



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES AGÉES
DÉPENDANTES
DU CENTRE HOSPITALIER
LUCIEN-HUSSEL À VIENNE
(Département de l'Isère)

Exercices 2016 et suivants

Observations définitives
délibérées le 19 octobre 2021

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	3
RECOMMANDATIONS.....	4
1- L'ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES DANS LES EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE VIENNE	6
1.1- Deux EHPAD hospitaliers proposant des prises en charge différentes	6
1.1.1- Une activité d'hébergement intégrée aux autres activités hospitalières.....	6
1.1.2- La création de l'EHPAD de Chasse-Sur-Rhône en partenariat avec une association.....	7
1.1.3- Une offre d'accueil autorisée couvrant l'ensemble des prises en charge existantes en matière de dépendance	8
1.1.4- Une activité dont le suivi n'est pas assuré	11
1.1.5- Deux EHPAD accueillant des populations différentes	13
1.2- Le positionnement des EHPAD dans les politiques locales.....	14
1.2.1- L'articulation de l'activité des EHPAD avec les orientations de la politique départementale d'autonomie et de la politique régionale de santé.....	14
1.2.2- Un retard de contractualisation avec le département et l'agence régionale de santé à rattraper	15
1.2.3- Des projets de service à renouveler et à rendre opérationnels	16
1.2.4- Un travail territorial de coopération très avancé dans le cadre de la filière gérontologique et du groupement hospitalier de territoire	17
1.3- La démarche d'évaluation de la qualité.....	18
2- L'INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	19
2.1- L'identification des besoins du résident et la recherche de son consentement	19
2.1.1- Des locaux neufs ne permettant pas une réelle liberté d'aller et venir.....	19
2.1.2- Les documents d'information des usagers	21
2.1.3- Une procédure d'admission à compléter d'un volet accueil	22
2.1.4- Des projets individualisés partiellement réalisés	23
2.1.5- Une fin d'accompagnement à mieux anticiper.....	23
2.1.6- L'architecture informatique à partir du dossier patient.....	24
2.2- Une culture de la bientraitance peu développée	25
2.3- Le maintien de l'autonomie par l'accompagnement quotidien	25
2.3.1- Une participation à la vie de l'établissement limitée	25
2.3.2- Une animation à intégrer dans les projets individualisés	26
2.3.3- Le maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne	27
2.3.4- Les spécificités des unités spécialisées	28
2.4- La santé des résidents	28
2.4.1- L'évaluation de l'état de santé des résidents pour ajuster les soins	28
2.4.2- L'accès aux soins	29
2.4.3- Les risques sanitaires	29
3- LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS	30
3.1- L'évolution des effectifs de l'EHPAD de Vienne	30
3.2- Les taux d'encadrement.....	31
4- LE CADRE FINANCIER	33
4.1- La situation financière des deux budgets annexes EHPAD	33
4.2- Les dépenses et ressources de médicalisation (soins et dépendance)	35
4.2.1- L'évolution des ressources.....	35
4.2.2- L'analyse des dépenses	37
4.2.3- La ventilation du résultat	38
4.3- Le reste à charge des résidents	39
5- ANNEXE.....	40

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé au contrôle de la gestion du centre hospitalier Lucien-Hussel situé à Vienne pour les exercices 2013 et suivants. La gestion des deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) gérés par le centre hospitalier a fait l'objet d'un examen spécifique, pour la période 2016 – 2019, dans le cadre d'une enquête nationale, commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, sur le thème de la prise en charge des résidents en EHPAD et portant sur la médicalisation, l'accompagnement et la prévention.

Les deux EHPAD bénéficient de prestations et de compétences médicales disponibles au sein du centre hospitalier. Leur situation financière est confortable. Néanmoins, les excédents générés proviennent principalement de l'activité de soins, les activités d'hébergement et dépendance étant plus fragiles. En particulier le démarrage difficile de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône aboutit à un résultat hébergement très déficitaire qu'il sera difficile de combler.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé ne sont pas connues et prises en compte dans l'accompagnement quotidien des résidents, notamment concernant les différentes étapes de leur séjour, le développement d'une culture de la bientraitance et leur participation à la vie de l'établissement. Des lacunes sont également constatées sur l'organisation du suivi de la santé des résidents.

Ces carences s'expliquent par l'absence d'une individualisation des prises en charge des résidents et par un faible suivi des indicateurs d'activité, par ailleurs peu nombreux. C'est donc un défaut de pilotage des deux EHPAD qui conduit à l'insuffisance du service rendu aux résidents.

Les spécificités des EHPAD sont peu prises en compte dans la gouvernance du centre hospitalier et dans la gestion de la qualité, en méconnaissance des dispositions du code de l'action sociale et des familles et des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé. Dès lors, le rattachement des EHPAD au centre hospitalier n'aboutit pas à une prestation améliorée au bénéfice des résidents, par rapport à un EHPAD non adossé à une structure sanitaire.

Il convient donc de remédier très rapidement à cette situation. La conclusion à brève échéance des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les deux EHPAD doit constituer une opportunité de relancer une démarche continue d'évaluation de la qualité au-delà des seules évaluations externes et internes ponctuelles.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : mettre en place une organisation permettant un pilotage adapté des EHPAD.

Recommandation n° 2 : assurer un suivi précis de l'activité, notamment par l'élaboration de rapports d'activité médicale.

Recommandation n° 3 : rédiger un projet de service reprenant les dispositions du code de l'action sociale et des familles et les recommandations de bonnes pratiques.

Recommandation n° 4 : mettre en place une démarche continue d'évaluation de la qualité conformément aux recommandations de bonne pratique et donner la priorité à la qualité de la prise en charge.

Recommandation n° 5 : mettre en œuvre l'obligation légale d'élaboration et d'actualisation des projets individualisés en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé, notamment en désignant les personnels pilote du dispositif, et en mettant en place une procédure de co-construction des projets avec les résidents et leurs proches.

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du centre hospitalier Lucien Hussel, situé à Vienne et à Chasse-sur-Rhône, pour les exercices 2016 à 2019, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle du centre hospitalier et de ses EHPAD a été engagé par lettre du 18 septembre 2019, adressée à M. Christian Dublé, directeur en poste du centre hospitalier depuis le 1^{er} septembre 2019. Le comptable en poste, M. Jean-François Buttet, et le président du conseil de surveillance, M. Thierry Kovacs, ont également été informés du contrôle par courriers datés du 18 septembre 2019 et du 8 octobre 2020. Des lettres d'engagement de contrôle ont été envoyées aux anciens ordonnateurs de l'établissement sur la période contrôlée : M. Gérard Servais, M. Yves Servant, M. Florent Chambaz et Mme Stéphanie Dumont.

Le contrôle des EHPAD s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale, commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, sur le thème de la prise en charge des résidents en EHPAD et portant sur la médicalisation, l'accompagnement et la prévention. Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ l'établissement et son environnement ;
- ♦ l'individualisation de l'accompagnement ;
- ♦ les personnels auprès des résidents ;
- ♦ le cadre financier.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 al.1 du code des juridictions financières a eu lieu le 22 avril 2021 avec M. Christian Dublé. Il a également eu lieu avec Mme Stéphanie Dumont le 28 avril 2021 et avec M. Florent Chambaz le même jour, ainsi qu'avec M. Gérard Servais le 30 avril 2021, mais n'a pas pu avoir lieu avec M. Yves Servant.

Lors de sa séance du 12 mai 2021, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 29 juin 2021 à M. Dublé, ordonnateur en fonctions. Le rapport d'observations provisoires a également été notifié à M. Chambaz et M. Servais, anciens ordonnateurs, pour ce qui concerne leur gestion. Des lettres de fin de contrôle ont été notifiées le 29 juin 2021 à Mme Dumont et M. Servant, anciens ordonnateurs par intérim. Des extraits ont été envoyés aux tiers mis en cause et une communication administrative a été envoyée à l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Après avoir examiné les réponses écrites reçues, en l'absence de demande d'audition, la chambre, lors de sa séance du 19 octobre 2021, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- L'ACCUEIL DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES DANS LES EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE VIENNE

La promotion de l'autonomie et la protection des personnes, notamment des personnes âgées, sont des objectifs de l'action sociale et médico-sociale, inscrits à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Les personnes âgées en perte d'autonomie bénéficient de droits, tels que le droit à des aides adaptées à leurs besoins et ressources, et un droit à l'information sur les formes d'accompagnement existantes¹. L'action sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées en perte d'autonomie peut prendre différentes formes, à domicile ou en établissement social et médico-social (ESMS) définis à l'article L. 312-1 du CASF². L'article L. 313-12 du CASF décrit les trois types d'ESMS qui peuvent accueillir des personnes âgées :

- ♦ les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- ♦ les petites unités de vie ;
- ♦ les résidences autonomie.

L'hébergement de personnes âgées dans ces structures est une activité réglementée soumise à autorisation administrative de fonctionner³. Le CASF encadre étroitement l'activité de ces ESMS qui doivent également respecter des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) éditées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁴.

Le centre hospitalier de Vienne, établissement public de santé, gère deux EHPAD :

- ♦ l'EHPAD du centre hospitalier de Vienne, situé sur le site de l'hôpital sur la commune de Vienne ; cet établissement comprenait avant 2005 des lits d'unité de soins de longue durée, service accueillant des personnes âgées nécessitant des soins lourds, et des lits de maison de retraite pour des personnes âgées très peu dépendantes ; l'ensemble a été requalifié en lits d'EHPAD ;
- ♦ l'EHPAD Les Terrasses du Rhône situé à Chasse-sur-Rhône, ouvert le 16 avril 2018.

Les deux établissements sont identifiés dans le présent rapport en tant qu'EHPAD de Vienne et EHPAD de Chasse-sur-Rhône.

1.1- Deux EHPAD hospitaliers proposant des prises en charge différentes

1.1.1- Une activité d'hébergement intégrée aux autres activités hospitalières

Etant des services du centre hospitalier, les deux EHPAD ne sont pas autonomes. Seul le centre hospitalier a la personnalité juridique. L'article L. 6111-3 du code de la santé publique (CSP) précise que ces services médico-sociaux doivent appliquer les règles du CASF. En conséquence, les deux régimes juridiques du CSP et du CASF se superposent.

La gouvernance des EHPAD est donc la même que celle du centre hospitalier dont l'ordonnateur est le directeur, et dont la chaîne de décision passe par plusieurs instances – directoire, conseil de surveillance, commission médicale d'établissement notamment⁵.

¹ Article L. 113-1-1 et suivants du CASF.

² Il s'agit des « établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : (...) 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ; (...) »

³ Article L. 313-1 du CASF.

⁴ L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été intégrée à la Haute autorité de santé (HAS) en 2018.

⁵ La gouvernance du centre hospitalier de Vienne est détaillée dans le rapport d'observation du centre hospitalier.

Les activités du centre hospitalier sont regroupées dans quatre pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Les EHPAD font partie du pôle gériatologique du centre hospitalier. Le pôle regroupe des consultations gériatriques, 36 lits de court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, 48 lits de soins de suite et de réadaptation et les lits et places des EHPAD.

La gouvernance du pôle repose sur le médecin chef de pôle, la cadre supérieure de pôle, les cadres de santé et le directeur délégué sur le pôle.

Le bureau de pôle dans sa formation EHPAD qui comprend le médecin chef de pôle, la cadre supérieure de pôle, les cadres de santé et le directeur délégué se réunit quatre fois par an jusqu'en 2017. Suite à des difficultés de gouvernance du pôle, aucune réunion n'a eu lieu en 2018 et une seule fin 2019. Les bureaux font l'objet d'un ordre du jour, mais pas de comptes rendus détaillés. Il ne s'agit pas d'une instance décisionnelle mais plus d'un espace d'échange entre médecins et cadres. Le bureau ne suit pas les indicateurs d'activité et de qualité des EHPAD.

L'organisation hospitalière induit un risque de déficit de pilotage pour les services médico-sociaux tels que les EHPAD. Une gouvernance rapprochée au niveau du pôle gériatologique est dans ces conditions particulièrement importante pour un service d'hébergement comme un EHPAD, dont la spécificité risque d'être ignorée au sein de la gouvernance de l'établissement hospitalier, plus naturellement tournée vers les activités de médecine chirurgie et obstétrique. Pour assurer pleinement cet encadrement de proximité, le pôle gériatologique gagnerait à se structurer avec des réunions de bureau plus fréquentes, un suivi des indicateurs et une approche plus participative.

1.1.2- La création de l'EHPAD de Chasse-Sur-Rhône en partenariat avec une association

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a été ouvert le 16 avril 2018 suite à une procédure d'appel à projets conjoint du département de l'Isère et de l'ARS de 2014. Le centre hospitalier n'est pas à l'initiative du projet, qui a été initié par l'association pour le développement du service public médico-social, structure de la Fédération hospitalière de France. L'association a présenté un dossier lors de la procédure d'appel à projets, et a obtenu l'autorisation de création d'un EHPAD de 80 lits le 9 janvier 2015. Le centre hospitalier était déjà désigné pour en assurer la gestion dès le stade de l'autorisation.

L'association a ensuite coordonné les travaux, réalisés par la SCCV Paul-Krüger. Cette dernière a cédé le bâtiment à une SCI ad hoc, la SCI EHPAD LTR, qui reste propriétaire des locaux. Le capital de la SCI est détenu par la Caisse régionale de crédit agricole mutuel Sud Rhône-Alpes et la Caisse des dépôts et consignations. Le financement des travaux a été porté par la SCI EHPAD LTR pour un montant d'environ 7,7 M€.

L'autorisation de fonctionnement a été transférée formellement au centre hospitalier de Vienne par arrêté de transfert du 19 octobre 2015 afin qu'il assure l'exploitation de l'EHPAD. Le centre hospitalier n'est pas propriétaire du bâtiment qui est mis à disposition par un bail en l'état futur d'achèvement (BEFA). Le bail est conclu pour une durée de douze ans à compter de la mise à disposition du bâtiment. À l'issue de cette première période, la poursuite ou non du bail est conditionnée au renouvellement de l'autorisation d'exploiter.

Le coût de construction est répercuté sur le centre hospitalier, gestionnaire, qui paie des loyers à hauteur de 479 k€ par an, soit un amortissement du bâtiment sur 16 ans, étant précisé que le bail prévoit un retour du bien à la SCI en cas de non renouvellement. Il prévoit également que le loyer peut être minoré en cas de réception de subventions ultérieures à la signature du bail. Le financement de l'aménagement et de l'ameublement du bâtiment a été porté par le centre hospitalier pour un montant de 779 k€, donnant lieu à un amortissement annuel d'environ 140 k€.

Ce montage présente deux risques pour le centre hospitalier : un risque financier puisque le centre hospitalier n'est pas propriétaire d'un bâtiment qu'il aura pour autant financé intégralement par le biais des loyers et un risque juridique du fait du caractère précaire du bail signé sur 12 ans. Ce montage présente néanmoins l'avantage de ne pas intégrer le bien dans le patrimoine du centre hospitalier en cas de non renouvellement de l'autorisation de fonctionner ou de fermeture de l'EHPAD au terme de l'autorisation.

La dissociation entre l'investisseur et le gestionnaire aboutit par ailleurs à un raccourcissement de la durée d'amortissement du bâtiment qui répond à la recherche d'un équilibre entre les engagements financiers de chacun des partenaires. Le prix de journée subit en conséquence une pression plus forte que dans un montage classique. Pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, le loyer absorbe 27 % des recettes d'hébergement et donc du prix de journée⁶.

Ce type de montage a permis une durée totale de réalisation du projet, incluant les travaux de construction du nouveau bâtiment, de trois ans et trois mois, plus rapide qu'une opération immobilière hospitalière classique.

1.1.3- Une offre d'accueil autorisée couvrant l'ensemble des prises en charge existantes en matière de dépendance

Les EHPAD doivent faire l'objet d'une autorisation administrative de fonctionner, prévue à l'article L. 313-1 du CASF, délivrée conjointement par l'agence régionale de santé et le département, pour une durée de quinze ans, sauf modification de l'activité ou de la capacité qui nécessiterait un renouvellement anticipé de l'autorisation⁷. L'autorisation doit préciser les types d'accueil proposés⁸. La création de places supplémentaires s'inscrit au surplus dans une procédure d'appel à projets⁹.

Les EHPAD de Vienne et de Chasse-sur-Rhône sont autorisés à fonctionner pour une durée de 15 ans à compter du 3 janvier 2017. Un arrêté de 2018 a autorisé 12 places supplémentaires en unité d'hébergement renforcé (UHR), et transfère 14 places d'hébergement permanent dans la catégorie des hébergements en unités de vie protégée (UVP), soit une augmentation de 12 places de la capacité totale, qui est dès lors de 296 lits et places, dont 216 sur le site de Vienne et 80 sur celui de Chasse-sur-Rhône.

⁶ 465 380 € de loyer / 1 702 060 € recettes hébergement.

⁷ En application des articles R. 313-1 et suivants et R. 313-6 et suivants du CASF.

⁸ Article D. 312-9 du CASF pour les accueils temporaires.

⁹ Les articles R. 313-1 à R. 313-6 du CASF décrivent la procédure d'appel à projets prévue à l'article L. 313-1-1.

Tableau 1 : Capacité EHPAD de Vienne au 1^{er} janvier de chaque année

	2016		2017		2018		2019	
	Capacité autorisée	Capacité installée						
Lits	174	174	188	174	200	174	200	174
<i>Dont hébergement permanent</i>	171	171	156	142	142	145	142	145
<i>Dont unité de vie protégée pour personnes Alzheimer</i>	-	-	15	15	29	0	29	0
<i>Dont hébergement temporaire</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
<i>Dont UHR</i>	-	-	14	14	26	26	26	26
Places d'accueil de jour	16							
Plateforme de répit	1							

Sources : arrêté conjoint n° 2014-5333 de l'ARS et n° 2014-10548 du département de l'Isère du 31 décembre 2014, arrêté conjoint n° 2016-7962 de l'ARS et n° 2017-1903 du département de l'Isère du 3 janvier 2017, arrêté conjoint n° 2018-0859 de l'ARS et n° 2018-9397 du département de l'Isère du 17 décembre 2018

Le nombre de lits installés à l'EHPAD de Vienne ne correspond pas au nombre de lits autorisés. L'arrêté portant autorisation du 17 décembre 2018 comporte une erreur quant à la comptabilisation de lits d'unité de vie protégée pour personnes Alzheimer qu'il conviendra de faire corriger.

Tableau 2 : Capacité EHPAD Chasse sur Rhône au 31/12

	2018 (à partir de mi-avril)		2019	
	Capacité autorisée	Capacité installée	Capacité autorisée	Capacité installée
Lits	80	80	80	80
<i>Dont hébergement permanent</i>	50	50	50	50
<i>Dont unité de vie protégée pour personnes Alzheimer</i>	28	28	28	28
<i>Dont hébergement temporaire</i>	2	2	2	2
Dont places en PASA *	14	14	14	14

• Les PASA n'augmentent pas la capacité de l'EHPAD

Sources : arrêté conjoint n° 2016-7962 de l'ARS et n° 2017-1903 du département de l'Isère

Les différents types de prise en charge sont énumérés à l'article L. 312-1 du CASF : « Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat. ». En 2019, les deux EHPAD proposent une offre d'accueil de personnes âgées dépendantes diversifiée :

- ♦ Deux formes d'accueil temporaire :
 - cinq places d'hébergement temporaire réparties sur les deux EHPAD pour accueillir des personnes âgées pour des séjours de moins de trois mois ;
 - 16 places d'accueil de jour Alzheimer sur le site de Vienne qui accueille des personnes uniquement en journée du lundi au vendredi ;

L'accueil temporaire des personnes âgées

L'accueil temporaire permet de fluidifier le parcours de la personne âgée, et facilite le maintien à domicile. L'article D. 312-8 du CASF explicite les situations pouvant nécessiter un accueil temporaire en ESMS :

- période de transition entre deux prises en charge, notamment avant une entrée en EHPAD ;
- modification ponctuelle ou momentanée des besoins de la personne âgée, par exemple suite à un accident ou une hospitalisation ;
- répit des aidants.

L'accueil temporaire peut être :

- avec ou sans hébergement : lits d'hébergement temporaire / accueil de jour ;
- à temps complet ou partiel : l'accueil de jour accueille des personnes âgées entre un et cinq jours par semaine ;
- séquentiel : deux séjours d'un mois en hébergement temporaire par an.

La circulaire du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire décrit le fonctionnement de ce type de services.

- ♦ 223 places d'hébergement permanent à temps complet,
 - dont 28 lits identifiées pour les personnes présentant une pathologie de type Alzheimer, dans deux unités de vie protégée situées dans l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône ;

Les unités de vie protégée (UVP)

Ce type d'unité permet une prise en charge pour les résidents présentant des troubles cognitifs en lien avec une pathologie neurodégénérative de type Alzheimer, et notamment en cas de déambulation marquée. Il s'agit d'unité d'hébergement regroupant une quinzaine de chambres autour d'un espace de vie. Ces unités sont fermées et leur accès est sécurisé, souvent par un digicode. Les résidents ne sortent pas de l'unité : les repas et les activités sont réalisés dans la pièce de vie. La liberté d'aller et venir des résidents est limitée à l'unité, avec la possibilité de déambuler en intérieur et en extérieur.

Ce type d'unité n'est pas prévu dans le code de l'action sociale et des familles ; les UVP sont donc assimilées à un hébergement permanent classique, sans que l'octroi de moyens supplémentaires ne s'impose aux financeurs. Ces lits font néanmoins l'objet d'un code spécifique dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)¹⁰.

- ♦ 26 places d'hébergement permanent dans deux UHR pour les résidents souffrant de troubles cognitifs sévères à l'EHPAD de Vienne ; ces services constituent un élément important de la stratégie de l'ARS de prise en charge des personnes âgées sur le territoire ;

Les unités d'hébergement renforcées (UHR)

Les UHR ont été créées en 2016. L'article D. 312-155-0-2 du CASF précise que ce type d'unité « héberge des résidents souffrants de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents. ». Leur fonctionnement s'apparente à celui des unités de vie protégée, mais les contraintes qui pèsent sur eux du fait de l'état de santé des résidents sont très fortes. La labellisation UHR garantit l'octroi d'un socle minimal de moyens en personnel.

¹⁰ Le FINESS est un répertoire recensant l'ensemble des structures et équipements des domaines sanitaires, médico-social et social.

- ♦ 14 places d'accueil dans un pôle d'activité de soins adaptés (PASA) qui proposent des activités adaptées en journée dans un lieu dédié à des résidents de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône atteints d'une démence ;

Les pôles d'activité de soins adaptés (PASA)

Les PASA ont également été créés en 2016. L'article D. 312-155-0-1 du CASF décrit un fonctionnement proche de celui des accueils de jour, mais à destination « *en priorité, des résidents de l'établissement ayant des troubles du comportements modérés* ». Les PASA n'augmentent donc pas la capacité de l'EHPAD mais permettent d'offrir une prise en charge adaptée aux résidents souffrant de troubles en lien avec une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel.

- ♦ Une plateforme de répit pour aidants située à l'EHPAD de Vienne.

Le centre hospitalier a le projet de rassembler les lits d'hébergement temporaire sur le site de Vienne et de fermer une des deux unités de vie protégée du site de Chasse-sur-Rhône. Toute modification de capacité, y compris de la répartition des lits et places, doit faire l'objet d'une information auprès de l'ARS et du département, pour modification de l'autorisation.

L'ensemble des places est habilité à l'aide sociale.

La capacité totale de 280 lits et places du centre hospitalier le positionne dans la tranche de plus de 200 places, qui concerne seulement 1,6 % des EHPAD¹¹. Il figure également dans les 93 % des EHPAD publics habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places.

1.1.4- Une activité dont le suivi n'est pas assuré

L'activité de l'EHPAD de Vienne est renseignée uniquement dans le rapport financier annuel qui contient le nombre global de journées réalisées et la répartition par groupe iso-ressources (GIR)¹² des résidents au 31 décembre. L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a fait l'objet de trois rapports en 2018 : un rapport financier, un rapport d'activité et un rapport paramédical. Ces deux derniers documents sont quasiment identiques ce qui pose la question de leur pertinence. Seul le rapport financier a été produit pour 2019 pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône.

L'activité n'est pas suivie par type d'hébergement ; cette information ne figurant pas dans les rapports financiers et n'ayant pas pu être extraite de manière fiable par l'EHPAD de Vienne. Avant 2018, l'activité de l'UVP de l'EHPAD de Vienne n'a pas été isolée de l'activité d'hébergement permanent classique. À partir de 2018, le décompte de l'activité des UHR n'est pas fiable. Une unité fonctionnelle spécifique journées d'hébergement temporaire a été créée récemment et va permettre de suivre cette activité de façon régulière. La démarche devra être réalisée pour tous les types d'hébergement, notamment du fait de financements différents. En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier a précisé que la mise en place d'une cellule contrôle de gestion allait permettre d'améliorer ce point et s'est engagé à faire figurer le détail de l'activité dans les prochains rapports financiers.

¹¹ 1,6 % des EHPAD sont dans la tranche plus de 200 places, et 4,3 % des EHPAD publics selon l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, EHPA 2015. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

¹² Le GIR permet de mesurer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 correspond à une forte perte d'autonomie et le GIR 6 à une autonomie sur tous les gestes de la vie quotidienne.

Aucun rapport d'activité médical (RAMA) n'est élaboré, en méconnaissance des obligations de l'article R. 312-158 10° du CASF, ce qui augmente les lacunes dans le suivi de l'activité. L'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a précisé qu'elle veillerait à la production des RAMA à compter de 2021, l'amélioration du contexte sanitaire rendant possible la mise en place de ce suivi.

À partir des chiffres fournis par le centre hospitalier, on constate que jusqu'en 2018, le niveau d'activité de l'EHPAD de Vienne est stable avec 98 % de taux d'occupation, légèrement au-dessus du taux d'occupation médian de 97,6 % relevé par la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) en 2017. L'activité 2018 et 2019 de l'hébergement temporaire a pu être mesurée, malgré l'absence de suivi régulier. Avec un taux d'occupation de 88 % en 2018 et 82 % en 2019, cette activité se situe nettement au-dessus de la médiane nationale à 65 %.

Le niveau d'activité de l'accueil de jour augmente légèrement entre 2016 et 2018, puis baisse fortement en 2019 ; ce niveau est au-dessus du niveau médian constaté de 62,4 % en 2017, mais en deçà de l'objectif du plan régional de santé de 80 %.

L'activité de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a connu une montée en charge plus lente que prévue en 2018 suite à son ouverture mi-avril, et l'EHPAD a été sous-occupé sur l'ensemble de la période. L'EHPAD atteint un taux d'occupation de 96 % en 2019, en-dessous des moyennes nationales.

Tableau 3 : Activité de l'EHPAD de Vienne¹³

	2016	2017	2018	2019
Nombre de journées d'hébergement réalisées (A)	62 289	61 847	62 349	60 660
Activité théorique hébergement (B)	63 510	63 510	63 510	63 510
Taux d'occupation de l'hébergement (A/B)	98 %	97 %	98 %	96%
<i>Dont nombre de journées d'hébergement temporaire (C)</i>	nc	nc	963	902
<i>Activité théorique hébergement (D)</i>	nc	nc	1095	1095
<i>Taux d'occupation de l'hébergement (C/D)</i>	nc	nc	88 %	82 %
Nombre de journées d'accueil de jour réalisées (E)	2 947	2 930	3 092	2 720
Activité théorique accueil de jour (F)	4 160	4 160	4 160	4 160
Taux d'occupation de l'accueil de jour (E/F)	71 %	70 %	74 %	65 %

Source : comptes financiers 2016, 2017, 2018 et 2019 ; extractions manuelles pour l'hébergement temporaire

Tableau 4 : Activité de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône

	2018	2019
Nombre total de journées réalisées (A)	13 388	27 976
Activité théorique (B)	20 800*	29 200
Taux d'occupation de l'hébergement (A/B)	64 %	96 %
Dont nombre de journées unité de vie protégée (C)	4 464	7 596
Activité théorique (D)	7 280*	10 220
Taux d'occupation de l'hébergement (C/D)	61 %	74 %

Source : comptes financiers 2018 et 2019 ; extraction manuelle pour les UVP

*activité théorique calculée à partir du 15 avril, soit 260 jours

¹³ L'activité théorique correspond au nombre de places installées multiplié par le nombre de journées d'ouverture.

Tableau 5 : Taux d'occupation de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône en 2018

	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Taux d'occupation	38,75 %	53,75 %	62,5 %	68,75 %	66,25 %	68,75 %	73,75 %	82,5 %	90 %

Source : comptes financiers 2018

1.1.5- Deux EHPAD accueillant des populations différentes

Les deux EHPAD ont été positionnés sur des prises en charge différentes. L'EHPAD de Vienne était une unité de soins de longue durée avant 2005 et accueillait donc des résidents très dépendants. Cet historique et la proximité avec le centre hospitalier de Vienne expliquent l'accueil de personnes âgées à la fois moins autonomes et nécessitant plus de soins. Les résidents de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône sont moins dépendants, ce qu'attestent les GIR moyens pondérés (GMP) et pathos moyens pondérés (PMP) nettement plus bas.

GMP et PMP

Le niveau de perte d'autonomie, ou de dépendance, d'un résident est mesuré à partir de la grille AGGIR, codifiée en annexe 2-1 du CASF, qui permet de mesurer la possibilité pour chaque résident d'effectuer des gestes quotidiens comme s'alimenter, faire sa toilette, ou se déplacer. Chaque résident est positionné dans un des six groupe iso-ressources (GIR) de la grille ; un GIR à 6 correspond à une autonomie totale et un GIR à 1 est rattaché à une absence quasi-totale d'autonomie. Le GIR moyen pondéré (GMP) est une moyenne des GIR des résidents présents dans l'établissement à un instant T. Un GMP élevé renseigne sur une perte d'autonomie importante. Le GMP moyen national 2017 est de 717¹⁴.

Le niveau de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies des résidents est mesuré à l'aide de l'outil PATHOS¹⁵. Une évaluation médicale à partir de la grille PATHOS permet d'attribuer à chaque résident un indicateur PATHOS. Le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) est une moyenne des indicateurs PATHOS de chaque résident présent dans l'établissement à un instant T. Un PMP élevé renseigne sur un niveau de soins important. Le PMP moyen national 2017 est de 203.

Les résidents accueillis à l'EHPAD de Vienne gagnent en autonomie ce que montre la baisse du GMP de 65 points entre 2017 et 2019 et celle de la part de résidents GIR 1 et 2, qui passe de 78 % en 2016 à 63 % en 2019. La dépendance demeure cependant plus élevée que la moyenne nationale en 2017, mesurée par un GMP de 844 points de 18 % plus élevée que la moyenne des EHPAD. À l'inverse, la dépendance des résidents de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, avec un GMP de 648 en 2018, est 10 % plus faible que la moyenne nationale, et un tiers des résidents entrent dans les GIR 1 et 2.

Le PMP de l'EHPAD de Vienne à 281 en 2017 est 38 % plus élevé que le PMP moyen national de 203. Celui de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône en 2018 est de 147, soit 27 % plus bas que la moyenne nationale.

¹⁴ Les données nationales sont issues du rapport *La situation des EHPAD en 2017*, publié par la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA) en avril 2019 (<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2017>).

¹⁵ PATHOS est un outil élaboré pour évaluer les niveaux de soins nécessaires. Il évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

Tableau 6 : Nombre de résidents par GIR au 31/12 pour l'EHPAD de Vienne

	2016	2017	2018	2019
GIR1	55	61	41	30
GIR2	79	77	82	75
GIR3	25	19	29	33
GIR4	11	14	20	25
GIR5	1	1	1	2
GIR6	0	0	1	1
Total	171	172	174	166
Part GIR 1 et 2 en %	78 %	80 %	71 %	63 %
GMP mesuré par l'établissement	839	844	832	779
PMP mesuré par l'établissement	253	299	281	nc*

Source : rapports financiers 2016, 2017, 2018 et 2019

*l'établissement a indiqué ne pas avoir réalisé de PMP en 2019 faute de médecin coordonnateur

Tableau 7 : Nombre de résidents par GIR au 31/12 pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône

	2018	2019
GIR1	3	2
GIR2	27	26
GIR3	9	10
GIR4	31	39
GIR5	2	1
GIR6	0	1
Total	72	79
Part GIR 1 et 2 en %	42 %	35 %
GMP mesuré par l'établissement	648	634
PMP mesuré par l'établissement	147	nc*

Source : rapports financiers 2018 et 2019

*l'établissement a indiqué ne pas avoir réalisé de PMP en 2019 faute de médecin coordonnateur

Les résidents sont plus âgés à l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône qu'à Vienne où la moyenne d'âge est basse. Les admissions en provenance des services du centre hospitalier sont particulièrement élevées pour l'EHPAD de Vienne. Les admissions et sorties concernent tous les services. L'intégration de l'hébergement temporaire explique le seuil élevé de retour à domicile (cf. annexe).

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a admis 83 résidents en 2018, à partir de son ouverture en avril, dont trois sur les places d'hébergement temporaire.

Tableau 8 : Entrées 2018 de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône

Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
32	13	7	7	2	4	5	8	5

Source : rapport d'activité 2018

1.2- Le positionnement des EHPAD dans les politiques locales

1.2.1- L'articulation de l'activité des EHPAD avec les orientations de la politique départementale d'autonomie et de la politique régionale de santé

Les départements et les agences régionales de santé partagent la compétence en matière de pilotage de la politique à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. Les orientations retenues par ces deux acteurs figurent dans deux documents stratégiques : le schéma autonomie du département établi pour une période de cinq ans et le projet régional

de santé¹⁶. Ces deux outils de planification fixent des objectifs de développement, quantitatif et ou qualitatif, de l'offre de prise en charge, à partir d'une analyse des besoins du territoire.

Le schéma autonomie 2016-2021 de l'Isère faisait le constat d'un sous-équipement en EHPAD dans le département en 2016 : 89,2 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, inférieur aux 95,5 places pour 1 000 recensées en France métropolitaine. Le couloir rhodanien comptait 732 places d'EHPAD installées. Le maintien à domicile est une priorité pour le département qui projette cependant de développer des places en établissement dans le cadre du soutien aux aidants familiaux et de l'amélioration de la fluidité des parcours. Outre la création de nouvelles places pour des prises en charge diversifiées et innovantes, le schéma comporte l'adaptation du bâti existant pour un accueil qualitatif et pour créer des unités adaptées aux troubles du comportement.

Le programme territorial de santé Centre, déclinaison du projet régional de santé 2012-2017 pour le territoire de santé centre de la région Rhône-Alpes¹⁷, puis le schéma régional de santé 2018-2022 s'orientent vers le même objectif de maintien à domicile, et font eux-aussi le constat d'un sous-équipement du département de l'Isère en places d'hébergement permanent en EHPAD : 90 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus en 2016, contre 110 places pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes¹⁸.

L'objectif de favoriser le maintien à domicile implique le déploiement de solutions de répit pour les aidants, accueils de jour et lits d'hébergement temporaire, portées par les EHPAD. Des objectifs qualitatifs figurent également dans les deux documents, notamment pour diminuer le risque infectieux en EHPAD et proposer une prise en charge individualisée et continue.

Le développement de l'activité des EHPAD du centre hospitalier de Vienne répond aux orientations retenues dans le schéma départemental et les projets régionaux. La reconstruction de nouveaux locaux pour l'EHPAD de Vienne et la construction d'un nouvel EHPAD à Chasse-sur-Rhône s'inscrivent dans la volonté d'améliorer et développer l'offre d'accueil en Isère. L'offre de prise en charge portée par le centre hospitalier de Vienne s'est enrichie depuis 2015 d'un accueil de jour et de lits d'hébergement temporaires identifiés en réponse à l'objectif de créer les conditions d'un maintien à domicile des personnes âgées. L'individualisation de la prise en charge, notamment pour les personnes souffrant de troubles en lien avec une maladie neurodégénérative, s'est améliorée avec la création de deux UHR et d'un PASA.

Les EHPAD du centre hospitalier de Vienne ont également participé à plusieurs actions mises en place par l'ARS : formation à l'hygiène bucco-dentaire des résidents pour minimiser le risque d'infection, structuration de la filière gérontologique avec la signature d'une charte.

1.2.2- Un retard de contractualisation avec le département et l'agence régionale de santé à rattraper

La contractualisation constitue un levier de mise en œuvre des objectifs fixés dans le plan régional de santé et le schéma départemental. Les EHPAD étaient soumis jusqu'à la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, à la signature de

¹⁶ L'article L. 312-4 du CASF pose le principe des schémas médico-sociaux et l'article L. 1434-3 du code de la santé publique celui du projet régional de santé.

¹⁷ Les territoires de santé étaient la précédente unité pour la gouvernance de la santé dans les régions ; la région Rhône-Alpes était divisée en cinq territoires de santé. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié cette gouvernance et les régions sont désormais divisées en territoires de démocratie sanitaire qui recouvrent pour la plupart le territoire des départements. Le centre hospitalier de Vienne qui faisait partie du territoire centre, qui comprenait l'agglomération lyonnaise et sa périphérie large, est désormais partie au territoire de démocratie sanitaire de l'Isère.

¹⁸ Sources : Schéma régional de santé 2018-2023.

conventions tripartites (CTP) avec l'ARS et le conseil départemental. Depuis 2016, l'article L. 313-12 du CASF a remplacé les CTP par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés eux aussi avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Le changement d'intitulé de ce document de pilotage n'a pas modifié sa durée qui doit être de cinq ans, prolongeable une fois pour un an.

Le centre hospitalier de Vienne n'est actuellement couvert par aucun CPOM concernant les EHPAD. La dernière CTP signée date de 2010 et ne concerne donc que les lits de l'EHPAD du centre hospitalier. Il n'y a eu aucun avenant ni à l'ouverture des nouveaux locaux du centre hospitalier en 2015, ni à l'ouverture de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône en 2018. La signature d'un CPOM était programmée en 2019 pour une application en 2020. La crise sanitaire 2020-2021 n'a pas permis au centre hospitalier de s'engager dans la démarche de contractualisation.

La CTP de 2010 relevait des points à améliorer qui ont été mis en œuvre, comme la réalisation d'un contrat de séjour et d'un règlement de fonctionnement, la mise en place du dossier patient informatisé ou la construction de nouveaux bâtiments, les anciens bâtiments étant sous avis défavorable de la commission de sécurité incendie. Certaines insuffisances perdurent en 2021 (cf. infra), notamment l'absence de coordination des projets dont les projets individualisés, l'amplitude horaire du jeûne nocturne, l'absence de nombreux protocoles en matière d'accompagnement, le non accompagnement psychologique du personnel et l'absence de projet d'animation.

L'absence de mise en œuvre de l'ensemble de la CTP et de signature d'un CPOM, qui plus est, dix ans après la conclusion du dernier document de contractualisation, ne respecte pas la législation. La situation devra être régularisée dès que possible, en fonction de l'évolution de la crise sanitaire. En réponses aux observations provisoires, l'ARS a précisé que les CPOM devaient aboutir fin 2022.

1.2.3- Des projets de service à renouveler et à rendre opérationnels

Le CPOM, ou la CTP en cas de non renouvellement, est décliné dans un projet d'établissement, ou de service pour un EHPAD non-autonome comme ceux du CH de Vienne¹⁹. Ce projet fixe les objectifs, « *notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* » pour une durée de cinq ans. Il est d'autant plus important pour un EHPAD rattaché à un centre hospitalier puisqu'il « *détermine les modalités de leur individualisation fonctionnelle et budgétaire* »²⁰. Un projet de soins complète le projet de service²¹ qui doit également détailler le fonctionnement des accueils temporaires²². Les projets de service doivent en outre respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) publiées en 2010, qui décrivent la méthodologie d'élaboration et les rubriques à inclure aux projets²³.

Le projet de service 2014-2019 de l'EHPAD de Vienne a été élaboré à la suite de l'évaluation interne réalisée en 2013, mais avant la livraison des nouveaux locaux en 2015. Il présente l'historique de l'établissement, ses valeurs, et décrit la population accueillie à partir d'une analyse de l'activité 2013. Le fonctionnement de l'EHPAD, et notamment la procédure

¹⁹ Article L. 311-8 du CASF.

²⁰ Article L. 315-3 du CASF.

²¹ Articles D. 311-38, D. 312-158 du CASF.

²² Article D. 312-9 du CASF.

²³ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement*, 2010.

Haute Autorité de Santé - Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (has-sante.fr).

d'admission et d'accueil, sont présentés sommairement. Le projet de soins est intégré à ce projet. Il présente l'équipe pluridisciplinaire, et les outils utilisés pour les soins comme le dossier patient informatisé ou les protocoles ; il comporte une partie sur la fin de vie. Le fonctionnement des services prenant en charge des patients atteint d'une démence de type Alzheimer, l'UHR et l'accueil de jour, est décrit. Un plan d'actions précis, basé sur l'auto-évaluation, conclut le document.

Le document reprend l'ensemble des rubriques recommandées par l'ANESM, mais sans explication opérationnelle sur l'application des dispositifs décrits. Il ne comporte pas de précision sur sa méthodologie de création et ne permet pas de mesurer l'implication des équipes dans la réflexion sur le service. Le plan d'actions ne contient pas d'indicateurs de réalisation ; de nombreuses actions n'ont pas été mises en œuvre et font toujours défaut en 2021, comme l'élaboration de procédures spécifiques à l'EHPAD, la réalisation des projets individualisés, l'évaluation médicale régulière de tous les résidents, l'évaluation, entre autres, de la mobilisation, des chutes, de la continence, des risques de dénutrition, des risques d'escarre, ou encore un travail sur l'absentéisme (cf. infra).

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône n'a pas de projet de service, alors même que son ouverture date de 2018. Seul le fonctionnement du pôle d'activité et de soins adaptés est présenté dans un projet de service de 2016 réalisé dans le cadre de la demande d'autorisation.

Le projet médical 2019-2024 du centre hospitalier évoque la gériatrie, mais sans prendre en compte les spécificités médico-sociales des EHPAD. La perspective de rédaction d'un projet médical de gériatrie, qui concernerait le pôle, ne s'apparente pas à celle du projet de service prévu par le CASF.

Les deux EHPAD ne sont couverts par aucun projet de service en 2020, en méconnaissance des obligations du CASF. Les futurs projets de service des deux EHPAD devront donc être élaborés dans le cadre d'une démarche qualité à mettre en place (cf. infra), contenir des informations sur les coopérations en gérontologie pour clarifier la place des EHPAD dans la filière de soins gériatrique, et décrire les liens juridiques, financiers et logistiques avec le centre hospitalier, rubriques qui font défaut au projet 2014-2019. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que ce travail serait réalisé dans le cadre de la mise à jour, en cours, du projet d'établissement global du centre hospitalier. L'Agence régionale de santé a indiqué que les projets de service des EHPAD étaient attendus pour fin 2022 au plus tard.

- 1.2.4- Un travail territorial de coopération très avancé dans le cadre de la filière gérontologique et du groupement hospitalier de territoire

Filières gérontologiques et filières de soins gériatriques

Les filières gérontologiques se distinguent des filières de soins gériatriques. Ces dernières, dont l'organisation est prévue par circulaire²⁴, sont axées uniquement sur le parcours de soins. Les filières gérontologiques, spécificité de l'ex région Rhône-Alpes, proposent un dispositif de prise en charge plus large, incluant également les acteurs sociaux comme les associations d'aide à domicile, et visent la prise en charge de toutes les personnes âgées, y compris à domicile. Les filières gérontologiques, encouragée par l'ARS dans l'objectif de développer la coopération entre les différents acteurs du secteur gérontologique, se développent sans cadre juridique, ni support dédié ; il s'agit souvent d'une organisation informelle, reposant parfois sur des conventions²⁵.

²⁴ Les filières gériatriques sont des filières de soins hospitalières (moins large que le réseau gérontologique) qui ont une assise juridique (circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques) et visent l'organisation des hôpitaux entre eux pour la prise en charge des personnes âgées.

²⁵ Le manque de moyens dédiés et d'identification claire sont des limites soulignées dans le bilan du plan régional de santé Rhône-Alpes 2012-2017.

Les EHPAD de Vienne et Chasse-sur-Rhône s'insèrent dans la filière de soins gériatriques du centre hospitalier de Vienne, comme les autres services de la filière.

Le centre hospitalier apparaît par ailleurs comme le pivot de la filière gérontologique sur le territoire :

- ♦ il est centre de référence de la filière gérontologique de la région de Vienne, dispositif ancien qui a été formalisé par une convention de 2018 ;
- ♦ il est le support du réseau VISAGE26, association qui intervient en appui des professionnels de santé pour la gestion des situations complexes de personnes âgées ;
- ♦ il porte également une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

Un portail gériatrique et gérontologique du territoire de Vienne, tenu et mis à jour par l'équipe du réseau VISAGE, propose une information fournie aux professionnels, aux personnes âgées et à leurs familles. Le portail référence l'ensemble des professionnels et des établissements.

Pour autant, les EHPAD de Vienne et de Chasse-sur-Rhône sont peu concernés par la filière gérontologique qui vise surtout la coordination au domicile.

Le périmètre géographique de la filière gérontologique est légèrement plus étendu que celui du groupement hospitalier de territoire (GHT) Val'Rhône, dont le centre hospitalier de Vienne est également l'établissement support. Ce GHT comporte deux filières de soins gériatriques développées autour du centre hospitalier de Vienne et de celui de Givors.

Le projet médical partagé 2017-2021 du GHT décrit les deux filières de soins gériatriques. Il ne cite pas la filière gérontologique, mais évoque le réseau VISAGE et son extension sur le périmètre de la filière de soins gériatriques du centre hospitalier de Givors. Il prévoit la mise en œuvre d'un projet territorial d'hébergement temporaire, et la mise en place d'une coordination des activités des assistantes sociales. Le projet de soins partagé 2017-2021 évoque les EHPAD, mais ne comporte aucune orientation les concernant.

1.3- La démarche d'évaluation de la qualité

L'évaluation de la qualité de la prise en charge des résidents n'était pas obligatoire avant la loi du 2 janvier 2002, qui a ajouté deux conditions substantielles au renouvellement des autorisations de fonctionner des établissements : la réalisation d'évaluation interne et celle d'évaluation externe :

- ♦ l'évaluation interne consiste à mesurer plusieurs indicateurs de qualité à partir d'un référentiel librement choisi par l'EHPAD. Cette autoévaluation est réalisée par l'EHPAD lui-même, qui transmet les résultats à l'autorité disposant du pouvoir d'autorisation, soit l'ARS et le conseil départemental pour les EHPAD. Les établissements devaient mettre en place la première évaluation interne avant juillet 2014, puis renouveler l'exercice tous les cinq ans²⁷ selon le référentiel de l'ANESM²⁸. Ce référentiel recommande aux établissements de mettre en place une démarche d'évaluation continue de la qualité entre deux évaluations internes afin d'assurer les suites de cette évaluation ;

²⁶ Le réseau des professionnels de santé VISAGE apporte un appui à la coordination aux professionnels de premiers recours pour les thématiques de gérontologie, insuffisance cardiaque, soins palliatifs, insuffisance rénale, diabète type 2, suivi des plaies chroniques, maladie neurologique évolutive. Il concerne le bassin d'attraction du CH de Vienne (111 communes).

²⁷ Article L. 312-8 du CASF.

²⁸ « L'évaluation interne : repères pour les EHPAD », 2012, ANESM.

Haute Autorité de Santé - L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (has-sante.fr).

- ♦ une évaluation externe réalisée par un prestataire agréé, recruté par l'établissement, doit également être réalisée avant chaque demande initiale ou de renouvellement d'autorisation administrative. Le rapport d'évaluation externe doit être transmis à l'ARS et au département.

L'EHPAD de Vienne a réalisé une évaluation interne en 2013, puis une évaluation externe en 2014, soit avant la livraison de nouveaux locaux. L'évaluation externe constatait un déficit de pilotage des indicateurs EHPAD, dilués dans ceux du centre hospitalier, une prise en charge adossée sur les ressources hospitalières et dont la spécificité pourrait être plus développée.

Le suivi des évaluations interne et externe n'a pas été réalisé et l'EHPAD n'a pas mis en place de démarche continue d'évaluation de la qualité. L'EHPAD est intégré dans la démarche qualité du centre hospitalier qui ne prend pas en compte les spécificités médico-sociales des EHPAD, telles que décrites dans les RBPP précitées.

L'EHPAD De Chasse-sur-Rhône n'est pas encore concerné par la réalisation d'une évaluation interne. La mise en place d'une démarche qualité serait néanmoins nécessaire en vue de la future contractualisation avec l'ARS et le département.

La mise en place d'une démarche spécifique aux EHPAD est une obligation prévue par le CASF. Cette démarche doit en outre être continue, conformément aux RBPP, et ne pas se réduire à la réalisation des évaluations externe et interne périodiques. En réponse aux observations provisoires, l'ARS a informé la chambre qu'elle avait demandé au centre hospitalier de mettre en place rapidement des procédures spécifiques aux EHPAD, y compris sur le circuit du médicament.

2- L'INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'individualisation de l'accompagnement est un des droits reconnus aux personnes âgées prises en charge en établissement²⁹. Il s'exerce à travers trois objectifs : répondre aux besoins, favoriser l'autonomie et respecter le consentement.

2.1- L'identification des besoins du résident et la recherche de son consentement

2.1.1- Des locaux neufs ne permettant pas une réelle liberté d'aller et venir

Le CASF préconise une organisation en unités de vie³⁰. Les locaux et services proposés doivent répondre aux objectifs de qualité de vie et de qualité des espaces posés par l'arrêté du 26 avril 1999³¹ et par une recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)³², notamment la possibilité d'aller et venir et d'avoir un accès extérieur.

Les deux EHPAD du centre hospitalier sont situés dans des locaux neufs.

La reconstruction de l'EHPAD de Vienne a été réalisée dans le cadre des travaux du nouveau pôle gérontologique. Les locaux ont été livrés en octobre 2015 ; l'EHPAD comporte cinq unités

²⁹ Article L. 311-3 du CASF.

³⁰ Article L. 312-1 II- du CASF.

³¹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

³² Qualité de vie en EHPAD volet 2 – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, 2012, ANESM. Haute Autorité de Santé - Programme Qualité de vie en Ehpads ([has-sante.fr](http://has.sante.fr)).

de vie et un accueil de jour Alzheimer. Une UHR de 14 lits et une unité d'EHPAD classique de 19 lits sont situées au rez-de-jardin, une seconde UHR de 12 lits et deux unités d'EHPAD classique de respectivement 21 et 36 lits sont au rez-de-chaussée, et une unité d'EHPAD classique de 36 lits est située au 1^{er} étage. Les résidents sont accueillis en chambre individuelle meublée qu'ils peuvent personnaliser. Les chambres sont toutes équipées de rails plafonniers. Chaque unité comprend des lieux de vie collective. Les accès aux extérieurs sont limités et seuls les extérieurs des unités d'hébergement renforcé et de vie protégée sont isolés par une clôture, le reste des extérieurs donnant directement sur le parking du centre hospitalier. Le positionnement des locaux au sein d'un site hospitalier étendu et comportant de nombreux bâtiments présente un risque de s'égarer pour les résidents qui voudraient sortir de l'EHPAD. En conséquence, l'ensemble des unités d'hébergement sont fermées (et pas seulement les deux unités sécurisées) ce qui est un frein à l'exercice de la liberté d'aller et venir des résidents.

Figure 1 : EHPAD du Centre hospitalier de Vienne



Source : Via-trajectoire

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône est neuf. Le premier étage comporte deux unités de vie protégées de 14 lits chacune, et une petite unité de 12 lits. Le second étage accueille 40 résidents. Les chambres sont individuelles. Elles sont meublées et peuvent être personnalisées. Les 52 chambres des unités de vie ouvertes sont équipées de rails plafonniers pour faciliter les transferts. La question de l'accès aux extérieurs est également problématique en l'absence de rez-de-jardin, notamment pour les unités de vie protégée qui n'ont pas d'accès direct aux extérieurs.

Figure 2 : EHPAD de Chasse-sur-Rhône



Source : site internet du centre hospitalier de Vienne

Les deux sites respectent les recommandations à l'exception des espaces extérieurs qui ne permettent pas aux résidents d'exercer leur liberté d'aller et venir. Cet écueil, fréquemment cité dans les conseils de la vie sociale, devra faire l'objet d'une réflexion et d'aménagements.

2.1.2- Les documents d'information des usagers

L'exercice effectif du droit d'information des résidents passe par la remise d'un livret d'accueil, qui doit comporter en annexe le règlement de fonctionnement de l'établissement³³. Les modalités d'élaboration de ce dernier document et son contenu sont prévus dans le CASF³⁴. Le contenu du livret d'accueil est moins encadré, même si une circulaire suggère d'y faire figurer certaines informations³⁵. L'information du résident a pour objectif d'obtenir son consentement éclairé à sa prise en charge, qui se matérialise par la signature d'un contrat de séjour avec la personne accueillie, avant son entrée effective dans l'établissement³⁶. Le contenu du contrat est également encadré par le CASF³⁷. L'absence de signature d'un contrat, ainsi qu'un contenu réputé non conforme, sont passibles d'une amende administrative³⁸. Depuis le 1^{er} octobre 2020, la loi prévoit que le résident peut faire appel à une personne qualifiée, choisie sur une liste départementale, pour l'aider dans ses démarches³⁹ ; cette personne ne se substitue pas à la personne de confiance qui est choisie pour accompagner le résident dans ses démarches médicales.

Le livret d'accueil de l'EHPAD de Vienne, dont la version en cours date de 2015, contient des éléments sommaires sur l'organisation. Une mise à jour pourrait utilement ajouter au livret les éléments de la circulaire précitée, notamment une description de la procédure d'admission et des démarches administratives. La charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement ne figurent pas en annexe. Le règlement de fonctionnement a été complété en 2018. Les mentions obligatoires prévues au CASF figurent et le règlement comporte également des informations sur l'organisation de l'EHPAD, comme le rôle du conseil de la vie sociale (CVS), la description de la prise en charge médicale ou le type de prestation fournie, qui pourraient utilement figurer dans le livret d'accueil. Le contenu des deux documents devra être clarifié pour une bonne information du résident, le livret d'accueil ayant vocation à apporter une information, et le règlement de fonctionnement, document contractuel, à fixer des règles et à rappeler les responsabilités de chacun.

Le livret d'accueil de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône contient l'ensemble des informations prévues dans la circulaire précitée. Le règlement de fonctionnement est identique à celui de l'EHPAD de Vienne, hormis des ajustements d'horaires inhérents à des fonctionnements différents des deux EHPAD.

³³ Articles L. 311-4 et L. 311-7 du CASF.

³⁴ Articles R. 311-33 à R. 311-37 du CASF : le règlement de fonctionnement doit notamment décrire les modalités concrètes de mise en œuvre du respect de la dignité, de la recherche du consentement et de l'individualisation de l'accompagnement ; il fixe les règles de vie collective tout en permettant de garantir la sûreté des personnes et des biens.

³⁵ Circulaire DGAS/SD 5 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil : le livret d'accueil doit notamment contenir des informations sur la situation géographique de l'EHPAD, le nom des responsables, les conditions de facturation, l'organisation générale de l'EHPAD, des explications sur l'accès aux aides financières, des garanties sur l'assurance du lieu de vie, les modalités d'admission, les formes de participation des résidents, et des garanties sur le traitement des données.

³⁶ Articles L. 311-4 et L. 342-2 du CASF.

³⁷ Articles L. 311-4, L. 342-2, L. 342-3, et D. 311 V du CASF : le contrat doit décrire la prestation proposée, son prix, les modalités de facturation et de résiliation.

³⁸ Article L. 342-5 du CASF.

³⁹ Article L. 311-5 du CASF.

Le contrat de séjour des deux EHPAD comporte l'ensemble des contenus obligatoires prévus au CASF. Il est accompagné de plusieurs annexes⁴⁰ permettant une bonne information du résident. La chambre rappelle que ces contrats doivent être signés par les résidents. Rien ne s'oppose à une signature du contrat de séjour par la famille, mais le résident doit également signer le contrat. Les EHPAD devront veiller à rechercher la signature du résident, sauf impossibilité de signature, à faire figurer au contrat.

2.1.3- Une procédure d'admission à compléter d'un volet accueil

La procédure d'admission doit être conforme à un dossier commun à tous les établissements⁴¹ et le médecin coordonnateur doit donner son avis⁴². Aucune autre formalité n'est imposée par le CASF, mais la procédure d'admission doit s'inscrire dans les recommandations de l'ANESM, qui portent sur l'accompagnement de la décision, l'admission et l'accueil en proposant des pistes pour mieux informer les résidents et leurs familles et s'assurer du consentement du résident, recueillir leurs attentes et favoriser une bonne intégration lors des premiers temps de l'hébergement⁴³.

Une première procédure d'admission en EHPAD a été formalisée en 2019. Toutes les demandes d'admission doivent passer par la plateforme nationale dématérialisée Via-trajectoire⁴⁴. Les fiches des deux EHPAD sur Via-trajectoire sont complétées ; elles ne contiennent pas le livret d'accueil en téléchargement, ce qui limite la bonne information des futurs résidents.

Les demandes d'admission sont enregistrées. La procédure prévoit l'avis du médecin coordonnateur et le passage en commission admission. La liste d'attente est gérée par le secrétariat médical. Les admissions en UHR et en hébergement temporaire font l'objet d'une liste d'attente séparée. Les demandes de transfert entre unités suivent le même processus.

En cas de place disponible, les admissions sont proposées en fonction des critères suivants : origine et typologie des résidents. Le référent familial est contacté par téléphone pour fixer la date d'admission. Une visite de pré-admission est alors réalisée.

Les EHPAD ne suivent pas les statistiques d'admission : nombre de demandes d'admission reçues, nombre d'avis favorables ou défavorables du médecin coordonnateur, nombre d'avis favorables ou défavorables de la commission d'admission, nombre de visites de pré-admission réalisées en présence ou non du résident. Ces indicateurs pourraient être intégrés à la démarche d'évaluation continue de la qualité comme marqueurs de la recherche du consentement du résident.

La procédure d'admission prévoit l'ensemble du processus administratif mais ne contient pas d'éléments sur l'accueil du résident qui préciseraient les conditions d'accueil le jour de l'entrée et l'accompagnement du résident lors des premières semaines conformément aux recommandations de l'ANESM. Une réflexion sur l'accueil est un élément de nature à garantir l'individualisation de l'accompagnement.

⁴⁰ Règlement de fonctionnement, droit à l'image, formulaire de désignation de la personne confiance, engagement de payer, composition du trousseau, tarifs, livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat d'engagement sur la prise en charge de la douleur, carte de visite unité, état des lieux.

⁴¹ Article D. 312-155-1 du CASF.

⁴² Article D. 312-158 : l'avis sur les demandes d'admission fait partie des missions du médecin coordonnateur.

⁴³ Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 / De l'accueil de la personne à son accompagnement, 2012, ANESM.

Haute Autorité de Santé - Programme Qualité de vie en EHPAD (has-sante.fr).

⁴⁴ Plateforme nationale créée pour faciliter les démarches d'entrée en établissement
<https://trajectoire.sante-ra.fr/GrandAge/Pages/Public/Accueil.aspx>

2.1.4- Des projets individualisés partiellement réalisés

Les projets individualisés, doivent comporter un projet de soin et un projet de vie et s'adapter aux besoins de la personne âgée⁴⁵. Ces projets doivent être élaborés dans les six mois suivant l'admission puis mis à jour chaque année⁴⁶. Leur élaboration fait l'objet de recommandations de l'ANESM⁴⁷ qui précisent notamment que les projets doivent être co-construits avec les résidents et les proches. Il s'agit par ailleurs d'une démarche qui peut améliorer les relations avec les proches.

La procédure d'élaboration des projets individualisés n'est pas formalisée. Un support-type des projets existe et fait apparaître différentes catégories de sujets à aborder pour permettre un bilan de la situation du résident, puis proposer des axes d'accompagnement. Il n'y a pas de personne désignée pour s'assurer du suivi des projets individualisés, et aucun moment n'est institutionnalisé pour l'élaboration des premiers projets, puis leur actualisation ; ces deux éléments permettraient de garantir la mise en œuvre des projets. En réponses aux observations provisoires, l'ARS a informé la chambre qu'elle avait demandé au centre hospitalier de lui présenter rapidement un plan d'action pour engager la mise en œuvre effective des projets individualisés.

Les projets individualisés ne sont pas renseignés dans le dossier patient informatisé (DPI). Une extraction réalisée en mars 2021 a fait ressortir 15 projets sur l'ensemble des EHPAD. Pour autant qu'ils seraient réalisés, ce que la chambre n'a pas pu vérifier, leur utilisation par les équipes de soins n'est pas effective. La réflexion sur la mise en œuvre de l'obligation d'instaurer ces projets individualisés doit s'inscrire dans le prolongement de celle sur l'accueil des résidents.

Les deux EHPAD ne suivent pas l'élaboration et l'actualisation des projets individualisés et n'ont pas pu fournir de données en la matière. Ce suivi doit être intégré à une démarche d'évaluation continue de la qualité pour mesurer le degré d'individualisation de l'accompagnement.

2.1.5- Une fin d'accompagnement à mieux anticiper

L'individualisation de la prise en charge doit également se traduire dans la bonne gestion de la fin de l'accompagnement, que ce soit une sortie pour un autre lieu de vie ou un décès. Le contrat de séjour doit préciser l'organisation de la sortie du résident⁴⁸. Concernant les décès, les directives anticipées permettent de recueillir les souhaits du résident et de s'assurer de mesures conformes à ses volontés⁴⁹. La désignation d'une personne de confiance facilite la mise en œuvre des choix du résident⁵⁰. L'organisation des fins de vie doit permettre de repérer les besoins du résident, de rechercher son confort et de soutenir ses proches, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁵¹.

⁴⁵ Article D.312-155-0 3° du CASF.

⁴⁶ Article D. 311 V- 8° du CASF.

⁴⁷ Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 / De l'accueil de la personne à son accompagnement, 2012, ANESM https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese_reco_qualite_de_vie_ehpad_anesm-2_2018-03-16_12-32-35_297.pdf.

⁴⁸ Article L. 342-2 du CASF.

⁴⁹ Articles L. 1111-11 à L. 1111-12 et R. 1111-17 à R. 1111-20 du code de la santé publique, et arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées.

⁵⁰ L'article L. 1111-6 du code de la santé publique crée le rôle de personne de confiance et décrit son rôle d'accompagnement lors du parcours de soins. L'annexe 4-10 du CASF donne des éléments pour mettre en œuvre la désignation de la personne de confiance : un descriptif à remettre aux résidents, des formulaires de désignation et de révocation.

⁵¹ Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, ANESM, 2017.

Haute Autorité de Santé - Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpads ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr)).

Les contrats de séjour types des deux EHPAD prévoient les cas de résiliation du contrat de séjour par le résident avec un préavis de 30 jours et le cas de la fin du contrat pour cause de décès. Dans ce cas la facturation est poursuivie jusqu'à libération de la chambre qui doit intervenir dans les 48h suivants le décès. Les cas de rupture du contrat par les EHPAD sont également énumérés, notamment en cas de nécessité de transfert du fait d'une évolution de l'état de santé du résident.

Un formulaire de recueil des directives anticipées existe, mais il n'est pas utilisé. Les formulaires de désignation d'une personne de confiance sont remis au moment de l'admission mais sont peu utilisés. L'établissement indique en fait que l'équipe soignante et les médecins recueillent les souhaits au moment de la fin de vie.

La mise en œuvre effective des dispositifs de désignation d'une personne de confiance et de réalisation des directives anticipées pourrait être organisée dans le cadre de l'élaboration des projets individualisés.

Tableau 9 : Suivi de la désignation de la personne de confiance et des directives anticipées à l'EHPAD de Vienne

	2017	2018	2019
Nombre de résidents présents dans l'EHPAD au 31 décembre	170	167	171
Nombre de DPI comportant une personne de confiance au 31 décembre	22	28	29
Taux de désignation de personne de confiance	13 %	17 %	17 %
Nombre de DPI comportant des directives anticipées au 31 décembre	2	0	2
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées	1 %	0 %	1 %

Source : établissement

Tableau 10 : Suivi de la désignation de la personne de confiance et des directives anticipées à l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône

	2018	2019
Nombre de résidents présents dans l'EHPAD au 31 décembre	72	79
Nombre de dossiers comportant une personne de confiance au 31 décembre	19	13
Taux de désignation de personne de confiance	26 %	16 %
Nombre de dossiers comportant des directives anticipées au 31 décembre	5	4
Taux de résidents ayant rédigé des directives anticipées	7 %	5 %

Source : établissement

Des procédures décrivent la conduite à tenir en cas de décès la journée ou la nuit. Aucune procédure de prise en charge de la douleur ou d'aménagement de soins palliatifs n'a été produite. Une équipe de soins palliatifs existe au centre hospitalier mais ses interventions au sein des EHPAD ne sont pas renseignées.

2.1.6- L'architecture informatique à partir du dossier patient

L'établissement utilise le logiciel Orbis pour gérer les dossiers patients individualisés (DPI). L'ensemble des résidents possèdent un DPI qui est créé dès l'admission et utilisé quotidiennement tout au long de la prise en charge. Un dossier papier subsiste et certaines informations ne figurent pas toujours dans le DPI comme par exemple la désignation d'une personne de confiance.

Les offices sont équipés en matériel informatique. L'établissement ne dispose pas de système de validation des soins au pied du résident.

2.2- Une culture de la bientraitance peu développée

L'ANESM définit la bientraitance comme une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour le résident, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins⁵². Cette démarche tient à la fois de la prévention collective et de la réflexion éthique pour définir le bon niveau d'accompagnement.

La bientraitance comporte deux volets :

- ♦ une organisation institutionnelle par la mise en place d'un fonctionnement rendant possible l'individualisation de l'accompagnement (cf. supra) ;
- ♦ le développement de la culture de la bientraitance chez le personnel⁵³.

Les recommandations de bonne pratique conseillent notamment de favoriser la parole du personnel et de mettre en place une instance « éthique ».

Les EHPAD de Vienne et de Chasse-sur-Rhône n'ont pas mis en place de séances d'analyse de la pratique à destination du personnel ou d'instance de réflexion éthique.

Le centre hospitalier a élaboré un plan d'actions 2016-2020 pour promouvoir le « *respect des droits et libertés des patients et résidents et (la) promotion de la bientraitance* », qui s'applique entre autres aux deux EHPAD. Une seule mesure⁵⁴ concernait spécifiquement les EHPAD et n'a pas été mise en place. Ce plan ne tient pas compte des spécificités du secteur médico-social et ne répond pas aux préconisations de l'ANESM : le conseil de la vie sociale (CVS) n'est pas cité et le plan fait uniquement référence à la commission des usagers. Il contient plusieurs types de recensement des pratiques des services du centre hospitalier sans fixer d'axes d'amélioration ni d'indicateurs de mesure. Une charte « *Tendre à la bientraitance au Centre hospitalier Lucien Hussel* » a été élaborée en 2012. Les modalités de diffusion de cette charte n'ont pas été données. Le plan d'action préconise également la formation professionnelle comme levier de développement de la bientraitance.

Les EHPAD n'ont pas de procédure pour permettre aux professionnels d'identifier et de dénoncer des faits de maltraitance.

La démarche de prévention initiée ne répond pas aux préconisations de l'ANESM et une réflexion globale doit être engagée sur l'individualisation de la prise en charge, ce qui pourrait être réalisé dans le cadre de l'élaboration du projet de service.

2.3- Le maintien de l'autonomie par l'accompagnement quotidien

2.3.1- Une participation à la vie de l'établissement limitée

Le maintien de la vie sociale est un objectif fixé par les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁵⁵. L'établissement doit mettre en place les conditions pour favoriser les liens entre résidents et leurs familles.

La participation effective des personnes accueillies passe par la constitution d'un conseil de la vie sociale qui doit réunir au moins deux représentants des résidents, un représentant des

⁵² La bientraitance, 2008, mise à jour 2018, ANESM.

Haute Autorité de Santé - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (has-sante.fr).

⁵³ Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2010, ANESM.

Haute Autorité de Santé - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (has-sante.fr).

⁵⁴ La mise en place d'un questionnaire de satisfaction spécifique aux EHPAD.

⁵⁵ Qualité de vie en EHPAD volet 3 – La vie sociale des résidents en EHPAD, 2012, ANESM.

Haute Autorité de Santé - Programme Qualité de vie en Ehpads (has-sante.fr).

familles, un représentant du personnel, et un représentant du gestionnaire. Les représentants des résidents et des familles sont élus dans les conditions fixées par le CASF. Le président du CVS est élu parmi les représentants des résidents⁵⁶. Le CVS doit se réunir au moins trois fois par an⁵⁷ et donne des avis sur des sujets imposés par le CASF, comme le niveau du prix de journée et des autres prestations, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement, les enquêtes de satisfaction, et globalement sur toute question intéressant le fonctionnement de l'EHPAD⁵⁸.

Un règlement intérieur des deux CVS a été établi en 2018 et reprend l'ensemble des obligations réglementaires. Les comptes rendus des CVS montrent qu'il n'a pas été validé en instance. Les établissements n'ont fourni aucun document sur l'organisation d'élections sur la période ce qui interroge sur le mode de désignation des représentants des résidents et des familles.

Pour l'EHPAD de Vienne, le CVS s'est réuni trois fois par an à l'exception de 2019 (deux réunions). Des comptes rendus sont régulièrement établis. La composition de l'instance est déséquilibrée au détriment des usagers : avant 2018, huit représentants des résidents et des familles, un représentant de l'association, un représentant du personnel, 15 personnels de l'établissement dont trois invités composaient le CVS. Le règlement intérieur modifie cette composition en ne retenant que les représentants des résidents, des familles et le représentant du personnel en précisant que les autres membres le sont à titre consultatif. Dans les faits, les comptes rendus des CVS montrent que les personnels de l'établissement étaient plus nombreux que les représentant des résidents et familles dans six réunions sur neuf ; cette situation s'améliore depuis de 2018. L'EHPAD devra veiller à favoriser la présence des représentants des résidents et familles. Les sujets abordés au CVS sont liés à l'animation, aux travaux, à l'équipement des locaux et à l'organisation de la structure. Le niveau du prix de journée n'a pas été abordé ; pourtant aborder cette question constitue une opportunité pour expliquer le financement de l'EHPAD.

Le CVS de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a été réuni une fois en 2018 et trois fois en 2019. Les représentants des résidents et des familles étaient présents à chaque réunion. Le CVS a pu aborder l'ensemble des sujets sur le fonctionnement de l'établissement, notamment des problématiques récurrentes sur les repas et les accès aux extérieurs.

Une procédure de gestion des plaintes et réclamations, commune à tous les services du centre hospitalier existe. La procédure ne mentionne pas les spécificités des EHPAD, et met en avant la commission des usagers sans citer le CVS.

Hormis le CVS, les EHPAD n'ont pas d'autre canal de communication avec les résidents et les familles. Aucune autre réunion de type commission menus ou commission animation n'est organisée. La mise en place de temps d'échange institutionnalisés répondrait aux RBPP tout en limitant les risques de contentieux avec les familles.

2.3.2- Une animation à intégrer dans les projets individualisés

Chacun des deux EHPAD dispose d'un seul animateur ce qui conduit à un faible ratio d'encadrement (0,57 % pour l'EHPAD de Vienne et 1,25 % pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône). Les objectifs poursuivis ne peuvent donc pas être réalisés par le seul service animation Ils doivent être partagés entre l'ensemble des professionnels intervenants auprès des résidents.

⁵⁶ Articles L. 311-6 du CASF et D. 311-8 et suivants du CASF.

⁵⁷ Article D. 311-6 du CASF.

⁵⁸ Articles L. 342-3, D. 311-26 et D. 311-15 du CASF.

L'animation de l'EHPAD de Vienne repose sur l'animateur, qui élabore puis coordonne les animations. En cas d'absence de ce dernier, il n'existe pas de relais et les animations cessent. Il réalise un rapport d'activité de l'animation chaque année. Un suivi des participations pourrait être ajouté au rapport et intégré dans la démarche continue d'évaluation de la qualité.

Au vu du faible taux d'encadrement, l'EHPAD de Vienne fait appel à de nombreux prestataires extérieurs, dont de nombreux bénévoles, à hauteur de 40 % des actions déléguées, ce qui présente un point de fragilité pour le maintien des animations. Seules certaines associations habituellement sollicitées font l'objet de conventions avec l'EHPAD.

L'EHPAD de Vienne propose différents formats d'animation pour s'adapter à tous les résidents : de nombreuses animations collectives, comme des spectacles, quelques activités en petits groupes, plusieurs activités mobiles dans les services.

Le budget consacré aux animations varie fortement selon les années, en raison de la variabilité de la présence des bénévoles.

Les objectifs poursuivis par l'animation de l'EHPAD de Vienne, « répondre aux besoins de socialisation et de loisirs des personnes accueillies » participent à l'individualisation de l'accompagnement, et s'inscrivent dans le cadre des recommandations de l'ANESM sur la vie sociale⁵⁹. Ces objectifs doivent être intégrés à la réflexion sur l'individualisation des prises en charge à mener dans le cadre de la démarche continue d'évaluation de la qualité.

L'EHPAD de Vienne ne renseigne pas les participations des résidents dans le DPI et ne suit pas d'indicateurs pour mesurer les effets des animations. De plus, la participation des résidents n'est pas liée à leurs projets individualisés.

S'agissant de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, l'animation est en cours d'organisation avec l'acquisition progressive de matériel et l'aménagement des espaces comme le montrent les comptes rendus du CVS.

2.3.3- Le maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne

L'accompagnement dans les gestes quotidiens - toilette et habillage, alimentation, déplacements – doit permettre le maintien de l'autonomie des résidents, ce qui est rappelé par les recommandations de l'ANESM. Cet accompagnement requiert une forte présence de personnel.

Il n'existe pas de distinction entre équipes soignantes et hôtelières. Ces fonctions sont identifiées en fonction du grade des agents : les aides-soignants étant positionnés sur les soins des résidents, et les agents des services hospitaliers sur les repas et l'entretien des locaux.

Aucun protocole ni aucun indicateur ne sont suivis. Un travail sur la continence a été initié avec le fournisseur de protections.

En l'absence de projets individualisés, la seule élaboration des plans de soins ne peut pas permettre de personnaliser l'accompagnement.

L'ensemble de ces domaines devra être abordé dans le cadre d'une démarche continue d'évaluation de la qualité pour permettre l'élaboration de protocole, le suivi régulier d'indicateurs et des plans d'amélioration effectivement mis en œuvre.

⁵⁹ Qualité de vie en EHPAD volet 3 – La vie sociale des résidents en EHPAD, 2012, ANESM.
Haute Autorité de Santé - Programme Qualité de vie en Ehpads ([has-sante.fr](http://has.sante.fr))

2.3.4- Les spécificités des unités spécialisées

Au niveau architectural, les deux UHR de l'EHPAD de Vienne et les deux UVP de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône disposent d'une « aire de déambulation », avec un aménagement des couloirs de nature à permettre aux résidents de se déplacer dans un circuit sans faire des aller-retour dans un couloir.

Les UHR font l'objet de financements dédiés et bénéficient d'une équipe renforcée par des temps de psychomotricien, d'ergothérapeute, de psychologue supplémentaires et d'assistant de soins en gérontologie (ASG). Ce n'est pas le cas des UVP dont la seule spécificité, comparée à un service d'hébergement classique, tient à l'aménagement des locaux. Les questions éthiques en lien avec la prise en charge des troubles du comportement n'étaient pas abordées.

Le projet de l'UHR était brièvement mentionné dans le projet de service 2014-2019.

Le programme d'animation ménage des temps dédiés aux UHR.

L'encadrement est renforcé dans les UHR avec un temps accru de psychologue, la présence de psychomotricien et un temps d'aide-soignant plus important.

2.4- La santé des résidents

Le volet 4 des recommandations sur la qualité de vie en EHPAD publié par l'ANESM traite de la santé des résidents⁶⁰.

2.4.1- L'évaluation de l'état de santé des résidents pour ajuster les soins

Afin d'éviter l'aggravation de l'état des résidents et leur hospitalisation, leur santé doit être régulièrement évaluée, et des actions de prévention doivent être menées, notamment sur les chutes, les escarres et la douleur.

Les protocoles utilisés sont tous communs avec le centre hospitalier et ne font pas état de spécificités concernant la prise en charge en hébergement long des EHPAD.

La prévention des chutes ne fait pas l'objet de protocole. Une fiche de déclaration des chutes existe et une infographie présente les risques de chute, mais les chutes ne sont pas suivies et analysées pour proposer des actions de prévention.

La prévention des escarres passe par une prévention de la dénutrition. Un protocole « Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé » décrit le suivi de trois types d'indicateurs sans préciser la fréquence de suivi en EHPAD, ni les mesures à mettre en place en cas de carence constatée. Le nombre de pesées par résident n'est pas suivi.

La prise en charge et le suivi régulier des troubles intellectuelles et cognitifs, de la dépression, de la douleur, ou de l'hygiène bucco-dentaire, ne font pas l'objet de protocole, de suivi et de plans d'amélioration.

Comme pour l'accompagnement quotidien, l'ensemble de ces domaines devra être abordé dans le cadre d'une démarche continue d'évaluation de la qualité.

⁶⁰ Qualité de vie en EHPAD volet 4 – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, 2012, ANESM. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese_qualite_de_vie_4_novembre2012-2_2018-03-16_12-32-35_310.pdf.

2.4.2- L'accès aux soins

Les soins de ville sont pris en charges par les deux EHPAD dans le cadre de leurs tarifs soin global. Le choix a été fait d'avoir recours à des médecins hospitaliers, salariés du centre hospitalier. Néanmoins, les difficultés sur l'effectif médical ont amené les EHPAD à revoir leur position et faire appel à des médecins libéraux. Le déploiement de ce nouveau cadre est en cours.

Les deux EHPAD font partie de la filière gériatrique du centre hospitalier de Vienne. Cette unité de gestion ne doit pas empêcher la signature de convention entre services pour clarifier les relations et faciliter les prises en charge. Une convention a ainsi été signée entre le service d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier et l'EHPAD de Vienne, ce qui clarifie le rôle de chacun. Le conventionnement avec les autres services du centre hospitalier pouvant intervenir en EHPAD doit également être effectué. La rédaction d'un projet de pôle gériatrique, prévu dans le projet médical du centre hospitalier, pourrait également remplir ce rôle.

Les interventions des autres services du centre hospitalier auprès des résidents des EHPAD doivent faire l'objet d'un suivi pour permettre d'évaluer la continuité de la prise en charge des résidents.

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a effectué un suivi des hospitalisations en 2018 et a répertorié 30 séjours hospitaliers pour 22 résidents, principalement pour syndrome infectieux, problèmes cardiaques et réajustement de traitement. Il s'agit du seul indicateur sur la période.

La fourniture de médicaments des résidents est assurée par la pharmacie à usage interne du centre hospitalier. Les procédures du circuit du médicament du centre hospitalier s'appliquent aux EHPAD sans distinction.

2.4.3- Les risques sanitaires

Les EHPAD ont l'obligation d'élaborer un plan de gestion de crise⁶¹ qui doit respecter un cahier des charges pris par arrêté⁶².

L'EHPAD de Vienne est couvert par le plan blanc du centre hospitalier. Un plan bleu spécifique a été élaboré pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône. Un plan canicule a été élaboré en 2019 pour l'ensemble du centre hospitalier.

Le plan blanc a été déclenché le 13 mars 2020. Une cellule de crise s'est réunie quasi-quotidiennement à partir de fin février jusqu'en avril, puis de manière plus espacée de mai à septembre. La seconde vague de l'épidémie a à nouveau mobilisé la cellule de crise d'octobre à janvier 2021. L'enchaînement des phases de crise n'a pas permis au centre hospitalier de faire un retour d'expérience de cette période pour le moment.

⁶¹ Article D. 312-160 CASF.

⁶² L'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air indique que le plan doit désigner un référent, responsable en cas de crise, fixer les modalités d'organisation de l'établissement en cas de crise, et décrire les bonnes pratiques à mettre en œuvre en cas de canicule.

3- LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS

Les personnels administratifs, services généraux et techniques comptabilisés sur les deux budgets annexes EHPAD ne sont pas représentatifs de l'ensemble du service rendu, une partie des fonctions étant externalisées sur d'autres budgets du centre hospitalier :

- ♦ une partie des personnels concourant au service rendu en EHPAD sont comptabilisés dans le budget principal, puis font l'objet d'un reversement au budget principal ;
- ♦ les prestations restauration et blanchisserie sont externalisées auprès de deux groupements de coopération sanitaire gérés par l'hôpital.

Les analyses qui suivent sont donc centrées sur les personnels de soins et d'animation, paramédicaux et médicaux.

3.1- L'évolution des effectifs de l'EHPAD de Vienne

L'effectif total rémunéré de l'EHPAD de Vienne augmente sur la période avec de fortes disparités selon la fonction. L'effectif d'aides-soignants (AS) augmente notamment de sept ETP. L'effectif d'infirmiers diplômé d'État (IDE) est stable. L'effectif d'agents des services hospitaliers (ASH) est en baisse.

Tableau 11 : ETP rémunérés sur l'EHPAD de Vienne (hors accueil de jour et plateforme de répit ; hors administrations, services généraux et techniques)

	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019 en ETP
MÉDECIN	1,3	1,2	1,2	1,25	- 0,05
CADRE DE SANTÉ	3	3,08	2,652	3	0
IDE	19,593	19,982	19,672	20,078	+ 0,485
AS	83,652	85,901	86,773	90,679	+ 7,027
ASH	21,622	20,016	20,174	20,295	- 1,327
CONTRAT UNIQUE D'INSERTION (CUI)	0,713	0,666	0	0	- 0,713
ERGOTHERAPEUTE	0,978	0,835	0,565	0,678	- 0,3
MASSEUR-KINE	0	0	0,216	0,426	+ 0,426
PSYCHOLOGUE	1,603	1,539	1,602	1,22	- 0,383
PSYCHOMOTRICIEN	0,5	0,5	0,739	0,789	+ 0,289
ANIMATEUR	1	1	0,997	1	0
TOTAL	133,961	134,719	134,59	139,415	+ 5,454

Source : EHPAD « ETP – EHPAD du CH de Vienne », retraitement CRC

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône a ouvert en avril 2018. L'année 2018 a permis la montée en charge progressive de l'activité et les effectifs ont été ajustés en conséquence. L'effectif 2019 correspond à une année pleine d'exercice.

Tableau 12 : ETP rémunérés sur l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône (hors accueil de jour et plateforme de répit ; hors administrations, services généraux et techniques)

	2018	2019
MÉDECIN	0,700	0,710
CADRE DE SANTE	0,838	1,000
IDE	3,913	4,967
AS	18,834	30,205
ASH	7,612	10,900
ERGOTHERAPEUTE	0,358	0,333
PSYCHOLOGUE	0,356	0,193
PSYCHOMOTRICIEN	0,318	0,247
ANIMATEUR	0,356	0,479
TOTAL	33,285	49,034

Source : EHPAD « ETP – EHPAD du CH de Vienne », retraitement CRC

3.2- Les taux d'encadrement

Les taux d'encadrement sont généralement plus élevés dans les EHPAD en tarif global avec pharmacie à usage interne (PUI) et, corrélativement, dans les EHPAD rattachés à un établissement public de santé.

Les deux EHPAD ont opté pour un tarif global et utilisent la pharmacie à usage interne du centre hospitalier. Les consultations médicales sont réalisées par des médecins du pôle gériatrique. Les problèmes d'effectifs médicaux sur le pôle ont conduit à des difficultés à maintenir ce fonctionnement, et à faire appel aux médecins généralistes. Pour les médecins, l'effectif comprend les interventions de médecins pour les soins, et pas uniquement le temps de médecin coordonnateur, ce qui ne rend pas la comparaison avec le taux national pertinente.

L'encadrement paramédical est assuré par trois cadres de santé pour l'EHPAD de Vienne et une cadre pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône. La cadre supérieure de santé du pôle gériatrique supervise l'ensemble des services.

Les taux de personnel infirmiers, aides-soignants, ASH et paramédicaux sont très supérieurs aux moyennes nationales ; l'EHPAD de Vienne apparaît particulièrement bien doté en personnel.

Pour autant, l'effectif soignant est inférieur aux demandes de certains professionnels du secteur pour un accompagnement de qualité, qui préconisaient un taux d'encadrement de 58 % pour les aides-soignants⁶³.

⁶³ Les effectifs soignants en Ehpads : état des lieux et perspectives – CNDEPAH.

Tableau 13 : Taux d'encadrement de l'EHPAD de Vienne

	2016	2017	2018	2019	Taux moyen constaté au niveau national en 2018	Taux neuvième décile en 2018
MÉDECIN	0,75 %	0,69 %	0,69 %	0,72 %	0,50 %	0,83 %
CADRE DE SANTÉ	1,72 %	1,77 %	1,52 %	1,72 %		
IDE	11,26 %	11,48 %	11,31 %	11,54 %	6,84 %	8,94 %
AS	48,08 %	49,37 %	49,87 %	52,11 %	26,50 %	33,17 %
ASH	12,43 %	11,50 %	11,59 %	11,66 %	19,70 %	27,08 %
CUI	0,41 %	0,38 %	0,00 %	0,00 %		
PSYCHOLOGUE	0,92 %	0,88 %	0,92 %	0,70 %	0,55 %	1,02 %
AUXILIAIRES MÉDICAUX	0,85 %	0,77 %	0,87 %	1,09 %	0,79 %	2,02 %
DONT ERGOTHERAPEUTE	0,56 %	0,48 %	0,32 %	0,39 %		
DONT MASSEUR-KINÉ	0,00 %	0,00 %	0,12 %	0,24 %		
DONT PSYCHOMOTRICIEN	0,29 %	0,29 %	0,42 %	0,45 %		
TECHNIQUE	0,23 %	0,23 %	0,23 %	0,23 %		
ANIMATEUR	0,57 %	0,57 %	0,57 %	0,57 %	1,10 %	2,24 %

Source : EHPAD « ETP – EHPAD du CH de Vienne », retraitement CRC ; La situation économique et financière des EHPAD, CNSA, 2020.

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône est globalement moins bien doté, sauf pour les aides-soignants pour lesquels le taux d'encadrement est plus élevé que la moyenne nationale.

Tableau 14 : Taux d'encadrement de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône

	2018	2019	Taux moyen constaté au niveau national en 2018	Taux neuvième décile en 2018
CADRE DE SANTÉ	1,47 %	1,25 %		
IDE	6,87 %	6,21 %	6,84 %	8,94 %
AS	33,05 %	37,76 %	26,50 %	33,17 %
ASH	13,36 %	13,63 %	19,70 %	27,08 %
ERGOTHERAPEUTE	0,63 %	0,42 %		
PSYCHOLOGUE	0,62 %	0,24 %	0,55 %	1,02 %
PSYCHOMOTRICIEN	0,56 %	0,31 %	0,79 %	2,02 %
ANIMATEUR	0,62 %	0,60 %	1,10 %	2,24 %
ADM	1,89 %	2,13 %		
ASSISTANT SERVICE SOCIAL	0,13 %	0,13 %		
TECHNIQUE	3,84 %	1,38 %		

Source : EHPAD « ETP – EHPAD du CH de Vienne », retraitement CRC ; La situation économique et financière des EHPAD, CNSA, 2020.

4- LE CADRE FINANCIER

La fiabilité des comptes de l'ensemble des structures le composant est abordée dans le rapport d'observations définitives de la chambre portant sur le centre hospitalier.

La convention tripartite de 2010 retient l'option tarifaire d'une dotation globale, c'est-à-dire incluant les dépenses de soins de ville et de médicaments⁶⁴.

4.1- **La situation financière des deux budgets annexes EHPAD**

Les finances des deux EHPAD du centre hospitalier de Vienne sont retracées dans deux budgets annexes.

Chaque budget annexe opère un reversement sur le budget général qui couvre des frais administratifs⁶⁵, des dépenses de fluides, et des examens techniques, analyses en laboratoire et imagerie médicale, réalisés au profit des résidents des EHPAD. Le montant des reversements a été affiné au cours de la période.

Les deux budgets EHPAD présentent une situation financière excédentaire, à rebours de la situation financière consolidée du centre hospitalier dégradée (cf. rapport sur le centre hospitalier).

Les produits d'exploitation sont composés du prix de journée versé par les résidents, de l'aide pour la perte d'autonomie, et d'une dotation de la caisse primaire d'assurance maladie. Ils sont directement liés à l'activité des EHPAD ; l'augmentation de capacité du fait de l'ouverture de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône conduit à une évolution importante en 2018.

Les charges d'exploitation comprennent pour l'essentiel des dépenses de personnel, à hauteur de 60 % en moyenne. Elles augmentent sur la période du fait de l'ouverture de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône. Cette augmentation est plus rapide que celle des produits, ce qu'il conviendra de contenir.

En conséquence, la marge brute d'exploitation des deux budgets, calculée par différence des produits et des charges d'exploitation, qui mesure la rentabilité du cycle d'exploitation de l'activité, est dynamique sur la période, même si son évolution ralentit.

La capacité d'autofinancement (CAF) brute mesure la ressource restante à l'issue de l'exercice, mobilisable pour le financement des investissements. Elle se calcule à partir de la marge brute d'exploitation à laquelle il faut ajouter ou retrancher les résultats financiers et exceptionnels. La CAF brute des deux budgets EHPAD augmente malgré un léger repli en 2017.

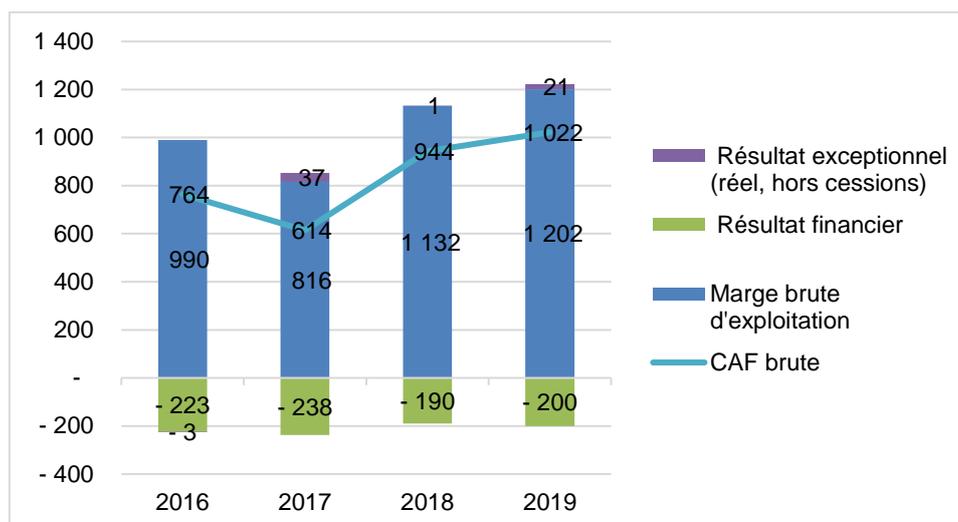
⁶⁴ Le forfait soins des établissements peut prendre deux formes : dotation globale ou dotation partielle.

La dotation globale comporte l'ensemble des dépenses de santé des résidents, y compris le paiement des consultations libérales et des médicaments.

La dotation partielle ne comprend ni les consultations auprès de médecins ou professionnels paramédicaux ni les médicaments achetés aux officines de ville qui demeurent à la charge des résidents dans le cadre du régime général de l'assurance maladie.

⁶⁵ Personnel administratif et technique, assurance, téléphonie, enlèvement des déchets, reprographie.

Figure 3 : Formation de la CAF brute des deux budgets annexes EHPAD



Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau 15 : Formation de la CAF brute (en k€)

	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019	Variation moyenne annuelle
Produits d'exploitation	9 305	9 546	12 390	13 338	43,3 %	+ 12,8 %
- Charges d'exploitation	8 315	8 730	11 258	12 136	46,0 %	+ 13,4 %
= Marge brute d'exploitation	990	816	1 132	1 202	21,4 %	+ 6,7 %
<i>en % du produit courant des budgets EHPAD</i>	<i>10,64 %</i>	<i>8,55 %</i>	<i>9,14 %</i>	<i>9,01 %</i>		
+ Résultat financier	- 223	- 238	- 190	- 200	- 10,1 %	/
+ Résultat exceptionnel	- 3	37	1	21	/	/
= Capacité d'autofinancement brute	764	614	944	1 022	33,8 %	+ 10,2 %
<i>en % du produit courant des budgets EHPAD</i>	<i>8,21 %</i>	<i>6,44 %</i>	<i>7,62 %</i>	<i>7,66 %</i>		

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Le niveau de la CAF permet de couvrir les amortissements de la construction de l'EHPAD de Vienne et de l'aménagement de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, ce qui conduit à des résultats comptables excédentaires, et en augmentation, sur les deux budgets.

Tableau 16 : Formation du résultat net comptable (en k€)

	2016	2017	2018	2019
Capacité d'autofinancement brute	764	614	944	1 022
- Dotation aux amortissements	679	699	792	812
- Dotation aux dépréciation	15	-	101	57
- Dotation aux provisions	634	2	-	27
- Charges sur opérations en capital	-	624	-	-
+ Reprise sur amortissements	-	15	66	10
+ Produits sur opérations en capital	102	109	109	109
+ Reprise sur provisions	464	624	-	-
= Résultat net comptable	2	38	226	246

Source : comptes financiers, retraitement CRC

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

4.2.1- L'évolution des ressources

Le budget d'un EHPAD est divisé en trois sections tarifaires⁶⁶ qui correspondent à trois types de prestations et à trois types de financement.

Tableau 17 : Financement tripartite des EHPAD

Section tarifaire	Section hébergement	Section dépendance	Section soins
Base légale	Article R. 314-179 et suivants du CASF	Article R. 314-172 et suivants du CASF	Article R. 314-159 et suivants du CASF
Origine des recettes	Prix de journée et prestations complémentaires payées par les résidents.	Aide pour la perte d'autonomie (APA) versée par les départements soit directement à l'EHPAD, soit au résident (qui avance donc l'APA). Reste à charge des résidents (GIR 5/6)	Dotations CPAM sur arrêté de l'ARS
Dépenses autorisées	Socle de prestations prévus à l'annexe 2-3-1 du CASF : Administration générale Accueil hôtelier Restauration Entretien Animation et vie sociale	Aide et surveillance pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie : 1° Fournitures pour l'incontinence 2° une partie des fourniture hôtelière 3° une partie des charges de personnel sur des fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas 4° une partie des charges de personnel soignant (AS/AMP) 5° charges relatives à l'emploi de psychologue	En tarif global : 1° prestations de service à caractère médical, petit matériel et fournitures médicales (liste fixée par arrêté) 2° charges de personnel (médecin coordonnateur, personnel médical, pharmacien, auxiliaires médicaux sauf diététicien) 3° une partie des charges de personnel soignant (AS/AMP) 4° amortissement du matériel médical 5° médicaments 6° infirmiers libéraux le cas échéant II- médecins généralistes ou gériatres le cas échéant Examens de biologie et radiologie
Calcul des dotations		Dotation dépendance = GMP x valeur du point GMP départemental x capacité	Dotation soins = Nombre de points GMPS x valeur du point x capacité GMPS = GMP + (2.59 x PMP)

Source : CRC

Les deux EHPAD sont financés pour la partie soins en tarif global avec une pharmacie à usage interne ; leurs budgets prennent donc en compte les consultations de médecine générale et les actes de biologie et de radiologie.

Concernant l'EHPAD de Vienne, le financement de la section soins pour les places d'hébergement classique atteint la dotation plafond. Des financements spécifiques viennent s'ajouter à cette dotation pour l'UHR, l'hébergement temporaire, et l'accueil de jour. Ce budget annexe n'est donc pas touché par un phénomène de convergence tarifaire négative ou

⁶⁶ Articles L. 314-2 et R. 314-158 du CASF.

positive⁶⁷. Au vu de son financement plus élevé que la moyenne des EHPAD, il n'a pas bénéficié de crédits non reconductibles. L'augmentation constatée en 2018 est due à l'ouverture d'une seconde UHR et à l'augmentation de cette ligne budgétaire en conséquence.

Le financement de la section dépendance augmente et se situe à un niveau plus élevé que la moyenne des EHPAD. Le tarif moyen dépendance journalier était en 2015 de 20,50 € pour les GIR 1-2, 12,90 € pour les GIR 3-4 et 5,50 € pour les GIR 5-6⁶⁸ ; pour l'EHPAD du CH de Vienne, il était de respectivement 22,79 €, 14,46 € et 6,14 € en 2016.

Le produit de la section hébergement augmente sur la période sous le double effet de l'évolution de l'activité et de l'augmentation des prix de journée (cf. infra).

Tableau 18 : Produits de l'EHPAD de Vienne (en k€)

	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019	Variation moyenne annuelle
Dotation soins	4 388	4 394	4 639	4 647	5,9 %	+ 1,9 %
dont dotation plafond hébergement classique	3 768	3 768	3 768	3 768	0,0 %	0,0 %
dont supplément UHR	299	302	545	545	82,2 %	+ 22,2 %
dont supplément hébergement temporaire	32	32	33	33	1,7 %	+ 1,0 %
dont financement accueil de jour	289	291	293	293	1,7 %	+ 0,5 %
Dotation dépendance	1 291	1 318	1 433	1 397	8,2 %	+ 2,7 %
Recettes hébergement	3 599	3 718	3 815	3 764	4,6 %	+ 1,5 %
Autres produits	735	937	333	260	/	/

Source : comptes financiers et arrêtés de tarification, retraitement CRC

L'EHPAD de Chasse-sur-Rhône n'est pas financé au tarif plafond. La première décision tarifaire prévoit un rattrapage sur six ans. L'ouverture de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône mi-avril 2018 a conditionné son financement : il a bénéficié de crédits spécifiques pour l'ouverture d'un EHPAD et de crédits non reconductibles en 2018. L'excédent généré en 2019 est repris sur le budget 2019, ce qui explique la baisse de la dotation 2019.

La dotation dépendance est alignée sur l'activité, et correspond donc à une activité partielle en 2018 et en année pleine en 2019.

Tableau 19 : Produits de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône (en k€)

	2018	2019
Dotation soins	1 463	1 341
dont dotation plafond hébergement classique	609	-
dont 1/6 ^{ème} de l'écart à la dotation plafond	200	-
dont supplément PASA	64	-
dont supplément hébergement temporaire	16	-
dont ouverture au tarif global	192	-
dont crédits non reconductibles	382	-
Dotation dépendance	255	518

Source : comptes financiers et arrêtés de tarification, retraitement CRC

⁶⁷ À partir de 2018 de manière obligatoire, mais depuis plusieurs années à titre facultatif, le financement soins est calculé à partir d'une équation dite GMPS en fonction du GMP et du PMP de l'établissement, et de la valeur d'un point GIR départemental et d'un point GIR soins ; les établissements au-dessus de la somme définie doivent progressivement réduire leurs dépenses et sont dits en convergence négative ; à l'inverse une majorité d'établissements sont en dessous de cette somme et sont dits en convergence positive, soit une augmentation progressive de leurs moyens pour atteindre le tarif fixé par l'équation.

⁶⁸ L'accueil des personnes âgées en établissement, résultats de l'enquête EHPA 2015, DRESS, septembre 2017.

Les rapports financiers des EHPAD ne font pas apparaître le détail des ressources par section. Le détail des produits dépendance selon le financeur, département de l'Isère, autres départements et résidents, ainsi que le détail des produits hébergement selon que le règlement est opéré par le résidents ou par les départements au titre de l'aide sociale ne sont pas retracés. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique que la précision sera apportée dès 2021.

4.2.2- L'analyse des dépenses

Les charges de l'EHPAD de Vienne sont stables. Les charges de personnel qui représentent en moyenne 60 % des dépenses, sont en baisse. Les variations sur les charges liées à la prise en charge médicale – prestations de service, médicaments, actes de biologie et radiologie – suivent la courbe de l'activité. L'augmentation des autres achats tient à la montée en charge de la maintenance sur le bâtiment livré en 2015.

Tableau 20 : Charges de l'EHPAD de Vienne (en k€)

	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019	Variation moyenne annuelle
Charges de personnel	6 115	6 300	5 922	5 983	- 2,2 %	- 0,7 %
Charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales	121	110	163	126	4,1 %	+ 1,4 %
Médicaments	118	122	139	115	-2,5 %	- 0,9 %
Actes de biologie et de radiologie	75	79	107	43	- 42,7 %	- 16,9 %
Fournitures pour l'incontinence	62	67	67	69	11,3 %	+ 3,6 %
Prestation restauration	747	755	767	764	2,3 %	+ 0,8 %
Prestation blanchissage du linge	244	270	290	274	12,3 %	+ 3,9 %
Autres achats et services extérieurs	939	1 132	1 508	1 617	72,2 %	+ 19,9 %
Frais financier (liés à l'emprunt pour la reconstruction)	223	238	190	200	- 10,3 %	- 3,6 %
Amortissement et provisions	1 328	703	808	770	- 42,0 %	- 16,6 %
Autres	65	669	54		- 100,0 %	
Total charges	10 037	10 445	10 015	9 961	- 0,8 %	- 0,3 %

Source : rapports financiers, retraitement CRC

Pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, les augmentations constatées entre 2018 et 2019 tiennent au fonctionnement sur les deux tiers de l'année en 2018 et en année pleine en 2019.

Tableau 21 : Charges de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône (en k€)

	2018	2019	Variation 2018-2019
Charges de personnel	1 314	1 943	+ 47,87 %
Charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales	39	37	- 5,13 %
Médicaments	19	29	+ 52,63 %
Actes de biologie et de radiologie	37	10	- 72,97 %
Fournitures pour l'incontinence	nc	nc	
Prestation restauration	188	328	+ 74,47 %
Prestation blanchissage du linge	30	55	+ 83,33 %
Autres achats et services extérieurs (dont loyer)	779	865	+ 11,04 %
Autres	85	125	+ 47,06 %
Total charges	2 491	3 392	+ 36,17 %

Source : rapports financiers, retraitement CRC

À l'instar des ressources, la ventilation tripartite des dépenses ne figure pas dans les rapports financiers, cet ajout permettrait de faire le lien avec les résultats de sections qui eux sont mentionnés. L'ordonnateur s'est engagé à préciser également ce point dès 2021 dans les rapports financiers.

4.2.3- La ventilation du résultat

Pour l'EHPAD de Vienne, sur l'ensemble de la période, les sections hébergement et soins présentent des excédents, bien que la section d'hébergement enregistre des résultats variables selon les années. La section dépendance est en déficit chronique et totalise 760 k€ de déficit sur la période. Cette situation devra être réévaluée lors de la préparation du futur CPOM. Les résultats hébergement excédentaires ont été affectés en majorité en réserve de compensation. Les résultats soins ont été affectés à 45 % à l'investissement et à 42 % en réserve de compensation.

Tableau 22 : Résultats de l'EHPAD de Vienne en €

	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Activité réalisée	62 289	61 847	62 349	60 660	
Hébergement	- 28 423	8 865	- 23 091	108 997	66 348
<i>Part du résultat par journée en €</i>	<i>- 0,46</i>	<i>0,14</i>	<i>- 0,37</i>	<i>1,80</i>	
Dépendance	- 185 343	- 122 740	- 197 482	- 254 156	- 759 721
<i>Part du résultat par journée en €</i>	<i>- 2,98</i>	<i>- 1,98</i>	<i>- 3,17</i>	<i>- 4,19</i>	
Soins	215 986	151 703	392 301	183 790	943 780
<i>Part du résultat par journée en €</i>	<i>3,47</i>	<i>2,45</i>	<i>6,29</i>	<i>3,03</i>	
Résultat total	2 220	37 828	171 729	38 631	250 408

Source : rapports financiers, retraitement CRC

Pour l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, le déficit enregistré en 2018 sur les sections tarifaires hébergement et dépendance est élevé. Les résultats sont excédentaires en 2019. Le déficit de démarrage d'activité pourra rapidement être résorbé en section dépendance ; à l'inverse, le niveau d'excédent de la section hébergement ne permettra pas de couvrir le déficit de la première année avant 13 ans. À l'inverse, la section soins présentent un excédent important, affecté à hauteur de 82 % à l'investissement.

Tableau 23 : Résultats de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône en €

	2018	2019	TOTAL
Activité réalisée	13 388	27 976	
Hébergement	- 517 437	41 013	- 476 424
<i>Part du résultat par journée en €</i>	<i>- 38,65</i>	<i>1,47</i>	
Dépendance	- 64 751	36 227	- 28 524
<i>Part du résultat par journée en €</i>	<i>- 4,84</i>	<i>1,29</i>	
Soins	636 081	130 565	766 646
<i>Part du résultat par journée en €</i>	<i>47,51</i>	<i>4,67</i>	
Résultat total	53 893	207 805	261 698

Source : rapports financiers, retraitement CRC

En réponses aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé qu'une attention serait portée sur la maîtrise des charges de personnel, le maintien d'une marge brute d'exploitation dynamique, et une vigilance quant au déficit structurel de la dépendance.

4.3- Le reste à charge des résidents

Les résidents honorent un prix de journée hébergement pour la prise en charge de prestations prévues par le CASF qui recouvrent en grande partie le gîte et le couvert, mais également des prestations d'animation et administratives.

Ils contribuent également au financement de leur dépendance et s'acquittent d'un ticket modérateur dépendance correspondant au tarif GIR 5-6.

Les deux EHPAD étant habilités à 100 % à l'aide sociale, les résidents en difficulté peuvent solliciter l'admission à l'aide sociale, auquel cas le département du domicile de secours pourvoit en partie, en fonction des ressources du résident et des possibilités de participation des obligés alimentaires, au financement de ce reste à charge.

La variation moyenne annuelle du prix de journée hébergement et du tarif dépendance de l'EHPAD de Vienne montre une augmentation régulière et importante sur la période. Le tarif moyen mensuel acquitté par les résidents est, pour cet établissement, légèrement supérieur au prix médian constaté au niveau national en 2018 de 1 977 € ; les locaux neufs expliquent ce tarif. Le financement des résidents contribue à hauteur de 40 % en moyenne du coût du service.

Tableau 24 : Évolution du reste à charge des résidents de l'EHPAD de Vienne en €

	2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019	Variation moyenne annuelle
Prix de journée hébergement	56,01	58,39	60,05	60,20	+ 7,5%	+ 2,4%
Tarif dépendance GIR 5 et 6	6,14	6,53	6,32	6,77	+ 10,3%	+ 3,3%
Tarif acquitté par les résidents par jour	62,15	64,92	66,37	66,97	+ 7,8%	+ 2,5%
Coût total d'une place par jour (incluant le financement par le résident, le financement dépendance du département et le financement soin de l'assurance maladie)	161,14	168,87	160,60	164,23	+ 1,9%	+ 0,6%
Taux d'effort des résidents*	39 %	38 %	41 %	41 %		
Tarif moyen mensuel acquitté par les résidents	1891,7	1976,0	2020,1	2038,4	+ 7,8%	+ 2,5%

Source : arrêtés de tarification, retraitement CRC

*part du coût total supportée par le résident

Le tarif de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône intègre un loyer élevé (cf. supra) et aboutit à un tarif moyen mensuel également supérieur au prix médian. En 2019, le coût de la place est inférieur de 26 % au coût d'une place à l'EHPAD de Vienne, ce qui augmente le taux d'effort des résidents à 55 %⁶⁹.

Tableau 25 : Évolution du reste à charge des résidents de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône en €

	2018	2019	Variation 2018-2019
Prix de journée hébergement	60,05	60,48	+ 0,7 %
Tarif dépendance GIR 5 et 6	6,35	6,45	+ 1,6 %
Tarif acquitté par les résidents par jour	66,4	66,93	+ 0,8 %
Coût total d'une place par jour	186,08	121,25	- 35 %
Taux d'effort des résidents	36%	55%	
Tarif moyen mensuel acquitté par les résidents	2021,1	2037,2	+ 0,8 %

Source : arrêtés de tarification, retraitement CRC

⁶⁹ Le coût d'une place comprend trois éléments : prix de journée + tarif dépendance + tarif soin. La différence se fait sur les deux autres tarifs ; le tarif soin de l'EHPAD de Vienne est bien supérieur à celui de l'EHPAD de Chasse, ce qui explique le taux d'effort plus important à Chasse.

5- ANNEXE

**Tableau 26 : Caractéristiques de la population accueillie à l'EHPAD de Vienne
(données au 31 décembre)**

Résidents	2016	2017	2018	2019
Femmes	113	114	110	112
Hommes	60	52	53	59
âge moyen des résidents	83,2	83,6	83,2	84
Résidents sous mesure de protection juridique	nc	53	47	38
Nombre de résidents originaires de la commune	nc	nc	nc	nc
Nombre de résidents originaires du département	nc	nc	nc	nc
Nombre de résidents originaires de départements extérieurs	nc	nc	nc	nc
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale	nc	nc	nc	nc
Admissions annuelles*	108	87	112	124
<i>Dont origine domicile</i>	50	43	45	39
<i>Dont origine centre hospitalier de Vienne</i>	44	35	55	72
<i>En % des admissions</i>	41 %	40 %	49 %	58 %
<i>Dont autre établissement</i>	6	4	5	3
<i>Dont non renseignés</i>	8	5	7	10
<i>Dont nombre de résidents originaires de la commune</i>	nc	nc	nc	Nc
<i>Dont nombre de résidents originaires du département</i>	nc	nc	nc	Nc
<i>Dont nombre de résidents originaires de départements extérieurs</i>	nc	nc	nc	Nc
Âge moyen d'entrée	80,1	80,6	80,1	81,4
Sorties annuelles*	106	88	116	120
<i>Dont décès dans l'EHPAD</i>	54	32	56	55
<i>Dont décès durant une hospitalisation</i>	0	6	9	7
<i>Dont retour à domicile</i>	29	32	24	31
<i>Dont changement d'établissement</i>	6	8	13	8
<i>Dont changement de service interne</i>	9	5	7	9
<i>Dont non renseignés</i>	8	5	7	10
Durée moyenne de séjour	nc	nc	nc	nc

Sources : données direction des finances ; *liste des entrants et liste des sortants, dont hébergement temporaire

Tableau 27 : Caractéristiques de la population accueillie à l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône (données au 31/12)

	2018	2019
Femmes	45	50
Hommes	24	25
Âge moyen des résidents	87	88
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale	21	nc
Nombre de résidents concernés par une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde...)	11	nc
Admissions annuelles	83	24
<i>Dont nombre de résidents originaires de la commune</i>	14	nc
<i>Dont nombre de résidents originaires du département</i>	58	nc
<i>Dont nombre de résidents originaires de départements extérieurs</i>	25	nc
Âge moyen d'entrée	86,5	87,4
Sorties	13	17
<i>Dont décès dans l'EHPAD</i>	1	5
<i>Dont décès durant une hospitalisation</i>	3	4
<i>Dont changement d'établissement</i>	2	6
<i>Dont retour à domicile après hébergement temporaire</i>	2	2
<i>Dont hospitalisation sans retour à l'EHPAD</i>	6	0
Durée moyenne de séjour	nc	nc

Sources : rapports annuels d'activité médicale pour 2018 ; données centre hospitalier pour 2019.

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

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

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr