 707	13 900	14 901	14 169	10 561	10 504
	<b>Sous-total résidents classés dans les GIR 1 et 2</b>	<b>17 428</b>	<b>18 763</b>	<b>19 908</b>	<b>18 700</b>	<b>16 922</b>	<b>16 919</b>
	<i>Dont résidents hors département d'implantation de l'établissement</i>			4 135	-	3 436	3 608
	Résidents classés en GIR 3	4 289	6 209	4 368	4 955	5 251	5 446
	Résidents classés en GIR 4	4 932	2 307	1 840	3 026	3 415	3 617
	<b>Sous-total résidents classés dans les GIR 3 et 4</b>	<b>9 221</b>	<b>8 516</b>	<b>6 208</b>	<b>7 982</b>	<b>8 666</b>	<b>9 063</b>
	<i>Dont résidents hors département d'implantation de l'établissement</i>			1 706	-	1 766	1 640
	Résidents classés en GIR 5	518	10	535	354	1 305	1 190
	Résidents classés en GIR 6			-	-	363	368
	<b>Sous-total résidents classés dans les GIR 5 et 6</b>	<b>518</b>	<b>10</b>	<b>535</b>	<b>354</b>	<b>1 669</b>	<b>1 558</b>
	<i>Dont résidents hors département d'implantation de l'établissement</i>				-		
	<b>Sous-total résidents de plus de 60 ans</b>	<b>27 167</b>	<b>27 289</b>	<b>26 651</b>	<b>27 036</b>	<b>27 257</b>	<b>27 540</b>
Résidents de moins de 60 ans	732	365	365	487	359	365	
<b>Total des places occupées/Total des journées de présence réelle</b>	<b>27 899</b>	<b>27 654</b>	<b>27 016</b>	<b>27 523</b>	<b>27 616</b>	<b>27 905</b>	
Décompte des absences de moins de 72 heures pour convenance personnelle ou hospitalisation	Nombre de jours d'absence pour convenance personnelle (absences de moins de 72 heures) (1)				-		
	Nombre de jours d'absence pour hospitalisation (absences de moins de 72 heures) (1)			226	-		176
	Sous-total des absences de moins de 72 heures	-	-	226	-	-	176
	Rappel du nombre de journées de présence réelle	27 899	27 654	27 016	27 523	27 616	27 905
	<b>Total du nombre de journées de présence réelle et des absences de moins de 72 heures</b>	<b>27 899</b>	<b>27 654</b>	<b>27 242</b>	<b>27 598</b>	<b>27 616</b>	<b>28 081</b>

Source: ERRD\_2019-annexe9a-9d\_r.314-232casf\_activite\_realisee.xlsx.

## **Annexe n° 9. Prestations minimales relatives à l'hébergement**

**I. - Prestations d'administration générale :** 1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour : - tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ; - état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ; - tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;

2° Élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ; 3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

**II. - Prestations d'accueil hôtelier :** 1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ; 2 Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ; 3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ; 4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ; 5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ; 6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ; 7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ; 8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ; 9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

**III. - Prestation de restauration :** 1° Accès à un service de restauration ; 2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

**IV. - Prestation de blanchissage :** Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

**V. - Prestation d'animation de la vie sociale :** 1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ; 2° Organisation des activités extérieures.

**Annexe n° 10. ETP autorisés par la convention tripartite**

	Héb.	Dép.	Soins	Rempl.	Total
<i>Personnel administratif et de direction</i>	<b>3</b>				<b>3</b>
<i>Directeur</i>	1				1
<i>Administratif</i>	2				2
<i>Personnel médical et paramédical</i>	<b>0</b>	<b>4,9</b>	<b>18,85</b>	<b>2,2</b>	<b>25,95</b>
<i>Médecin</i>	0		0,5		0,5
<i>Infirmière</i>			5	0,5	5,5
<i>Aides-Soignants</i>		4,5	10,5	1,5	16,5
<i>AS 100 % ARS</i>			1,8	0,2	2
<i>Psychologue</i>		0,4			
<i>Auxiliaires médicaux : Psychomotricien et ergothérapeute</i>			1,05		1,05
<i>Personnel des services généraux</i>	<b>11,05</b>	<b>3,45</b>	<b>0</b>		<b>14,5</b>
<i>Entretien</i>	1				1
<i>Restauration</i>	2				2
<i>Buanderie</i>	1,4	0,6		0,2	2,2
<i>Service hôtelier</i>	2,8	1,2		0,4	4,4
<i>Service intérieur</i>	3,08	1,32		0,5	4,9
<i>Personnel d'animation</i>	<b>1</b>				<b>1</b>
<i>Animateur</i>	1				1
<i>Total</i>	<b>14,28</b>	<b>8,02</b>	<b>18,85</b>	<b>3,3</b>	<b>44,45</b>

Source : convention tripartite.

**Annexe n° 11. Évolution du nombre d'ETP affectés aux soins et à la dépendance  
par catégorie d'emploi**

<i>Personnel par catégorie</i>	<b>Nombre d'ETP</b>				
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>ETP autorisés</b>
<i>Direction administration</i>					
<i>Cuisine, Services Généraux, Diététicien</i>					
<i>Animation, Service - Social</i>					
<i>ASH, agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service de repas</i>	3,37	3,39	3,26	4,14	3,45
<i>AS, AMP et ASG</i>	22,23	18,50	20,21	21,20	18,5
<i>Psychologue</i>	0,39	0,34	0,46	0,40	0,4
<i>Infirmier</i>	5,51	5,50	5,45	5,36	5,5
<i>Autres auxiliaires médicaux</i>	0,89	1,05	0	0	1,05
<i>Pharmacien préparateur en pharmacie</i>			0,00	0,00	0
<i>Médecin</i>	0,51	0,50	0,49	0,48	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>32,9</b>	<b>29,28</b>	<b>29,87</b>	<b>31,58</b>	<b>29,4</b>

Source : tableau CRC à partir des données CA et ERRD et convention tripartite.

**Annexe n° 12. Effectifs par catégorie de contrats**

	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>
<i>CDI</i>	45	46	44	45
<i>CDD</i>	12	7	11	11
<i>Total</i>	57	53	55	56
<i>% CDI</i>	78,95 %	86,9 %	80 %	80,4 %
<i>% CDD</i>	21,05 %	13,2 %	20 %	19,6 %

*Source : listes nominatives du personnel présent des années 2016 à 2017.*



## Annexe n° 13. Taux d'encadrement détaillé

<b>TAUX D'ENCADREMENT POUR 100 PLACES</b>	<b>EHPAD Les Opalines</b>	<b>EHPAD privés commerciaux</b>
<b>PERSONNEL DE DIRECTION</b>	<b>3,9</b>	<b>3,97</b>
<i>Directeur</i>	1,3	1,11
<i>Médecin-Directeur</i>		0,01
<i>Directeur adjoint, attaché de direction, économiste</i>		0,74
<i>Agent administratif et personnel de bureau</i>	2,6	1,63
<i>Autre personnel de direction</i>		0,48
<b>PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX</b>	<b>4,6</b>	<b>6,05</b>
<i>Ouvrier Professionnel</i>		2,07
<i>Agent de service général (lingerie, cuisine...)</i>	3,3	2,71
<i>Autre personnel des services généraux</i>	1,3	1,27
<b>PERSONNEL D'ENCADREMENT</b>	<b>1,2</b>	<b>1,11</b>
<i>Cadre infirmier</i>	1,2	1,01
<i>Cadre infirmier psychiatrique</i>		0,03
<i>Cadre paramédical non infirmier</i>		0,04
<i>Cadre socio-éducatif ou autre cadre social</i>		0,04
<b>PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION</b>	<b>4,5</b>	<b>9,81</b>
<i>Éducateur spécialisé</i>		0,02
<i>Moniteur-éducateur</i>		0,06
<i>Aide médico-psychologique non assistant de soins en gérontologie</i>		3,78
<i>Aide médico-psychologique assistant de soins en gérontologie</i>		1,06
<i>Assistant de service social</i>		0,02
<i>Conseiller en économie sociale familiale</i>		0,01
<i>Technicien de l'intervention sociale et familiale</i>		0,01
<i>Animateur social</i>	1,3	0,91
<i>Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gérontologie</i>	3,2	3,10
<i>Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gérontologie</i>		0,69
<i>Autre personnel éducatif, pédagogique et social</i>		0,15
<b>PERSONNEL MÉDICAL</b>	<b>0,6</b>	<b>0,57</b>
<i>Médecin coordonnateur</i>	0,6	0,52
<i>Médecin spécialiste en gériatrie</i>		0,02
<i>Autre spécialiste</i>		0,01
<i>Médecin généraliste</i>		0,01
<b>PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT</b>	<b>29,5</b>	<b>22,81</b>
<i>Psychologue</i>	0,5	0,70
<i>Infirmier diplômé d'État</i>	5,8	4,93
<i>Infirmier psychiatrique</i>		0,01
<i>Masseur-kinésithérapeute</i>		0,03
<i>Ergothérapeute</i>		0,23
<i>Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité</i>		0,31
<i>Dietéticien</i>		0,02
<i>Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie</i>	23,3	13,39
<i>Aide-soignant assistant de soins en gérontologie</i>		2,79
<i>Autre personnel paramédical ou soignant</i>		0,40
<b>AGENT DE SERVICE</b>	<b>13,9</b>	<b>11,19</b>
<b>ENSEMBLE</b>	<b>58,3</b>	<b>55,55</b>

Source : Données établissement - DREES, Enquête EHPA 2015<sup>77</sup>.

<sup>77</sup> Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte).

**Annexe n° 14. Absentéisme (nombre d'heures)**

	2016	2017	2018	2019	Var. %
<i>AT</i>	1 576,70	132	871,67	2 223,84	+ 41 %
<i>Maladie professionnelle</i>	0	0	0	0	0 %
<i>Maladie ordinaire</i>	4 580,07	7 712,32	7970.79	8 147,13	+ 77.8 %
<i>Maternité – Congé parental</i>	4 438,27	1 838,42	2 846,75	1 102,02	+ 24,8 %
<i>Absences injustifiées- sans solde</i>	803,42	994.33	1 793,02	1 769,91	+ 220 %
<i>Total</i>	11 398,46	10 677,07	13 482,23	13 242,90	+ 116 %

Sources : tableau CRC suite aux données établissement.

**Annexe n° 15. Prévention sanitaire**

Les chutes :

<i>Chutes</i>	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
<i>Nb total de résidents</i>	126	108	126	117	- 9
<i>Nb de résidents ayant chuté</i>	68	62	67	66	- 2
<i>%</i>	54 %	57,4 %	53,1 %	53,1 %	- 0,9
<i>Suite hospitalisation</i>	33	41	10	20	- 13
<i>%</i>	8,5 %	10,56 %	18,3 %	6 %	- 2.5 %

*Sources : RAMA établissement de 2016 à 2019.*

Les escarres :

<i>Escarres ou plaies chroniques</i>	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
<i>Nb total de résidents</i>	78	108	126	117	+ 39
<i>Nb de résidents ayant acquis une escarre</i>	3	1	8	13	+ 10
<i>%</i>	3,9 %	0,9 %	6,35 %	11 %	+ 7,1 %

*Sources : RAMA établissement de 2016 à 2019.*

La dénutrition :

<i>Nutrition</i>	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
<i>Nb total de résidents</i>	78	108	126	117	+ 39
<i>Nb de résidents dénutris</i>	17	6	20	18	+ 1
<i>%</i>	22 %	5,5 %	15,8 %	15,38 %	- 6,62 %
<i>Nb de perfusions de réhydratation posées dans l'année</i>	6	36	420	240	+ 234

*Sources : RAMA établissement de 2016 à 2019.*

Les troubles du comportement et de l'humeur :

<i>Troubles comportement</i>	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
<i>Nb total de résidents</i>	78	108	126	117	+ 39
<i>Nb de résidents ayant une maladie Alzheimer ou apparentée</i>	38	75	51	66	+ 28
<i>%</i>	49 %	70 %	40.5 %	56 %	+ 7 %
<i>Troubles comportement</i>	26	n.c.	n.c.	n.c.	
<i>%</i>	33 %	n.c.	n.c.	n.c.	

Sources : RAMA établissement de 2016 à 2019.

La douleur :

<i>La douleur</i>	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
<i>Nb total de résidents</i>	78	108	126	117	+ 39
<i>Nb de résidents sous antalgiques</i>	45	36	78	77	- 32
<i>% résidents sous antalgiques</i>	58 %	33 %	62 %	66 %	+ 8 pts
<i>% de résidents sous antalgiques ayant eu évaluation avec échelle de la douleur</i>	100	100	100	100	0

Sources : RAMA établissement de 2016 à 2019.

La fin de vie :

<i>Fin de vie</i>	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
<i>Nb total de résidents</i>	78	108	126	117	+ 39
<i>Nb total de décès</i>	32	19	34	22	- 10
<i>Nb de protocoles spécifiques d'accompagnement et de soins de fin de vie</i>	10	7	9	8	- 2

Sources : RAMA établissement de 2016 à 2019.





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

[www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur](http://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](mailto:pacagrefe@crtc.ccomptes.fr)

[www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur)



Marseille, le 27 OCT. 2021

**LE PRÉSIDENT**

Dossier suivi par : Bérénice BAH, adjointe du greffier  
04 91 76 72 65  
[pacagrefe@crtc.ccomptes.fr](mailto:pacagrefe@crtc.ccomptes.fr)

à

Réf. : GREFFE/BBA/CP/n° 2021-1584

Contrôle n° 2020-0067

Objet : observations définitives relatives à la vérification  
des comptes et au contrôle des comptes et de la gestion de  
l'EHPAD Les Opalines La Ciotat

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception  
2C 131 943 3512 4

**Monsieur Stéphane CAVAILLON-PINOD**

Directeur général de la  
SARL Les Opalines La Ciotat  
EHPAD Les Opalines La Ciotat  
215 chemin du Jonquet  
13600 LA CIOTAT

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion de l'EHPAD Les Opalines La Ciotat concernant les exercices 2016 à 2020 pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à y être jointe.

Il vous est possible d'inscrire ce rapport à l'ordre du jour de votre organe collégial de décision, au cours duquel il donnera lieu à débat.

Dans l'hypothèse où vous souhaiteriez le présenter à votre conseil d'administration, je vous remercie de bien vouloir m'indiquer à quelle date ce dernier sera convoqué. À l'issue de cette réunion, le rapport sera publié et deviendra communicable aux tiers en faisant la demande.

Si vous ne souhaitez pas le présenter à votre conseil d'administration, je vous remercie de bien vouloir me l'indiquer. Le rapport fera alors l'objet d'une publicité immédiate et sera communicable dans les mêmes conditions.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet ainsi qu'à la directrice régionale des finances publiques.

Pour le président empêché,  
le président de la première section

Clément CONTAN