

RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 83

EHPAD L'HELIOTROPE

27, AVENUE GODILLOT
83400 HYERES

INSPECTION SUR SITE LE 9 FEVRIER 2023

[REDACTED]

Relecture :

[REDACTED]



1. Les constats sont arrêtés à la date de signature du rapport, sur la base des éléments connus par la mission à cette date. Seules les erreurs factuelles pourront être rectifiées dans le rapport lui-même à l'issue de la procédure contradictoire

2. Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L300-2 du code des relations entre le public et les administrations et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L311-2 du code des relations entre le public et les administrations). Aussi :

→ Le rapport d'inspection n'est communicable aux tiers qu'une fois la procédure contradictoire achevée après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée et les décisions définitives notifiées ;

→ En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

→ Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du code des relations entre le public et les administrations précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection et à laquelle le rapport d'inspection est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT.....	2
SOMMAIRE	3
1. ELEMENTS D'INTRODUCTION	5
a. Présentation de la mission d'inspection.....	5
b. Présentation de l'établissement	6
2. DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT CONTRASTEES ENTRE ESPACES COMMUNS ACCUEILLANTS ET DES ESPACES PRIVES VETUSTES, PEU ADAPTES ET COMPORTANT DES RISQUES POUR LES RESIDENTS	6
a. Des espaces privés vétustes, peu adaptés à la perte d'autonomie et présentant des risques pour les résidents :	6
b. Des espaces communs accueillant mais limités et offrant peu d'intimité	8
c. Des risques pour la sécurité et des points d'inconfort	9
d. Les espaces extérieurs	14
3. UNE GOUVERNANCE INSUFFISAMMENT STRUCTUREE ET COMPROMETTANT LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS.....	15
a. Une « direction à distance » qui ne remplit pas les conditions de diplôme exigées par la réglementation	15
b. Une IDEC facteur de stabilité	17
c. Un MEDEC aux interventions ponctuelles.....	17
d. Une absence d'appropriation de la culture de gestion des risques	19
4. DES RESSOURCES HUMAINES EN TENSION	20
a. Un personnel en partie stable	20
b. Une culture professionnelle insuffisante.....	21
❖ Au regard de l'organisation du travail	21
❖ Au regard de l'insuffisance de formation et de sensibilisation des personnels.....	22
c. L'analyse des plannings révèle un déficit de personnel soignant et d'hébergement	22
5. UNE VISION PARCELLAIRE DE L'ETAT DE SANTE DES RESIDENTS IMPACTANT LA CONTINUTE ET LA SECURITE DES SOINS	26

a.	Un processus d'admission qui ne permet pas de s'assurer de l'adéquation entre les besoins en soins des résidents et l'offre proposée par l'Ehpad	26
b.	Une absence de logiciel de soins, facteur de fragilité de la continuité et de la coordination des soins	26
❖	Ce qu'indique le projet d'établissement 2022.....	26
❖	L'Ehpad ne dispose pas de logiciel de soins.....	27
❖	La traçabilité papier est dispersée entre différents supports.....	27
c.	Une pluridisciplinarité limitée en lien avec des compétences manquantes et une organisation qui ne favorise pas les échanges	27
d.	Un secret professionnel mis à mal par les modalités de partage des transmissions de soins	28
e.	L'examen des informations disponibles relativement à la prise en charge individuelle des résidents met en évidence des points de fragilité	28
❖	Prise en charge des résidents atteints de troubles neurodégénératifs	28
❖	Prise en charge nutritionnelle des résidents	29
❖	Continuité des soins lors d'une hospitalisation en urgence.	31
❖	Prise en charge des chutes.....	31
6.	CONCLUSION.....	33
	ANNEXES.....	34
	Annexe 1 : Lettres de mission / lettre d'annonce.....	34
	Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées	34
	Annexe 3 : Listes des pièces demandées par la mission d'inspection	35
	Liste des documents à fournir à la mission d'inspection avant la visite des locaux (en triplicata).....	35
	Liste des documents à tenir à disposition de la mission d'inspection dès 14 h pour consultation sur place :.....	35
	Liste des documents à fournir au terme de la présence de la mission d'inspection sur site (sur 2 clés USB).....	35
	Annexe 4 : Pouvoir donné à l'assistante de la direction par la gérante	37
	Annexe 5 : Extraits des échanges écrits avec la directrice	37
	Annexe 6 : Fiche de poste du directeur technique et chargé de communication non diplômé	37
	Annexe 7 : PV Commission Communale de Sécurité Hyères 30/11/2021	37

1. Eléments d'introduction

a. Présentation de la mission d'inspection

Dans le cadre d'un programme d'inspection et contrôle des EHPAD mené par le Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées sur le thème de la qualité de la prise en charge, le directeur général de l'ARS Paca et le Président du Conseil départemental du Var ont diligenté, en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique, une inspection au sein de l'EHPAD « L'Héliotrope » situé 27, avenue Godillot 83400 Hyères.

Conformément aux lettres de mission jointes en annexe 1, cette inspection à caractère inopiné, qui s'est déroulée sur site le 9 février 2023 avait pour objectif de vérifier et d'analyser :

- La gouvernance ;
- L'adéquation des ressources humaines et des moyens mis à disposition avec les besoins de prise en charge des résidents ;
- La sécurité des prises en charge médicale et soignante des résidents.

L'inspection sur site a été réalisée par une équipe d'inspection composée de :

- **Pour l'ARS Paca :**

[REDACTED]

- **Pour le Département du Var, Direction de l'autonomie :**

[REDACTED]

L'équipe d'inspection a visité les locaux, a recueilli des éléments formalisés et s'est entretenue avec l'assistante de direction, laquelle a fait valoir un pouvoir reçu de la part de la gestionnaire pour la représenter auprès des autorités (annexe 4).

La mission n'a cependant pas pu s'entretenir avec ladite gestionnaire, propriétaire du bâtiment et détentrice de l'autorisation, et qui apparaît sur l'organigramme de l'EHPAD comme assurant les fonctions de directrice (Cf. partie 3. a) .

La mission s'est entretenue en revanche avec des membres du personnel (listés en annexe 2).

Le présent rapport comporte l'analyse des documents collectés, des constats sur site et des entretiens réalisés. Il est remis au directeur général de l'ARS et au président du Conseil départemental du Var, commanditaires de la mission. Les écarts et remarques formulés par la mission ont vocation à servir de fondement aux mesures administratives qu'ils prendront.

b. Présentation de l'établissement

L'EHPAD l'héliotrope est un établissement privé à but lucratif dont les gestionnaires possèdent deux autres Ehpad : l'Ehpad Kérios dans le Var et l'Ehpad « Au bel âge » dans les Alpes-Maritimes dont l'autorisation a été suspendue fin 2022.

Les caractéristiques générales de l'établissement sont les suivantes :

- Raison sociale : EHPAD Héliotrope
Adresse administrative : 27, avenue Godillot –83400 Hyères
Tél : 04 94 65 00 37
- N° FINESS : 83 01 215 5
- N° SIRET : 348 799 644 00011
- Statut juridique : SARL

Autorisation et tarification :

- L'arrêté d'autorisation de création date du 3 avril 1987 et le dernier arrêté de renouvellement de l'autorisation de fonctionnement date du 27/01/2017, pour 60 lits d'hébergement permanent.
- Tarification : ARS/PCD, tarif partiel sans PUI.

L'établissement a demandé lors de la signature de la convention tripartite de 2015, 3 places habilitées à l'aide sociale. Cette demande est prise en compte chaque année lors de la fixation des tarifs mais n'a pas donné lieu à une convention avec le Département. (Source : ERRD 2021 et arrêté de tarification du 25/07/22).

2. Des conditions d'hébergement contrastées entre espaces communs accueillants et des espaces privés vétustes, peu adaptés et comportant des risques pour les résidents

L'établissement, construit en 1988, est en R+2 avec sous-sol.

Il ne comporte pas d'unité de vie protégée.

	chambres simples	chambres doubles	total lits
RDC	10	05	20
R+1	32	01	34
R+2	06	-	06
total	48	06	60

a. Des espaces privés vétustes, peu adaptés à la perte d'autonomie et présentant des risques pour les résidents :

Les chambres sont de petite superficie les rendant inadaptées pour les personnes à mobilité réduite (PMR). Elles sont dégradées, et certaines n'avaient pas de chauffage au jour de l'inspection.

Les fenêtres ne sont pas sécurisées. Les volets sont manuels et difficiles d'usage pour les résidents. Les portes des chambres ne sont pas équipées de serrure anti-panique et le système d'appel malade n'est pas fiable.



Il n'existe pas au sein de l'EHPAD de salle de bain permettant de donner des bains aux résidents. Afin de pallier ce manque notamment pour laver les cheveux des personnes les plus dépendantes, la mission a constaté que les personnels ont trouvé une solution en commandant un adaptable gonflable (photo).



Si ceci témoigne de l'empathie des personnels, en revanche la mission estime que ne pas pouvoir donner de bain aux résidents les plus dépendants impacte la qualité de prise en charge des résidents.

Remarque 1 : l'absence de salle de bain obérant toute possibilité pour les résidents les plus dépendants d'être baigné impacte négativement la qualité de leur prise en charge.

Les salles de bain individuelles des chambres sont inadaptées, ne correspondent pas aux exigences de la prise en charge de résidents en EHPAD.

Remarque 2 : Les bacs de douche sont surélevés de 20 cm, ce qui comporte des risques de chutes et ne permet pas le maintien de l'autonomie des résidents.

Remarque 3 : Les salles de bain ne disposent d'aucun meuble de rangement, les serviettes de toilettes et produits sont entreposés respectivement sur une patère et sur une tablette au-dessus de l'évier.



La direction a fait refaire récemment une chambre et sa salle de bain, sans améliorer l'existant. La mission a ainsi constaté que le bac de douche reste surélevé de 20 cm, que les toilettes ne le sont pas et qu'aucun meuble n'est mis à disposition pour ranger les produits de toilette.



Remarque 4 : L'inadaptation des salles de bains privées ne permet pas une prise en charge de qualité de la toilette des résidents et obère le maintien de leur autonomie. Les conditions de travail des personnels en sont également impactées

b. Des espaces communs accueillant mais limités et offrant peu d'intimité

L'ensemble des espaces communs est accueillant, bien aménagé et soigneusement décoré.



Cependant, les espaces collectifs sont limités.

On note :

- Au rez-de-chaussée :
 - une salle à manger d'une capacité de 30 couverts pour 60 résidents,
 - un salon attenant à la salle à manger, servant également de salle d'animation,
 - un hall d'accueil servant d'espace pour les familles qui rendent visite à leurs proches,

- Au 1er étage :

Un petit salon, mis à disposition des familles servant également de salle de réunions du CVS et de la commission restauration.



Par ailleurs, les espaces réservés aux familles et à leurs proches (salon du premier étage et hall d'accueil) offrent peu d'intimité. Ce constat est repris dans le compte rendu du CVS du 20 décembre 2021.

Remarque 5 : les familles ne disposent pas de lieux de rencontre préservant leur intimité avec leurs proches.

Remarque 6 : le bâtiment ne comprend pas de salle de réunion ce qui ne facilite ni les échanges, ni la coordination, ni même la formation des personnels.

c. Des risques pour la sécurité et des points d'inconfort

- Les plans remis à la mission inspection ne correspondent pas à l'affectation des locaux observés le jour de l'inspection :

La « salle de préparation des soins » indiquée sur les plans est transformée en « salle de repos » du personnel.

La « salle de repos » indiquée sur les plans est devenue une « réserve » :



Le « bureau du personnel » est devenu un « bureau comptabilité », le local SSI est nommé « chambre de garde » et sert également de bureau pour les transmissions.

Remarque 7 : les plans du rez-de-chaussée ne sont pas conformes à la nouvelle disposition des locaux.

- Les espaces de circulation présentent des risques en termes de sécurité

Un seul escalier intérieur dessert tous les étages. L'escalier est revêtu d'une moquette usée, déchirée par endroit ; il ne comporte pas de nez de marche contrastés et antidérapants.



Remarque 8 : Le mauvais état du revêtement des marches de l'escalier intérieur et l'absence de nez de marche constituent un danger de chute pour les résidents et le personnel.

Un seul ascenseur, aux normes PMR, dessert les étages à partir du rez-de-chaussée. L'accès au sous-sol est possible par des escaliers situés à proximité du bureau de la directrice. Cet accès au sous-sol est fermé par une porte avec un digicode.

Remarque 9 : Un unique ascenseur peut s'avérer problématique en cas de panne, dans un bâtiment accueillant des personnes âgées dont la mobilité est restreinte.

Fiche repère ANESM "normes de sécurité incendie dans les EHPAD entre normes et personnalisation des espaces" mars 2018

https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere_jetju.pdf

- Les couloirs sont par endroit dégradés



Remarque 10 : certaines parties des couloirs de l'établissement sont dégradées : traces d'humidité, éraflures de peintures comme en témoignent les photos ci-dessus.

- Les Points de rassemblement en cas d'évacuation sont difficilement accessibles pour des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il existe des points de rassemblement en cas d'évacuation, à chaque étage donnant sur des terrasses extérieures. Cependant, ces issues sont difficilement accessibles aux résidents du fait de la hauteur de la porte d'accès :



Remarque 11 : les issues de secours sont difficilement accessibles aux résidents de l'EHPAD

A noter que le PV de la commission de sécurité incendie en date du 30 novembre 2021 émet un avis favorable avec 2 prescriptions et ne soulève pas de problème particulier au niveau des points de rassemblement (annexe n°7)

- Les locaux de ménage des étages ne sont pas fermés à clé



Remarque 12 : Les locaux de ménages contenant des produits d'entretien sont ouverts le jour de l'inspection et accessibles aux personnes âgées

- Un bâtiment au sein duquel la température ambiante était globalement fraîche
N'ayant pas de thermomètre pour mesurer la température ambiante, la mission ne saurait précisément indiquer quelle température il faisait au sein de l'EHPAD le 9 février 2023, jour de l'inspection.

Remarque 13 : Pour autant les membres de l'équipe d'inspection ont tous exprimé avoir eu froid à l'intérieur de l'EHPAD au cours de la journée d'inspection. Il est alors aisément compréhensible que si des personnes valides et actives ont ressenti le froid au sein de l'EHPAD, a fortiori des personnes âgées, dépendantes et inactives le ressentent également et avec davantage d'intensité.

L'instruction DGCS n° SD3A/2002/282 du 22 décembre 2022 prévoit des recommandations en matière de régulation de la température dans les EHPAD afin d'allier sobriété énergétique et enjeux de préservation de la santé et du bien-être des résidents indique :

« Avec l'âge, les capacités de régulation thermique se détériorent. Ces troubles de la régulation thermique sont particulièrement significatifs pour les résidents d'EHPAD et sont aggravés notamment par l'inactivité, certains médicaments, la dénutrition, etc.

Dans ce contexte, en prenant en compte la nécessité de préserver la santé et le bien-être des résidents, une recommandation de bonne pratique pour la régulation des températures dans les établissements hébergeant des personnes âgées a été établie, avec :

- Une température moyenne de 20° à 22° dans les locaux accueillant régulièrement les résidents ;
- Une baisse de 2° à 3° la nuit, sans descendre en dessous de 18°;
- La température d'aucune pièce, dégagement ou dépendance ne doit dépasser 24°C ;
- Les températures des autres locaux doivent suivre les recommandations applicables aux structures du secteur tertiaire. »

- L'établissement manque de luminosité

Remarque 14 : les volets roulants des parties communes comme privatives sont tenus à demi baissés, ce qui laisse ces lieux dans la pénombre. Les locaux manquent de luminosité

- Un risque de défaillance énergétique

L'établissement ne possède pas de groupe électrogène permettant de pallier les éventuelles coupures d'électricité et n'a pas non plus contractualisé avec une entreprise afin de s'en faire livrer un en urgence.

Le directeur technique nous informe que l'établissement a fait l'acquisition de couettes et de lampes frontales. Ce point a été évoqué lors de la réunion du CVS du 8 décembre 2022.

Le directeur technique minimise le risque arguant que la cuisine et le système de chauffage fonctionnent au gaz. Cependant, la coupure peut affecter les accès et circulations équipés d'un système d'ouverture automatique ainsi que l'ascenseur, indispensable pour le public accueilli.

Écart 1 : Du fait de l'absence de groupe électrogène ou de convention avec une société pouvant mettre à disposition un groupe électrogène rapidement, l'EHPAD n'assure pas la sécurité des personnes hébergées en cas de défaillance du réseau d'énergie et ne respecte pas l'article R313-31 du CASF :

« La sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance du réseau d'énergie est assurée dans les conditions prévues par la *sous-section 2 de la section 4 du chapitre II du titre III du livre VII de la partie réglementaire du code de la sécurité intérieure* »,

Lequel renvoie à l'article R732-15 du code de la sécurité intérieure créé par Décret n°2014-1253 du 27 octobre 2014 :

« Les établissements médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont tenus de garantir la sécurité de leurs conditions d'exploitation en cas de défaillance des réseaux de distribution d'énergie électrique lorsqu'ils assurent un hébergement collectif à titre permanent et des soins pris en charge en tout ou partie par l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale. »

- Du matériel et des produits d'entretien non professionnels

Les matériels et produits d'entretien stockés au sous-sol ne sont pas à usage professionnel. Lors des entretiens, le personnel a confirmé que le nettoyage des locaux est réalisé avec des produits d'entretien "ménagers".





Remarque 15 : la mission constate l'absence de produits d'hygiène des locaux répondant à un spectre d'activité conforme aux bonnes pratiques du bio-nettoyage.

d. Les espaces extérieurs

L'extérieur est bien entretenu et sécurisé. Cependant, il a été constaté que les escaliers de secours au niveau du premier étage ne sont pas assez larges et les marches, hautes. Ceci constitue un frein pour des évacuations en urgence au regard du public accueilli.



Remarque 16 : les escaliers de secours sont difficilement accessibles aux résidents de l'EHPAD

3. Une gouvernance insuffisamment structurée et compromettant la qualité de la prise en charge des résidents

- a. Une « direction à distance » qui ne remplit pas les conditions de diplôme exigées par la réglementation

D'après l'assistante de direction présente sur site le jour de l'inspection, [REDACTED] [REDACTED] Prévenue de la tenue d'une inspection par son assistante, la directrice n'a cependant pas pris contact avec la coordonnatrice de la mission d'inspection. C'est suite à la sollicitation de cette dernière, par courriel, qu'un rendez-vous en visio-conférence a été fixé, d'un commun accord, [REDACTED]

La directrice ne s'étant pas présentée au rendez-vous en Visio à 15h, la coordinatrice lui a renvoyé l'invitation. La directrice a alors répondu qu'elle ne pouvait honorer deux rendez-vous en même temps, n'ayant pas terminé « son entretien de dernière minute avec son avocat » et qu'elle proposait de reporter l'entretien avec la mission d'inspection au vendredi suivant à 15H.

La mission a considéré que la directrice-gestionnaire, en donnant priorité à un entretien de dernière minute avec son avocat, au détriment d'un rendez-vous sollicité dès le 9 février, prévu le 28 février, repoussé au 7 mars, et pour lequel elle imposait le jour même et sans prévenir, un nouveau report, mettait en œuvre des manœuvres dilatoires pour repousser sans cesse l'entretien avec la mission d'inspection.

La coordonnatrice a estimé à ce stade que la directrice avait eu de multiples occasions de s'entretenir avec la mission et qu'elle pourrait désormais s'exprimer dans le cadre de la procédure contradictoire qui commencera à réception du présent rapport et du tableau des mesures envisagées, et le lui a fait savoir au terme de l'échange par courriel (Cf. annexe 5).

La gestionnaire-directrice a démontré par son évitement, [REDACTED]

Sans faire obstacle à l'exercice des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 313-13 du CASF en référence à l'article L313-13 CASF, puisque la mission a pu visiter les locaux, avoir accès aux documents et s'entretenir avec les personnels, la directrice a en revanche mis en œuvre des manœuvres dilatoires pour éviter un entretien avec la mission.

Ecart 2 : Il est établi que la [REDACTED]

Ecart 3 : La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux exigences des dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.

L'assistante de direction fait fonction d'adjointe de direction ou d'attachée de direction sur place. Elle présente à la mission un pouvoir spécial signé le 22 février 2022, confié par la gestionnaire pour la représenter auprès des autorités de tutelle. Ce document ne lui donne en revanche aucune délégation pour diriger l'établissement. [REDACTED] a cependant été l'interlocuteur principal de la mission d'inspection.

Un Document Unique de Délégation (DUD), annexé au contrat de travail de [REDACTED], a été transmis le 20/02/2023 à la mission à la suite de l'inspection. Le délégant, dans ce document, est [REDACTED] agissant en qualité de gérante, et le délégataire, [REDACTED] agissant en qualité d'assistante de direction non diplômée faisant fonction d'adjointe de direction.

[REDACTED] joue un rôle central dans la gestion quotidienne de l'établissement. Elle est en charge du recrutement et des plannings. Elle s'occupe également de la santé au travail (AIST) et de la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (APA). Elle reçoit également les familles souhaitant placer un parent, s'occupe des visites, de l'aspect administratif et également des réclamations des familles. En revanche, ne disposant d'aucune délégation pour engager financièrement l'EHPAD, il est convenu qu'elle sollicite en fonction des sujets (RH, paie, commandes matériels, travaux etc.) les différentes entreprises ou sociétés de service correspondantes pour le compte la directrice gestionnaire.

Remarque 17 : L'agent représentant la directrice sur place ne dispose d'aucune délégation, ni aucune qualification pour diriger l'établissement en l'absence de direction sur site.

A noter que [REDACTED] a été recruté au [REDACTED], en tant que cadre en CDI sur le poste de « directeur technique et de communication ». Il est spécifié dans l'intitulé « sans diplôme ».

Remarque 18 : Alors que [REDACTED] s'est présenté comme devant s'occuper de l'entretien du bâtiment et des travaux, le contenu de sa fiche de poste correspond à celle du directeur de l'EHPAD (annexe N°6). Comme cela est spécifié dans le titre de sa fiche de poste, il ne dispose d'aucun diplôme correspondant à l'intitulé du poste, ni aux missions décrites dans sa fiche de poste, ni même aux missions qu'il a indiqué avoir. Il n'a pas non plus d'expérience dans la direction d'EHPAD.

La continuité de direction

Il [REDACTED]. En pratique, il a été rapporté à la mission que l'adjointe de direction, l'IDEC et l'animatrice sont positionnées comme agent d'astreinte permanent.

Remarque 19 : La permanence de direction n'est pas formalisée, diffusée, effective ce qui représente un risque en matière de continuité de la gouvernance. Cette défaillance de la gouvernance est porteuse de risques pour la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Absence de comité de direction

Enfin, l'établissement n'a remis aucun procès-verbal de comité de direction (CODIR). L'absence de ces rencontres pluridisciplinaires, ne permet pas d'échanger sur l'amélioration des pratiques managériales, l'organisation générale de l'établissement, les projets à planifier, etc.

Remarque 20 : Il n'existe pas de comité de direction, ce qui ne permet pas un pilotage adapté de l'établissement et de l'accompagnement médico-social des résidents.

Un seul CVS a été réuni au cours de l'année 2022

Ecart 4 : le CVS ne se réunit pas trois fois par an, contrairement à ce que prévoit la réglementation (article D311-16 CASF)

Le projet d'établissement remis à la mission inspection est avant tout un document de présentation de l'établissement et non un document stratégique permettant d'accompagner la politique de l'établissement. De plus il fait référence dans son introduction à la convention tripartite de 2009, qui avait une validité de 5 années.

Remarque 21 : le projet d'établissement présenté n'est pas un outil de pilotage de l'établissement mais un document de présentation de l'établissement à visée commerciale. Il ne met pas en évidence la participation des professionnels à sa rédaction

b. Une IDEC facteur de stabilité

L'IDE coordinatrice des soins est présente depuis [REDACTED] dans l'établissement. Elle a débuté en tant qu'animatrice, a ensuite assuré des fonctions d'aide-soignante durant ses études à l'IFSI puis a intégré l'Ehpad en tant qu'IDEC en [REDACTED]. Sa dernière formation en 2022 est la formation sécurité incendie. Si la coordination des soins autour du résident est une des missions du médecin coordonnateur et s'exerce concomitamment avec celle de la directrice, responsable de la gouvernance de tout l'établissement et celle de l'IDEC responsable du management de l'équipe de professionnels soignants, la mission relève que dans le cas présent, en l'absence d'une direction sur site et en présence d'un MEDEC dont les interventions sont ponctuelles, c'est sur l'IDEC que cette fonction repose. Son absence de formation aux fonctions d'encadrement est donc préjudiciable à la coordination des soins.

Remarque 22 : L'IDEC occupe les fonctions de coordination depuis [REDACTED] sans avoir bénéficié de formation spécifique pour cela alors qu'elle est le pivot de la coordination des soins.

Elle intervient en semaine de 8h30 à 16h00 ce qui lui permet d'être présente au moment de la coupure des IDE entre 12h et 15h15.

Elle assure la coordination avec le MEDEC et entre équipes :

- Elle imprime tous les matins le mail de l'équipe de nuit qui formalise les transmissions. Ce mail fait l'objet d'une lecture conjointe avec le MEDEC qui le signe, les IDE et les AS. La mission relève que ce mail est envoyé à la directrice et sur la boîte fonctionnelle de l'Ehpad alors qu'il contient des éléments qui relèvent du secret professionnel.
- Elle participe aux transmissions entre équipe du matin et équipe de l'après-midi.
- Elle organise les transmissions entre l'équipe de l'après-midi et l'équipe du soir pour lesquelles une IDE est présente. L'équipe du soir n'ayant pas accès au bureau infirmier, elle dispose d'un classeur avec les DLU et d'un classeur avec les fiches de traitement.

En dehors des temps de transmission, il n'y a pas de réunion de coordination pluridisciplinaire.

Elle est également en charge des relations avec les familles, des prises de rendez-vous et de l'organisation des transports sanitaires pour s'y rendre.

Il n'existe pas de plan de soins formalisé et individualisé pour chaque résident.

c. Un MEDEC aux interventions ponctuelles

Le médecin coordonnateur (MEDEC) a un contrat de vacataire dans les trois établissements du groupe gestionnaire (avec une intervention effective dans deux d'entre eux, l'Ehpad « Au bel âge » dans les Alpes-Maritimes, faisant actuellement l'objet d'une suspension d'activité). Le contrat en cours pour « L'Héliotrope » indique que le MEDEC intervient au titre de vacations « nécessaires et suffisantes pour que le médecin coordonnateur exerce ses prestations dans des conditions conformes à sa mission ». Ce contrat est signé par les deux parties et non daté. La durée du contrat indique qu'il est conclu « à dater de ce jour et jusqu'au [REDACTED] », ce qui laisse à penser qu'il a été signé en [REDACTED].

Lors des échanges entre le médecin inspecteur et le médecin coordonnateur le 09/02/2023, ce dernier a indiqué être présent le matin, en particulier le jeudi, jour de visite des résidents et se rendre disponible dans la journée pour répondre aux sollicitations téléphoniques de l'équipe soignante ou si nécessaire entre 12 et

14 heures. La mission d'inspection a pu le constater : il était présent à l'arrivée de la mission à 9 heures et ce jusqu'à 10 heures. Il a indiqué être le médecin traitant d'une majorité de résidents faute de pouvoir mobiliser ses confrères pour intervenir sur cette mission quand les résidents n'ont pas de médecin traitant sur la commune avant leur entrée. Le tableau d'identification des médecins traitants des résidents indique qu'il est effectivement le médecin traitant de ■ des ■ résidents présents soit 55% d'entre eux.

Temps de coordination : pour les deux EHPAD du Var de respectivement 60 et 80 places, le temps de coordination est fixé par l'article D312-156 du code de l'action sociale et des familles à hauteur 0.60 ETP depuis le 1^{er} janvier 2023 (0.50 antérieurement). Le médecin coordonnateur est également le médecin traitant de la majorité des résidents que ce soit dans l'Ehpad Kérios (■) selon les données recueillies le 25/10/2022) ou dans l'Ehpad « L'Héliotrope » (■). Il exerce par ailleurs une activité libérale ■ dont les horaires de consultation sont sur la base des informations fournies par l'Assurance maladie de 9h à 12 h et de 15h à 19h30 du lundi au vendredi et le samedi matin. Un contact téléphonique en date du 09/12/2022 avec le secrétariat téléphonique du cabinet de ce médecin indique qu'il consulte en fait tous les jours le matin de 10 heures à 12 heures et tous les après-midi, sauf le jeudi, de 15 heures à 19 heures. Il ne travaille pas le samedi et ne fait pas de visite.

Horaires des consultations

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
8h00							
9h00	Consultation sur rendez-vous						
10h00	9h00 - 12h00						
11h00							
12h00							
13h00							
14h00							
15h00	Consultation sur rendez-vous						
16h00	15h00 - 19h30						
17h00							
18h00							
19h00							

Diplôme : le médecin coordonnateur dispose d'une capacité de gériatrie validée dans le cadre de la formation médicale continue.

Missions :

- Il assure la permanence des soins en se rendant disponible pour les appels téléphoniques de l'équipe soignante en journée du lundi au samedi. En son absence, il indique que les recours sont SOS médecin puis le centre 15.
- Il réalise partiellement l'évaluation gériatrique à l'entrée : GIR et Pathos avec l'IDEC ; feuille d'évaluation des apports alimentaires renseignée par les aides-soignantes ; bilan biologique et bilan

kiné. L'absence de psychologue et d'orthophoniste ne lui permet pas d'évaluer les aspects relatifs aux troubles de l'humeur ; aux troubles cognitifs et à la déglutition.

- Il n'élabore pas de dossier type de soins ni sous format papier ni sous format dématérialisé. L'Ehpad ne dispose pas de logiciel de gestion des dossiers de soins et médicaux.
- Il ne met pas en œuvre de politique de formation et ne mène pas d'action pour s'assurer de la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions médicamenteuses. Le projet d'établissement 2022 indique en page 24 que « la question est difficile à traiter, toutefois, une réflexion sur les bonnes pratiques de prescription pourra être conduite par le médecin coordonnateur par exemple dans le cadre d'une formation médicale continue ». A la date de l'inspection, aucune action n'a été mise en place.
- Il n'élabore pas de rapport annuel d'activité médicale et ne réunit pas la commission de coordination gériatrique.
- Il identifie les ressources du territoire (HAD de la Garde et EMSP de Hyères) mais ne les mobilise pas.

Ecart 5 : Le temps de présence du MEDEC, non défini dans son contrat, n'est pas conforme à l'article D312-156 du CASF et ne lui permet pas d'assurer ses missions.

Ecart 6 :

d. Une absence d'appropriation de la culture de gestion des risques

L'Ehpad dispose d'un protocole en cas d'événements indésirables qui a été élaboré pour la résidence « Au bel âge » situé dans les Alpes-Maritimes et dont la date est erronée (date du 13/02/2023 alors que l'inspection a eu lieu le 09/02/2023). Ce protocole ne cite pas les textes réglementaires et les bonnes pratiques dans ce domaine et ne fait pas la distinction entre les événements indésirables propres au secteur médico-social (art. L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles et arrêté du 28 décembre 2016); les EIGS (art. R. 1413-67 et suivants du code de la santé publique) et les déclarations obligatoires (TIAC par exemple). Il indique la procédure de déclaration en interne, ne précise pas les délais ni les conditions d'analyse et de retour d'information, ne précise pas les conditions de déclaration à l'ARS et au Conseil départemental, ni la possibilité de déclarer en conservant l'anonymat.

A ce protocole sont adjoints 3 documents standardisés, datant de 2017, qui traitent de la fiche de déclaration, de la fiche d'analyse et de l'incitation à la déclaration des événements indésirables (charte). Comme pour le précédent, l'Ehpad ne s'est pas approprié ces documents sur lesquels n'apparaissent ni son logo ni sa dénomination. Lors des entretiens, il est apparu que ces documents n'étaient pas connus du personnel. Aucune formation sur ce thème n'a été organisée en 2022.

Remarque 23 : Le protocole en cas d'événement indésirable grave est une procédure concernant un autre Ehpad qui n'a pas fait l'objet d'une appropriation par l'établissement. Il est par ailleurs incomplet. La bonne gestion collective des événements indésirables fait partie de la qualité et de la sécurité des soins des résidents de l'EHPAD. Faute d'acculturation du personnel à cette démarche, il existe un risque important de voir se répéter des épisodes critiques non maîtrisés (ou de ne voir aucun événement être déclaré ce qui ne permet pas d'entrer dans une démarche continue d'amélioration de la qualité).

De manière plus opérationnelle, l'Ehpad dispose d'un classeur où sont archivées les fiches de déclaration des événements indésirables.

Pour l'année 2022, le classeur comporte 9 fiches de déclaration qui concernent soit des problèmes relationnels avec les familles, soit des problèmes relationnels entre membres du personnel et dans deux cas des événements indésirables en lien avec les soins :

- Pour le premier, il s'agit d'une somnolence chez une résidente pour laquelle la cause identifiée est la prise probable de plusieurs comprimés d'un hypnotique, le zolpidem. Il n'y a pas d'analyse formalisée. Suite à cet événement, il a été indiqué à la mission d'inspection qu'il avait été demandé aux aides-soignantes une attention particulière sur la vérification de la bonne administration des médicaments.
- Pour le second, il s'agit d'un décès d'une personne de ■ ans retrouvée au sol dans sa chambre. Cet événement n'a pas fait l'objet d'analyse.

Ecart 7 : L'absence de retour d'expérience suite à la gestion de l'EIG ne permet pas de mettre en œuvre des mesures correctives afin d'améliorer la qualité et la sécurité des résidents.

4. Des ressources humaines en tension

a. Un personnel en partie stable

L'analyse de l'organigramme nominatif (non daté) et de la liste des effectifs (non datée) fait ressortir les éléments suivants :

- L'ensemble des ■ salariés est en CDI,
- 23,5 % du personnel est en poste depuis plus de 10 ans.
- Le médecin coordonnateur, l'infirmière référente interviennent dans l'établissement pour le premier, depuis plus de 10 ans et pour la seconde depuis plus de 5 ans.
- L'assistante de direction est en poste depuis ■ ; cependant, elle a exercé antérieurement dans un autre EHPAD varois du même gestionnaire.
- Trois membres de l'équipe de nuit (2 AS et 1 ASH) sur 5 exercent dans l'établissement depuis plus de 10 ans ou quatre membres de l'équipe de nuit sur 5 exercent depuis plus de 5 ans (3 AS et 1 ASH).

Cependant, on note également que 39 % des salariés actuellement présents ont intégré l'EHPAD en 2022.

Le taux d'absentéisme de 2021 annoncé par l'établissement de ■ % est inférieur au taux régional qui s'élève à 13.887% (ATHI 2021).

Le taux de turn-over de 2021 annoncé par l'établissement est de ■ ce qui est erroné. L'effectif total ne peut pas être de ■ puisqu'au jour de l'inspection, on dénombrait ■ salariés en CDI. Pour mémoire le taux régional de turn-over régional en 2021 17,95%

Remarque 24 : le taux de turn-over 2021 transmis par l'EHPAD est erroné

Lors du contrôle des dossiers administratifs des salariés, la mission d'inspection a constaté une organisation peu rigoureuse dans le classement des dossiers : les contrats de travail et les extraits de casiers judiciaires sont situés dans le bureau de l'assistante de direction alors que d'autres éléments sont dans le bureau des comptables.

Sur un échantillon de 16 dossiers vérifiés le jour de l'inspection, il est constaté que :

- 2 extraits de casier judiciaire étaient manquants,
- 7 diplômes n'étaient pas dans les dossiers,
- 2 fiches de postes seulement étaient dans les dossiers.

Remarque 25 : les dossiers des personnels sont incomplets et les éléments des dossiers sont localisés dans deux bureaux différents.

b. Une culture professionnelle insuffisante

❖ Au regard de l'organisation du travail

- Connaissance du projet d'établissement

Le DUD en annexe du contrat de travail de l'assistante de direction indique que l'élaboration du projet d'établissement ainsi que sa révision régulière lui sont déléguées.

Lors de l'entretien avec cette dernière, il ressort qu'elle a connaissance de l'existence de ce document mais n'a pas pu apporter plus de précisions sur cet outil.

Remarque 26 : le DUD annexé au contrat de travail de l'assistante ne correspond pas à la réalité de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement

- Connaissance des missions (fiches de poste)

Les fiches de poste des ASH, AS et infirmiers sont en fait des fiches de tâches.

Le personnel ASH rencontré a en mémoire le fait d'avoir signé un document relatif aux tâches qu'il doit accomplir ; cependant ces fiches de tâches ne sont pas repérées comme un support de travail et de référence.

Il ressort des entretiens avec les ASH que l'intégration et la formation des nouveaux personnels se fait oralement par un agent déjà en place.

- Temps d'échanges et supervision des pratiques professionnelles

L'assistante de direction indique organiser des réunions avec les personnels présents, en fonction des équipes du jour (ASH, AS) sans ordre du jour et sans rythme ou programmation particulière, pour des échanges sur des problématiques spécifiques. Ces réunions ne font pas l'objet de compte rendus.

La mission inspection n'a pas pu identifier si ces réunions pouvaient avoir pour objet une réflexion sur les pratiques professionnelles.

Lors de la visite des locaux, il a été noté un affichage relatif à l'interdiction du tutoiement des résidents et une charte des droits des résidents.

L'établissement ne dispose pas de salle de réunion, la mission a dû s'installer dans le bureau de l'assistante de direction. Les relèves se font dans une petite salle de pause agencée comme une pièce de restauration comprenant deux petites tables et un plan de travail dans le fonds doté des équipements classiques d'une cuisine.

- Connaissance de procédures relatives aux métiers

Dans le projet d'établissement, il est précisé dans le paragraphe concernant le projet des soins, que l'établissement travaille depuis plusieurs mois à l'élaboration de procédures et de fiches de bonnes pratiques. Aucune notion de procédure concernant les autres domaines n'apparaît dans ce document.

Lors des entretiens avec les ASH, il a été relevé que le personnel n'a pas connaissance de procédures ou protocoles relatifs à leur fonction : l'entretien des locaux se fait avec des produits ménagers ordinaires. Il n'existe pas de procédure relative à l'entretien et à l'hygiène des locaux. Cet élément est confirmé par l'assistante de direction.

❖ Au regard de l'insuffisance de formation et de sensibilisation des personnels

- Aucun plan de formation n'a été remis à la mission inspection par la direction de l'établissement.

On note :

- une formation incendie effectuée en 2021 (feuille d'émargement, 12 personnes),
- une formation en 2022 sur l'utilisation d'une lève malade, à destination des AS et de l'IDEC (8 personnes).

Lors des entretiens avec le personnel ASH en poste le jour de l'inspection, il ressort qu'aucune autre formation ne leur a été proposée, excepté des formations d'aide-soignant en VAE pour certains ASH.

Le personnel ASH n'a pas reçu de formation et n'a pas été sensibilisé à la gestion du risque de maltraitance. Les ASH n'ont pas la connaissance de l'existence d'un plan bleu. De même, le personnel ne connaît pas l'obligation de signalement d'un événement indésirable et la notion d'événement indésirable grave.

Remarque 27 : Les outils de pilotage et les procédures organisationnelles d'un ESMS sont méconnus des personnels. Cette méconnaissance ne permet pas l'appropriation d'une culture professionnelle.

Remarque 28 : L'EHPAD ne respecte pas les préconisations nationales de bonnes pratiques relatives à la mise en place d'un plan de formation à destination de ses salariés. Ainsi, l'absence de formation ne permet pas à la mission de s'assurer que l'ensemble des professionnels sont formés à une prise en charge adaptée des usagers.

c. L'analyse des plannings révèle un déficit de personnel soignant et d'hébergement

L'EHPAD l'Héliotrope emploie ■ Aides-soignants matin et ■ Aides-soignants d'après-midi dont un salarié en VAE. De même le service Hôtellerie est composé de ■ ASH (Agent de confort) du matin ainsi que ■ ASH d'après-midi. Un(e) infirmier(e) est présent par jour.

La mission d'inspection note que les noms figurant sur l'organigramme transmis ne correspondent pas toujours avec les noms figurant sur les plannings. Pour exemple ■ figure sur l'organigramme comme personnel positionné sur le service hébergement or sur le planning de janvier et février 2023, cette personne est positionnée sur le service aide-soignant.

Une journée type à l'EHPAD l'Héliotrope est composé d'un effectif cible de ■ AS du matin ■ AS d'après-midi, d'un IDE, de ■ ASH du matin et ■ ASH d'après-midi. La nuit ■ AS sont présents pour la prise en charge de ■ résidents.

La mission d'inspection relève que le temps de transmission du matin est effectué entre une AS de nuit et 1 AS de matin. L'après-midi, le temps de transmission est effectué entre l'IDE et 1 AS de nuit.

Remarque 29 : Le nombre de personnel insuffisant entraîne une transmission en cascade avec un risque de perte d'informations.

La mission a retranscrit les plannings du mois de janvier et de février 2023 transmis par la structure.

Aide-Soignant :



Sur l'ensemble du mois de janvier, il y a [REDACTED] soit 20 résidents par AS, De même, sur 14 jours [REDACTED] soit 30 résidents par AS.

Sur l'ensemble du mois de février, l'effectif cible de [REDACTED] AS le matin a été atteint seulement sur 7 jours, les autres jours, [REDACTED] étaient présents le matin pour prendre en charge les 60 résidents de l'EHPAD. De même pour l'après-midi où seul 1 jour est pourvu à l'effectif cible [REDACTED]

Ecart 8 : l'analyse des plannings des AS du mois de février 2023 montre que sur la moitié du mois, les AS présentes ont, compte tenu des absences non remplacées, un nombre de résidents à prendre en charge entre [REDACTED] et [REDACTED] ce qui ne permet pas une prise en charge sécurisée ni même correcte des résidents.

ASH



Le constat est également le même sur le planning de janvier et février 2023

[Redacted text]

[Redacted text]

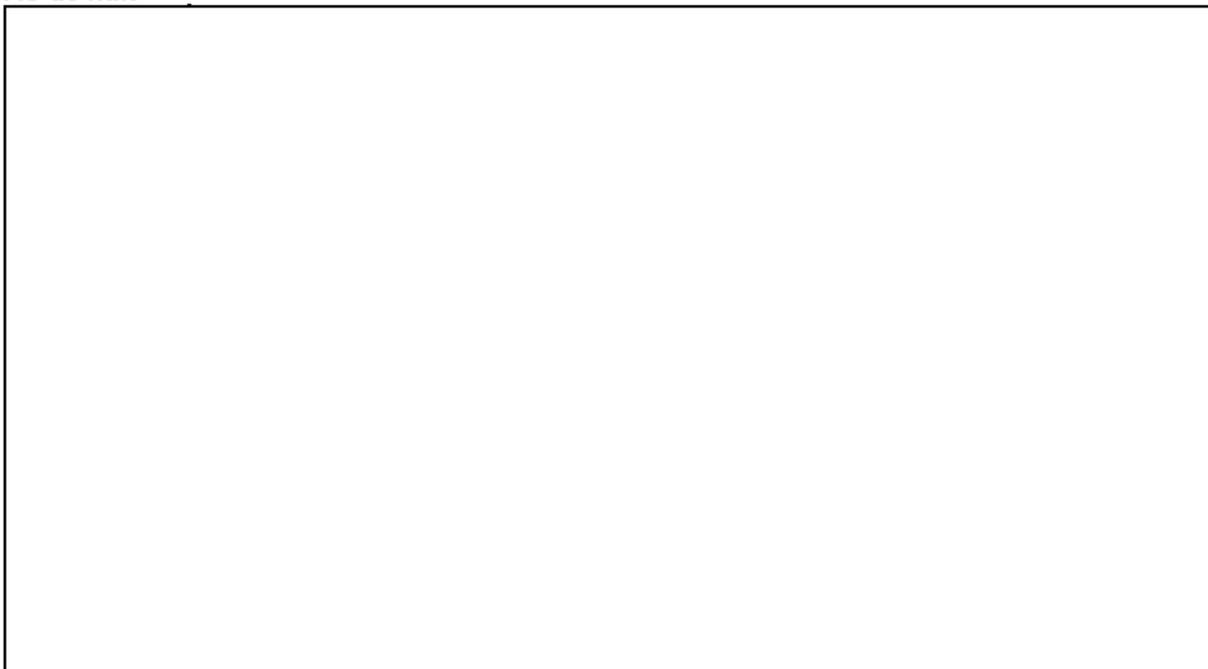
Ecart 9 : les plannings des ASH sont largement en deçà des effectifs cible la moitié du mois, que ce soit le matin ou l'après-midi, ce qui ne permet pas de garantir des prestations hébergement sécurisée ni même correcte

IDE



Sur les mois de janvier et février 2023, aucune absence IDE n'a été constaté. La mission relève qu'en l'absence d'IDE, l'IDEC vient en remplacement.

AS de nuit



Le planning des AS de nuit n'appelle aucune remarque.

Dans l'ensemble, la mission relève que l'EHPAD ne fait pas appel à des CDD ou de l'intérim pour remplacer le personnel en arrêt maladie ou en congés faisant passer des ASH en Faisant Fonction d'AS.

D'autre part, la mission note que l'effectif cible journalier des AS et des ASH que ce soit du matin ou d'après-midi n'est que très partiellement atteint.

Remarque 30 : Le non remplacement des personnels manquants ne permet pas une organisation optimale du travail et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers. Un manque de personnel qui rejaillit autant sur la continuité que sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents. Elle pèse par ailleurs sur la charge de travail des personnels présents, et peut à terme compromettre leur engagement au service de cet EHPAD, les offres d'emploi d'AS étant par ailleurs très recherchées.

5. Une vision parcellaire de l'état de santé des résidents impactant la continuité et la sécurité des soins

- a. Un processus d'admission qui ne permet pas de s'assurer de l'adéquation entre les besoins en soins des résidents et l'offre proposée par l'Ehpad

Le projet d'établissement 2022 indique que « sont exclus les pensionnaires contagieux pendant leur phase infectieuse. »

Il n'existe pas de procédure d'admission.

Le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions en coordination avec l'IDEC. Il a indiqué à la mission d'inspection que les deux seuls critères de refus étaient une personne âgée présentant une addiction à l'alcool et non encore sevrée ou un Covid en cours. La mission d'inspection relève que ces critères divergent de ceux décrits dans le projet d'établissement. Ni un état de dépendance important, ni des troubles du comportement bruyant ne sont un obstacle selon lui, la prise en charge proposée au sein de l'Ehpad lui apparaissant adaptée aux besoins en soins.

La mission relève que l'établissement est peu adapté pour recevoir des personnes âgées très dépendantes (un seul ascenseur, aucune chambre n'est équipée de rail au plafond) ou pour recevoir des personnes âgées atteintes de troubles neurodégénératifs et présentant des troubles du comportement (absence d'unité de vie protégée, absence de PASA, absence de psychologue).

Remarque 31 : Le processus d'admission au sein de l'Ehpad n'est pas sécurisé et ne permet pas de garantir l'adéquation de l'offre de prise en charge aux besoins en soins des résidents.

- b. Une absence de logiciel de soins, facteur de fragilité de la continuité et de la coordination des soins

❖ Ce qu'indique le projet d'établissement 2022

Il indique qu'une fiche individuelle synthétise ce qui est mis en place pour chaque résident et que cette fiche est intégrée au sein d'un dossier individuel partagé par tous les intervenants. La mission relève qu'elle n'a pas eu connaissance de cette fiche et qu'il n'existe pas de plan de soins ni de dossier individuel partagé par tous.

❖ L'Ehpad ne dispose pas de logiciel de soins

Il a été indiqué à la mission d'inspection qu'il y avait un projet d'installation du logiciel [REDACTED] mais sans que l'établissement puisse fournir un calendrier de mise en œuvre alors même que ce projet est ancien et que son principe a été présenté au Département et à la délégation départementale de l'ARS sans jamais aboutir.

Le médecin coordonnateur dispose d'un ordinateur sur lequel il tient un tableau de bord de l'évaluation médicale des résidents, cet ordinateur n'est pas interconnecté avec celui de l'IDEC ([REDACTED]). Le jour de l'inspection, le médecin coordonnateur a indiqué que son ordinateur était bloqué et qu'en l'absence de sauvegarde récente, il devait à nouveau renseigner toutes les données sur un nouveau tableau.

L'IDEC dispose sur son ordinateur d'un certain nombre d'éléments de suivi comme ceux relatifs aux courbes de poids.

❖ La traçabilité papier est dispersée entre différents supports

En dehors des éléments informatisés, l'IDEC a mis en place différents supports papiers pour assurer la traçabilité des prises en charge :

- Un classeur nominatif par résident qui contient le DLU, les comptes rendus de consultation spécialisée ou d'hospitalisation, les ordonnances et les comptes rendus d'analyse biologique.
- Les médecins traitants tracent leur activité sur un cahier (un par médecin). Aucune consultation n'est tracée dans le cahier du MEDCO quand il intervient comme médecin traitant depuis le 14/12/2021. Peu de consultations sont tracées dans le cahier du médecin généraliste qui prend en charge le plus grand nombre de résidents en dehors du MEDCO. Le médecin inspecteur relève l'absence de consultation tracée entre le 03/02 et le 11/10/2022.
- Les transmissions de nuit sont envoyées par mail le matin (élaborées sur les téléphones portables personnels des aides-soignants de nuit qui ne disposent pas d'ordinateur) puis imprimées.
- Les transmissions de jour sont tracées sur un cahier.
- Les ordonnances sont transcrites sous forme de fiche de traitement par le MEDEC ou l'IDEC. La distribution se fait sur la base des ordonnances. La traçabilité est assurée sur la base des fiches de traitement.
- Enfin, l'Ehpad dispose de multiples classeurs : classeur des DLU ; des directives anticipées ; des projets personnalisés d'accompagnement ; des vaccins Covid ; des autres vaccins...

Ecart 10 : L'absence de logiciel métier et la dispersion des éléments du dossier résident sous différents supports (ordinateurs non interconnectés et sans sauvegarde ; cahiers ; classeurs...) ne permet pas de sécuriser la continuité des soins aux résidents. Cette situation présente un risque pour la coordination des soins car les différents supports ne sont pas accessibles à tous les intervenants et pour la continuité des soins en cas d'intervention de personnels extérieurs ou de remplaçants ponctuels. Elle contrevient à l'article R.4127-45 du Code de la Santé Publique qui prévoit que des éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques sont disponibles.

c. Une pluridisciplinarité limitée en lien avec des compétences manquantes et une organisation qui ne favorise pas les échanges

Le projet d'établissement 2022 pose le principe d'une « réunion hebdomadaire qui permet de proposer en équipe la meilleure réponse, en termes de prise en charge, à une situation donnée » et qui serait instituée depuis le mois de décembre 2011. Il est indiqué que les informations et décisions seront retranscrites dans le dossier de soins (page 24 et 25 du projet d'établissement).

La pluridisciplinarité au sein de l'Ehpad est limitée :

- En raison de l'absence d'un certain nombre de compétences : absence de psychologue ; absence d'ergothérapeute ou de psychomotricien ; absence d'orthophoniste...
- En raison de l'absence de salle de réunion permettant aux personnels d'être dans des conditions favorables à un échange structuré.
- En raison de l'absence de dossier individuel unique et de traçabilité des informations et décisions prises quant à chaque résident.
- En raison enfin d'absence de temps dédié à des échanges pluridisciplinaires. Aucun des personnels rencontrés n'a indiqué participer à la réunion d'échange dont le principe est posé dans le projet d'établissement.

De fait, la collégialité de la prise en charge repose sur la petite taille de l'établissement, la stabilité de ces effectifs et la lecture des transmissions sur deux supports différents selon qu'elles sont établies par l'équipe de jour ou l'équipe de nuit.

Remarque 32 : La collégialité et la pluridisciplinarité de la prise en charge au sein de l'Ehpad est limitée en lien avec des compétences manquantes et une organisation qui ne favorise pas les échanges. Ce constat est d'autant plus préjudiciable que l'organisation nécessaire à la continuité des soins des résidents n'est pas assurée.

d. Un secret professionnel mis à mal par les modalités de partage des transmissions de soins

Parmi les modalités de partage des transmissions soignantes, la mission relève que l'équipe de nuit formalise ses transmissions sur un support personnel (téléphone portable), aucun dispositif de type ordinateur ou tablette n'étant mis à sa disposition.

Elle relève également que ces transmissions qui contiennent des informations nominatives et relevant du secret professionnel, transitent par des échanges de mail non sécurisés qui sont adressés à la directrice de l'établissement et à l'accueil de l'Ehpad.

Ecart 11: Les modalités de recueil, d'échange par mail non sécurisé et l'inclusion dans les destinataires de personnes administratives des transmissions entre équipe de nuit et équipe de jour contreviennent au respect du secret professionnel et du respect de l'intimité des résidents tel que prévu à l'article L1110-4 du code de santé publique.

e. L'examen des informations disponibles relativement à la prise en charge individuelle des résidents met en évidence des points de fragilité

❖ Prise en charge des résidents atteints de troubles neurodégénératifs

Le projet d'établissement 2022 consacre un chapitre à cette prise en charge en faisant le constat d'une augmentation du nombre de résidents porteurs de TND. Le chapitre décrit la prise en charge de façon globale. Les techniques proposées sont souvent non spécifiques des résidents avec TND (repérage de la chambre par l'inscription du nom ; animations ; consommation de miel dont la production est propre à l'établissement). Elles ne sont parfois pas mises en œuvre (formation spécifique du personnel aux TND).

Comme cela a été indiqué par ailleurs, le MEDCO considère la sécurisation de la déambulation suffisante au sein de l'Ehpad pour que les TND ne soient pas un frein à l'admission.

Toutefois, la mission a relevé dans les transmissions de l'équipe de nuit, du 1^{er} janvier 2023 à la date de l'inspection, des troubles du comportement générateurs de perturbations pour les autres résidents. Ainsi, pour une résidente, il est noté sur cette période de 40 jours, dix transmissions dans lesquelles il est indiqué

que la résidente déambule, rentre dans les chambres des autres résidents, les réveille. Sur la même période, pour 5 autres résidents, on note des troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité pour l'un et de déambulation avec intrusion dans les chambres d'autres résidents pour d'autres. Les nuits sont agitées aussi bien pour les soignants que pour les résidents.

Ecart 12 : L'accueil au sein de l'Ehpad de résidents porteurs de TND et présentant des troubles du comportement à type de déambulation ou d'hétéro-agressivité compromet le bien-être physique et moral des autres résidents.

❖ Prise en charge nutritionnelle des résidents

L'établissement indique dans son projet d'établissement disposer d'une procédure travaillée en équipe pluridisciplinaire et formalisée concernant « les règles d'alimentation du résident et le dépistage de la dénutrition ».

Parmi les dossiers analysés par le médecin inspecteur, un dossier concerne une résidente, [REDACTED] âgée de [REDACTED] ans entrée le [REDACTED] et qui va décéder le [REDACTED]. Cette résidente entre dans l'Ehpad en provenance d'un autre Ehpad du département dans lequel elle était prise en charge depuis [REDACTED]. L'Ehpad de provenance a fourni l'évaluation gériatrique de la résidente qui identifie l'état de dénutrition. [REDACTED]

A l'entrée à l'Héliotrope :

[REDACTED]

nutrition dénutrition **OUTIL D'ÉVALUATION** **PREMIÈRE DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** **2**
RECONNAISSANCE LA MÉDECINE AGÉE Service de prévention Nutrition MobiQual

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE :
 que consomme vraiment la personne ?

Nom : _____ Prénom : _____
 Date : _____ Sexe : _____ Âge : _____ Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____

	Date	Jour 1	Jour 2	Jour 3
CONSOMMATION		<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
PETIT DÉJEUNER	Café/thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pain/biscotte beurrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bouillie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLLATION	Boisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉJEUNER	Entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V viande/poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fromage/bitage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre de verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOIGNANT			
	TYPE D'AIDE *			
GOUTER	Gouter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOIGNANT			
	TYPE D'AIDE *			
DÎNER	Potage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V viande/poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fromage/bitage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre de verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOIGNANT			
	TYPE D'AIDE *			

Consommation de la totalité de la portion servie
 Consommation de plus de 50% de la portion servie
 Consommation de moins de 50% de la portion servie
 La personne n'a rien consommé de la portion servie

***TYPES D'AIDE :**
 P = AIDE PARTIELLE (prothèse, assiette de conditionnement, manger la viande, stimulation, etc.)
 T = AIDE TOTALE (jucolithe et bien manger)

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE **OUTIL D'ÉVALUATION**

[REDACTED]

- [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]											
[REDACTED]											

Au jour de l’inspection, l’Ehpad recueille les poids des résidents sous forme de tableau mensuel ce qui ne permet pas d’avoir une vision cinétique de la courbe de poids de chaque résident. L’IDEC travaille à la mise en place d’une illustration par diagramme et par résident qui permettrait de disposer de cette vision cinétique.



[REDACTED]

- Le cahier de consultation du médecin traitant qui est également le médecin coordonnateur ne contient aucun élément relatif à cette résidente.

[REDACTED]

La mission relève également deux interventions/formations du prestataire [REDACTED] sur les questions de suivi nutritionnel en février et en novembre 2022 avec une évaluation individuelle de certains résidents dont la résidente dont le dossier a été examiné.

Ecart 13 : La mission d'inspection constate que les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas appliquées dans l'établissement en matière de prise en charge nutritionnelle. En l'absence de procédure, avec des outils qui sont utilisés de façon incomplètes (surveillance de la consommation alimentaire) ou imparfaites (pesée mensuelle sans vision dynamique de l'évolution) et en l'absence d'élément permettant d'indiquer les mesures mises en place au sein de la structure, la qualité et la sécurité du suivi nutritionnel ne sont pas assurées. La pluridisciplinarité pour étudier les situations porteuses de risque ou complexe n'est pas organisée. Aucun élément dans les différents recueils d'information disponibles ne permet de savoir quelles sont les mesures qui ont été prises par le médecin traitant également médecin coordonnateur qui doit veiller à la bonne application des pratiques gériatriques au titre de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles ne se sont saisis de cette question. La sécurité et la qualité des soins ne sont pas assurées.

❖ Continuité des soins lors d'une hospitalisation en urgence.

Le médecin inspecteur a pris connaissance du dossier d'une résidente entrée dans l'Ehpad le [REDACTED] et hospitalisée le [REDACTED].

Le compte-rendu du service d'urgence du centre hospitalier retrace les difficultés pour les urgentistes à identifier les motifs de cette hospitalisation. La résidente n'est pas interrogeable. Le service des urgences indique qu'il n'a pu joindre l'Ehpad : le numéro indiqué sur le DLU qui est un numéro de portable est erroné puisqu'il comporte 11 chiffres ([REDACTED]). Il n'existe que deux numéros contact au sein de l'Ehpad : un numéro fixe (accueil) de jour et un numéro portable la nuit. Les urgentistes ont finalement contacté la famille ([REDACTED]) dont les numéros étaient indiqués dans le DLU pour connaître le motif d'hospitalisation.

Pour mémoire, la HAS préconise que le DLU soit adressé au service des urgences, accompagné d'un document de transfert précisant les motivations de celui-ci, afin de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées¹.

Ecart 14 : L'Ehpad n'a pas transmis les éléments nécessaires à une prise en charge sécurisée d'une résidente adressée aux urgences et ne dispose pas des moyens de téléphonie nécessaires pour que les ressources médicales et soignantes adéquates puissent être jointes afin d'assurer la continuité des soins.

De même, au retour de la résidente de l'établissement, lors d'un précédent passage aux urgences le [REDACTED], un rappel vaccinal ([REDACTED]) a été préconisé. Il n'était pas réalisé le jour de la réalisation de la mission d'inspection. Hormis son inscription dans le compte-rendu des urgences, aucun élément ne permettait d'indiquer que ce vaccin était inscrit dans les soins programmés de la résidente.

Ecart 15 : Les indications données par le service des urgences pour le retour d'une résidente n'ont pas été prises en compte. L'absence de dossier individuel unique du résident compromet la sécurité, la continuité et la qualité des soins.

❖ Prise en charge des chutes

Le médecin inspecteur a pris connaissance du dossier d'une résidente de [REDACTED] entrée dans l'établissement le [REDACTED].

Cette résidente chute dans la nuit le [REDACTED]. Le bilan réalisé aux urgences permet le retour à l'Ehpad. Il est relevé une modification de son traitement [REDACTED].

[REDACTED] Le lien potentiel entre la chute et cette modification du

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu

traitement n'est pas analysé. Une 2^{ème} fiche de chute dans la nuit du [REDACTED] a été rédigée pour la même résidente.

Ecart 16 : La mission d'inspection constate que les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas appliquées dans l'établissement en matière de prise en charge des chutes. Les chutes chez les personnes âgées sont un facteur de morbi-mortalité important. Avec plus de 100 000 hospitalisations et près de 10 000 décès par an, les chutes des personnes âgées ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des résidents et sont source de perte d'autonomie. L'absence d'analyse des facteurs de risque chez une résidente entrée en Ehpad suite à une chute et ayant eu au moins une chute antérieure au sein de l'Ehpad fait peser un risque de récurrence. L'établissement ne dispose pas de procédure et ne pratique pas d'analyse pluridisciplinaire des chutes survenues en son sein. Aucun élément dans les différents recueils d'information disponibles ne permet de savoir quelles sont les mesures qui ont été prises par le médecin coordonnateur qui doit veiller à la bonne application des pratiques gériatriques au titre de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles ne se sont saisis de cette question. La sécurité et la qualité des soins ne sont pas assurées.

6. Conclusion

La mission d'inspection a fait le constat, pour l'ensemble des espaces privatifs et communs, de l'existence de risques pour la sécurité et de points d'inconfort pour les résidents.

Concernant la gouvernance de cet EHPAD, la mission estime qu'il règne une très grande confusion :

- L'assistante de direction aussi dénommée adjointe ou attachée de direction effectuant des missions pour le compte d'une [REDACTED].
- Un directeur technique et de communication récemment recruté [REDACTED].

[REDACTED]

La mission inspection souhaite souligner la bonne volonté et la motivation des équipes de terrain, toutefois, concernant les ressources humaines, on note un manque de culture professionnelle pour l'ensemble du personnel, notamment du fait de l'absence de formation, et de l'absence de qualification de la direction.

A cela s'ajoute une équipe en nombre insuffisant, des glissements de tâches, un défaut de culture de la gestion des risques, une prise en charge en soins fragilisée par une vision parcellaire de l'état de santé des résidents, un manque de pluridisciplinarité et des défauts d'organisation, ce qui ne permet pas de garantir la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

A Marseille, le 30 mai 2023



Annexes

Annexe 1 : Lettres de mission / lettre d'annonce

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Directrice de l'établissement	-
Assistante de direction	
MEDCO	
IDEC	
IDE	
AS	
AS	

Annexe 3 : Listes des pièces demandées par la mission d'inspection

Liste des documents à fournir à la mission d'inspection avant la visite des locaux (en triplicata)

- Plan des locaux
- Planning de tous les personnels présents le jour de l'inspection
- Liste des pensionnaires présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, date de naissance, chambre, si possible GMP et indication des résidents sous tutelles)
- Registre des entrées et sorties des résidents depuis le 1^{er} janvier 2022

Liste des documents à tenir à disposition de la mission d'inspection dès 14 h pour consultation sur place :

- Dossiers RH des personnels ;
- Classeur des EI ;
- Dossiers médicaux sélectionnés*

Liste des documents à fournir au terme de la présence de la mission d'inspection sur site (sur 2 clés USB)

Documents	Cocher si remis
Organigramme nominatif de l'établissement	✓
Organigramme nominatif du gestionnaire	
Procédure d'astreinte	
La Direction	
Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur	
Document Unique de Délégation pour le Directeur salarié.	
Document précisant les jours de présence du directeur	
Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci.	
Tableau arrivée et départ du poste de directeur sur les 5 dernières années (nom, prénom, motif de départ)	
Pilotage, coordination et communication	
Projet d'établissement	✓
Livret d'accueil	✓
3 derniers Comptes rendus des réunions entre le directeur et le directeur régional (privé lucratif) / PV du conseil d'administration (Ehpad public autonome) / conseil de surveillance (public rattaché à un ES) / et l'association gestionnaire (privé associatif)	
3 derniers Comptes rendus des réunions de direction (CODIR)	

Documents	Cocher si remis
3 derniers PV du Conseil de la Vie Sociale	✓
Arrêté de composition du CVS	
3 derniers PV de la Commission des menus	✓
Le PV d'inspection de l'hygiène alimentaire de la DDPP 83 de 2009	
Le dernier PV de la commission de sécurité	✓
La procédure de signalement et de traitement des EIG et des EIGS (comité de gestion des risques, compte rendus et les mesures correctives pour éviter la réitération des dysfonctionnements)	
La procédure de gestion des réclamations des usagers et/ou de leurs familles	
Le personnel	
Tableau détaillé des personnels comportant nom, fonction, type de contrat (CDI ou CDD), temps de travail et date d'entrée dans l'établissement pour IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)	✓
Planning du personnel du mois précédent (jour et nuit) prévisionnel et réalisé avec légende : IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, diététicien, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)	✓
Planning du personnel du mois en cours (jour et nuit) avec légende : IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)	✓
Taux d'absentéisme 2021 et 2022 à la date du contrôle (Mode de calcul du taux d'absentéisme : Numérateur : Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation) Dénominateur : Nombre d'ETP réel x 365)	✓
Taux de turn over 2021 et 2022 à la date du contrôle (Mode de calcul : Numérateur : Somme du taux d'entrée et du taux de sortie • Taux d'entrée : Nombre de recrutements au cours de l'année / Effectifs réels en nombre de personnes au 31/12/N-1 • Taux de sortie : Nombre de départs dans l'année / Effectifs réels en nombre de personnes au 31/12/N-1 • Dénominateur : effectifs réels - Exemple de calcul du taux de rotation du personnel : Au 1er janvier 2021, l'effectif d'une entreprise est de 312 salariés. Au cours de l'année 2021, l'entreprise enregistre 47 arrivées et 56 départs de salariés. Son taux de rotation est donc : $[(47 + 56) / 2] / 312 = 0.16$, soit 16%)	✓
Fiche de poste du personnel (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)	
Plan de formation en interne/externe sur les 5 derniers années	
Dernier bulletin de salaire du médecin coordinateur	
Protocole dérogatoire ARS/PACA	
Liste des agents intégrés dans le protocole régional AS-AES-AMP et le nom de leur tuteur	
Document spécifique à chaque agent dans le dispositif écrit indiquant le	

Documents	Cocher si remis
nom du tuteur et sa fonction	
Les évaluations signées par les agents concernés menées par l'IDEC à l'aide de la fiche transmise par l'ARS	
Fiche de poste du personnel (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)	
Un document précisant à quel niveau de qualification / professionnalisation sont l'/les agent(s) intégré(s) dans le dispositif	
La fiche de poste datée et signée des agent(s) intégré(s) dans le dispositif qui doit préciser le périmètre et exclure la distribution de médicament et le travail de nuit	
Plan de formation en interne/externe sur les 5 dernières années	
Soins	
le rapport médical annuel du MEDCO	
Les comptes rendus de la commission de coordination gériatrique de l'année 2022	
MEDCO et IDEC : diplôme ; contrat de travail et fiche de poste.	✓
Liste des résidents et leur statut vaccinal COVID	

Annexe 4 : Pouvoir donné à l'assistante de la direction par la gérante

Annexe 5 : Extraits des échanges écrits avec la directrice

Annexe 6 : Fiche de poste du directeur technique et chargé de communication non diplômé

Annexe 7 : PV Commission Communale de Sécurité Hyères ██████████

