



Rapport d'observations définitives

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes LES ILIADES Exercices 2017 à 2021

(Seine-Maritime)

Observations délibérées le 5 janvier 2023

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	2
OBLIGATIONS DE FAIRE	2
I. RAPPEL DE LA PROCEDURE	3
II. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET LA LOGIQUE DE GROUPE	3
A. L'environnement de l'établissement	3
1. Présentation de l'établissement.....	3
2. La planification régionale et départementale	4
3. L'environnement démographique et la concurrence locale.....	4
B. Les démarches stratégiques	5
1. Le projet d'établissement.....	5
2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	6
3. Les coopérations et mutualisations.....	6
C. Les relations contractuelles entre la SAS Les Iliades gestion et sa maison mère	7
III. LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	7
A. L'activité	7
1. L'hébergement.....	7
2. L'accueil de jour.....	8
B. La médicalisation et les soins	9
1. Les niveaux de soins et de dépendance.....	9
2. La prise en charge de la fin de vie	9
3. Le médecin coordonnateur et la commission de coordination gériatrique	10
4. La prise en charge des médicaments	10
C. L'accompagnement des résidents	11
1. L'admission.....	11
2. Les projets d'accompagnement personnalisés	11
3. L'organisation des services et les animations.....	12
IV. LA QUALITE DE VIE DES RESIDENTS	12
A. Le conseil de la vie sociale	12
1. La périodicité des réunions et leur formalisme	12
2. Le fonctionnement du conseil	12
B. Les évaluations internes et externes	13
1. Les évaluations internes	13
2. Les évaluations externes	14
C. La satisfaction des résidents et la gestion des risques	14
1. La satisfaction des résidents	14
2. Les événements indésirables et les plaintes	14
3. La gestion documentaire	15
V. LES RESSOURCES HUMAINES	16
A. L'analyse des effectifs	16
1. Le recrutement.....	16
2. L'évolution des effectifs et les taux d'encadrement.....	16
3. Les mouvements du personnel.....	17
4. L'évolution professionnelle et la formation.....	17
B. L'organisation du travail	18
1. La convention collective et la participation.....	18
2. L'accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail	18
3. Les absences au travail	19
4. La satisfaction des salariés au travail	19

VI.	LES COMPTES ET LA TRAJECTOIRE FINANCIERE	19
A.	La trajectoire financière de la SAS	20
1.	La tenue des comptes	20
2.	Les résultats globaux.....	20
3.	La formation des résultats annuels	21
4.	Les ratios financiers.....	21
B.	L'analyse comptable et financière des deux sections tarifées	22
1.	Le cadre général.....	22
2.	La convergence tarifaire	23
3.	La ventilation des charges soins/dépendance	23
4.	La fiabilité des sections soins et dépendance.....	23
5.	Les résultats des sections soins et dépendance	24
ANNEXE.....	26

SYNTHESE

Ouvert en mai 1992, l'EHPAD privé à but lucratif Les Iliades, géré par la SAS Les Iliades gestion, est implanté sur la commune de Mont-Saint-Aignan, limitrophe de la ville de Rouen.

Il accueille des personnes âgées autonomes, semi-valides et dépendantes, sur un total de 105 lits, dont 30 sont destinés aux personnes souffrant de troubles cognitifs en rapport avec la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il dispose également de six places d'accueil de jour pour contribuer au répit des aidants.

Rénové en 2012-2013 pour offrir aux résidents un lieu de vie soigné, confortable et sécurisant, et faisant l'objet de travaux réguliers d'entretien et d'amélioration des locaux, il jouit d'une bonne image auprès des familles et résidents.

Bien inséré dans le tissu local, l'EHPAD a noué diverses conventions de coopération, dont plusieurs demandent toutefois à être renouvelées ou actualisées.

S'il dispose bien d'un projet d'établissement, le document s'apparente davantage à un état des lieux du fonctionnement qu'à une démarche d'anticipation, de développement et de prospective. Ce dernier était arrivé à échéance fin 2022, l'engagement dans une nouvelle démarche doit être l'occasion pour l'établissement de se doter d'un véritable outil programmatique de moyen terme, élaboré en concertation avec les salariés et usagers.

A l'exception de son accueil de jour, le taux de remplissage de ses lits d'hébergement avant la pandémie de la Covid-19 approchait les 100 %.

Bien que le fonctionnement des structures internes d'expression des résidents et des professionnels de santé puisse être amélioré, qu'il s'agisse du conseil de la vie sociale ou de la commission de coordination gériatrique, et que la mesure de la satisfaction des résidents présente des marges de développement et de structuration, les droits et libertés des personnes accueillies sont garantis.

Dans sa gestion interne, l'établissement doit davantage structurer son dispositif de gestion des risques (événements indésirables, plaintes) et sa gestion documentaire.

Les cycles de travail inscrits dans l'accord-cadre sur l'aménagement et la réduction du temps de travail conclu en 2000 ne correspondent plus aux organisations en vigueur. De même, la réglementation en matière de droits à participation aux bénéfices ayant évolué, l'accord de participation de 2004 doit être mis à jour. La fidélisation des personnels constitue une préoccupation de première importance dans un contexte de difficultés de recrutement, particulièrement pour les infirmiers, aggravé depuis la crise sanitaire liée à la Covid 19.

La situation financière de la SAS gestionnaire de l'EHPAD est saine et son endettement est faible. Alors que les aides exceptionnelles des pouvoirs publics vont prendre fin, la société gestionnaire doit toutefois veiller à retrouver rapidement ses taux d'occupation d'avant la crise sanitaire.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Actualiser le dispositif conventionnel entre l'EHPAD et les structures sanitaires et médico-sociales environnantes ;
2. renforcer le dispositif de recueil de satisfaction des résidents (évaluations à périodicité plus rapprochée et association du conseil de la vie sociale) et de gestion des plaintes et événements indésirables ;
3. structurer la gestion documentaire (couverture par les protocoles existants des principaux processus de gestion courante, mise à jour des protocoles en place et intégration dans le dispositif de gestion électronique documentaire) ;
4. mettre à jour l'accord-cadre local sur l'aménagement et la réduction du temps de travail.

OBLIGATIONS DE FAIRE

5. Généraliser les projets d'accompagnement personnalisés du résident, prévus à l'article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
6. réunir la commission de coordination gériatrique au minimum deux fois par an et s'assurer de l'exercice effectif de ses missions prévues par l'arrêté du 5 septembre 2011 ;
7. appliquer les dispositions des articles D. 311-4 à D. 311-20 du CASF et celles du règlement intérieur local relatives au fonctionnement du conseil de la vie sociale ;
8. mettre à jour au moins annuellement le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), conformément aux dispositions de l'article R. 4121-2 du code du travail ;
9. mettre en conformité les dispositions de l'accord de participation avec l'article L. 3324-10 du code du travail ouvrant un droit au retrait des droits constitués à l'occasion de chaque versement.

I. RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme l'examen de la gestion de l'EHPAD Les Iliades à partir de l'année 2017. Par lettre en date du 9 février 2022, le président de la chambre en a informé Mme Audrey Pinel Laubiès, gérante de la SAS Les Iliades gestion. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 18 mai 2022 entre Mme Pinel Laubiès et le rapporteur.

L'examen de la gestion a été principalement conduit selon les axes suivants :

- les orientations stratégiques ;
- l'activité et la prise en charge des résidents ;
- la qualité de vie des résidents ;
- la gestion des ressources humaines ;
- les comptes et la trajectoire financière.

Lors de sa séance du 1^{er} juillet 2022, la chambre a arrêté ses observations provisoires, qui ont été transmises à la gérante de la SAS et, pour les parties qui les concernent, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et au président du conseil départemental de la Seine-Maritime.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 5 janvier 2023, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au directeur en fonctions et, pour la partie les concernant. Ce rapport devra être communiqué par le président du conseil d'administration à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration

II. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET LA LOGIQUE DE GROUPE

A. L'environnement de l'établissement

1. Présentation de l'établissement

L'EHPAD a été ouvert en mai 1992. Il est situé dans un quartier calme et résidentiel de la ville de Mont-Saint-Aignan.

Le capacitaire initial autorisé a été renouvelé le 4 janvier 2017 pour une durée de quinze ans, soit jusqu'au 3 janvier 2032. Il comporte 75 places d'hébergement complet de personnes âgées dépendantes, 30 places d'hébergement complet et 6 places d'accueil de jour pour personnes âgées souffrant de pathologies Alzheimer ou maladies apparentées.

Les 105 lits de l'établissement sont répartis en 103 chambres individuelles et une chambre double.

L'établissement est géré depuis 2008 sous la forme d'une société par actions simplifiée (SAS) au capital de 1 475 000 €, dénommée Les Iliades gestion. La dernière modification statutaire remonte au 14 mai 2019.

Cette société est elle-même détenue à 99 % par la SA Les Iliades créée en 1990, dont le capital est détenu par trois personnes physiques.

M. Maurice Laubiès a exercé les fonctions de président de la SAS Les Iliades gestion jusqu'à son décès en avril 2019. La SA Les Iliades lui a succédé dans les fonctions de président de la SAS Les Iliades gestion.

Le 14 mai 2019, Mme Pinel Laubiès est devenue présidente de la SA Les Iliades et, par voie de conséquence, gérante de la SAS Les Iliades gestion.

Outre son président, les instances de la SAS comportent une assemblée générale dont le fonctionnement n'appelle pas d'observations.

Sous l'autorité hiérarchique de la gérante de la SAS, la gestion quotidienne de l'EHPAD est confiée à une directrice, titulaire du diplôme requis par l'article D. 312-176 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

La structure gestionnaire de l'EHPAD a demandé, le 17 septembre 2019, l'abrogation de son autorisation de pharmacie à usage intérieur (PUI), à la suite d'une inspection de l'agence régionale de santé (ARS) sur l'organisation et le fonctionnement de la PUI ayant mis en évidence un certain nombre de non-conformités légales et réglementaires qu'elle n'était pas en mesure de corriger.

L'autorisation de création d'une pharmacie à usage intérieur lui a été retirée à compter du 4 novembre 2019, date à laquelle l'établissement a conclu une convention avec une officine de ville.

2. La planification régionale et départementale

Les orientations en matière médico-sociale sont fixées dans trois documents distincts. Deux relèvent de la compétence de l'ARS, le programme régional de santé (PRS) 2018-2023 et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2018-2022, le dernier, le schéma départemental de l'autonomie 2018-2023, de celle du département.

Ces documents ne fixent pas d'orientations spécifiques à l'EHPAD.

Sur la période contrôlée, l'établissement a été lauréat de plusieurs appels à projets des autorités de tarification, dont l'un dans le cadre du dispositif « *Expérimenter un dispositif d'astreinte infirmier de nuit en 2018* » avec cinq EHPAD avoisinants. Cette astreinte de nuit mutualisée a été prorogée par une convention du 1^{er} janvier 2021.

3. L'environnement démographique et la concurrence locale

A elle seule, la commune de Mont-Saint-Aignan pourvoit 40 % des entrées de l'EHPAD, les autres communes du département en assurent 50 % et celles d'autres départements 10 %.

Alors que les hommes âgés de 90 ans et plus représentaient 1,3 % de la population de la ville de Mont-Saint-Aignan en 2018 et les femmes de la même tranche d'âge, 2,6 % de cette même population, cette sur-représentation féminine est encore accentuée au sein de l'EHPAD où 80 % des résidents accueillis sont des femmes.

Dans un rayon de huit kilomètres autour de l'EHPAD, 17 autres établissements publics et privés accueillant des personnes âgées sont recensés.

Cet environnement proche est marqué par un fort positionnement d'établissements privés, dont six établissements privés lucratifs et sept établissements privés à but non lucratif, et une présence publique à hauteur de cinq établissements.

L'appareil capacitaire des différents établissements est compris entre 64 et 124 lits d'hébergement permanent et temporaire.

Les tarifs (données 2022) fluctuent fortement selon le statut juridique des établissements. Ils sont compris entre 52,36 € et 65,09 € en EHPAD publics, entre 60,59 € et

62,15 € en EHPAD privés à but non lucratif, et entre 94 € et 107 € en EHPAD privés à but lucratif.

La tarification journalière 2022 de l'EHPAD Les Iliades est de 94,44 € en hébergement complet permanent (soit un montant mensuel de 2 833,20 € hors prestations accessoires), 95,79 € en hébergement complet temporaire et 49,76 € en accueil de jour, ce qui le place parmi les établissements privés à but lucratif les moins onéreux de l'agglomération de Rouen.

B. Les démarches stratégiques

1. Le projet d'établissement

Conformément à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, l'EHPAD est doté d'un projet d'établissement couvrant la période 2018-2023.

Au plan formel, la démarche n'a donné lieu à consultation préalable ni du conseil de la vie sociale (article L. 311-8 du CASF) ni du comité social et économique (CSE).

Le projet n'est par ailleurs pas daté, ce qui induit un doute sur son adoption effective en 2018, le document n'ayant été présenté qu'*a posteriori*, le 26 juin 2020, au conseil de la vie sociale et le 17 juillet 2020 au CSE. L'établissement n'a pas été en mesure de justifier ce retard de présentation.

Au surplus, il n'intègre pas, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF, un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, alors même que ce plan a bien été adopté antérieurement au projet d'établissement (cf. IV C, *infra*).

Enfin, l'établissement n'a pu attester des démarches participatives ayant concouru à son élaboration, se bornant à indiquer qu'il avait fait l'objet d'une rédaction par des groupes de travail, retravaillée par la suite par le directeur.

Sur le fond, le document ne détermine ni objectifs-cibles à atteindre au terme des cinq ans de sa durée, ni mesures opérationnelles pour y parvenir, ni moyens et calendrier associés.

Hormis un objectif opérationnel en matière de projets d'accompagnement et de soins du résident, toutefois non programmé, il se borne à présenter, souvent de manière très précise (menus-types, journée-type, horaires-type...), l'organisation générale de l'établissement, le processus d'entrée des résidents et le fonctionnement des différents services en vigueur lors de son adoption.

De ce point de vue, le projet d'établissement en vigueur n'a pas satisfait aux recommandations du rapport d'évaluation externe de l'EHPAD réalisé par la société Escalia en 2015, qui invitait à une réactualisation du précédent projet d'établissement visant notamment à définir les objectifs généraux et à les décliner en objectifs opérationnels.

Il n'a donné lieu à aucune mise à jour alors même que les organisations ont évolué, en particulier le circuit du médicament avec la suppression de la pharmacie à usage intérieur en 2019.

En conséquence, dans la perspective d'un nouveau projet d'établissement, la chambre recommande à l'EHPAD d'associer les instances consultatives, de définir des objectifs programmatiques déclinés en actions opérationnelles et mesures concrètes et de procéder à son évaluation périodique.

2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

L'EHPAD Les Iliades a conclu avec l'ARS et le conseil départemental un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) d'une durée de cinq ans, commun avec l'EHPAD La Boiseraie situé sur la commune de Bois-Guillaume.

Le CPOM, signé le 8 juin 2018, comporte six objectifs opérationnels : la prévention des risques professionnels ; l'optimisation de la prise en soins de la dénutrition ; le renforcement du partenariat avec l'hospitalisation à domicile (HAD) et les équipes mobiles ; la mutualisation et l'optimisation des ressources ; la sécurisation du circuit du médicament ; la formalisation de l'individualisation de la prise en charge en soins.

Il prévoit une transmission annuelle à l'ARS et au conseil départemental de tableaux de suivi pluriannuels des objectifs définis conjointement. Hormis sur les projets d'accompagnement personnalisés, les indicateurs transmis font état d'un bon niveau de réalisation des objectifs.

Il est prévu la réunion d'un comité de suivi à deux reprises au cours du contrat, au cours de la troisième année (2020) sous la forme d'un point à mi-parcours et au cours de la cinquième année (2022), avec un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

En raison de la crise sanitaire du Covid-19, le comité de suivi de mi-parcours n'a pu se tenir.

En prévision de la renégociation de son CPOM, il appartiendra à l'établissement de traduire dans un bilan final les réalisations de la période 2018-2023, préalable indispensable à la négociation d'un nouveau partenariat contractuel.

3. Les coopérations et mutualisations

L'EHPAD a noué diverses coopérations destinées à fluidifier le parcours des résidents dans le dispositif de prise en charge sanitaire. Alors qu'il s'agit d'un objectif fixé dans le cadre du CPOM en cours, en dépit des démarches engagées par l'EHPAD Les Iliades, le champ de la psychiatrie n'est pas encore couvert.

Deux conventions sont caduques. Il en est ainsi de la convention conclue le 19 juillet 2010, pour une durée d'un an, relative aux modalités de coopération entre l'EHPAD et le CCAS de Mont-Saint-Aignan pour le service polyvalent d'aide et de soins à domicile. Il en est de même pour la convention relative aux modalités d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie (CHU de Rouen) dans les EHPAD du territoire de santé Rouen-Elbeuf pour la prise en charge des personnes âgées, conclue à titre expérimental pour une durée d'une année (du 7 décembre 2009 au 7 décembre 2010).

Deux autres ont été renouvelées alors que la clause de durée était ambiguë sur le nombre des renouvellements. Il s'agit de la convention relative aux modalités de coopération conclue entre le CHU de Rouen et les EHPAD de l'agglomération de Rouen en date du 4 septembre 2014 concernant les modalités de prise en charge sanitaire des patients provenant de l'EHPAD. Bien que sa disposition de renouvellement (« *durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction pour la même durée* ») puisse laisser entendre qu'un seul renouvellement était autorisé, elle a été prorogée à deux reprises. Il s'agit ensuite de la convention de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Rouen pour la prise en charge des résidents de l'EHPAD, conclue le 23 novembre 2012 pour une « *durée d'un an renouvelable par tacite reconduction à sa date anniversaire pour une égale durée* ». Elle est systématiquement renouvelée par tacite reconduction.

Deux autres conventions mériteraient d'être mises à jour et de faire l'objet d'une évaluation : en premier lieu, la convention de coopération avec la clinique du Cèdre de Bois-Guillaume concernant les modalités de prise en charge sanitaire des patients provenant de l'EHPAD, conclue le 5 juillet 2010 pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction ; en second lieu, celle portant partenariat entre le service d'hospitalisation à

domicile de l'agglomération rouennaise (HADAR) et l'EHPAD, signée le 5 mai 2009, pour une durée d'un an et renouvelable annuellement par tacite reconduction.

C. Les relations contractuelles entre la SAS Les Iliades gestion et sa maison mère

En vertu d'un contrat du 3 décembre 2001 modifié par avenant le 26 mai 2005 et le 9 octobre 2013, la SA Les Iliades fournit à la SAS Les Iliades gestion son aide dans l'accomplissement des opérations de direction générale, management, développement, animation et comptabilité.

En contrepartie, la SAS s'engage à régler à la SA une somme annuelle égale « à 6 % du chiffre d'affaires hors taxes », clause modifiée par avenant du 26 mai 2005 à « 6 % de l'ensemble des produits se rattachant directement ou indirectement aux objets sociaux des sociétés concernées et incluant notamment les subventions ».

Un montant annuel de prestations facturées est calculé annuellement par la SA Les Iliades (873 984 € en 2020) pour le compte des trois filiales gérant des EHPAD, chaque établissement en remboursant une quote-part en fonction d'un pourcentage du total des produits. Le remboursement à la charge de l'EHPAD Les Iliades est donc sans lien direct avec le montant des prestations facturées.

Il serait plus logique d'asseoir la participation de l'EHPAD aux dépenses supportées par la SA *Les Iliades* sur un prorata des prestations effectivement engagées pour son compte. Ce constat a été partagé par la gérante de la SAS Les Iliades gestion, qui a indiqué dans sa réponse au rapport d'observations provisoires qu'une nouvelle convention allait être signée. Cette dernière, datée du 23 novembre 2022, fait désormais supporter les frais engagés par la société-mère pour le compte des trois EHPAD concernés au prorata du temps passé, augmentés d'une marge de 15 %.

Par ailleurs, les locaux de l'établissement, propriété de la SCI Talafa¹, sont loués à la SA Les Iliades pour un montant de 732 240 € en 2021 qui, elle-même, les sous-loue à la SAS Les Iliades gestion moyennant le même loyer annuel.

III. LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

A. L'activité

L'établissement déploie deux types d'activités (cf. annexe n° 1 : Principales données relatives aux résidents de l'EHPAD) : une activité d'hébergement et une activité d'accueil de jour.

1. L'hébergement

Entre 2017 et 2019, le taux d'occupation a atteint 99 %, soit un niveau supérieur à la médiane de 97,3 % afférente à la catégorie des EHPAD privés commerciaux entre 100 et 199 places².

En 2020, les décès de résidents liés au virus du Covid-19 conjugués aux difficultés pour admettre de nouveaux résidents – principalement du fait des réticences des familles à l'entrée en résidence de leurs proches face aux mesures barrières mises en place – ont entraîné une chute du taux d'occupation à 95,11 %.

¹ Gérant en exercice : Madame Audrey Pinel-Laubiès.

² Source : publication de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avril 2019, la situation des EHPAD en 2017.

La chute s'est amplifiée en 2021, le taux d'occupation n'atteignant plus que 91,66 %.

Corollaire d'une arrivée à un âge de plus en plus avancé – la moyenne d'âge des résidents sur la période examinée est de 89 ans³ – et des effets de la crise sanitaire, la durée moyenne de séjour a fortement chuté, passant de deux ans et neuf mois en 2017 à un an et 11 mois en 2021.

En 2017, la part des résidents présents depuis moins d'un an dans les décès de l'année était de 38 %. En 2020, ce taux est passé à 44 % et, en 2021, à 50 %.

Le délai moyen d'attente avant l'entrée en EHPAD atteignait environ un mois avant 2020. Depuis la survenue de la crise sanitaire liée au Covid-19, l'EHPAD n'a plus de liste d'attente.

Si l'activité s'exerce principalement en hébergement permanent, elle s'est progressivement aussi déployée en hébergement temporaire prévu à l'article D. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, sans que l'établissement y soit formellement autorisé par l'arrêté renouvelé du 4 janvier 2017.

En conséquence, si l'EHPAD entend poursuivre l'exercice d'une activité d'hébergement temporaire, en vertu des dispositions de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, il doit déposer un dossier d'autorisation auprès des autorités de tarification.

Dans sa réponse au rapport provisoire, l'ARS a confirmé le constat de la chambre et indiqué « *qu'un bilan du CPOM sera fait notamment sur l'activité et permettra si nécessaire de modifier l'autorisation* ».

2. L'accueil de jour

Cette activité peine à trouver son public. En dépit des actions menées par l'EHPAD (adaptation de l'espace consacré à l'accueil de jour, achat d'un minibus, promotion de l'activité auprès des professionnels de santé...), le taux d'occupation a reculé entre 2017 (42,4 %) et 2019 (35,3 %).

Ce taux se situe très en-deçà de la médiane (62,9 %) de la catégorie des EHPAD privés commerciaux entre 100 et 199 places (publication de la CNSA en avril 2019, « la situation des EHPAD en 2017 »).

En 2020, la chute s'est amplifiée dans le contexte de crise de la Covid-19 avec un taux d'occupation de 22,6 %, en raison des restrictions d'accès à l'établissement et des fermetures temporaires à la demande des autorités.

En revanche, en 2021, un bond spectaculaire a été enregistré avec un taux d'occupation de 52,3 %. La fatigue des aidants et la dégradation de l'état psychique des personnes âgées, accentuées par les périodes de confinement, ont conduit les familles à davantage recourir à ce type d'accueil.

Au 28 février 2022, le taux d'occupation est monté à 61 %, l'établissement s'inscrivant dans une démarche dynamique avec de nouvelles actions de promotion de cette activité, telles les journées d'essai et portes ouvertes.

³ Selon l'étude « *L'hébergement des personnes âgées en établissement en 2015, les chiffres-clés* », DREES social, l'âge moyen d'entrée en EHPAS se situait à 85 ans et deux mois.

B. La médicalisation et les soins

1. Les niveaux de soins et de dépendance

La tarification des EHPAD se scinde en trois sections, hébergement, dépendance et soins.

La section tarifaire hébergement finance la partie hôtellerie, restauration, entretien des locaux, les démarches administratives ainsi que quelques services (différents selon les établissements). Cette partie est financée par le résident.

La section tarifaire dépendance permet de financer l'aide aux gestes du quotidien ainsi que la surveillance médicale des personnes dépendantes. Sa tarification dépend du groupe iso-ressources (GIR) de la personne âgée, c'est-à-dire de son niveau d'autonomie. Ce budget est financé par le conseil départemental avec un reste à charge pour le résident.

La section tarifaire soins correspond aux dépenses relatives aux soins prodigués. Elle permet de financer le personnel soignant ainsi que le matériel médical et les médicaments. Elle est financée entièrement par la Sécurité Sociale et les ressources sont allouées par les ARS à partir d'un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » (PMP).

Le GIR moyen pondéré (GMP) de l'EHPAD a été validé à 766 points en 2017 par l'ARS, soit au-dessus de la moyenne 2017 nationale de 738 établie par la CNSA pour les EHPAD privés commerciaux.

Le PMP avait quant à lui été validé en 2017 à 191 points, pour une moyenne de 211 en 2017 selon la CNSA dans les EHPAD privés commerciaux.

Au total, dans la dernière version validée par les autorités de tarification, en contrepoint d'un niveau de GMP supérieur aux moyennes de la catégorie des EHPAD privés à but lucratif, celui du PMP est ressorti à un niveau inférieur.

2. La prise en charge de la fin de vie

La prise en charge de la fin de vie, à partir des directives anticipées, est assurée mais le dispositif n'est pas formalisé.

Si des directives anticipées ont été établies préalablement à l'entrée en EHPAD, le contrat de séjour en son article 4 prévoit les modalités de leur transmission au médecin coordonnateur de l'établissement.

Dans le cas contraire, après admission, les volontés quant aux soins de fin de vie peuvent être demandées par le médecin coordonnateur auprès du résident ou de la personne de confiance. Certains résidents demandent à rencontrer le médecin coordonnateur afin de discuter des questions de fin de vie. Ces choix sont alors notés, par ce dernier, dans le dossier informatisé. Le médecin traitant prévient aussi le médecin coordonnateur lorsque son patient lui a adressé des directives anticipées.

Lorsque le résident est en fin de vie et que les directives anticipées n'ont pas été mises en place, le médecin coordonnateur ou le médecin de l'équipe « soins palliatifs » rencontre la personne de confiance ou le résident lui-même si ce dernier est en mesure de répondre pour organiser la prise en charge de sa fin de vie.

Parce que la bonne prise en charge de la fin de vie requiert une mobilisation pluridisciplinaire harmonieuse et coordonnée, l'EHPAD pourrait trouver bénéfique, dans sa gestion documentaire, à formaliser l'ensemble de l'organisation mise en place pour garantir une fin de vie digne, dont notamment le rôle des différents professionnels concernés et les supports de transmission des volontés des résidents.

3. Le médecin coordonnateur et la commission de coordination gériatrique

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur à temps partiel (17,5 heures hebdomadaires) recruté par contrat du 5 janvier 2016. Les clauses du contrat reprennent les missions imparties au médecin coordonnateur aux termes de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles dans sa version en vigueur lors de sa signature.

Pour y intégrer les nouvelles missions depuis lors assignées au médecin coordonnateur, le contrat demande à être mis à jour.

Si le médecin coordonnateur rédige bien un rapport annuel d'activité médicale, le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique commune avec l'EHPAD de La Boiseraie apparaît peu intense et très en retrait des attributions qui devraient être les siennes en vertu d'un arrêté du 5 septembre 2011.

Alors qu'elle doit se réunir au minimum deux fois par an, la commission a tenu une seule réunion annuelle sur toute la période de contrôle.

Sur aucune des années contrôlées, alors qu'il s'agit d'une prérogative majeure de cette commission, le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement ne lui a été présenté.

Pas davantage, elle n'a eu à connaître de la politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement ainsi que celle relative aux dispositifs médicaux.

Elle n'a pas non plus débattu de la définition du projet de soins de l'établissement et de sa mise en œuvre, thématique qui fait pourtant l'objet d'un point d'examen systématique dans les rapports annuels d'activité médicale.

Enfin, alors même que doivent lui être soumis annuellement le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, la thématique de la formation n'a été abordée qu'en 2018 et sous le seul angle d'une formation consacrée aux soins palliatifs.

Au total, les champs de compétence fixés dans l'arrêté précité ne sont pas abordés et les points traités sont uniquement axés sur des présentations de nouveaux professionnels arrivés et des informations générales d'intérêt partagé aux deux résidences (dispositif d'astreinte de nuit, formations ponctuelles et échanges sur des questions transversales générales telles que la « déprescription », le sommeil, les somnifères...).

Sans remettre en cause le choix de l'établissement d'une commission de coordination gériatrique commune avec l'EHPAD La Boiseraie, la chambre, conformément aux dispositions de l'arrêté du 5 septembre 2011, demande à la direction de l'EHPAD Les Iliades de réunir la commission de coordination gériatrique au rythme minimum de deux fois par an et de s'assurer de l'exercice effectif des missions qui lui sont dévolues.

4. La prise en charge des médicaments

Depuis le retrait de l'autorisation de création d'une pharmacie à usage intérieur à compter du 4 novembre 2019, une nouvelle organisation du circuit du médicament dans ses dimensions de prescription, dispensation et administration a été définie et a donné lieu en mai 2020 à l'élaboration d'une procédure à l'usage des différents professionnels concernés.

En conséquence de cette nouvelle organisation, l'EHPAD ne fournit plus les médicaments sur son budget et, par suite, sa dotation soins a été corrigée, avec le passage du tarif de soins global avec PUI au tarif de soins global sans PUI depuis le 1^{er} janvier 2020.

C. L'accompagnement des résidents

1. L'admission

En application de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, l'établissement dispose d'un livret d'accueil auquel la charte des droits et libertés des personnes accueillies est annexée, d'un règlement de fonctionnement et d'un contrat de séjour et ses annexes.

Ces documents remis lors de la procédure d'admission appellent trois observations.

Le livret d'accueil n'est pas à jour sur la prise en charge des médicaments, toujours présentée comme relevant du budget de l'EHPAD alors que, depuis novembre 2019, les médicaments sont réglés par l'assurance maladie, les mutuelles et, le cas échéant, les résidents pour le reste à charge.

Le contrat de séjour est conforme aux dispositions de l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et du décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sous une réserve : il ne fait pas mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat-type prévu à l'article R. 313-30-1 du code de l'action sociale et des familles.

La gestion des objets de valeur au coffre de l'établissement n'est pas parfaitement conforme aux prescriptions réglementaires. Alors qu'en vertu de l'article R. 1113-4 du code de la santé publique, « *le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et que le reçu ou exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé* », un reçu n'est pas systématiquement remis au résident (dans certains cas, une photocopie de la fiche d'enregistrement des dépôts lui est remise) et il n'est pas versé au dossier administratif de l'intéressé.

Au total, l'établissement doit mettre à jour son livret d'accueil, son contrat de séjour et délivrer systématiquement aux résidents un reçu concernant les dépôts de valeur au coffre de l'établissement.

2. Les projets d'accompagnement personnalisés

Le document support des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) visés à l'article D. 312-155-0 du CASF est en place, mais les projets personnalisés ne sont que très partiellement établis.

A la lecture des évaluations annuelles du CPOM 2018-2023, sur aucune des années de 2019 à 2021, l'établissement n'a formalisé sa démarche des PAP pour l'ensemble des résidents. A titre d'exemple, au premier semestre 2021, seuls 7 résidents sur 19 nouvellement arrivés en avaient été dotés.

Sur 102 résidents présents en avril 2022, seuls 21 PAP sont signés et 8 sont en attente de signature de la part des familles. Les PAP sont conservés dans les dossiers administratifs adossés au contrat de séjour et dans le dossier médical du résident.

Conformément aux prescriptions de l'article D. 312-155-0 du CASF, la chambre invite l'EHPAD à mettre en place avec toutes les personnes accueillies et, le cas échéant, avec leurs personnes de confiance, les projets d'accompagnement personnalisés adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies.

3. L'organisation des services et les animations

L'établissement est organisé en cinq services : Atlantis et Belem (deux secteurs sécurisés au rez-de-chaussée de 15 lits), Calypso (18 lits, rez-de-chaussée), Rose des vents (28 lits, 1^{er} étage) et Victoria (29 lits, 2^{ème} étage).

En journée, y compris le week-end, deux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont présents auprès des résidents. De nuit, l'établissement a recours à l'astreinte d'infirmier mutualisée avec cinq autres établissements avoisinants.

Les transmissions entre équipes sont assurées au moyen d'un outil informatisé, dont les accès sont différenciés selon le statut de l'agent.

L'établissement s'est également engagé dans une démarche de télémédecine, pour des consultations en dermatologie, et espère profiter à terme de téléconsultations de psychiatrie par l'intermédiaire du CHU.

Les activités d'animation sont partie intégrante de la vie de l'établissement. Deux animatrices diplômées assurent quotidiennement, y compris les week-ends, l'animation auprès des résidents.

A l'aune des résultats de l'enquête de satisfaction des résidents et de leurs familles, conduite en 2021, les animations apparaissent adaptées au public concerné, diversifiées et ménagent la liberté de participation de chaque résident.

Pour l'avenir, dans la prise en charge des résidents, il incombe à l'établissement de généraliser les projets d'accompagnement personnalisés. Il doit également s'assurer de l'exercice effectif par la commission de coordination gériatrique des missions qui lui sont imparties.

Il lui appartient enfin de mettre à jour son livret d'accueil comme son contrat de séjour et de délivrer systématiquement aux résidents un reçu consécutivement aux dépôts de valeurs dans le coffre de l'établissement.

IV. LA QUALITE DE VIE DES RESIDENTS

A. Le conseil de la vie sociale

1. La périodicité des réunions et leur formalisme

Conformément à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles, un conseil de la vie sociale (CVS) a été institué au sein de l'EHPAD Les Iliades et ses comptes rendus affichés dans l'établissement.

La réglementation prévoit trois réunions au minimum par an.

Cette périodicité minimale a été respectée en 2017, 2018, 2019 et 2021. Par exception, en 2020, seules deux réunions se sont tenues (aucune après le 26 juin 2020) en raison du contexte de la Covid-19.

Contrairement aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF, les relevés de conclusions des séances ne sont pas toujours signés par le président du conseil.

2. Le fonctionnement du conseil

Le règlement intérieur apparaît insuffisamment précis concernant le choix du représentant des salariés et de son suppléant.

A cet égard, l'article D. 311-12 du code de l'action sociale et des familles dispose :
« *Les personnels des établissements et services de droit privé (...) sont représentés au conseil de la vie sociale (...) par des représentants élus, parmi l'ensemble des personnels, par les membres du comité d'entreprise ou, à défaut, par les délégués du personnel ou, s'il n'existe pas d'institution représentative du personnel, par les personnels eux-mêmes. Ces représentants sont élus au scrutin secret selon les modalités fixées par le règlement intérieur.* »

Or le règlement intérieur de 2019 se borne à préciser que siège « *un représentant du personnel choisi par ses pairs et son suppléant* ». Sans davantage de précision, il n'est pas permis de conclure au respect des dispositions réglementaires précitées dans l'élection du représentant des personnels.

Dans l'exercice des missions qui lui sont imparties, alors même que le conseil de la vie sociale est compétent en matière de nature et de prix des services rendus et qu'en vertu de l'article L. 342-3 du CASF, « *le conseil de la vie sociale est consulté au moins une fois par an sur le niveau du prix du socle de prestations et sur le prix des autres prestations d'hébergement ainsi qu'à chaque création d'une nouvelle prestation* », ces matières n'ont jamais été portées à l'ordre du jour des séances durant la période sous revue.

En matière de satisfaction des résidents, le CVS n'a été tenu informé ni du lancement, ni des résultats, ni des suites réservées aux enquêtes de 2018 et de 2021.

De plus, en contradiction avec les dispositions réglementaires, reprises dans le règlement intérieur en son article 6 aux termes duquel « *le conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents* », ce dernier n'a jamais été amené à délibérer.

Enfin, alors que l'article 7 du règlement intérieur de 2019 prévoit qu'un « *registre des avis et propositions est tenu par la Directrice qui transmet aux instances compétentes de l'établissement les avis et propositions émis par le Conseil de la Vie Sociale* », celui-ci n'est pas en place dans l'établissement.

La chambre invite en conséquence l'établissement à s'assurer de la pleine implication du conseil de la vie sociale dans les champs relevant de sa compétence et à s'assurer du respect des modalités de fonctionnement définies par son règlement intérieur.

B. Les évaluations internes et externes

L'établissement est soumis aux évaluations internes et externes de la qualité des prestations délivrées, prévues à l'article L. 312-8 du CASF.

1. Les évaluations internes

La dernière évaluation interne est intervenue en janvier 2020, l'échéancier des évaluations (internes et externes) ayant été revu pour être mis en cohérence avec le CPOM signé en 2018. L'évaluation interne a été transmise aux autorités de tutelle le 30 juillet 2020.

Pour cette évaluation, l'établissement s'est appuyé sur le référentiel *Qualipass*, référentiel de certification en secteur médico-social développé par les établissements du secteur privé à but lucratif.

Huit objectifs-cibles ont été retenus, donnant lieu chacun à un recensement des points forts et des pistes d'amélioration et à un suivi de ces derniers (actions, délais, pilotes, évaluateur, période d'évaluation, indicateur).

Force est de constater que le suivi prévu n'a pas été réalisé en 2021 et 2022. Cette démarche ne participe donc pas pleinement du dispositif d'amélioration continue de la qualité.

2. Les évaluations externes

Le dernier rapport d'évaluation externe date de janvier 2015.

Cette étude ancienne concluait à une offre d'hébergement et de soins de qualité et formulait plusieurs recommandations stratégiques et opérationnelles, dont certaines ne sont toujours pas mises en œuvre, à l'image des PAP et du livret d'accueil des nouveaux salariés.

Selon l'échéancier de l'EHPAD, joint au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), une nouvelle évaluation externe aurait dû être réalisée au plus tard en janvier 2022, évaluation que l'établissement a reportée dans l'attente du nouveau référentiel de la Haute autorité de santé (HAS).

Même si la HAS a désormais publié le 10 mars 2022 les deux documents attendus – le premier référentiel national et le manuel d'évaluation – et qu'est paru le décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux, un arrêté conjoint ARS-département demandait encore à être pris en fin d'année 2022 pour programmer les évaluations externes de l'ensemble des établissements.

C. La satisfaction des résidents et la gestion des risques

1. La satisfaction des résidents

Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2018. A cette occasion, un questionnaire a été rédigé sur l'image de l'établissement, l'accueil et la gestion administrative, l'organisation des soins, les prestations, les professionnels, le cadre de vie, l'animation et la vie sociale, les repas, le linge et la vie quotidienne. Les résultats de cette enquête n'ont pas comporté de synthèse des axes d'amélioration et n'ont pas débouché sur un plan d'actions.

L'enquête suivante auprès des résidents et des familles n'est intervenue qu'en 2021.

90 questionnaires ont à cette occasion été distribués avec un retour de 41 % (37 réponses). Ses résultats sont synthétisés dans un tableau recensant les axes d'amélioration et les actions menées.

Hormis l'entretien des appareillages (lunettes, appareils dentaires ou auditifs), problème récurrent dans les deux enquêtes sur lequel le personnel a été sensibilisé, les familles et résidents sont globalement satisfaits des prestations de l'EHPAD.

Alors qu'un diagnostic établi en vue de la conclusion du CPOM envisageait une périodicité d'enquêtes de satisfaction des résidents tous les deux ans, trois années se sont écoulées entre les deux enquêtes précitées. La chambre encourage l'EHPAD à mener des enquêtes de satisfaction à périodicité plus rapprochée.

2. Les événements indésirables et les plaintes

L'EHPAD est pourvu d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) non daté. La mise à jour annuelle de ce document, rendue obligatoire par l'article R. 4121-2 du code du travail, ne peut donc être attestée.

Hors déclarations réglementaires (accidents du travail, accidents d'exposition au sang, vigilances...) relevant d'un dispositif spécifique, l'établissement dispose d'une fiche-type à usage interne de déclaration des événements indésirables.

Les fiches sont regroupées dans un classeur par année, hormis l'année 2017 pour laquelle aucune fiche n'a pu être fournie.

Un écart substantiel de recensement a été constaté entre les années 2018 et 2019 (57 en 2018 et 88 en 2019) et les années suivantes (14 en 2020 et 8 en 2021), qui conduit à s'interroger sur l'exhaustivité des déclarations.

De surcroît, aucun bilan annuel des événements recensés n'est effectué.

Par ailleurs, en application de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, les événements les plus graves doivent faire l'objet d'une information aux autorités administratives compétentes.

A cette fin, l'EHPAD a signé le 31 août 2015 un protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables graves (EIG), qui décrit précisément la nature des éléments à déclarer auprès des autorités de régulation.

Une liste non exhaustive d'EIG devant donner lieu à transmission aux autorités de tarification est fixée dans un formulaire de transmission établi par l'ARS.

Entre 2017 et 2021, un unique signalement auprès des autorités de tarification est intervenu. Il a concerné une disparition sur l'année 2020 de médicaments.

L'établissement n'applique pas à la lettre les consignes de déclaration figurant au protocole de signalement précité, d'où le faible taux de déclaration d'EIG⁴. En atteste, en 2019, une fugue d'un résident non signalée, alors qu'aux termes du protocole, cet incident aurait dû donner lieu à transmission.

S'agissant des plaintes, le dispositif de gestion comporte un recensement et un suivi des suites données.

Le nombre de déclarations de plainte accuse une chute très significative : 23 en 2018, 17 en 2019, 7 en 2020 et 2 en 2021. Selon la direction, l'absence des familles auprès de leurs proches pendant les périodes de confinement est à l'origine de cette évolution.

Depuis la reprise des visites en 2021, en méconnaissance du dispositif précité, les plaintes et les suites données ne sont plus enregistrées.

En conclusion, la chambre invite l'EHPAD à actualiser annuellement son DUERP en conservant les versions précédentes, à appliquer strictement le protocole de déclaration des EIG et à recenser systématiquement les motifs des plaintes et événements indésirables et les réponses qui leur sont apportées.

3. La gestion documentaire

L'EHPAD dispose de 15 protocoles relatifs à la gestion de crise (coupure d'eau, d'électricité, de gaz, intoxication alimentaire, canicule, conduite à tenir en cas de résident porteur ou avéré au Covid-19...) colligés dans un classeur déposé dans le bureau infirmier.

Le plan bleu de l'établissement, document obligatoire en vertu des dispositions d'un arrêté du 7 juillet 2005, élaboré en janvier 2017 et mis à jour le 12 mars 2020, intègre l'ensemble des protocoles de gestion de crise.

Il apparaît toutefois regrettable qu'aucune actualisation subséquente du plan bleu n'ait intégré le protocole relatif à la conduite à tenir en cas de résident porteur ou avéré au Covid-19 daté du 31 mars 2020.

L'établissement s'est appuyé sur son plan bleu pour élaborer un plan de continuité épidémie virale, mais celui-ci n'est pas daté.

L'EHPAD a pour objectif de rendre facilement accessible l'ensemble des protocoles existants à tout le personnel dans le cadre de la gestion électronique des documents (GED). Cette dernière est encore embryonnaire, seuls deux protocoles étant pour

⁴ Selon le département de la Seine-Maritime, en moyenne, deux ou trois EIG sont signalés annuellement par ESMS.

l'heure indexés, l'établissement entendant actualiser les treize autres avant de les insérer dans l'outil informatique.

Par ailleurs, alors que certains sujets le nécessiteraient (gestion des dépôts de valeur, gestion de la fin de vie, événements indésirables, gestion des plaintes...), aucun protocole relatif au fonctionnement quotidien de l'établissement n'a été établi.

Par suite, la chambre estime que l'établissement doit mettre à jour les procédures existantes, les intégrer dans le dispositif de GED et couvrir par des protocoles les principaux processus de fonctionnement de l'établissement.

En conclusion, l'établissement apparaît attentif au bien-être et à la satisfaction de ses résidents.

Quatre mesures permettraient de conforter les actions mises en place : une pleine implication du conseil de la vie sociale dans les champs de compétence qui lui sont dévolus et le respect des modalités de fonctionnement prévues à son règlement intérieur ; la réalisation d'enquêtes de satisfaction des résidents selon une périodicité plus rapprochée que celle observée ; un recensement systématique des motifs des plaintes et événements indésirables et des réponses qui leur sont apportées ainsi qu'une mise à jour et un développement des protocoles suivis de leur indexation dans le dispositif de GED.

V. LES RESSOURCES HUMAINES

A. L'analyse des effectifs

1. Le recrutement

Les étapes du recrutement sont décrites dans une procédure datant de 2012, laquelle, déjà ancienne, pourrait être actualisée.

Auditée à partir d'un échantillon, la constitution des dossiers du personnel, leur classement et leur mise à jour n'appellent pas d'observations. A chaque contrat de travail, est jointe une fiche de poste.

En revanche, l'EHPAD ne dispose pas de livret d'accueil à l'usage des nouveaux agents. Dans un contexte de difficultés aiguës pour recruter et fidéliser les nouveaux salariés et où la mise en œuvre de cet outil doit participer de la dimension d'intégration, sa rédaction est envisagée sur l'exercice 2022.

Le recrutement d'un nouveau salarié intervient soit en contrat à durée indéterminée (CDI), notamment pour les infirmiers, soit en contrat à durée déterminée (CDD).

En cas de renouvellement de CDD à l'identique, une période d'essai est de nouveau mentionnée dans les contrats. Cette disposition apparaît irrégulière puisque l'aptitude des salariés a déjà été appréciée dans le cadre d'un contrat antérieur.

Pour se mettre en conformité avec la législation du travail, la chambre invite l'EHPAD à supprimer la clause de période d'essai figurant dans les renouvellements de contrats en CDD.

2. L'évolution des effectifs et les taux d'encadrement

Entre 2017 (68,81 équivalents temps plein - ETP) et 2021 (66,35 ETP), les effectifs sont restés globalement stables.

En 2017, seule année où une étude de parangonnage des taux d'encadrement est disponible⁵, le taux global d'encadrement atteignait 65,5 ETP pour 100 places, score supérieur au taux moyen d'encadrement de l'ensemble des EHPAD (tous statuts confondus), qui est de 61,8 ETP.

Sur la section soins, en 2017, le taux d'encadrement pour 100 places de l'EHPAD était de 29,2 ETP, taux très légèrement supérieur au taux moyen d'encadrement des EHPAD (tous statuts confondus), qui est de 28,6 ETP.

Sur la section dépendance, le taux d'encadrement de l'EHPAD se montait à 17,1 ETP pour 100 places, niveau supérieur au taux moyen de 13,8 (tous statuts confondus).

Pour le personnel infirmier, le taux d'encadrement de l'EHPAD émergeait à 5,4 ETP pour 100 places, valeur inférieure à celle constatée dans les EHPAD (tous statuts confondus) de 6,68 ETP et de 6,17 ETP pour les seuls EHPAD privés commerciaux.

En revanche, pour les aides-soignants (AS) / aides médico-psychologiques (AMP), le taux d'encadrement de l'EHPAD s'élevait à 22,1 ETP, taux supérieur à celui de 17,67 ETP dans les EHPAD (tous statuts confondus) et de 18,17 ETP pour les seuls EHPAD privés commerciaux.

Globalement, à la notable exception du taux d'encadrement infirmier, les ratios de personnel soignant de l'EHPAD sont supérieurs aux taux moyens constatés dans les EHPAD, ce que peut expliquer en partie la présence de 30 résidents en secteur sécurisé, requérant une présence d'agents plus élevée que pour les résidents accueillis en hébergement ordinaire.

3. Les mouvements du personnel

Même si l'effectif est stable, le turn-over s'est accéléré depuis 2019. Alors que n'avaient été enregistrés que quatre départs en 2017 et en 2018 au sein du personnel de l'EHPAD, 16 départs ont été recensés en 2019, 21 en 2020 et 13 en 2021.

Majoritairement liés à des démissions, ces départs sont justifiés par la direction, d'une part, par des trajectoires personnelles pour certains personnels (rapprochement du domicile, évolution professionnelle, recherche d'un salaire plus élevé...), d'autre part, par une difficulté à fidéliser les salariés récemment embauchés, du fait des contraintes horaires importantes, notamment le travail le week-end, et de planification des congés.

Pour inscrire dans la durée et fidéliser ses salariés, la direction a instauré diverses mesures salariales, dont la participation, les primes de pouvoir d'achat (dites « *primes Macron* »), des primes spécifiques aux salariés acceptant des missions de référent (étage, incontinence...) ainsi que des formations diplômantes ouvrant des perspectives d'évolution professionnelle.

Même s'il dispose d'un vivier d'agents de remplacement, l'EHPAD peine à remplacer les départs de ses salariés dans un contexte global de surabondance d'offres d'emplois et où les professionnels n'hésitent plus à changer fréquemment de structure ou à préférer le travail en intérim ou sur contrats successifs.

4. L'évolution professionnelle et la formation

Conformément aux dispositions de l'article L. 6315-1 du code du travail, les entretiens professionnels, obligatoires tous les deux ans, sont bien réalisés. Lors de ce moment privilégié de rencontre entre les salariés et leur hiérarchie, sont notamment évoquées les perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi. A l'issue de cet entretien, un document est établi et copie remise au salarié.

⁵ Etude CNSA d'avril 2019 « *La situation des EHPAD en 2017* ».

Au titre de la contribution légale obligatoire, l'établissement verse annuellement 1 % de sa masse salariale à un opérateur de compétences (OPCO). L'enveloppe de droit de tirage dont il dispose finance ainsi les actions de promotion professionnelle de ses agents (à titre d'exemple, la formation d'aide-soignant).

En sus, l'établissement finance sur son budget propre un plan de formation annuel de mise à jour des compétences et d'acquisition de nouvelles connaissances.

Conformément aux articles L. 2312-22 et L. 2312-26 du code du travail, les plans de formation sont bien, depuis la mise en place du comité social et économique (CSE) en 2020, soumis à cette instance de représentation du personnel de l'entreprise.

La progression des heures de formation est particulièrement marquée depuis 2020 tant dans le champ des formations obligatoires (sécurité incendie, STT, habilitation électrique, hygiène...) que de l'amélioration des pratiques des salariés (formation à l'hygiène bucco-dentaire, en gérontologie, prévention de la maltraitance...), traduction du recueil systématique des besoins de formation des agents à partir de 2019 et de leur inscription dans des plans annuels.

B. L'organisation du travail

1. La convention collective et la participation

Les salariés de l'EHPAD relèvent de la convention collective de l'hospitalisation privée signée par les organisations syndicales représentatives le 18 avril 2002.

Un règlement intérieur adopté le 10 janvier 2017 régit les relations entre l'employeur et ses salariés.

L'établissement employant plus de 50 salariés, ces derniers sont attributaires d'une participation aux bénéfices de l'entreprise. L'accord qui en définit les conditions, la répartition et les modalités de versement a été signé en 2004. Il ne prévoit un déblocage de la participation qu'après cinq années révolues, sauf cas particuliers (mariage, naissance d'un enfant, achat immobilier...).

Or, en vertu des dispositions de l'article L. 3324-10 du code du travail⁶, la faculté d'un déblocage à l'occasion de chaque versement effectué au titre de la répartition de la réserve spéciale de participation a été ouverte aux salariés.

En conséquence, il revient à l'EHPAD de mettre en conformité son accord de participation avec les dispositions de l'article L. 3324-10 du code du travail.

2. L'accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail

L'EHPAD a conclu en 2000 un accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail, actant le passage aux 35 heures et une réorganisation des plannings au 1^{er} janvier 2000.

Cet accord est resté inchangé alors que les cycles de travail qui y sont répertoriés – amplitude horaire des journées, nombre de jours de repos, nombre de week-end travaillés par cycle – ont profondément évolué.

Il n'a pas non plus été révisé pour définir à compter de 2004 les modalités de mise en place de la journée de solidarité.

⁶ Dispositions issues de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail, modifiée par la loi du 6 août 2015.

La chambre invite en conséquence l'établissement à mettre à jour l'accord local sur la réduction du temps de travail.

3. Les absences au travail

En 2021, les absences au travail – tous motifs confondus – ont représenté l'équivalent de 10 ETP, soit 11,9 % de l'ensemble des effectifs en 2021.

L'absentéisme a fortement progressé en 2020 et 2021 en raison des absences au travail du personnel détecté positif aux variants successifs de la Covid-19. Traduit en ETP, le nombre d'absences est ainsi passé, entre les deux années 2019 et 2020, de 8,17 à 10,97 en 2020, soit une progression notable de 34 %.

En matière d'accidents du travail, le nombre annuel d'accidents suivis d'arrêts de travail est resté relativement stable même si le nombre annuel de jours d'arrêts de travail a fortement varié selon les années.

Conscient de ses marges de progrès, l'établissement développe diverses actions de prévention des accidents du travail comme des formations sur les transferts et la manipulation et collabore avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) dans le cadre de la prévention des troubles musculo-squelettiques.

4. La satisfaction des salariés au travail

Deux enquêtes sur le bien-être au travail des salariés ont été effectuées, respectivement en 2018 et en 2021.

L'établissement ne respectant pas le principe de permanence des méthodes dans les questions posées et la grille d'évaluation (notation sur une échelle de 10 dans la première enquête et cotation sur quatre niveaux de satisfaction dans la seconde), l'exercice de comparaison de la satisfaction entre les deux enquêtes est rendu difficile.

Au surplus, les enseignements de la première enquête n'ont pas été accompagnés d'une synthèse des principales conclusions et de la définition d'un plan d'actions.

Le nombre de participants n'est pas précisé dans la seconde enquête menée en 2021 et, si une synthèse des points d'amélioration a bien été réalisée, elle n'a pas été suivie d'un plan d'actions.

Dans le champ des ressources humaines, il incombe à l'EHPAD d'actualiser l'accord local sur le temps de travail, de supprimer la clause de période d'essai figurant dans les renouvellements de contrats en CDD, et de mettre en conformité les dispositions de son accord de participation avec les dispositions législatives relatives au retrait des droits constitués.

En outre, la traduction des résultats des enquêtes en plans d'actions pourrait être un des moyens de fidéliser le personnel.

VI. LES COMPTES ET LA TRAJECTOIRE FINANCIERE

L'appréciation de la trajectoire financière de l'EHPAD procède d'une double approche : un examen des comptes consolidés de la SAS (A.), d'une part, une étude des deux sections tarifées soins et dépendance, d'autre part (B.).

A. La trajectoire financière de la SAS

Sur toute la période observée, les résultats de la société gestionnaire ont été excédentaires, même si les charges ont progressé à un plus fort rythme (+ 13,2 %) que les produits (+ 4 %).

1. La tenue des comptes

Le capital de la SAS Les Iliades gestion s'élève à 1 475 000 €.

La comptabilité de la société est tenue selon les règles du plan comptable général, modifié par le règlement de l'autorité des normes comptables 2018-01.

Les comptes annuels sont préparés par un cabinet d'expertise comptable et certifiés annuellement par un commissaire aux comptes.

La société répond à la définition des petites entreprises. Ne dépassant pas, pour la période sous revue, à la clôture de l'exercice, deux des trois seuils fixés par l'article D. 123-200 du code de commerce (6 000 000 € de bilan, 12 000 000 € de chiffre d'affaires, et 50 salariés), elle n'est pas soumise à la production d'un rapport annuel de gestion.

La société a bien constitué une réserve légale de 147 500 € représentant 10 % du montant de son capital social, comme le prévoit l'article L. 232-10 du code de commerce.

Par ailleurs, si des provisions pour risques sont enregistrées dès lors qu'un risque est identifié, aucun enjeu justifiant la constitution de provisions pour risques et charges n'a été identifié sur la période sous revue.

Aux termes de l'article L. 123-13 du code de commerce, les provisions pour indemnités de départ à la retraite n'étant pas obligatoires, la SAS Les Iliades gestion satisfait bien aux prescriptions législatives en faisant figurer les indemnités de retraite dans les annexes des comptes dans les engagements hors bilan.

La méthode comptable utilisée garantit que les excédents des sections soins et dépendance ne participent pas à la formation des résultats annuels, les produits n'étant inscrits dans les comptes annuels qu'à hauteur des dépenses engagées, et le surplus de subventions étant imputé au passif du bilan dans le compte « *Autres dettes* » afin de couvrir d'éventuels déficits ultérieurs.

2. Les résultats globaux

A l'aune des résultats annuels, la SAS Les Iliades gestion fait preuve d'une bonne solidité financière.

Ainsi, entre 2017 et 2019, le résultat avant impôt est resté stable aux alentours de 1 000 000 €. Il est cependant en repli depuis 2020, avec un résultat de 918 481 €, et de 741 474 € en 2021, soit une baisse de 32 % par rapport à 2019.

Le repli constaté depuis 2020 tient à une faible progression des recettes (+ 1,68 % entre 2020 et 2021) malgré les aides de l'Etat (subventions allouées par l'ARS pour compenser les pertes de recettes d'hébergement liées à la crise sanitaire et les revalorisations salariales) alors que les dépenses se sont envolées (+ 9 % de progression entre 2019 et 2021).

Après participation des salariés et paiement de l'impôt, le bénéfice net a peu évolué entre 2017 (648 130 €) et 2019 (665 644 €) mais s'est replié à 598 538 € en 2020 et 481 549 € en 2021.

Sur toute la période contrôlée, le taux de profitabilité⁷ a été compris entre 14 et 19 % du chiffre d'affaires net et le taux de rentabilité financière⁸ entre 24 % et 36 %.

Le bénéfice a été majoritairement reversé sous forme de dividende aux actionnaires, à raison de 6,30 € par action de 15,24 € pour les années 2017 à 2019 et 6 € par action pour 2020.

3. La formation des résultats annuels

a. L'évolution des produits

Les produits d'exploitation ont progressé de 4 % entre 2017 et 2021.

Ils sont formés des services vendus (produits d'hébergement) et des subventions (dotations soins et dépendance).

Alors que les services vendus ont reculé de 7 % en raison d'une moindre occupation des lits, les subventions d'exploitation ont grimpé de 12 %.

Ainsi, la dotation soins, versée par l'assurance maladie qui à elle seule représente, en 2021, 37,6 % des produits d'exploitation, a vu son montant revalorisé de 27 % sur la période 2017-2021, grâce aux crédits reconductibles « Ségur » et non reconductibles « Covid ».

A l'inverse, les financements liés à la dépendance (11,6 % des produits d'exploitation en 2021) ont reculé de 13 % sur la même période.

b. L'évolution des charges

Les charges d'exploitation ont progressé de 13,2 % entre 2017 et 2021, soit un rythme de progression plus soutenu que les produits.

L'augmentation a principalement porté sur deux postes.

Premier poste de dépenses, représentant à elles seules 54,3 % des charges en 2021, les « *Charges de personnel* » ont évolué de 2 392 058 € en 2017 à 2 880 195 €, soit une progression de 20,4 %.

Une première augmentation est intervenue en 2018 sous l'effet de l'embauche significative d'agents intérimaires (notamment infirmiers) destinés à pourvoir aux remplacements. Les difficultés de recrutement s'amplifiant et se combinant aux hausses salariales des accords du *Ségur de la santé* de juillet 2020 – au surplus accentuées par le moindre effet de la réduction des cotisations patronales « *ex-réduction Fillon* »⁹, une forte pression sur les charges de personnel affecte l'établissement depuis 2020.

Une tension affecte également le poste des « *Autres achats et charges externes* ». Y sont principalement comptabilisés les achats de fluides, d'énergie, les fournitures médicales et la maintenance. Il représente, en 2021, 31,9 % des charges et a progressé de 6,9 % entre 2017 et 2021, passant de 1 804 229 € à 1 927 988 €.

4. Les ratios financiers

a. La capacité d'autofinancement et la dette

La capacité d'autofinancement brute, globalement stable sur la période, a représenté, en 2021, 10,2 % des produits d'exploitation. Comparativement à la moyenne des

⁷ Taux de profitabilité = résultats nets/chiffre d'affaires.

⁸ Taux de rentabilité financière = résultats nets/capitaux propres.

⁹ Certains salaires ayant augmenté et dépassant le plafond fixé, l'exonération de charges a disparu.

établissements privés commerciaux (3,67 % en 2017, source CNSA), son niveau est très élevé.

L'établissement est peu endetté. Au 31 décembre 2021, il n'a que deux emprunts en cours, l'un de 300 000 € souscrit en janvier 2020 à taux fixe finançant les travaux de rénovation des salles de bains (le capital restant dû s'élevant à 136 000 €), l'autre de 500 000 € souscrit en novembre 2021 à taux fixe pour financer les travaux de rénovation du rez-de-chaussée de l'EHPAD, dont seuls 25 000 € ont été mobilisés fin 2021 et 13 000 € restent à rembourser.

Sur l'ensemble de la période de contrôle, sa capacité de désendettement n'a jamais dépassé 0,4 année.

b. Les investissements

Au plan des investissements, sur la période de contrôle, l'EHPAD Les Iliades a renouvelé la majeure partie des salles de bain (pour un coût de 324 000 €) et procédé au ravalement de la façade (pour un montant de 139 130 €).

Le montant des investissements a été de 57 576 € en 2017, 174 514 € en 2018, 194 427 € en 2019, 202 291 € en 2020 et 40 854 € en 2021.

Pour les années 2022-2023, l'EHPAD souhaite réhabiliter le restaurant, l'accueil, les bureaux administratifs, les toilettes visiteurs ainsi que deux chambres et les deux salles de bains restantes.

c. Les bilans annuels

Le bilan se caractérise par un fonds de roulement globalement stable (en baisse cependant en 2021) et un besoin en fonds de roulement constamment négatif, les recettes étant encaissées immédiatement auprès des résidents et de leurs familles et les dettes fournisseurs étant très faibles.

L'établissement n'a donc pas besoin de trésorerie pour financer son décalage entre les décaissements et les encaissements.

Sur toute la période, il en est résulté un haut niveau de trésorerie, équivalant à 142 jours de fonctionnement en 2021.

B. L'analyse comptable et financière des deux sections tarifées

1. Le cadre général

En vertu des dispositions de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles, les dépenses liées à l'hébergement de l'EHPAD Les Iliades, établissement de caractère privé à but lucratif, relèvent de la libre détermination du gestionnaire.

Sur les sections tarifées soins et dépendance, le pilotage financier se traduit, depuis 2017, par la transmission aux autorités de tarification d'états prévisionnels (EPRD) puis réalisés (ERRD) de recettes et de dépenses, accompagnés d'annexes relatives à l'activité, au personnel et aux effectifs présents et d'un rapport de présentation annuel éclairant les évolutions des charges et recettes de l'année écoulée.

Le mécanisme de financement des sections soins et dépendance repose sur le calcul d'un tarif-cible permettant de déterminer le montant des subventions allouées, assorti d'une convergence pluriannuelle déterminée à la hausse ou à la baisse.

2. La convergence tarifaire

La période de convergence définie au CPOM de l'EHPAD Les Iliades s'étend de 2018 à 2023.

Sous l'effet d'une convergence à la hausse sur la section soins et de l'allocation de crédits non reconductibles, principalement de compensation des pertes de recettes en 2020 et 2021 liées à la crise sanitaire, mais également de crédits pérennes en 2020 et 2021 au titre du *complément de traitement indiciaire* (CTI) prévus par les accords dits de *Ségur*, la subvention est passée de 1 791 886 € en 2017 à 2 271 783 € en 2021, soit une progression de 26,8 %.

En revanche, la convergence est à la baisse sur la dépendance (passage de 810 918 € en 2017 à 702 241 € en 2021).

3. La ventilation des charges soins/dépendance

Aux termes de l'instruction du ministère de la santé du 7 avril 2017, les clés de répartition historique des charges entre sections tarifaires soins/dépendance et hébergement ont été supprimées.

L'établissement peut désormais faire évoluer librement les règles de répartition entre les sections soins et dépendance, dans une limite de 99 % - 1 % (instruction ministérielle du 12 juillet 2018).

La SAS Les Iliades gestion n'a procédé à une modification des clés de répartition précédemment en vigueur qu'à compter de l'exercice 2020. Ces évolutions ont été motivées par le souci d'un rééquilibrage des charges entre la section soins, excédentaire, et la section dépendance, déficitaire.

En 2021, la répartition a été revue dans les proportions suivantes (73 % soins / 27 % dépendance), répartition actée dans les différents documentaires budgétaires.

L'imputation tarifaire du poste de « *maîtresse de maison* » appelle une observation. Bien que cette fonction occupée par des agents de service hospitaliers relève en principe d'une ventilation à 70 % sur l'hébergement et 30 % sur la dépendance, l'établissement les impute à 100 % sur la section dépendance. Si les autorités de tarification avaient bien dans la convention tripartite de 2008-2012 acté leur prise en charge sur la section dépendance, cette disposition contractuelle n'a pas été explicitement reprise dans le CPOM.

4. La fiabilité des sections soins et dépendance

En termes de fiabilité, si le total des charges de personnel a progressé, entre 2017 et 2021, de 20 % au niveau de la SAS et de seulement 8 % sur les sections soins et dépendance, l'écart s'explique par la comptabilisation des mesures salariales consécutives aux accords du Ségur pour la part hébergement dans les seuls comptes de la SAS et la fin du dispositif du CICE, en 2019, qui n'était comptabilisé également que dans les comptes de la SAS.

Le coût par agent au niveau agrégé de la SAS apparaît cohérent (34 763 € en 2017 ; 43 409 € en 2021). Au niveau de la section d'hébergement, ce même coût apparaît très faible jusqu'en 2020 (15 814,51 € en 2017 pour un coût moyen d'un ASH en 2017 de 33 272 € annuels) mais il doit être corrigé à la hausse du CICE, celui-ci ayant été déduit des coûts de la SAS, en tant que produit d'impôt comptabilisé en diminution des charges de personnel, mais pas de l'ERRD.

Au total, les charges de personnel SAS/ ERRD semblent donc cohérentes, les écarts relevés s'expliquant par différents facteurs comptables (CICE) et conjoncturels (fermeture de la PUI, accords salariaux du Ségur).

5. Les résultats des sections soins et dépendance

a. Les résultats agrégés soins et dépendance

Les résultats annuels¹⁰ ont constamment été excédentaires.

Ils se sont cependant rétractés d'année en année jusqu'en 2019 (passant de 90 401 € en 2017 à 28 389 € en 2019) avant de fortement remonter en 2020 (124 569 €) et 2021 (217 920 €).

b. Les recettes des soins et de la dépendance

Les produits de la tarification ont progressé de 2 622 784 € en 2017 à 2 816 592 € en 2021.

La part issue de l'assurance maladie est passée de 1 811 866 € en 2017 à 2 114 350 € en 2021.

En revanche, ceux de la dépendance se sont repliés de 810 918 € en 2017 à 702 243 € en 2021.

L'augmentation des produits issus de l'assurance maladie a donc plus que compensé la baisse des produits de la dépendance.

c. Les dépenses des soins et de la dépendance

Les dépenses des deux sections tarifées par les autorités de régulation ont progressé de 3,4 %. De 2 532 382 € en 2017, elles étaient de 2 618 671 € en 2021.

Si les dépenses de personnel ont connu un fort dynamisme, les autres charges se sont rétractées.

Les dépenses de personnel, y compris les honoraires des intervenants libéraux, constituent de très loin le premier poste de dépenses (89 % en 2021). De 2 158 631 € en 2017, elles ont atteint 2 348 247 € en 2021, soit une hausse de 9 %. Le saut est particulièrement marqué sur l'année 2021, en raison des revalorisations salariales du *Ségur de la santé* décidées en 2020 et évoquées *supra*. Les effectifs imputés sur les sections soins et dépendance sont toutefois restés stables sur la période observée (49,83 ETP en 2017 et 49,16 ETP en 2021).

Le deuxième poste de dépenses est représenté par les « *Achats* », avec 5,7 % des charges en 2021. Cette ligne de dépenses a diminué de 23,7 % entre 2017 et 2021 (194 013 € en 2017 ; 148 112 € en 2021), notamment sous l'effet de la fermeture de la PUI et, par voie de conséquence, l'arrêt de la prise en charge sur le budget de l'EHPAD des factures de médicaments, qui représentaient 68 038 € en 2017.

Troisième poste de dépenses, la « *Location et l'entretien du matériel médical* » a accusé une baisse de 16,8 % (94 542 € en 2017 ; 78 684 € en 2021) qu'explique la diminution du nombre de journées de location, notamment de matelas anti-escarres.

Il apparaît donc que, à l'exception des dépenses de personnel en forte évolution mais pour une part notable sous l'effet de revalorisations salariales nationales, l'établissement a maîtrisé et réduit ses charges.

¹⁰ Depuis l'exercice 2018, les résultats dépendance et soins sont agrégés en vue de leur affectation.

Au terme de l'analyse des comptes de la SAS Les Iliades gestion et des ERRD attachés aux deux sections tarifaires administrées, la marge bénéficiaire de la société gestionnaire est élevée, son endettement très faible et sa trésorerie confortable.

Pourtant, cette bonne santé financière ne saurait occulter deux points de vigilance. Le premier tient aux difficultés de recrutement en personnel, qui peuvent continuer de peser sur la masse salariale.

Le second réside dans les taux d'occupation, qui n'ont pas encore retrouvé les niveaux d'avant crise sanitaire. Si la situation devait perdurer, le dispositif de subventions exceptionnelles allouées par l'ARS en 2020 et 2021 arrivant à sa fin, le niveau des recettes pourrait en être affecté.

ANNEXE

Principales données relatives aux résidents de l'EHPAD

Présentation des résidents	2017	2018	2019	2020	2021
GMP mesuré par l'établissement	722	723,47	702,67	727,65	715,29
PMP mesuré par l'établissement	191	186	188	205	197
Admissions	50	65	55	46	60
Sorties	49	64	58	59	45
Dont départs, transferts vers un autre Ehpad	9	11	9	5	5
Dont retour à domicile	9	13	7	9	10
Dont décès	31	40	42	45	30
Hommes	14	16	17	21	21
Femmes	36	49	38	25	39
Age moyen des résidents	90	88	89 + 10 mois	90	90
Age moyen d'entrée	88	88	89	87 et 7 mois	89 et 7 mois
Durée moyenne de séjour	2 ans 9 mois	2 ans 10 mois	2 ans 2 mois	2 ans 4 mois	1 an 11 mois
Nombre de résidents originaires de la commune	17	22	18	19	21
Nombre de résidents originaires du département	25	36	32	23	31
Nombre de résidents originaires de départements extérieurs	8	7	5	4	8
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale	0	0	0	0	0

Source : EHPAD Les Iliades