

**RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT  
ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 83**

**EHPAD LES SERVES  
QUARTIER LES SERVES  
CHEMIN FONTS DE FABRE  
83210 LA FARLEDE**

**12 MARS 2024**



**LE DÉPARTEMENT**

## AVERTISSEMENT

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.

## Table des matières

---

<b>AVERTISSEMENT</b> .....	<b>2</b>
<b>1. CONTEXTE</b> .....	<b>5</b>
a) <b>Présentation de la mission d’inspection</b> .....	<b>5</b>
b) <b>Présentation de l’établissement - Autorisation</b> .....	<b>6</b>
Présentation de l’établissement .....	6
Historique des autorisations.....	6
c) <b>Des éléments d’alerte suite au contrôle sur pièces, aux réclamations et signalements et aux évènements indésirables</b> .....	<b>7</b>
<b>2. DES LOCAUX NON SECURES, INADAPTES ET VETUSTES</b> .....	<b>9</b>
a) <b>Des locaux non sécurisés</b> .....	<b>9</b>
Espaces extérieurs .....	9
Parties communes .....	10
b) <b>Des locaux mal entretenus</b> .....	<b>16</b>
c) <b>Des locaux inadaptés à l’accueil de personnes âgées très dépendantes et qui ne participent pas à leur bien-être physique et moral</b> .....	<b>19</b>
Des chambres doubles en majorité .....	19
Un espace de vie commune se trouve en rez-de-chaussée.....	19
Les professionnels disposent de peu de locaux à leur usage .....	20
<b>3. UN TRIO DE GOUVERNANCE RECEMMENT CONSTITUE</b> .....	<b>22</b>
1. <b>La directrice intervient sur plusieurs établissements</b> .....	<b>22</b>
2. <b>L’adjointe de direction a assuré les missions de direction pendant la vacance de poste</b> .....	<b>23</b>
3. <b>Le fonctionnement institutionnel n’est pas structuré</b> .....	<b>23</b>
La continuité de direction n’est pas assurée .....	23
Le pilotage de l’établissement n’est pas organisé .....	24
Le groupe gestionnaire n’intervient pas en support de l’établissement .....	24
Le projet d’établissement n’est pas rédigé.....	24
Le livret d’accueil est incomplet .....	24
En l’absence de conseil de la vie sociale (CVS), la participation des usagers n’est pas organisée.....	25
La difficile appropriation de la culture de gestion des risques .....	25
4. <b>Le MEDEC à distance est peu articulé avec le terrain</b> .....	<b>26</b>
5. <b>Le poste d’IDEC fait l’objet d’un turn over important</b> .....	<b>27</b>
<b>5. DES RH FRAGILES POUR DES RESIDENTS TRES DEPENDANTS</b> .....	<b>29</b>
a) <b>Les vacances de poste d’aide-soignant fragilisent la prise en charge des résidents</b> .....	<b>29</b>

b)	La prise en charge repose sur les deux IDE et les deux médecins traitants très présents .....	30
c)	La pluridisciplinarité est très limitée.....	30
d)	L’animatrice intervient sur deux Ehpad .....	31
e)	Les dossiers RH sont incomplets.....	31
f)	Le climat social est tendu du fait de l’absentéisme et des conditions de travail dégradées.....	32
<b>6.</b>	<b>UN BESOIN DE PRISE EN CHARGE EN SOINS IMPORTANT .....</b>	<b>33</b>
-	Un niveau de dépendance très important.....	33
-	De multiples supports de traçabilité fragilisent la prise en charge et entraînent l’absence de vision globale du résident .....	34
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>38</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>39</b>
	Annexe 1 : Lettres de mission / lettre d’annonce.....	39
	Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d’inspection.....	40
	Liste des documents à récupérer immédiatement à l’arrivée sur site en perspective de la visite des locaux et des entretiens : .....	40
	Liste des documents à demander à la direction de l’établissement à l’arrivée sur site pour mise à disposition de la mission d’inspection pour consultation sur place : .....	40
	Liste des documents à demander à la direction de l’établissement pour remise à la mission d’inspection au terme de la visite : .....	40
	Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d’inspection a eu un entretien .....	42
	Annexe 4 : Procès-verbaux des visites de chambres .....	43

## 1. Contexte

---

### a) Présentation de la mission d'inspection

---

Dans le cadre d'un programme d'inspection et contrôle des EHPAD initié par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, sur le thème de la prise en charge des résidents, le directeur général de l'ARS et le président du Conseil départemental du Var ont décidé de diligenter, 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 mission d'inspection conjointe et inopinée au sein de l'Ehpad les Serves, quartier Les Serves, chemin Fonts de Fabre à la Farlède.

Cette mission s'est effectuée sur site, de manière inopinée, le mardi 12 mars 2024 avec notamment pour objectif de vérifier et d'analyser :

- Les conditions d'hébergement ;
- La gouvernance ;
- L'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents ;
- La prise en charge médico-soignante des résidents.

Les lettres de mission et d'annonce sont en annexe 1.

La mission a été menée par une équipe composée de :

➤ Pour l'ARS Paca :

[REDACTED]

➤ Pour le Département du Var, direction de l'autonomie :

[REDACTED]

Conformément aux articles L.1421-2 et suivants du code de la santé publique et au règlement départemental d'aide sociale du Var, l'équipe d'inspection a eu accès aux locaux, lieux et installations à usage professionnel et a pu demander la communication des documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission (liste en annexe 2). Des entretiens ont été réalisés avec le personnel de la structure (liste des personnes rencontrées en annexe 3).

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.

Sont annexés (annexe 4) les procès-verbaux de visite des chambres établis en application de l'arrêté du 31 mars 2022.

## b) Présentation de l'établissement - Autorisation

---

### Présentation de l'établissement

---

N° FINESS juridique : 68 002 309 0 - N° FINESS géographique : 83 021 450 8

La raison sociale de l'établissement est « Ehpad les Serves ». Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif dont le gestionnaire est la SAS Les Serves. Cette société a fait l'objet d'un rachat des parts sociales par la SAS Floriage Patrimonial réalisé le 20 décembre 2019 qui est une filiale du groupe de promotion immobilière PROTEC. Selon son site Internet, ce dernier « se positionne entre les « petits » établissements ou groupes indépendants et les grands acteurs du secteur permettant d'avoir une gestion efficace sans pour autant négliger l'aspect humain et qualité ».

Le capacitaire de l'Ehpad est de 18 places en hébergement permanent et de 2 places en hébergement temporaire. L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale.

Le PMP est proche de la moyenne régionale qui est à 236. Le GMP fait partie des GMP les plus élevés de la région par comparaison à la moyenne régionale de PACA qui était à 775, en 2022, selon l'ATIH.

La mission relève que le GMP de l'établissement est particulièrement élevé alors que comme cela est décrit ultérieurement, l'organisation des soins est fragile, sensible à l'absentéisme d'un seul personnel au planning et que les locaux ne sont pas adaptés à l'accueil de résidents très dépendants.

### Historique des autorisations

---

#### Arrêtés

- Arrêté du 26/10/1990 : arrêté départemental autorisant la SARL Les Serves à créer une maison de retraite
- Arrêté du 18/02/1993 : autorisant l'extension de 3 lits
- Arrêté n°2016-R290 (signé le 23/12/2016) : arrêté de renouvellement de l'autorisation sous condition : dans le délai de 1 an à compter du 4 janvier 2017, la SARL Les Serves devra présenter une opération finalisée de regroupement juridique des gestionnaires de trois EHPAD : Au bon accueil à La Crau, l'Ehpad Les amis des aînés à Signes et l'Ehpad Les Serves à La Farlède permettant la cession des trois autorisations au plus tard le 3 janvier 2018 avec une entité juridique unique, en vue d'exploiter un seul EHPAD de 63 lits.
- Arrêté n°2019-R010 (signé le 05/06/2019) : arrêté de renouvellement de l'autorisation sous condition : la SARL Les Serves devra présenter une opération finalisée de regroupement juridique avec le gestionnaire de l'EHPAD « Les Palmiers » au plus tard le 31 décembre 2019.
- Arrêté N°2021-026 (signé le 22/09/2021) : modifiant l'arrêté conjoint du 5 juin 2019 relatif au renouvellement de l'autorisation de fonctionnement, sous condition : la SAS Les Serves devra présenter une opération finalisée de regroupement d'établissements en incluant la reprise d'un

nouvel Ehpad dans le département du Var au plus tard le 31 décembre 2021. A date, ce regroupement n'est pas effectif. Le gestionnaire n'a pas encore débuté son projet immobilier.

L'établissement dispose donc d'une autorisation ancienne, remontant à 34 ans. Cette autorisation fait l'objet depuis 2016 de renouvellements conditionnels aux fins de regroupement avec d'autres Ehpad afin de créer une structure dont la taille permettrait une viabilité économique, une taille critique pour la gestion des ressources humaines et une organisation permettant de faire face à des résidents dont l'âge d'entrée en Ehpad augmente en même temps que leur niveau de dépendance.

### c) Des éléments d'alerte suite au contrôle sur pièces, aux réclamations et signalements et aux évènements indésirables

---

Depuis 2020, **trois réclamations** provenant d'usagers sont parvenues à l'ARS :

- En septembre 2020, la réclamation alléguait le défaut de surveillance médico-soignante et de traçabilité suite au décès d'un résident.
- En avril 2022, la réclamation porte sur le personnel en sous-effectif et la qualité des repas.
- En mars 2024, deux jours après l'inspection, une famille témoignait du personnel insuffisant pour accompagner les résidents pendant les repas, de confinement en chambre et au lit toute la journée de leur proche et de la disparition d'objets personnels.

Sur la même période, **deux signalements** provenant de personnels ont été reçus :

- En mai 2021, le signalement témoigne de pratiques de contention la nuit, de l'absence de tenue de travail, de l'emploi de faisant-fonction.
- En octobre 2023, le signalement anonyme concerne les deux Ehpad du groupe, les Serves et Ste Philomène. Il porte sur le manque de personnel, insiste sur le taux de rotation et la qualité et la quantité des repas.

L'établissement a adressé **six fiches d'événement indésirable** :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

**Le contrôle sur pièces** du 19 juin 2023 a édicté au stade définitif 11 prescriptions suite au rapport dont la conclusion est la suivante :

« L'EHPAD Les serves est un établissement coopérant, ayant envoyé les documents demandés à la date butoir.

L'établissement dispose d'un trio de gouvernance fragile. La Directrice assure sans justification des délais impartis de la direction de 3 EHPAD de petites tailles dans le Var dont une distance de 1H30 les sépare. De plus le DUD ne couvre pas l'ensemble des champs de compétences ce qui ne lui confère pas de réelle autonomie. Il n'y a pas de MEDEC mais un dispositif de télé coordination. Ainsi, les missions du MEDEC ne peuvent être appréciées avec un temps de présence non identifiable au regard de la réglementation. L'IDEC partage son temps de travail entre deux établissements.

L'appropriation des outils de la loi de 2002 qui fixent et assurent les droits des usagers est insuffisante. Le livret d'accueil devra être complété et des réunions institutionnelles (CVS, CCG) et des outils d'analyse (RAMA, RETEX) doivent être mis en place.

De plus, bien que des procédures existent, la mission a mis en évidence une faible culture relative à la gestion des risques.

La mission constate également des fragilités sur la gestion des ressources humaines.

D'une part, il n'existe pas de dispositif opérationnel du nouvel arrivant dans un contexte institutionnel fragile. D'autre part, et alors que la médicalisation et la dépendance des résidents sont supérieures aux moyennes régionales ; la mission a mis en évidence un nombre de personnel soignant insuffisant conjugué à une organisation qui ne permet pas une transmission des informations entre professionnels. Ces éléments génèrent un risque pour la continuité, la qualité et la sécurité dans la prise en charge des résidents.

Enfin, l'EHPAD devra élaborer et mettre en œuvre un plan de formation pour 2023 permettant à la mission de constater qu'il répond aux attendus de la Haute Autorité de Santé. »

Et enfin, l'établissement fait l'objet d'un suivi par le service santé-environnement de la délégation départementale du Var après **une contamination du réseau d'eau par les légionelles** dans le cadre de laquelle un diagnostic du réseau vient d'être effectué.

Les signaux d'alerte se sont donc multipliés pour cet Ehpad, de petite capacité, au cours des trois dernières années.

## 2. Des locaux non sécurés, inadaptés et vétustes

---

L'établissement est constitué d'un seul et même bâtiment d'un étage, d'une capacité de 20 lits, implanté en périphérie du village de la Farlède. Situé au calme dans une zone pavillonnaire, on y accède depuis la route par un espace parking puis un portail puis un espace goudronné et clôturé donnant sur une villa privée et sur l'Ehpad.

A l'arrière du bâtiment, l'Ehpad dispose d'un cadre agréable avec, un jardin arboré et équipé en mobiliers d'extérieur.

Le jour de l'inspection le taux d'occupation est de 90% avec 18 résidents.

### Le rez-de-chaussée comprend :

- Une banque d'accueil ;
- Un espace direction/accueil ;
- Un espace de vie central destiné à la restauration, à l'animation et au repos des résidents mais également utilisé comme espace de stockage pour du matériel ;
- Une cuisine ;
- 6 chambres (3 chambres individuelles et 3 chambres doubles) ;
- Une infirmerie ;
- Une lingerie ;
- Une réserve administrative ;
- Une réserve de protections.
- Un escalier non sécurisé
- Un monte-charge non sécurisé.

### Le 1<sup>er</sup> étage comprend :

- 7 chambres (3 chambres simples et 4 chambres doubles) ;
- 1 réserve pour les protections ;
- 1 local DASRI.

### a) Des locaux non sécurisés

---

#### Espaces extérieurs

---

Le jour de la visite, il a été constaté que l'accès à l'Ehpad se faisait par un portail ouvert non sécurisé permettant l'accès à l'établissement par toutes personnes et la sortie sans aucun contrôle.

Par ailleurs, la mission d'inspection a constaté les éléments suivants :

- Des clôtures insuffisamment sécurisées du fait du matériel utilisé, un grillage facilement sécable et d'une hauteur aisément enjambable ;
- Un portail secondaire pour les livraisons (côté cuisine) fermé au moyen d'un simple élastique et qui peut donc être ouvert par tous de l'intérieur comme de l'extérieur ;
- Des portes d'entrée du bâtiment non sécurisées ;

- La présence de végétaux, matelas, palettes et autres divers encombrants ce qui constitue un danger pour les résidents et les visiteurs.

**Ecart 1** : L'absence de sécurisation des accès au site et la présence d'encombrants génèrent des risques d'intrusions, de fugues, de chutes, impactant ainsi la sécurité des résidents et contrevenant à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

## Parties communes

---

### *Des accès entre rez-de-chaussée et R+1 non sécurisés*

---

- L'escalier reliant les deux niveaux n'est pas sécurisé

La mission a constaté l'existence entre les deux niveaux d'un escalier donnant d'une part dans la salle de vie commune et d'autre part sur le palier du 1<sup>er</sup> étage.

Il n'est pas sécurisé. De ce fait, les personnes déambulantes ou en fauteuil roulant sont exposées à un risque de chutes important.

Durant les entretiens, il a été indiqué qu'une personne malvoyante, atteinte de troubles neuro-évolutifs et déambulante avait été admise récemment au 1<sup>ère</sup> étage. Pour prévenir tout risque de chutes, elle a été contentionnée dans l'attente de son transfert vers un Ehpad avec une unité adaptée à ses besoins de prise en charge.

**Ecart 2** : L'escalier n'est pas sécurisé ce qui entraîne un risque de chute et une insécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.



Escalier

- Le monte-charge qui relie les deux niveaux n'est pas sécurisé

L'Ehpad ne dispose pas d'un ascenseur aux normes PMR mais d'un monte-charge, seul moyen pour les résidents dépendants du 1<sup>er</sup> étage d'accéder au rez-de-chaussée. Au jour de l'inspection, tous les résidents du 1<sup>er</sup> étage sont évalués **en GIR 1 ou 2** donc avec un niveau de dépendance qui nécessite un transfert en fauteuil.

Le fonctionnement et la superficie de ce monte-charge ne permettent pas aux personnels soignants d'accompagner les résidents lors de leur transfert, ce qui a occasionné au moins à deux reprises des incidents majeurs. Ainsi le 04/09/2023, l'établissement signale aux autorités de tarification et de contrôle que *lors de la remontée d'un résident par le monte-charge, son fauteuil roulant a basculé à l'arrière. L'aide-soignante présente au rez-de-chaussée a immédiatement stoppé le monte-charge et l'aide-soignante qui était au premier étage a sauté dans le monte-charge pour mettre en sécurité la tête du résident qui était au sol contre la paroi vitrée de l'élèveur.*

Lors des entretiens réalisés, il a été rapporté que le temps de transfert des résidents occupant les chambres du R+1 au rez-de-chaussée était d'une heure. Ce fait a pu être constaté par la mission d'inspection au moment du déjeuner.

De plus, Il a été indiqué le jour de l'inspection que ce dispositif faisait l'objet de pannes itératives. Ainsi, en 2023, des problèmes techniques ont confiné les résidents du 1<sup>er</sup> étage dans leur chambre durant un mois. Par ailleurs, il a été précisé durant les entretiens que le gestionnaire a privilégié les interventions de maintenance régulières (incluses dans le contrat) à la réparation de l'appareil, en raison du coût occasionné par le changement de pièce et du fait de la perspective de déménagement dans un nouveau bâtiment sur la commune de la Crau. La mission relève toutefois que ce projet n'ouvre pas de perspective ni à court ni à moyen terme, le regroupement des autorisations qui est un préalable à la finalisation du projet d'architectes n'étant pas encore réalisé.

**Ecart 3 :** Le monte-charge ne permet pas l'accompagnement par le personnel des résidents en fauteuil roulant. Le risque pour les résidents s'est déjà concrétisé par des événements indésirables graves déclarés auprès des autorités de tarification et de contrôle. De plus, le temps nécessaire pour le transfert des résidents de ou vers la salle commune du rez-de-chaussée induit de fait une limitation de la vie sociale et un confinement en chambres. L'ensemble contrevient à la sécurité des résidents et au respect de leurs droits et libertés individuelles et donc à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.



Elévateur

### *Les parties communes sont encombrées et le stockage n'est pas sécurisé*

- Rez-de-chaussée
  - A l'entrée de l'établissement, se trouve, au sein de la salle commune, un coin salon encombré de tables et divers mobiliers et bruyant du fait de la proximité de l'entrée et de la télévision.
  - A l'entrée principale du couloir du rez-de-chaussée se trouve une armoire pour ranger du linge propre alors qu'un local de stockage est situé dans la partie centrale.
  - A l'entrée de cette aile se présente un cabinet de toilette. Sur les étagères, à l'intérieur, sont présents, deux bombes de désodorisant ainsi qu'une bouteille d'eau minérale et un tube de crème hydratante, accessibles.
  - Au bout du couloir, se trouve une porte d'évacuation qui ne dispose pas d'une barre anti-panique. Adossé contre le mur, se trouvent un pèse-personne professionnel ainsi qu'un chariot de linge.
  - Des produits détergents sont en libre accès dans les toilettes du rez-de-chaussée.



## Stockage de matériel à l'entrée de la salle commune et sur le palier du 1<sup>er</sup> étage

- 1<sup>er</sup> étage
  - Le 1<sup>er</sup> étage est encombré de mobiliers sur le palier (il n'y a pas d'espace de vie à cet étage).
  - La salle de stockage des protections est accessible à tous et encombrée. Le local DASRI est également accessible à tous.
  - Une armoire de stockage de produits et matériels d'animation n'est pas fermée.
  - Des produits tels qu'un désodorisant, du désinfectant et gobelets sont accessibles sur un meuble bas de rangement



Locaux et armoire de stockage du 1<sup>er</sup> étage

**Ecart 4 :** L'encombrement des parties communes génère un risque de chutes pour les résidents et limite la superficie de l'unique espace de vie partagé ce qui est préjudiciable au bien-être physique et moral des usagers. L'absence de sécurisation des lieux de stockage existants présente également un risque pour les résidents qui peuvent avoir accès à des produits toxiques ou des déchets infectieux. L'ensemble contrevient à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

### Les chambres et salles de bain ne sont pas sécurisées

Les chambres que compte l'établissement sont identiques en termes architectural, d'aménagement intérieur et de décoration.

Chaque chambre est composée d'un espace principal où sont disposés un ou deux lits (dans l'hypothèse d'une chambre double), d'une table, d'un adaptable, d'un placard et d'un chauffage électrique mural.

Chaque chambre dispose d'un bloc sanitaire composé d'une douche à siphon enterré, d'un lavabo, d'un wc et d'un chauffage électrique. Il n'y a pas de climatisation en chambres.

Les chambres [REDACTED] ont fait l'objet d'une inspection. Il a été constaté :

- Des appels malades non fonctionnels : la mission inspection a constaté, lors de tests en chambre [REDACTED], que l'ensemble du dispositif « appels malade » (ancien et se présentant

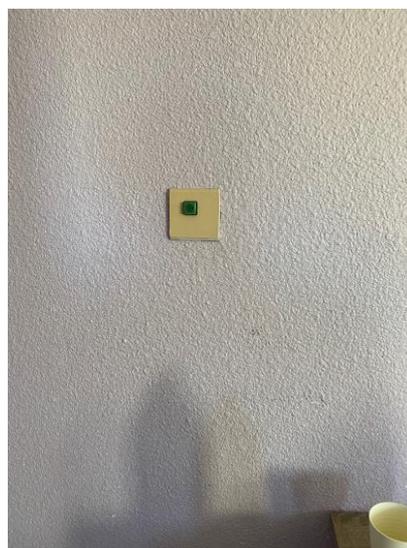
sous la forme de bouton mural) n'est pas accessible et ne fonctionne pas. Ceci a été confirmé par le personnel rencontré. Alors que les résidents sont très dépendants, ils ne disposent d'aucun moyen d'alerte. Ce point est évoqué lors de la réunion des familles du 06/12/2022 qui indique, parmi les travaux programmés, « l'installation d'un nouveau système d'appel malade, avec acquittement. Il est privilégié un système portatif (sous forme de colliers) ». L'actuelle direction n'a pas évoqué ces travaux lors de l'inspection sur site.

- Des portes fenêtres avec des barres de seuil pouvant entraîner une chute
- L'absence de limiteur d'ouverture aux fenêtres et portes fenêtres du 1<sup>er</sup> étage
- L'absence de système anti-fugue pour les portes fenêtres du rez-de-chaussée
- Des modèles de WC non adaptés PMR
- Un encombrement des blocs sanitaires par du matériel stocké dans cet espace
- La présence d'un matelas au sol de la chambre n°8
- La présence d'une flaque d'eau sur le sol de la chambre n°8
- L'absence de fermeture des chambres inoccupées (chambre double n°3).

L'état d'encombrement des blocs sanitaires du 1<sup>er</sup> étage fait supposer l'absence ou une faible fréquence d'utilisation de celles-ci. Cette supposition a été confirmée lors des entretiens conduits avec certains des professionnels.



*Barre de seuil accès au balcon*



*Système d'appel malade non fonctionnel*



*Salle de bain*



*WC*



*Matelas au sol*

**Ecart 5 :** L'Ehpad n'est pas équipé de dispositif d'appel malade fixe ou portatif alors que les résidents sont très dépendants et ne peuvent se déplacer de façon autonome pour mobiliser de l'aide ce qui contrevient à l'obligation de sécurité de l'établissement au titre de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

**Ecart 6 :** Les chambres et salles de bain sont encombrées et non sécurisées au niveau des ouvrants ce qui génère un risque de chute. Les chambres vides sont accessibles à tous ce qui crée un risque pour les résidents en cas de malaise ou de chute dans ces espaces identifiés comme inoccupés. L'ensemble contrevient à l'obligation de sécurité de l'établissement au titre de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

## b) Des locaux mal entretenus

---

La visite des locaux s'est déroulée le matin, à compter de 10 heures, alors que le nettoyage des parties privatives et communes était encore en cours.

La mission a constaté un défaut d'entretien du bâti :

- Les peintures de la chambre 6 étaient souillées
- Les peintures du plafond étaient écaillées
- Les peintures des portes sont dégradées
- Des trous sont présents dans les murs
- La bonde de la salle de bain est dépourvue de grille ou autre forme de protection.



*Mur souillé*



*Plafond écaillé*



*Trou dans le mur*



*Porte dont la peinture est dégradée*



*Bonde sans grille – Peinture écaillée au sol – Traces d'évacuation*

L'hygiène des locaux était insuffisante :

- La mission a relevé une odeur d'urine à l'arrivée qui persistait à 14 heures lors du retour des inspecteurs sur site.
- Un sol couvert par endroits de miettes (dans les chambres n°6 et 8)
- Sol collant au sein du cabinet de toilette
- Les salles de douche ne semblaient pas utilisées
- Présence d'eau au sol en lien selon le personnel avec les fortes pluies des jours antérieurs (infiltration au niveau de la chambre 2). Les dégâts au niveau du plafond de la chambre 6 et de la fenêtre de la chambre 6 seraient également en lien avec des infiltrations.

- Des VMC non entretenues
- Des chaussures posées sur un fauteuil médicalisé

**Ecart 7** : Le défaut d'entretien du bâti et d'hygiène de l'environnement génère un risque sanitaire pour les résidents et impacte leur bien-être moral ce qui contrevient à l'article L312-8 du Code de l'action sociale et des familles et à l'instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social 2016/2018.



*Chaussures posées sur le fauteuil médical*



*VMC non entretenues*



*Plafond noirci au dessus d'un système de chauffage dans une salle de bain*

### c) Des locaux inadaptés à l'accueil de personnes âgées très dépendantes et qui ne participent pas à leur bien-être physique et moral

---

#### Des chambres doubles en majorité

---

Le bâtiment en R+1 compte 13 chambres dont 6 au rez-de-chaussée et 7 au 1<sup>er</sup> étage. Sur la totalité des chambres, 7 sont des chambres doubles, soit 53 % des chambres de l'établissement.

Les chambres doubles sont de petite superficie. Aucun dispositif ne permet de garantir l'intimité du résident. Leur aménagement intérieur est minimal : un lit médicalisé, un adaptable et une table. Il n'y a pas de table de chevet ni de fauteuil en dehors des fauteuils roulants ou médicalisés. Les placards intégrés sont parfois dépourvus de portes. Les tables présentes dans les chambres sont vétustes.



**Remarque 1 :** Le taux de chambres doubles est de 53% et aucun aménagement ne permet d'assurer l'intimité d'un résident par rapport à son co-résident de chambre.

**Remarque 2 :** la mission constate que les mobiliers sont vétustes et que l'aménagement des chambres, sommaire, ne contribue pas au bien-être moral des résidents. L'intimité de chacun des résidents en chambre double n'est pas assurée.

#### Un espace de vie commune se trouve en rez-de-chaussée

---

Dans le prolongement de l'entrée et légèrement sur la droite se situe une vaste pièce située dans l'atrium qui sert à la fois de salon, salle à manger et de salle d'activités équipée d'une télévision.

A l'approche du repas les tables pliantes supplémentaires sont installées pour permettre à l'ensemble des résidents de prendre leur repas. La mission relève que certaines de ces tables, de type bistrot, ne sont pas adaptées aux personnes dépendantes et ne permettent pas au personnel de positionner correctement les personnes âgées dans leur fauteuil pour le repas.

**Remarque 3 :** L'établissement dispose d'une unique salle de vie commune dont l'aménagement n'est actuellement pas modulaire.



### Les professionnels disposent de peu de locaux à leur usage

- Le bureau commun de la direction et de l'adjointe de direction se situe derrière la banque d'accueil à l'entrée de l'établissement. Il est de superficie restreinte et rend difficile le respect de la confidentialité des échanges avec les résidents, leurs familles ou les personnels.
- Le bureau infirmier, pourvu de deux tables et deux chaises, accueille à la fois l'IDE, l'IDEC quand il est sur site et les médecins traitants ou les kinésithérapeutes lors de leur intervention. Il a une superficie très contrainte et malgré l'optimisation des rangements mis en place en périphérie, il est difficile de s'y déplacer.
- L'établissement ne dispose pas de salle de personnel, il est envisagé d'en créer une au niveau de l'entrée de l'établissement. Aussi, il a été constaté lors de l'inspection que les personnels prennent leur repas et temps de pause dans le salon d'accueil. Or, ce salon est directement ouvert sur l'accueil et la salle de restauration où se retrouvent les familles et les résidents. Les personnels ne peuvent donc pas s'isoler sur leurs temps de pause ce qui porte atteinte à leur qualité de vie au travail. Un réfrigérateur mis à disposition du personnel se trouve dans la salle commune.

**Remarque 4 :** Le bureau d'accueil et de direction ne permet pas de garantir la confidentialité des échanges avec le public ou le personnel

**Remarque 5 :** Les personnels ne disposent pas de salle dédiée leur permettant de s'isoler et de se reposer pendant leur temps de pause.

### 3. Un trio de gouvernance récemment constitué

---

#### 1. La directrice intervient sur plusieurs établissements

---

La directrice a pris ses fonctions le 03/07/2023 soit depuis 9 mois. Il ressort des entretiens menés que l'établissement a connu des difficultés de gouvernance avant son arrivée du fait d'une période d'arrêt maladie de l'ancienne directrice puis de son départ.

Titulaire d'un Master et bénéficiant d'une expérience de 10 ans dans la direction d'un Ehpac, la directrice assure également la direction d'un autre des trois Ehpac du groupe dans le Var, l'Ehpac Sainte Philomène à Puget-Ville (situé à 20 kms de distance et à 16 mn en voiture). De plus, elle a indiqué prendre également la direction de l'Ehpac "Alexandra" à Ollioules prochainement (situé à 20 kms de distance et à 21 mn en voiture), dès lors que l'actuel directeur serait promu au poste de responsable qualité.

Le contrat de travail indique sa présence sur le site de la Farlède le lundi et le mercredi pour une durée de 7 h/jour et fixe un temps de travail à 60,67 h par mois soit 0,40 ETP.

La directrice explique devoir s'adapter et modifier régulièrement son emploi du temps afin de répondre aux besoins et aux urgences de chacun des sites.

**Remarque 6** : La directrice de l'EHPAD « Les Serves » assure également la direction d'un autre site et va prendre celle d'un troisième dans un avenir proche. Si ce cumul de postes est rendu possible par la taille de structures, leur proximité et la présence d'une adjointe de direction, il complexifie la gouvernance de l'Ehpac les Serves au vu des dysfonctionnements constatés.

A ce jour, elle indique qu'aucune fiche poste ne lui a été remise. La mission relève également que son contrat ne détaille pas ses missions. Il indique simplement qu'elle exercera « les diverses attributions relevant de son emploi ».

**Remarque 7** : La directrice ne dispose pas d'une fiche de poste définissant l'ensemble de ses missions

Un document unique de délégation a été transmis à la mission. Il n'est pas signé par le délégant. Il couvre les 4 domaines de compétence attendus mais ne précise pas le pouvoir d'engagement financier en matière d'investissement ou d'achat. La direction ne dispose pas de budget prévisionnel permettant un pilotage pro et réactif de la structure. Aussi pour tout achat ou besoins en travaux, les devis doivent être transmis au service comptable du groupe pour accord ce qui ne permet pas de répondre aux urgences.

**Ecart 8** : La mission constate que le DUD n'est pas recevable juridiquement car non signé par le délégant. S'il couvre les 4 domaines de compétence attendus, il ne précise pas le périmètre d'engagement financier en matière d'investissement ou d'achat ce qui limite le pouvoir d'intervention de la direction. Ces éléments contreviennent à l'article L315-17 et D312-176-5 du code de l'action sociale et des familles.

## 2. L'adjointe de direction a assuré les missions de direction pendant la vacance de poste

La directrice est secondée par une adjointe de direction **en poste depuis 2022**. Celle-ci a été engagée par l'ancienne directrice pour exercer des missions de secrétariat. Il ressort des entretiens menés que durant l'absence de l'ancienne directrice, l'adjointe de direction a dirigé l'établissement sans accompagnement de la part du groupe.

L'adjointe de direction a précisé ne pas disposer de fiche de poste. Cela ne permet pas à la mission inspection d'appréhender les missions respectives dévolues à la directrice et à l'adjointe de direction et d'appréhender si ces missions sont concordantes avec leurs niveaux de responsabilités et leurs compétences.

**Remarque 8** : L'adjointe de direction ne dispose pas d'une fiche de poste définissant l'ensemble de ses missions.

Actuellement, l'adjointe de direction seconde la nouvelle directrice dans ses fonctions. Du fait du cumul de missions attribuées à la directrice, la gestion du fonctionnement quotidien de l'Ehpad repose sur elle dans de nombreux domaines : logistique (commande de matériels), gestion RH : réalisation des plannings, gestion administrative, gestion des absences et des EIG.

## 3. Le fonctionnement institutionnel n'est pas structuré

### La continuité de direction n'est pas assurée

Lors du contrôle sur pièces du 19 juin 2023, l'établissement avait indiqué « qu'au regard de la capacité de l'EHPAD et des ressources en effectif administratif, l'ensemble des astreintes est confié à la direction. Lors de ses congés elles sont confiées à l'IDEC et par défaut au siège de PROTEC ».

Lors de l'inspection sur site, il a été indiqué à la mission que les astreintes sont réalisées par la directrice et l'IDEC.

De fait, aucune procédure d'astreinte décrivant le fonctionnement opérationnel de cette dernière et aucun planning d'astreinte ne sont élaborés. Le personnel a indiqué qu'en dehors des jours ouvrés, en cas de besoin, il tentait de joindre n'importe lequel des membres de la gouvernance (directrice / adjointe / IDEC) et n'arrivait pas toujours à contacter un responsable. Le personnel ne connaît pas les représentants du groupe PROTEC et n'a pas leurs coordonnées de contact.

**Remarque 9** : Les modalités de remplacement de la directrice en cas d'absence programmée ou non programmée n'ont pas été formalisées et ne sont pas connues des personnels soignants du site ce qui ne permet pas d'assurer une continuité de direction.

## Le pilotage de l'établissement n'est pas organisé

---

Les comptes rendus de comité de pilotage qui ont été transmis à la mission ont été menées en amont de la prise de poste de l'actuelle directrice.

**Remarque 10** : L'établissement ne dispose pas de comité de pilotage ce qui ne permet pas d'appréhender la stratégie de la direction ni de partager les difficultés auxquelles l'établissement est confronté ni de faire circuler efficacement l'information.

## Le groupe gestionnaire n'intervient pas en support de l'établissement

---

La mission a constaté l'absence de pilotage du groupe au travers des différents échanges et documents transmis et consultés.

De ce fait, il a été rapporté lors des entretiens que le groupe n'apporte pas de soutien ni de supports de pilotage face aux difficultés et problématiques rencontrées sur site par la direction. Pendant la période de vacance de poste de la direction, le personnel n'a pas identifié d'intervention d'un représentant du groupe sur site.

**Remarque 11** : Le groupe gestionnaire n'est pas présent. Il n'a pas mis en place de fonctions supports permettant de seconder la direction dans le pilotage de l'établissement ni de pallier les vacances de poste de la direction.

## Le projet d'établissement n'est pas rédigé

---

L'établissement ne dispose d'aucun projet d'établissement. Sans ce document de pilotage, il est difficile pour l'établissement d'organiser son activité et de se projeter alors que son autorisation est conditionnée à un projet de regroupement. Ce point déjà noté lors du contrôle sur pièces du 19 juin 2023 n'a pas évolué.

**Ecart 9** : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF

## Le livret d'accueil est incomplet

---

Le livret d'accueil des résidents remis lors de l'inspection est identique à celui qui a été communiqué lors du contrôle sur pièces du 19 juin 2023. Sa dernière mise à jour est en date du 10/08/2022. Les constats sont identiques : il est incomplet. Les informations relatives à la lutte contre la maltraitance, celles relatives aux directives anticipées, au recours à la personne qualifiée, à la désignation de la personne de confiance, ainsi que le règlement de fonctionnement ne sont pas mentionnées.

**Ecart 10** : Le livret d'accueil ne dispose pas du règlement de fonctionnement, annexe obligatoire prévue par l'article L311-4 du CASF, ainsi que des informations relatives à la lutte contre la maltraitance, conformément à l'instruction ministérielle DGAS/2A no 2007-398 du 6 novembre 2007. De plus, en ne mentionnant pas dans le livret d'accueil la démarche relative à la désignation de la personne de confiance et des directives anticipées, l'établissement ne peut garantir que la thématique de la prise en charge de la fin de vie est abordée.

## En l'absence de conseil de la vie sociale (CVS), la participation des usagers n'est pas organisée

A ce jour, l'établissement n'a pas mis en place de CVS. Le compte-rendu de la réunion des familles du 6 décembre 2022 indique qu'« Il est rappelé en séance que cette réunion ne constitue pas un Conseil de la Vie Sociale, en l'absence de participation des résidents mais surtout de la tenue d'un scrutin et d'une organisation conformes aux dispositions légale et réglementaire applicables. » La directrice précisait lors de cette réunion que le scrutin et l'installation d'un CVS étaient programmés au premier trimestre 2023.

Au jour de l'inspection, aucun CVS n'est installé et aucun procès-verbal de carence n'a été effectué.

L'Ehpad a organisé une autre forme de participation sous la forme de réunions de familles dont les comptes rendus des réunions du 06/12/2022 et 12/4/2023 ont été transmis. Ils sont antérieurs à la prise de fonction de l'actuelle direction. Une seule réunion s'est tenue au cours de l'année écoulée.

**Ecart 11** : Le conseil de la vie sociale n'est pas en place. En l'absence de procès-verbal de carence et face au constat d'un rythme insuffisant des réunions de famille, ces éléments contreviennent à l'article D 311-16 du Code de l'action sociale et des familles

La mission a constaté par ailleurs que les relations avec les familles et les résidents ne sont pas normées

- Il n'y a pas de procédure concernant le suivi des plaintes et réclamations des familles et résidents. Les réclamations sont traitées de manière orale par la directrice sans aucune traçabilité.
- La mission a rencontré sur site un couple de résidents désireux de rentrer à domicile. Cette demande à ce jour n'a visiblement pas été entendue ce qui s'oppose à la liberté de chacun à choisir son lieu de vie et n'a pas fait l'objet de démarches de la part de la direction pour soit organiser le retour à domicile soit sécuriser l'accueil des résidents.
- 4. La mission note que parmi l'ensemble des résidents, aucun n'est concerné par une demande de mesure de protection. Alors qu'une résidente a fait l'objet d'une fiche de signalement auprès des autorités de tarification et de contrôle pour conduites maltraitantes et à risque de la part de son fils, il n'y a pas eu de démarche de protection alors que le fils est désigné dans le dossier comme personne de confiance et que la résidente présente des troubles cognitifs.

**Ecart 12** : La mission constate l'absence de respect des droits des résidents (accueil de résidents qui exprime leur volonté d'un retour à domicile) et l'absence de mises en place de mesures visant à prévenir des actions maltraitantes voire dangereuses pour une résidente de la part de son fils (alimentation avec des textures non adaptées, tracée comme provoquant des fausses routes) ce qui contrevient à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

## La difficile appropriation de la culture de gestion des risques

Lors du contrôle sur pièces du 19/06/2023, l'établissement avait transmis deux documents :

- La procédure en cas de survenue en ESMS d'évènement indésirable (EI) du 29/06/2023
- La procédure en cas de survenue en ESMS d'évènement indésirable grave (EIG), ET d'EIG associés aux soins (EIGS) non datée

Par ailleurs, il précisait que les procédures actuelles sont complétées par une procédure mise à disposition par l'association [REDACTED] non communiquée. S'agissant de l'analyse des EI/EIG/EIGS, l'établissement indiquait réaliser des RETEX. Néanmoins, aucune des procédures ne renseigne sur ce process.

Depuis le contrôle sur pièces du 19 juin 2023, la « fiche protocole » / procédure en cas de survenue des EIG et EIGS a été mise à jour pour ce qui concerne les coordonnées des personnes à joindre en interne (nouvelle directrice / nouvel IDEC) sans autre modification. La procédure mise à disposition par l'association [REDACTED] n'a pas été communiquée lors de l'inspection sur site.

Sur la forme, le document ne mentionne pas la date et le numéro de version, ni le visa du rédacteur et de l'approbateur, ni les personnes concernées par sa mise en application, ni les modalités d'information et de communication dont il a fait l'objet.

Sur le fond :

- Le document mentionne le point focal régional de l'ARS mais ne mentionne pas l'adresse mail du point focal du Département du Var pour la déclaration des EIG [REDACTED]
- Il traite les maladies à déclaration obligatoire (MDO) dans le cadre des EIG alors qu'elles font l'objet d'un circuit spécifique.
- Il n'indique pas qui est la personne responsable du processus de déclaration externe.
- Il ne prévoit pas une procédure anonymisée de déclaration.

Il existe dans le bureau infirmier un classeur pour les fiches d'événement indésirable grave. Il contient une seule fiche remplie mais non datée. Les autres fiches sont vierges.

La mission constate au travers des propos recueillis que le personnel n'est pas sensibilisé à la déclaration ni plus globalement à la politique de gestion des risques. Le turn-over du personnel et l'intervention de nombreux intérimaires ainsi que l'absence de formation sur la thématique sont autant de facteurs limitatifs d'une bonne appropriation de la gestion des risques.

**Ecart 13** : La bonne gestion collective des événements indésirables fait partie des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des résidents de l'Ehpad. Faute de procédure opérationnelle et connue, de formation sur ce sujet, 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. Ces éléments contreviennent à l'article R. 1413-67 et suivants du code de la santé publique et à art. L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

#### 4. Le MEDEC à distance est peu articulé avec le terrain

L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur sur site. Selon l'IDE rencontrée le jour de l'inspection et qui est salariée de l'établissement depuis octobre 2020, elle n'a jamais connu de coordination médicale in situ.

Depuis le 03/02/2023, l'établissement a mis en place une prestation de télé coordination, [REDACTED] qui concerne les deux établissements appartenant au même gestionnaire, les Serves et Sainte Philomène.

Comme indiqué dans le contrôle sur pièces de l'établissement en date du 19/06/2023, la convention transmise prévoit l'intervention d'un médecin télé coordonnateur, titulaire d'une capacité de gériatrie, dont la qualification est donc conforme à l'article D312-157 du CASF.

Néanmoins, la mission a relevé plusieurs points de dysfonctionnements :

- La convention ne précise pas le temps que le médecin dédie à la télécoordination. Il a été indiqué à la mission d'inspection que l'intervention du médecin télécoordonnateur se concrétisait par une visioconférence tous les vendredis matins qui concerne les deux Ehpad. L'IDEC a indiqué que

l'organisation allait évoluer avec une visioconférence qui sera une semaine consacrée à un des Ehpad puis la semaine suivante à l'autre. Ceci correspond donc à une intervention de télécoordination d'une demi-journée tous les 15 jours soit 0.05 ETP.

- La convention précise en annexe 1 la contribution de la télécoordination aux missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.
  - o La mission relève que certaines de ses missions s'appuient sur l'IDEC (comme l'évaluation du GIR) ce qui a montré ses limites pendant les périodes de vacances de poste de l'IDEC et du fait du turn-over sur cette fonction. L'IDEC recruté en novembre 2022 a quitté son poste en novembre 2023 et le nouvel IDEC a pris son poste le 26/02/2024. Il s'agit du 5<sup>ème</sup> IDEC en 3 ans. Cette situation engendre une absence de relais effectif et opérationnel sur le terrain, le médecin en télécoordination ne pouvant s'appuyer sur le personnel sur site en l'absence d'IDEC et parce que cette absence entraîne une surcharge de travail pour les IDE.
  - o La mission relève également que la télécoordination n'a permis ni de réunir la commission de coordination gériatrique ni d'élaborer un RAMA en 2023 alors que ces missions sont incluses dans la convention et son annexe 1.
  - o De même, la mission relève que l'encadrement des bonnes pratiques gériatriques, que ce soit en matière de prescription médicamenteuse ou de contentions, ne sont pas réalisées.
  - o Le jour de l'inspection, le nouvel IDEC constituait une trousse d'urgence dont l'établissement était antérieurement dépourvu. Il a indiqué à la mission que le médecin coordonnateur n'avait pas accepté d'assurer la prescription des médicaments nécessaires à la constitution de la dotation d'urgence. Le positionnement du MEDCO en tant que non prescripteur est formellement indiqué dans la convention mais en l'occurrence il s'agit d'une prescription qui est demandée à titre professionnel et indispensable à la sécurisation du circuit du médicament.
  - o Enfin, le process d'admission est insuffisamment sécurisé. Il a été signalé à la mission l'admission d'un résident porteur de troubles neurodégénératifs et malvoyant avec un hébergement au 1<sup>er</sup> étage. Ce résident a fait l'objet d'un transfert vers une unité protégée au 3<sup>ème</sup> jour du fait des risques de chute dans l'escalier en lien avec son handicap et la déambulation nocturne. L'équipe de nuit avait été amenée à le contentionner pour éviter ce risque.

**Ecart 14** : L'établissement [REDACTED] ne respecte pas l'article D312-156 du Code de l'action sociale et des familles qui prévoit un médecin coordonnateur intervenant à 0.40 ETP. La prestation de télécoordination ne permet pas d'assurer les missions prévues à l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles. Cet état de fait retentit sur la qualité et la sécurité de la prise en charge (non sécurisation du circuit d'admission, défaut de coordination entre les intervenants de la prise en charge médicale et paramédicale, absence de déclinaison des bonnes pratiques gériatriques dans le domaine des mesures de contention par ex, absence de RAMA et de réunion de la commission de coordination gériatrique...).

## 5. Le poste d'IDEC fait l'objet d'un turn over important

---

L'IDEC a été rencontré le jour de l'inspection. Il était présent dès l'arrivée de la mission, lui-même étant sur site depuis 6h15 car il souhaitait rencontrer l'équipe de nuit. Il a un poste à 50% sur deux des Ehpad du groupe, Ste Philomène et Les Serves. Il est présent aux Serves les mardi, jeudi et vendredi de 9 à 17 heures.

Sa prise de poste est récente, [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Il succède à l'IDEC parti de l'établissement [REDACTED]. Il a été indiqué à la mission que 5 IDEC s'étaient succédés en 3 ans.

Diplômé en tant qu'infirmier, il ne dispose pas de diplôme spécifique en termes de coordination mais a pris contact avec la Croix Rouge pour une formation à venir dans ce domaine.

Ses principaux constats à son arrivée le conduisent à prioriser les actions suivantes :

- Stabiliser le personnel pour résorber le recours à l'intérim et diminuer l'absentéisme. Ainsi, depuis son arrivée, il a été amené à remplacer deux fois l'IDE.
- Créer des plans de soins.
- Travailler sur la bascule vers le système d'information [REDACTED].
- Créer des liens avec les acteurs du territoire : contact a déjà été pris avec l'équipe mobile d'hygiène du CH de Hyères et l'équipe mobile de soins palliatifs de Brignoles.
- Doter l'Ehpad d'un sac d'urgence.

**Remarque 12** : L'IDEC ne dispose pas de diplôme de coordination. Il a indiqué souhaiter s'inscrire à la formation [REDACTED], ce qui est la réponse qui avait déjà été apportée par l'établissement pour l'IDE qui l'a précédé sur ce poste.

## 5. Des RH fragiles pour des résidents très dépendants

---

### a) Les vacances de poste d'aide-soignant fragilisent la prise en charge des résidents

---

Les éléments fournis par l'Ehpad permettent de reconstituer le planning type suivant :



Ce planning appelle les observations suivantes :

Le jour :

- Présence théorique de deux aides-soignants pour une capacité d'accueil de 20 places. Les temps de pause des AS sont organisés en décalé.
- Présence d'une IDE dont les horaires de travail permettent de couvrir les trois temps essentiels de distribution des médicaments.
- Une fragilité au moment du petit déjeuner avec un temps de transmission jusqu'à 7h15, puis l'IDE seule jusqu'à 7h30, puis l'arrivée de l'ASH et de la 1<sup>ère</sup> AS à ce moment-là et enfin de la 2<sup>nd</sup> AS à 8 heures. Cette arrivée décalée induit nécessairement un décalage dans le service et l'accompagnement au petit déjeuner.
- Une fragilité au moment des repas avec la présence à partir de 12h30 d'une seule aide-soignante et de l'IDE alors que la grande dépendance des résidents nécessite une aide au repas pour 16 des 18 personnes présentes.

**Ecart 15** : Le planning cible de l'établissement a évolué favorablement depuis le contrôle sur pièces de juin 2023 avec une meilleure continuité des soins la nuit et des temps de transmission institutionnalisés entre équipe de jour et équipe de nuit. Toutefois, l'organisation mise en place présente des fragilités sur les temps de repas du petit-déjeuner et du déjeuner. L'ensemble du personnel, IDE et AS, n'est pas présent alors que les résidents très dépendants nécessitent une aide au repas. Ces éléments contreviennent à l'obligation de sécurité inscrite à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

La nuit

- La mission relève une évolution par rapport à l'organisation des soins présentée lors du contrôle sur pièces du 19/06/2023. L'établissement a renforcé la présence du personnel la nuit avec l'intervention d'un 2<sup>ème</sup> aide-soignant (lors du contrôle sur pièce, la continuité n'était pas assurée pendant le temps de pause entre 1 et 2 heures du matin).
- Les temps de pause des deux aides-soignants sont en décalé
- Des temps de transmission sont organisés entre équipe de nuit et équipe de jour : le matin entre l'IDE, un aide-soignant de jour et un aide-soignant de nuit ; le soir entre un aide-soignant de jour et un aide-soignant de nuit.

Le planning de mars 2024 montre :

- Le recours préférentiel aux deux IDE en CDI, [REDACTED]
- La présence d'une IDE tous les jours de la semaine au prix du recours à l'intérim. Sur les 31 jours de mars, l'IDE est intérimaire 7 jours dans le mois soit 22% des jours.
- Le recours à 3 aides-soignants en CDI et à l'intérim pour compenser d'une part la vacance du dernier poste et d'autre part les absences programmées ou non des titulaires. [REDACTED]
- Le recours à 9 intérimaires différents sur la période. Sur une deux équipes, le personnel est toujours du personnel intérimaire. Sur l'autre équipe, un des deux aides-soignants est intérimaire 5 jours dans le mois soit 16% des jours.
- La nuit, le recours à deux AS titulaires, un AS en contrat à durée déterminée et des intérimaires sur le 4<sup>ème</sup> poste.

La mission relève l'absence de plan de soins ce qui aurait permis aux nouveaux arrivants de s'approprier facilement les tâches à réaliser. L'IDEC a ainsi indiqué que sa priorité était d'une part la stabilisation des équipes soignantes et d'autre part leur accompagnement à la prise de poste.

**Ecart 16:** Le recours itératif à l'intérim ou au contrat court, pour les AS de jour (60 % des vacances en mars), pour les AS de nuit (50 % des vacances en mars) et dans une moindre mesure pour les IDE (22 % en mars), ne permet pas d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins d'autant que l'établissement ne dispose pas de la ressource documentaire nécessaire à la prise de poste d'un nouvel arrivant (absence de plan de soins). Ces éléments contreviennent à l'obligation de sécurité inscrite à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

## b) La prise en charge repose sur les deux IDE et les deux médecins traitants très présents

En l'absence de médecin coordonnateur sur site et prenant en compte les dysfonctionnements de la coordination médicale déjà décrits, la mission relève que l'Ehpad peut s'appuyer sur deux médecins traitants exerçant dans le même centre médical de la commune.

Au jour de l'inspection, l'un des médecins prend en charge la majorité des résidents (16 soit 89 %) et l'autre 2 résidents. Le premier intervient sur site une fois tous les 15 jours le mercredi.

En leur absence, l'établissement a recours à SOS médecins et/ou au centre 15.

Les IDE titulaires constituent le socle de la prise en charge. Elles sont un élément de stabilité en raison de leur ancienneté qui est relative mais qui les distingue au regard du turn-over dans la structure, en particulier dans la fonction d'IDEC. L'examen des dossiers informatisés montre qu'elles prennent soin de formaliser leur transmission. C'est sur leur connaissance des résidents que les intérimaires se reposent lors de leur prise de poste.

## c) La pluridisciplinarité est très limitée

L'établissement mobilise une kinésithérapeute libérale qui intervient trois fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi).

Il n'y a ni psychologue ni orthophoniste ni ergothérapeute ni psychomotricien. Si la capacité de l'établissement peut expliquer la difficulté à mobiliser ces compétences, la mission relève qu'elles sont indispensables à des soins de qualité pour des résidents grands dépendants :

- Ils présentent des troubles de la déglutition pour lesquels le bilan orthophonique serait précieux afin de prévenir des fausses routes
- Leur dépendance nécessite l'adaptation du matériel pour laquelle l'avis de l'ergothérapeute est primordial. La mission a ainsi pu constater sur site que le matériel de positionnement dans le lit ou de contention n'était pas toujours adapté aux résidents qui se trouvaient allités de façon inconfortables.
- L'institutionnalisation, le confinement au lit ou en chambre en lien avec la structuration des locaux et leur grande dépendance demandent un accompagnement psychologique.

**Ecart 17** : Le manque de pluridisciplinarité est un obstacle à une prise en charge de qualité chez des résidents grands dépendants en particulier par l'absence d'accompagnement psychologique, l'absence de bilan de déglutition et le défaut d'adaptation du matériel aux résidents grands dépendants. Cela contrevient à l'article D 312-155-0 du CASF.

#### d) L'animatrice intervient sur deux Ehpad

---

L'organigramme en termes d'animation prévoit un ETP à 0,50.

L'animatrice n'était pas sur site le jour de l'inspection. Elle est mise à disposition par un autre Ehpad du groupe.

Un programme sur 15 jours est affiché dans l'Ehpad au niveau de la salle collective.

Le programme d'animations montre des animations de type jeux de mots, quiz, jeux de société, karaoké.

Une animation a été effectuée par un prestataire extérieur le dimanche précédent l'inspection (spectacle musical).

Il n'y pas d'ateliers spécifiques adaptés au public accueilli en grande perte d'autonomie qui pourraient être conduits par un(e) psychologue ou un ergothérapeute.

#### e) Les dossiers RH sont incomplets

---

La mission inspection, a procédé à l'examen des dossiers du personnel mis à disposition par la direction.

Au total quatorze dossiers ont été transmis [REDACTED]

L'examen de ces dossiers a révélé que les 14 salariés disposaient d'un contrat de travail. En revanche, aucun dossier ne contenait de fiche de poste.

S'agissant des diplômes, l'ensemble des salariés détient un diplôme correspondant au poste occupé. A noter qu'une aide-soignante ne dispose que du diplôme provisoire.

Concernant les extraits de casier judiciaire, seul celui de la directrice a été transmis.

**Ecart 18** : Les dossiers du personnel ne sont pas conformes à la réglementation en l'absence de traçabilité des casiers judiciaires ce qui contrevient à l'article L.133-6 du Code de l'action sociale et des familles.

## f) Le climat social est tendu du fait de l'absentéisme et des conditions de travail dégradées

---

Les entretiens menés sur site par la mission ont montré une dégradation du climat social dont les causes sont plurifactorielles :

- Les vacances de poste et le recours à l'intérim entraînent pour le personnel titulaire une charge de travail supplémentaire (nécessité d'accompagner le nouvel arrivant) et une charge mentale (obligation d'avoir à faire face avec les personnels en présence) dans une structure où le nombre de soignants est limité.
- Les conditions de travail sont dégradées avec l'absence de salle de repos pour le personnel et l'inadaptation des locaux pour les résidents grands dépendants. Il a été indiqué à la mission qu'il fallait une heure pour descendre par le monte-charge les résidents du 1<sup>er</sup> étage à la salle commune en rez-de-chaussée et autant pour les remonter. De ce fait, les résidents du 1<sup>er</sup> étage descendent pour le repas de midi et prennent leurs deux autres repas en chambres.
- Une gouvernance récente avec une nouvelle directrice présente depuis moins d'un an et un IDEC arrivée en février 2024 après une période de turn-over important.
- Un groupe gestionnaire absent. Les gestionnaires ne sont pas identifiés par le personnel qui n'a pas non plus de visibilité sur la stratégie quant à l'avenir de l'Ehpad.

## 6. Un besoin de prise en charge en soins important

### - Un niveau de dépendance très important

Comme indiqué précédemment, le dernier GMP validé [REDACTED] Il s'agit d'un des [REDACTED] GMP les plus élevés de la région PACA. [REDACTED]

Au jour de l'inspection, le GIR avait été évalué pour chaque résident à l'exception du dernier entrant :

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au 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 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

[REDACTED] en GIR 1 ce qui signifie que le résident est confiné au lit ou au fauteuil, avec des fonctions mentales qui sont gravement altérées et qu'il nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

[REDACTED] en GIR 2 ce qui signifie que le résident est confiné au lit ou au fauteuil, avec des fonctions mentales qui ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou avec des fonctions mentales altérées mais une capacité à se déplacer et nécessitant une surveillance permanente.

Tous les résidents du 1<sup>er</sup> étage sont classés [REDACTED] que le transfert vers le rez-de-chaussée est complexe et insécurisé du fait d'un escalier central et d'un monte-charge. Ces résidents nécessitent un accompagnement psychologique et des soins d'orthophonie qui ne peuvent leur être fournis ; des soins infirmiers prodigués par les deux IDE et des aides dans les actes de la vie quotidienne qui ne sont pas assurés du fait de la fragilité des ressources en aides-soignants.

La mission relève que l'Ehpad n'a pas envisagé le transfert de ces résidents même s'ils dépassent sa capacité de prise en charge. Elle relève également qu'il n'adapte pas ses admissions malgré la formalisation récente d'une procédure d'admission (09/10/2023) qui prévoit une collégialité de la décision (direction / télécoordination et IDEC). [REDACTED]

**Ecart 19** : Le niveau de dépendance élevé des résidents de l'Ehpad contraste avec les moyens humains mis à disposition (fragilité des aides-soignants ; absence de pluridisciplinarité) et les modalités d'hébergement (monte-charge entre les deux étages ; absence de rail de transfert) ce qui contrevient aux obligations de sécurité de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

### - De multiples supports de traçabilité fragilisent la prise en charge et entraînent l'absence de vision globale du résident

---

L'établissement dispose du logiciel [REDACTED]. L'IDEC a indiqué à la mission d'inspection un changement de système d'information à venir pour [REDACTED].

Au jour de l'inspection, il dispose de multiples supports de traçabilité :

- Le système d'information est utilisé essentiellement par les IDE dont les transmissions sont précises et détaillées. Il est, par contre, peu voire pas utilisé par les médecins traitants et par les AS. L'intervention des intérimaires constitue un des freins à une bonne appropriation de ce support de transmission (manque d'appétence ; méconnaissance de l'outil ; code d'accès...).
- Un cahier de transmissions pour le lien IDE-médecin traitant.
- Un classeur pour les traitements médicamenteux.
- Un classeur des mesures de contentions
- Un classeur pour les dossiers de liaison d'urgence (les DLU générés à partir de TITAN ® sont incomplets)
- Un classeur pour les fiches d'événement indésirable grave (une seule fiche non datée remplie ; les autres fiches sont vierges).

Certains supports ne sont pas mis à jour comme ceux posés sur le chariot de soins de l'aide-soignant intérimaire présent le jour de l'inspection et qui sont censés l'aider dans sa prise de poste :

- Le trombinoscope n'est pas daté et incorrect : par exemple, erreur de chambre pour la résidente de la chambre 0 positionnée sur le document en 3F / présence en chambre 0 d'une résidente dont le nom n'apparaît pas sur la liste fournie par l'établissement. Ceci peut générer des risques en termes d'identitovigilance.
- Une fiche de planification journalière des soins éditée le 13/03/2023 et qui fait apparaître le nom de 5 résidents non présents à l'effectif le jour de l'inspection.

L'évaluation gériatrique n'est pas formalisée.

- Les contentions sont nombreuses et non encadrées

L'IDEC a indiqué à la mission que les prescriptions de contention étaient obsolètes et que le point qu'il avait réalisé le matin même de l'inspection montrait que 16 des 18 résidents faisaient l'objet d'au moins une mesure de contention.

Le médecin inspecteur a consulté les prescriptions de contention qui sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

--

La mission relève :

- Que 13 résidents sur 18 font l'objet d'une mesure de contention tracée ce qui ne correspond pas à la réalité observée par l'IDEC (16 sur 18) : certaines mesures de contention ne sont donc pas prescrites.
- Que les mesures de contention prescrites sont extensives, 3 résidents ont une prescription pour une contention au fauteuil et au lit, 6 ont une contention par barrières de lit la nuit et le jour.
- Que les durées de prescription ne sont pas toujours précisées, quand elles le sont ne sont pas respectées et peuvent s'inscrire dans un délai (6 mois) qui est trop long pour une mesure dont les conséquences sur le résident peuvent être délétères et qui nécessite une réévaluation fréquente.
- Que les prescriptions sont obsolètes.
- Que le consentement du résident ou de ses proches n'est pas recueilli.

La HAS a rappelé dès 2017 que « l'utilisation de mesures telles que ... la contention constitue une restriction majeure à la liberté individuelle. Recourir à ces pratiques doit donc rester exceptionnel et limité dans le

temps. Leur mise en œuvre implique le respect de la dignité, de la sécurité, du confort du patient et nécessite une surveillance clinique attentive. »

La mission relève l'absence d'encadrement médical des mesures de contention mises en place par l'Ehpad. Si l'IDEC a exprimé la volonté de se saisir de cette question, aucun élément (ni à la consultation des dossiers des résidents ni lors des entretiens) n'indique que le médecin télécoordonnateur a effectué un point de situation sur l'année écoulée, a recherché des mesures alternatives et réévalué le rapport bénéfices/risques de ces mesures. L'établissement a fourni à la mission un modèle type de prescription de contention qui n'est pas utilisé. Il ne dispose pas de procédure.

La HAS rappelle ainsi que l'utilisation des moyens de contention augmentent le risque de chutes graves, d'escarres et d'infections nosocomiales et peut entraîner des décès.

**Ecart 20** : L'établissement utilise de manière extensive les mesures de contention sans formalisation ni des prescriptions médicales ni du consentement du résident ou de sa personne de confiance. Cela induit une restriction majeure de liberté individuelle et des risques de chutes graves et de perte d'autonomie. Cela contrevient aux obligations de respect des droits et libertés des résidents prévu à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

#### - Les IDE ont bien investi le circuit du médicament

La convention avec l'officine de pharmacie fait partie des documents demandés par la mission mais elle n'a pas été fournie par l'établissement.

Le circuit du médicament tel que décrit et observé est le suivant :

- Les prescriptions médicales sont faxées à la pharmacie et l'IDE appelle l'officine si elles nécessitent un approvisionnement en urgence afin de s'assurer de la prise en compte de la demande.
- Les livraisons sont effectuées le jeudi pour la constitution des piluliers à compter du lundi. En cas de besoin urgent, une livraison supplémentaire est effectuée.
- La dispensation est individuelle nominative.
- La mission relève que les locaux ne permettent pas aux IDE d'utiliser le chariot des médicaments pour l'administration et qu'elles ne disposent pas d'ordinateur portable ou de tablette.
- Elles ont mis en place un système de « bannettes » dans lesquelles elles transfèrent les médicaments nécessaires à la distribution des médicaments en chambres ou en salle commune.
- Elles tracent les traitements à leur retour dans le bureau infirmier. Le petit nombre de résidents et la bonne connaissance que les IDE ont de la structure limitent le risque à ce niveau.

Trois points de fragilité ont été identifiés :

- L'absence de sac d'urgence en cours de constitution par l'IDEC au jour de l'inspection et pour lequel il rencontrait une difficulté pour l'approvisionnement en médicaments, le MEDCO refusant de les prescrire alors qu'il s'agit d'une prescription de médicaments à usage professionnel.
- Une dotation pour besoins urgents pléthorique. Il a été indiqué à la mission que la pharmacie d'officine ne reprenait pas les médicaments non utilisés alors que cela relève d'une obligation réglementaire.
- Une absence de sécurisation du processus de broyage des médicaments. Il n'existe pas de liste de médicaments à ne pas broyer. Les IDE indiquent médicament à piler quand elles évaluent que le résident a des difficultés de déglutition. L'absence d'orthophoniste, la non évaluation par le médecin coordonnateur des médicaments écrasables ou non ne permettent pas de sécuriser le processus.

**Ecart 21** : L'absence de convention avec la pharmacie d'officine (prévue à l'article R4235-60 du Code de la santé publique), de sac d'urgence, de listes de médicaments écrasables et une dotation pour besoins urgents pléthorique présentent autant de risques pour la sécurité du circuit du médicament et donc des résidents ce qui contrevient aux obligations de sécurité de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

## 7. Conclusion

---

L'Ehpad les Serves est un établissement à but lucratif de faible capacité (20 places) dont le GMP est particulièrement élevé par comparaison aux autres établissements de la région PACA.

Sur les trois dernières années, les signaux d'alerte se sont multipliés : réclamations d'usagers, signalements de professionnels, évènements indésirables déclarés par l'établissement. Le rapport effectué lors du contrôle sur pièces réalisé en juin 2023 et la contamination du réseau d'eau par les légionelles ont renforcé les préoccupations des autorités de contrôle et de tarification, la multiplication des signaux étant tout à fait inhabituelle pour un établissement de cette taille.

Si la gouvernance est constituée, l'arrivée récente de la directrice, très récente de l'IDEC et la coordination médicale à distance sont des facteurs de préoccupation après un turn over important sur ces fonctions et des périodes de vacance de poste. L'Ehpad ne dispose pas des outils institutionnels nécessaires à une bonne organisation de sa gouvernance. Il ne s'est pas approprié les outils issus de la loi de 2002. Le groupe gestionnaire est absent. Les relations avec les usagers ne sont pas normées et peu respectueuses de leur droit.

L'inspection sur site a mis en évidence de nombreux facteurs d'insécurité au niveau des locaux, que ce soit à l'extérieur de l'établissement avec un risque de fugues et d'intrusions ou à l'intérieur de l'Ehpad dont les locaux sont apparus mal entretenus aussi bien en termes d'hygiène que de bâti et le mobilier vétuste. La non adaptation de ces locaux au profil grand dépendant des résidents s'illustre en particulier par la non sécurisation de l'escalier et de l'élévateur.

Comme déjà noté dans le contrôle sur pièces, les ressources humaines sont fragiles avec un recours à l'intérim important (en particulier pour les aides-soignants) et un manque de pluridisciplinarité. Les dossiers du personnel sont incomplets avec l'absence de fiche de poste et de traçabilité du casier judiciaire (sauf pour la directrice).

Enfin, la multiplication des supports de traçabilité en termes de soins ne permet pas de garantir la continuité des soins et une vision globale de l'état de santé du résident. La bonne connaissance que les deux IDE ont des personnes âgées hébergées permet d'y pallier. L'utilisation importante et sans encadrement des moyens de contention témoigne du défaut de coordination médicale et de la faible appropriation du respect des droits des résidents dans la structure malgré la bonne volonté du personnel.

L'ensemble de ces éléments montre que la sécurité des résidents, leur bien-être physique et moral ne sont pas respectés.

Le 26/03/2024

Le médecin inspecteur de santé publique

La contrôlease des établissements et services  
médico-sociaux

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Le contrôleur désigné

## Annexes

---

### Annexe 1 : Lettres de mission / lettre d'annonce

---

## Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection

Les documents remis sur site sont cochés dans la colonne de droite.

Liste des documents à récupérer immédiatement à l'arrivée sur site en perspective de la visite des locaux et des entretiens :

	Planning IDE, IDEC, AS, ASH, MEDEC du jour de l'inspection	√
	Liste et Nombre de pensionnaires présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, date de naissance et mesure de protection judiciaire)	√

Liste des documents à demander à la direction de l'établissement à l'arrivée sur site pour mise à disposition de la mission d'inspection pour consultation sur place :

	Diplômes du personnel : medco, idec, ide, as, ash, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP	√
	Contrat de travail (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP	√
	Ouverture d'un accès au logiciel de soins pour le ou les médecins de la mission d'inspection et mise à disposition d'un ordinateur	√

Liste des documents à demander à la direction de l'établissement pour remise à la mission d'inspection au terme de la visite :

	Organigramme nominatif de la structure / si évolution depuis le contrôle sur pièces	√
	Procédure d'astreinte / si évolution depuis le contrôle sur pièces	Absence de procédure
<b>LA DIRECTION</b>		
	Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur	√
0	Document Unique de Délégation pour le Directeur salarié / si évolution depuis le contrôle sur pièces.	√
1	Document précisant les jours de présence du directeur si direction sur plusieurs sites	Contrat de travail
2	Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci / si évolution depuis le contrôle sur pièces	Absence de procédure
3	Le dernier PV de la commission de sécurité	√

<b>PILOTAGE, COORDINATION ET COMMUNICATION</b>		
4	Projet d'établissement/ si évolution depuis le contrôle sur pièces	Absence
5	Le livret d'accueil/ si évolution depuis le contrôle sur pièces	√
6	3 derniers Comptes rendus des réunions entre le directeur et le directeur régional (privé lucratif)	Absence
7	3 derniers Comptes rendus des réunions de direction (CODIR)	√
8	3 derniers PV du Conseil de la Vie Sociale et de la Commission d'animation	Absence CR réunion des familles du 12/04/2023
9	3 derniers PV de la Commission des menus	Absence
0	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) / si évolution depuis le contrôle sur pièces	√
1	La procédure de gestion des réclamations des usagers et/ou de leurs familles	Absence
<b>LES EFFECTIFS DE PERSONNEL</b>		
2	Planning d'organisation des soins (AS et IDE) et ASH « type » de l'établissement (celui qui décrit votre organisation cible pour assurer la prise en charge des résidents)	Absence
3	Planning du personnel de février (réalisé) et mars (jour et nuit) : IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)	OK pour mars
5	Plan de formation en interne/externe / si évolution depuis le contrôle sur pièces	Absence
<b>PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE</b>		
5	RAMA (dernier disponible)	Absence
6	Compte-rendu de la commission de coordination gériatrique de l'année en cours et de l'année N-	Absence
7	Procédure d'admission	√
8	Procédure contention / chutes et circuit du médicament et convention avec la pharmacie	Absence

Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien

Directrice de l'Ehpad	
Adjoint de direction	
IDEC	
IDE	
Famille	





---

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille  
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03  
Standard : 04 13 55 80 10