

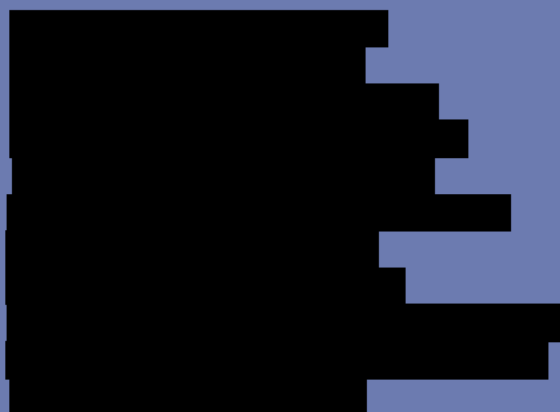
Inspection

EHPAD « Au Bel Age »

294 AVENUE DE LA MER
06220 VALLAURIS

Rapport

Inspection du 16 et 17 février 2022



SOMMAIRE

Introduction	4
Partie 1 : Une absence d'organisation institutionnelle compromettant la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents	5
1 Une gouvernance de l'établissement structurellement défaillante	5
1.1 Une absence de directeur : une situation connue de tous	5
1.2 Une suppléance à la direction inadaptée	6
2 Une politique de ressources humaines défaillante compromettant la qualité, la continuité de la prise en charge ainsi que la sécurité des résidents	7
3 Un glissement de tâche des personnels impactant la prise en charge des résidents	9
4 Une culture professionnelle insuffisante	9
5 Un établissement isolé : une vie sociale restreinte	10
6 Des mesures attentatoires aux droits des résidents	11
Partie 2 : Des conditions d'hébergement vétustes et non sécurisées pour les résidents	12
1 La buanderie n'est pas conforme aux recommandations des bonnes pratiques	12
2 Les conditions d'accueil en chambre sont dégradées et sources de danger pour les résidents	14
2.1 L'inspection des locaux a mis en évidence des zones de danger pour les résidents	14
2.2 Les conditions d'accueil en chambre sont dégradées et privatives de libertés pour plusieurs d'entre elles	15
2.3 Un dispositif d'appel malade non opérationnel impactant la sécurité des résidents	11
Partie 3 : Une prise en charge en soins des résidents fragile impactant la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents	18
1 Qualité et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	18
1.2 Système documentaire (documents, procédures et protocole)	19
1.3 Dispositions pour garantir la continuité de la PECM	20
1.4 Prise en charge médicamenteuse	21
1.4.1 La conformité de la prescription	21
1.4.2 La dispensation	23
1.4.3 Les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse	23
1.5 Organisation pharmaceutique	23
1.5.1 Le local pharmacie / stockage des médicaments	24
1.5.2 La préparation des médicaments	26
1.5.3 La gestion des stupéfiants	27
1.5.4 L'oxygénothérapie	28
1.5.5 Le chariot d'urgence	28
1.6 Administration des médicaments	28
2 Une prise en charge en soins des résidents défaillante	29
Partie 4 : L'EHPAD au bel âge ne s'est pas approprié la culture de la gestion du risque	38
1 Une gestion non maîtrisée des risques liée aux légionnelles et un manque de suivi des risques liés à l'alimentation en eau potable, aux déchets d'activité de soins à risques infectieux (dasri) et l'amiante	238
1.1 Contexte et objectifs de l'inspection	38

<i>1.2 Les mesures mises en œuvre dans l'établissement</i>	39
<i>1.2.1. Lutte contre la légionellose</i>	39
<i>1.2.2. Gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (dasri)</i>	41
<i>1.2.3. Diagnostic amiante</i>	42
2 Une politique des EIG associés ou non aux soins inopérante	42
Conclusion	43

Introduction

A la suite d'une réunion sur site dont l'objet était le conflit entre le gestionnaire et le propriétaire se traduisant par une mesure d'expulsion puis d'une visite réalisée par la Délégation Départementale des Alpes-Maritimes et le Conseil Départemental des Alpes-Maritimes le 13 octobre 2021 au sein de l'EHPAD « Au Bel Age », une inspection conjointe a été diligentée, 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, au sein de l'EHPAD « Au Bel Age », situé à Vallauris.

Cette mission inopinée a été effectuée sur site les 16 et 17 février 2022 par une équipe composée :

➤ Pour l'ARS PACA :

[REDACTED]

➤ Pour le Conseil départemental des Alpes-Maritimes :

[REDACTED]

L'objectif assigné à cette mission ([REDACTED]) était de vérifier et d'analyser :

- La gouvernance
- Les conditions d'hébergement
- La prise en charge des résidents notamment médicale
- Le circuit du médicament
- La gestion des événements indésirables
- La gestion du risque légionnelle

L'établissement avait fait l'objet d'une inspection conjointe le 25 novembre 2010 puis le 6 juillet 2011 afin de vérifier la mise en œuvre des mesures correctives. Ces dernières se sont révélées insuffisantes ou inexistantes.

A son arrivée, à 8h30, l'équipe d'inspection a été accueillie par la responsable du personnel de l'établissement et a présenté un passe sanitaire.

La responsable du personnel puis la coordinatrice de la mission ont informé le directeur et le directeur général de la SAS Au Bel Age d'une inspection au sein de l'EHPAD mais ils ne se rendront pas sur site.

Les écarts et remarques formulés par la mission ont vocation à servir de fondement aux mesures administratives que prendront le Directeur général de l'ARS Paca et le Président du Conseil départemental, commanditaires de la mission, à l'issue de la procédure contradictoire.

Partie 1 : Une absence d'organisation institutionnelle compromettant la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents

1 Une gouvernance de l'établissement structurellement défaillante

1.1 Une absence de directeur : une situation connue de tous

■■■■■. est directeur de l'EHPAD ■■■■■ date de signature du contrat de travail à durée indéterminée. Un avenant de modification au contrat du directeur en date du 22 septembre 2011 (■■■■■) prévoit l'augmentation du temps de travail à hauteur d'un temps plein dès octobre 2011.

A l'arrivée de la mission d'inspection, l'équipe a été reçue par ■■■■■, responsable du personnel. Le directeur n'était pas présent et n'a pas répondu à son appel. Aucune justification n'a pu être donnée sur son absence alors même que le planning du mois de février prévoit un temps de présence du directeur du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 15h à 19h.

Lors de l'entretien avec la responsable du personnel qui a débuté à 10h10, cette dernière n'avait toujours pu joindre le directeur de l'établissement.

L'équipe d'inspection a cherché à le joindre en fin de matinée sans succès et a été recontacté en début d'après-midi. Le directeur a expliqué ne pouvoir se rendre au sein de l'EHPAD, être absent, sans pour autant être en congés, ■■■■■.

A noter que le directeur général de la SAS Au Bel Age, ■■■■■, a également été joint par l'équipe d'inspection en fin de matinée, il a déclaré ne pas être disponible pour se rendre sur site, et était informé que le directeur ne pouvait s'y rendre également tout en « pensant » que ce dernier est en vacance.

Remarque 1 : Le directeur d'établissement n'est pas joignable par son équipe et ses jours de présence prévus ne sont pas respectés.

Remarque 2 : Dans un contexte d'inspection sur site, la mission constate que ni le directeur, ni le gérant n'ont pris la mesure des enjeux et de la nécessité de se rendre disponibles afin d'apporter les informations utiles à la compréhension du fonctionnement de l'établissement.

Le directeur, exerce également la fonction de directeur de l'EHPAD Kérios sis à ■■■■■ dans le département du Var, tels qu'en témoignent deux contrats de travail (■■■■■).

Le plus récent, ■■■■■ est un contrat de travail à durée indéterminée à temps complet, engageant ■■■■■ en qualité de directeur d'établissement de l'EHPAD Kérios dans le département du Var.

Remarque 3 : Ces contrats de travail de 2019 et 2020 organisent la présence de ■■■■■ en tant que directeur sur l'EHPAD ■■■■■ du Var comme activité principale, sans que soit fait mention d'une présence obligatoire et régulière sur le site de l'EHPAD Au Bel Age. ■■■■■ dispose donc de deux contrats à durée indéterminée à temps complet de directeur de deux établissements, ce qui ne semble pas réglementaire au regard du droit du travail.

L'absence du directeur est corroborée par plusieurs faits. Tout d'abord, il ne dispose pas de bureau au sein de l'EHPAD. Ensuite, les personnels ont indiqué lors des entretiens ne pas l'avoir vu depuis plus d'une année sur site. La responsable du personnel indique l'avoir vu trois fois depuis le début de l'année 2022. Cette dernière indique échanger par mail ou par téléphone avec le directeur en tant que de besoin. La copie de certains mails transmis à la mission inspection démontre que ■■■■■ signe en tant que directeur de l'EHPAD ■■■■■.

De plus, le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale date du 15 janvier 2020 relate le fait que les familles ■■■■■ La réponse apportée par la direction est que ce dernier « apporte de l'aide sur un établissement du Var ».

Ecart 1 : Au regard des éléments constatés lors de l'inspection et à la lecture des contrats de travail, il apparaît que le poste de directeur de l'EHPAD au Bel Age n'est pas occupé par ■■■■■ qui exerce à temps plein sur un autre établissement.

Enfin, dans un contexte de crise sanitaire connu depuis plus de deux années renforce l'importance de disposer d'un pilotage de proximité au sein des EHPAD permettant une vigilance renforcée et un soutien actif du personnel, des résidents et de leur famille. Ce qui n'est pas le cas au sein de l'EHPAD Au Bel Age.

En engageant, à temps plein, le directeur sur un autre de ses établissements, outre le respect du droit du travail, le gestionnaire n'a pas pris la mesure de la gravité de la situation et la nécessité d'un pilotage dans l'accompagnement médico-social des résidents, l'organisation du fonctionnement de l'établissement et le management de l'équipe pluridisciplinaire. D'autant plus que la mission a constaté que l'absence de direction est compensée de manière inadéquate.

Ecart 2 : En laissant une direction à distance qui est inopérante depuis plus de deux ans en période de crise sanitaire, le gérant n'a pas mis en place tous les moyens pour assurer une prise en charge sécurisée des résidents.

1.2 Une suppléance à la direction inadaptée

La responsable du personnel, ■■■■■, occupe ce poste depuis le 1^{er} août 2014, date de la signature de son avenant au contrat de travail. Elle ne dispose pas de fiche de poste, ses missions sont précisées dans l'avenant à son contrat de travail.

Les entretiens réalisés par la mission d'inspection ont permis de démontrer que ■■■■■ est identifiée comme la responsable en l'absence du directeur de l'établissement. Elle a d'ailleurs été l'interlocutrice de la mission d'inspection.

La responsable du personnel ne dispose pas de délégation de compétences. Elle ne dispose pas non plus de diplôme nécessaire à la direction d'un EHPAD. Ses horaires telles que prévues dans son contrat et déclarées par elle-même sont 8h-15h du lundi au vendredi. Elle quitte donc la structure à 15h laissant l'infirmier seul responsable de la prise en charge et du fonctionnement de l'EHPAD. Elle indique être joignable par téléphone en cas de besoin et précise que la secrétaire comptable, qui n'a aucune fonction d'encadrement, est présente jusqu'à 17h. Aucune procédure d'astreinte n'est rédigée.

La suppléance de la direction n'est donc pas organisée, que ce soit de manière pratique ou administrative par la rédaction de documents formalisés à destination du personnel et des familles.

Bien qu'identifiée comme responsable en l'absence du directeur, la responsable du personnel n'a pas été capable de répondre à certaines des questions de la mission d'inspection, notamment sur les attendus au sein d'un établissement de type EHPAD.

Par ailleurs, les missions de la responsable du personnel, telles que décrites dans son contrat de travail, comprennent notamment le contrôle du travail des salariés. Pour autant, les entretiens ont permis de révéler que cette mission n'est pas réalisée. En effet, la responsable du personnel a déclaré ne pas contrôler ou évaluer les salariés, estimant que chaque salarié sait ce qu'il doit faire.

De plus, aucun espace de communication entre les salariés et la direction de l'établissement n'est formalisé. Les entretiens réalisés avec les salariés permettent de relever un sentiment d'abandon lié à l'absence de directeur. Les salariés n'ont que peu de retours à leurs demandes relatives à l'amélioration de leurs conditions de travail. Ces derniers ne s'estiment pas encadrés et leurs doléances peu prises en compte au motif que l'établissement a des difficultés financières. Le personnel précise à la mission que les salaires sont versés très tardivement, aux alentours du 10 du mois.

Remarque 4 : Les pratiques professionnelles des salariés ne sont pas évaluées ou analysées ce qui entraîne un risque pour la qualité de la prise en charge des résidents.

Le triptyque classique participant à la gouvernance d'un EHPAD à savoir le directeur, le médecin coordonnateur et l'infirmier coordonnateur (IDEC) n'est pas constitué, de par l'absence du directeur en premier lieu mais également par l'absence d'infirmier coordonnateur depuis plus de deux années, et d'un médecin faisant fonction de MEDEC. Cette fragilité du trépied Direction-MEDCO-IDEC fragilise l'organisation des soins et ne permet pas une prise en charge continue, de qualité et sécurisée des résidents.

Ecart 3 : Au regard de ces éléments, il apparaît que le pilotage de l'EHPAD Au Bel Age n'est pas assuré. De plus, la responsable administrative ne dispose pas des compétences nécessaires à la conduite d'un EHPAD. De surcroît, du fait du départ de la responsable du personnel à 15h, les soignants de la structure n'ont aucune personne physiquement présente à qui se référer en cas de difficulté mise à part la secrétaire comptable de l'EHPAD qui n'a aucun rôle d'encadrement. Cette défaillance de la gouvernance est porteuse de risques pour la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

2 Une politique de ressources humaines défaillante compromettant la qualité, la continuité de la prise en charge ainsi que la sécurité des résidents.

La mission d'inspection a procédé à la vérification des documents relatifs au personnel. Cependant elle n'a pas été en mesure de vérifier l'ensemble des documents : contrat de travail, diplôme, inscription RPPS pour les professionnels de santé et l'extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire, fiche de poste, document attestant que le personnel est suivi par la Médecine du Travail car certains dossiers étaient incomplets.

Ecart 4 : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir que les prestations sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées conformément à l'article L312-1-II du CASF. De plus, en ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.

Remarque 5 : L'absence de fiche ne permet pas de préciser les missions et responsabilité de chaque professionnel ce qui est susceptible d'engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (recommandation HAS : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008)

➤ Une équipe hôtelière et de confort insuffisante impactant sur la qualité de la prise en charge des résidents

Le planning des « agents de confort » indique la présence, le jour de l'inspection, de 7 personnes, dont :

- 2 agents au service et à la plonge ;
- 5 agents de confort dont l'agent d'entretien.

Service et plonge :

Un agent (12h40 – 15h00 / 15h20 – 20h), en CDI depuis le 11 mai 1995 à temps complet, travaille à la restauration : plonge, rangement vaisselle, préparation du goûter, préparation des tables et plateaux repas du dîner.

Un agent polyvalent (8h00 – 15h00). Selon son CDI d'avril 2003, avec le prestataire [REDACTED]. Ce contrat stipule que l'intéressée poursuivra sa mission à l'EHPAD Au Bel Age s'il était mis fin à son contrat chez [REDACTED]

Un agent au service, est en repos le jour de l'inspection.

Agent des Services Hospitaliers :

Selon le planning, un seul agent est identifié comme ASH, en repos le jour de l'inspection.

Agents de confort :

[REDACTED] agents, dont l'agent d'entretien, sont en contrat à durée indéterminée.

L'amplitude horaire de présence des agents de confort, hors agent d'entretien, est de 7h00 à 13h00.

Selon les échanges avec le personnel, du fait de l'absence d'agent de confort à partir de 13h00, les aides-soignantes sont chargées de débarrasser les plateaux l'après-midi et le soir ; elles se chargent également de la récupération et de la distribution du linge : tâches normalement dévolues aux ASH.

Remarque 6 : L'absence de personnel dit de confort après 13h00 génère un glissement des tâches vers les aides-soignantes en nombre insuffisant ce qui impacte sur la qualité de la prise en charge des résidents.

➤ **Une équipe soignante insuffisante impactant sur la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents**

Le médecin coordonnateur, en poste [REDACTED] a un contrat de travail pour [REDACTED] heures par semaine, soit [REDACTED] ETP. Il est présent sur l'établissement, d'après le planning remis, tous les jeudis et un samedi sur deux (8h30 – 12h00 / 12h30 – 19h00).

Pour une capacité autorisée de [REDACTED] résidents, le médecin devrait avoir un temps de présence à [REDACTED] ETP. Par ailleurs, ce médecin occupe un autre poste de médecin coordonnateur dans un établissement du Var, ce qui le rend peu disponible physiquement en cas de besoin. Enfin, il ne dispose pas des diplômes nécessaires à l'exercice d'une mission de médecin coordonnateur au sein d'un EHPAD et de ce fait ne peut être qualifié de médecin coordonnateur.

Ecart 5 : La mission constate que la direction a recruté un médecin faisant fonction de médecin coordonnateur depuis 10 ans et que la présence de ce dernier ne correspond pas au temps réglementaire.

L'IDEC est en arrêt maladie depuis 18 mois et n'a pas été remplacée. Cette absence d'IDEC génère un manque d'organisation des soins et de coordination impactant la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.

[REDACTED] IDE sont inscrits au planning et travaillent en alternance. L'IDE, présent le jour de l'inspection, est en CDI à temps plein depuis le 10 mars 2021. Sa collègue, en repos, est en CDI à temps plein depuis 27 décembre 2021. Les IDE sont présents de 8h30 à 12h30 et de 14h30 à 20h00, aucune présence médicale n'est assurée durant la pause méridienne.

L'analyse du planning des aides-soignants indique que pour 90% des journées du mois de février, l'équipe est composée de [REDACTED] d'aides-soignantes pour [REDACTED] résidents.

La mission constate qu'une aide-soignante est en pause méridienne à 12h00 au moment du repas qui demande pourtant au personnel une vigilance particulière entre les sollicitations des résidents et l'aide au repas pour certains. Ce qui signifie que [REDACTED] aides-soignants sont présents au moment du repas en sachant que certains résidents déjeunent en chambre.

La mission constate que de 13h00 à 15h00, une seule aide-soignante est présente dans l'établissement pour assurer la prise en charge de [REDACTED] résidents dont certains sont déambulants avec des troubles neurodégénératifs et certains sont en chambre dans des bâtiments distincts avec un système d'appel malade non opérationnel. A cela s'ajoute l'absence de l'IDE en pause méridienne de 12h30 à 14h00.

La mission constate qu'un aide-soignant termine sa journée à 19H au moment de la fin des repas et des couchers des résidents, tâches qui demande une vigilance particulière.

Enfin, la mission constate que l'amplitude horaire de présence d'agents, la nuit, est de 20h00 à 7h00. Cependant de 6h00 à 7h00, seule l'ASH faisant fonction est présente sur l'établissement de 6h00 à 7h00, pour assurer la surveillance de [REDACTED] résidents hébergés dans deux bâtiments distincts avec un système d'appel malade non opérationnel. Il en est de même de 20h à 21H, seul un aide-soignant est présent.

Remarque 7 : La présence d'une seule personne, non qualifiée, entre 6h00 et 7h00 et d'un aide-soignant de 20h00 à 21h00 sur l'établissement, présente un risque pour la sécurité des résidents notamment au regard de la configuration de l'établissement sur deux bâtiments et du profil des résidents accueillis.

Par ailleurs, les transmissions des informations concernant les personnes prises en charge ne sont pas organisées et formalisées entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.

Remarque 8 : L'absence de temps de transmission, compte-tenu des horaires des IDE, AS de jour et AS de nuit, ne permet pas une circulation optimale des informations et présente un risque pour la continuité de la prise en charge et la diffusion des pratiques professionnelles.

Remarque 9 : Dans ce contexte, la mission constate que la prise en charge des résidents ne peut être ni adaptée ni sécurisée. En effet, des locaux inadaptés conjugués à un manque de personnel soignant génèrent un risque

sur la sécurité des résidents de surcroît avec des résidents déambulants avec des troubles neurodégénératifs et un système d'appel malade défaillant.

3 Un glissement de tâche des personnels impactant la prise en charge des résidents

L'absence de directeur sur site, d'IDEC et de personnel ASH en nombre suffisant induit des glissements de tâches, ce qui est corroboré dans les différents entretiens avec le personnel.

- *En l'absence de directeur sur site*, la fonction de direction est reportée sur la responsable du personnel. Or, cette dernière n'a ni la délégation, ni les qualifications ni les compétences dans le pilotage d'un EHPAD.

- *En l'absence d'IDEC*, un infirmier n'ayant pas le diplôme de cadre de santé ni la formation d'IDEC assure partiellement les missions d'IDEC. De plus, à partir de 15h00 l'IDE est le seul cadre dans l'établissement.

- *En l'absence d'ASH en nombre suffisant ou inexistant sur certaines plages horaires*, les missions des ASH sont reportées sur les aides-soignantes. Alors que ces dernières sont en nombre insuffisant pour assurer la prise en charge de ■ résidents.

Il ressort des entretiens qu'au motif de difficultés financières, la direction ne peut pas répondre favorablement aux demandes de renfort de personnel.

Ecart 6 : L'absence de directeur sur site, d'IDEC et de personnel ASH en nombre suffisant génèrent un glissement de tâche impactant la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.

La mission constate une accumulation de défauts dans la gestion des ressources humaines ne garantissant pas la qualité de la prise en charge des résidents, leur sécurité ainsi que leur bien-être physique et moral.

4 Une culture professionnelle insuffisante

Au travers des échanges avec la responsable RH du personnel, il est apparu une absence de connaissance des fondamentaux du fonctionnement d'un EHPAD. Aucune coordination n'est mise en place positionnée comme responsable et chargée du quotidien en l'absence de directeur elle ne possède pas les qualifications de directrice et n'est pas associée aux projets. Ainsi elle n'a pas eu connaissance du CPOM signé en 2021 définissant les actions que doit entreprendre l'établissement.

Le plan de formation pour l'année 2021-2022 n'a pas été transmis. Les personnels présents n'en ont pas connaissance et les échanges avec la mission d'inspection ont confirmé l'absence effective de formation.

Le personnel confirme ne pas avoir participé à des formations. En outre à propos de l'enfermement de résidents certains salariés ont pu exprimer leur désarroi face à la difficulté de prise en charge des résidents déambulants « nous ne sommes pas formés pour cela »

Remarque 10 : La non réalisation effective des formations continues ne permet pas aux professionnels d'être soutenus dans la prise en charge complexe des résidents souffrant de troubles cognitifs sévères et de développer et d'enrichir leur compétence individuelle et collective conformément aux recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS).

En ne mettant pas en œuvre une politique de formation active sur des thématiques essentielles, l'établissement ne se met pas en capacité d'assurer une prise en charge bien traitante des personnes vulnérables dont il a la responsabilité.

Il n'a pas connaissance non plus de l'existence d'un projet d'établissement ou des projets personnalisés.

Ecart 7 : La mission a constaté l'absence d'appropriation d'un projet de prise en charge globale de la personne âgée dépendante par les personnels, ce qui ne permet pas de donner un sens à leurs pratiques professionnelles, d'en identifier le cadre organisationnel et d'en rappeler la finalité qui est de répondre aux besoins et aux attentes des résidents

Les entretiens annuels ne sont pas organisés.

Par ailleurs, il n'existe pas de réunion pluridisciplinaire permettant au personnel d'aborder à la fois les problématiques organisationnelles, d'échanger sur les fondamentaux en termes de prise en charge des grands syndromes gériatriques et la prise en charge individualisée des résidents.

Remarque 11 : L'organisation actuelle de l'établissement ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins tel que défini dans les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

Enfin, le personnel ne bénéficie pas de dispositif de soutien d'analyse des pratiques professionnelles.

Remarque 12 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques formalisé, l'établissement ne se conforme pas aux bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes ».

5 Un établissement isolé : une vie sociale restreinte

La mission constate l'absence de fonctionnement :

- du Conseil de la Vie Sociale (le dernier compte rendu datant du 15 janvier 2020) obligation définie par le CASF dans son article L311-6 et suivants,
- de la commission des menus,
- la non-réalisation d'enquête de satisfaction
- ainsi que l'inexistence d'un cahier de doléances et de satisfactions à la libre disposition des résidents et des familles.

Ainsi, les familles des résidents n'ont pas d'espace d'expression.

Par ailleurs la mission constate que l'établissement a mis en place des conditions de visites très règlementées et limitées. Aucune visite en chambre n'est autorisée. Les familles doivent prendre rendez-vous et ne peuvent rester qu'une heure. Une salle est mise à disposition au rez de chaussée. Lorsque la météo le permet les familles peuvent profiter de la terrasse ce qui permet 2 à 3 visites concomitantes.

Il a été constaté le matin de l'inspection qu'une fille a dû attendre dehors sa maman pendant près d'une demi-heure : la visite étant ensuite assez courte sa maman ayant froid.

Lors de l'inspection, 2 familles ont confirmé ces dispositions, ainsi que plusieurs salariés. Il n'existe cependant aucune formalisation écrite de cette procédure.

Ces restrictions vont à l'encontre des recommandations formulées par le ministère de la santé relayées par l'ARS régulièrement et rappelées lors de la visite sur site organisée le 13 octobre 2021.

De même toute sortie de l'établissement est interdite.

Concernant l'animation, une animatrice intervient l'après-midi. Seule, elle est dans l'obligation de surveiller les personnes déambulantes afin qu'elles n'aillent pas dans les locaux qui ne leur sont pas réservés. Ceci rend difficile l'organisation des activités et leur continuité.

En outre plusieurs résidents rencontrés lors de l'inspection, ayant leurs facultés cognitives, ont indiqué ne pas vouloir descendre dans la salle commune au vu de l'état de dépendance des autres résidents. Rien n'est proposé à ces personnes qui restent isolées dans leurs chambres.

Remarque 13 : Le manque de vie sociale dans l'EHPAD a fait l'objet de préconisations à plusieurs reprises au cours des inspections successives réalisées en 2010 et 2011.

Le CPOM signé en 2021 par l'établissement avec l'ARS et le Conseil départemental prévoyait en 1er objectif de poursuivre l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur et d'impliquer davantage les familles. La responsable du personnel n'a pas connaissance du contenu du CPOM. Elle n'a pas été associée et ne possède pas le document

Ecart 8 : La mission constate une absence de vie sociale dans l'établissement attestée par les manquements suivants :

- l'absence d'instance permettant aux résidents et aux familles de s'exprimer sur le fonctionnement de l'établissement ;
- la non mobilisation de certains résidents qui restent isolés dans leur chambre ;
- le non-respect des droits des familles à venir rendre visite à leur proche et à circuler librement dans l'établissement ;
- l'absence d'autorisation de tous les résidents de sortir de l'établissement alors que certains en ont la faculté.

En conséquence, cette absence de vie sociale porte atteinte aux droits et libertés des résidents et de leurs familles et favorise un risque de glissement pour ces derniers.

6 Des mesures attentatoires aux droits des résidents

La liberté d'aller et venir d'une personne accueillie dans un établissement médico-social s'apprécie tant au regard de sa libre circulation à l'intérieur de la structure que de la possibilité qui lui est laissée de mener une vie ordinaire au sein d'un établissement qu'elle a choisi. Cette liberté fondamentale s'interprète de façon extensive et s'appuie sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne.

La mission a constaté la présence de verrous à l'extérieur de la porte de 13 chambres soit 14 résidents. Ce dispositif permet d'enfermer les résidents à l'intérieur de leur chambre. La mission a constaté le jour de l'inspection que 3 résidents étaient effectivement enfermés.

La responsable du personnel indique que seuls les résidents positifs au Covid et déambulants sont isolés pour éviter qu'ils se rendent dans la chambre d'autres résidents. La mission lui précise que les résidents ne sont pas isolés mais enfermés à clef durant toute la journée et la nuit.

La mission d'inspection relève que les premières recommandations émises par la direction générale de la cohésion sociale le 20/03/2020 préconisaient, dans le cadre des mesures de gestion à prendre pour faire face à l'épidémie de Covid ; « le confinement du malade » et précisaient :

- Les cas suspects ne présentant pas de critères de gravité, doivent faire l'objet sans attendre de mesures d'isolement et de protection. Sauf impossibilité absolue, il convient de procéder à un placement en chambre individuelle avec limitation des contacts et mise en œuvre des mesures de protection recommandées pour tous les professionnels en contact avec eux ».

- « Si l'architecture de l'établissement ne permet aucun zonage, il convient d'organiser le confinement des résidents en chambre, avec fermeture des accès et passage réguliers des personnels. »

Dans le cas présent, l'EHPAD a eu une interprétation extensive de la notion de confinement :

- Le confinement n'est pas un enfermement
- La mesure concerne uniquement les personnes malades et les cas suspects.
- La fermeture concerne uniquement les accès au secteur

La responsable du personnel n'est pas en mesure d'indiquer si le directeur et le médecin coordonnateur sont informés de ces pratiques. L'équipe médicale et paramédicale de la mission d'inspection a eu un échange téléphonique avec le médecin coordonnateur, ce dernier précise qu'il n'a pas donné cette consigne et ignore cette pratique.

La responsable du personnel précise que les familles sont prévenues que leur proche est isolée du fait qu'il est positif au Covid mais ne précise pas qu'il est enfermé à clef.

Cependant, il ressort des échanges avec le personnel que hors Covid, les résidents déambulants ayant des troubles neurodégénératifs sont enfermés dans leurs chambres. Cette décision vient de la « direction ». Il justifie cette décision :

- Par l'absence d'unité de vie protégée ;
- Des locaux inadaptés et non sécurisés avec la présence d'escalier à proximité des chambres ;
- Ils ne sont pas formés à la prise en charge des résidents ayant des troubles neurodégénératifs ;
- Ils sont en nombre insuffisant pour assurer la prise en charge des résidents.

La mission d'inspection constate que cette pratique d'enfermement des résidents s'applique désormais au-delà de l'objectif de préserver la sécurité sanitaire des personnes dans le cadre du Covid et impacte les résidents qui déambulent du fait de leurs troubles neurodégénératifs. **De ce fait, 1 résident sur 3 est potentiellement enfermé.**

Cette pratique aurait pu perdurer du fait que les familles ne sont pas autorisées à visiter leur proche en chambre en dépit des recommandations actuelles, et d'autre part elle s'applique aux personnes présentant des troubles cognitifs qui ne peuvent en parler à leurs aidants

Ecart 9 : La mission constate que l'EHPAD n'est pas en capacité à prendre en charge les personnes ayant des troubles neurodégénératifs et/ou déambulantes du fait de locaux non adaptés et sécurisés, de personnel soignant non formé à cette thématique et en nombre insuffisant.

Ecart 10 : La mission constate que l'équipe d'encadrement a été défaillante ce qui a conduit à mettre en difficulté le personnel soignant dans la prise en charge des résidents. En effet, l'absence de gouvernance a conduit le personnel à prendre des décisions selon leurs propres normes et définition des bonnes pratiques. Cette défaillance dans la gouvernance met en jeu la sécurité, le bien-être physique et moral des résidents.

De plus, il ressort des entretiens avec le personnel que les résidents ne sont pas autorisés à se promener seul dans le jardin. Ces dires sont corroborés par les échanges avec certains résidents et par la notation dans le carnet de nuit, « [REDACTED] n'a pas le moral demande à se promener dans le jardin en journée » ([REDACTED]). La mission a constaté durant la journée, que le personnel ne cessait de ramener les résidents sortis dans le jardin dans la salle principale.

Il est également indiqué à la mission que les résidents ne sont pas autorisés à sortir de l'établissement même ceux qui sont autonomes. Ils doivent impérativement être accompagnés.

La mission a constaté que le portillon d'entrée était fermé à clef.

Ecart 11 : La mission constate que la liberté des résidents d'aller et venir n'est pas respectée dans l'établissement. L'enfermement des résidents est désormais intégré dans les pratiques de l'EHPAD. La mission rappelle que l'enfermement des résidents dans leurs chambres génère un risque quant au bien-être physique et moral ainsi que la sécurité de surcroît avec un système d'appel malade défaillant.

Partie 2 : Des conditions d'hébergement vétustes et non sécurisées pour les résidents

1 La buanderie n'est pas conforme aux recommandations des bonnes pratiques

Dans la buanderie sont stockés le linge sale et le linge propre, ce qui implique un croisement du circuit sale et du circuit propre. De plus, le local est peu entretenu

Cela indique que la maîtrise du risque infectieux n'est pas maîtrisée dans la gestion du linge ce qui est particulièrement préjudiciable notamment dans le contexte de crise sanitaire lié au COVID 19.

Remarque 14 : La mission constate le non-respect du circuit du linge ce qui induit un risque infectieux notamment dans ce contexte de crise sanitaire lié au COVID 19. De fait la gestion du risque n'est pas suffisamment maîtrisée.

Lors d'un CVS organisé en 2018 la problématique de gestion du linge a été abordée, des familles se plaignant de la perte de linge et de leur détérioration. La direction avait alors indiqué faire le relais auprès du prestataire. En janvier 2020 lors d'un nouveau CVS le problème est de nouveau soulevé, les familles indiquant la perte régulière de linge ou leur dégradation.

Photos ci-dessous : le local de stockage à proximité apparaît en grand désordre et sale et un stock de drap qui est minime pour ■ résidents



Seul l'homme d'entretien en possède la clef. Ceci occasionne des problèmes pour changer les draps notamment les week-ends. Le manque de draps a été soulevé lors de plusieurs entretiens avec le personnel avec parfois une impossibilité de changer les draps souillés.

Remarque 15 : Le stock insuffisant de draps entraîne parfois des problèmes pour le changement des draps souillés selon le personnel interrogé : ceci a une incidence directe sur une bonne prise en charge des résidents et le respect de leur hygiène.

2 Les conditions d'accueil en chambre sont dégradées et sources de danger pour les résidents

L'établissement est constitué de 2 bâtiments distincts : bâtiment A : La Croisette et bâtiment B : Rosae.

2.1 L'inspection des locaux a mis en évidence des zones de danger pour les résidents

Les issues de secours sont ouvertes dans les 2 bâtiments :

Dans le bâtiment A au 1er étage la mission a constaté que la porte ne ferme plus donnant accès à un escalier de secours. Un charriot est simplement entreposé devant l'issue afin d'en bloquer l'accès. De plus, celui-ci comporte des produits toxiques laissé à la portée des résidents.

Dans l'autre bâtiment la porte de secours ne ferme pas totalement.



Photos : porte de secours non sécurisée

Remarque 16 : Les portes de secours sont insuffisamment sécurisées exposant d'une part les résidents à un risque de chute ou de fugue mais également à un risque d'intrusion ce qui induit un risque pour la sécurité des résidents.

Au 1er étage, il a été constaté une absence de chariot de ménage, les sacs poubelles sont posés à même le sol.

Au sein du bâtiment A se trouvent au rez-de-chaussée : le hall d'accueil, une grande salle qui sert de salle à manger et salle d'animation selon les heures, une salle permettant de recevoir les familles, un bureau administratif où se trouve la secrétaire comptable et la responsable du personnel. Le bureau du directeur n'a pas été identifié. La cuisine, l'infirmerie et un bureau partagé IDE/MEDEC.

3 niveaux de chambres sont desservis par un escalier et un petit ascenseur.

L'escalier n'est pas sécurisé par un portillon : il est très raide et peu adapté à une personne âgée. Il constitue un risque de chute important.

Le deuxième bâtiment est accessible par un long corridor extérieur couvert et chauffé. Il ne comporte que des chambres sur 4 niveaux occasionnant pour les résidents un long trajet jusqu'à la salle à manger. Les différents niveaux sont desservis par un ascenseur très étroit.

Remarque 17 : L'état des voies de circulation, couloirs, escaliers et ascenseurs présentent des risques pour les personnes âgées.

Les ascenseurs tombent régulièrement en panne d'après le personnel interrogé et parfois pendant plusieurs jours. La dernière longue panne, au cours du dernier trimestre 2021, a duré près d'une semaine nécessitant le maintien des résidents en chambres pendant cette période. Le personnel n'a pas été renforcé pour faciliter la vie des résidents et éviter les syndromes de glissement pouvant être constatés lors d'un isolement prolongé.

Il n'existe pas de carnet d'entretien de l'ascenseur au sein de l'EHPAD ce qui n'a pas permis de vérifier le nombre de pannes au cours de l'année écoulée.

Les 2 ascenseurs sont très étroits. Il ne rentre qu'un fauteuil à la fois avec un personnel qui a du mal à se « glisser » derrière le fauteuil. Il a été constaté l'absence de cale-pieds sur les fauteuils roulants : le personnel explique l'impossibilité de rentrer dans l'ascenseur s'ils sont positionnés.

Cette absence est source d'inconfort et peut occasionner des blessures pour les résidents.

Remarque 18 : Les pannes d'ascenseurs peuvent être longues et occasionner un isolement des personnes âgées dans leur chambre présentant un risque de glissement. Par ailleurs elles entravent la liberté d'aller et de venir des résidents. De ce fait, l'absence de fonctionnement des ascenseurs a des conséquences préjudiciables sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents.

Par ailleurs il a pu être constaté l'état dégradé et la saleté des fauteuils roulants. Leur entretien incombe à l'homme d'entretien. Cependant aucune procédure n'a pu nous être fournie sur la régularité du nettoyage. Le personnel confirme que cela est insuffisant.

Remarque 19 : Les fauteuils roulants ne font pas l'objet d'un entretien régulier et sont dégradés. Ils ne comportent pas de cale pieds occasionnant un inconfort pour certains résidents.

2.2 Les conditions d'accueil en chambre sont dégradées et privatives de libertés pour plusieurs d'entre elles

L'état des chambres et de leurs salles de bains est vétuste.

Il a été constaté sur plusieurs chambres l'installation de verrous extérieurs permettant d'enfermer les résidents.

()

Dans les salles de bains : il a été constaté à plusieurs endroits des carreaux décollés et posés à même le sol, des tablettes décrochées, des bondes de douches mal positionnées,

Lors du CVS du 15 janvier 2020, les familles avaient fait part du manque d'entretien des locaux et notamment des douches avec un écoulement d'eau dangereux pour les résidents avec risque de chutes. Il avait été alors indiqué par le directeur l'absence de trésorerie pour procéder à des travaux.

Les chambres sont également mal entretenues. Les portes, les fenêtres ou portes fenêtres ferment mal et pour certaines ne ferment pas complètement laissant apparaître un jour conséquent et passer le froid.

Le mobilier est parfois dégradé avec des barrières de lits rouillées commodos ou des tables de nuit dont les tiroirs ferment mal, des dessertes à roulettes défectueuses, des portes de placards sorties de leur rail.

La mission a constaté également des prises de courant déboîtées.

Les rideaux et double-rideaux sont sales ou manquants voire parfois décrochés de la tringle. Les stores ne fonctionnent pas dans plusieurs chambres.





Photos de locaux et matériels mal entretenus et non sécurisés

Dans la chambre ■ dont la résidente avait été descendue dans la salle commune, il a été constaté la présence d'un verrou extérieur et l'absence de poignée intérieure. A terre un médicament. Dans la table de nuit, ses appareils auditifs qui ne lui ont pas été mis, l'appel-malade mal positionné. Sur la terrasse une chaise positionnée juste devant le garde-corps alors que cette personne est déambulante. Les fenêtres et portes fenêtres n'ont pas d'entrebâilleurs. Ceci illustre la négligence générale à la fois au niveau des locaux et de la prise en charge (non surveillance de la prise des médicaments, non positionnement des appareils auditifs) conjonctions de facteurs délétères pour le bien-être et la sécurité de la personne âgée.



Photos Chambre ■

Les terrasses sont mal entretenues. Les balcons ne sont pas sécurisés : des objets le plus souvent dégradés pouvant occasionner des blessures.

Ecart 12 : Il est constaté un système d'enfermement des résidents limitant le droit d'aller et venir et la liberté des résidents

Remarque 20: La mission constate des locaux inadaptés et non sécurisés qui peuvent constituer un danger notamment en termes de chute avec des conséquences importantes sur la santé des résidents.

La mission constate également un manque de maintenance des locaux, la vétusté du matériel et des mobiliers de l'EHPAD ainsi que la dangerosité des installations électriques.

De ce fait, les conditions d'hébergement vétustes et non sécurisées ne concourent pas à une prise en charge de qualité, sécurisé et respectueuse des résidents.

2. 3 Un dispositif d'appel malade non opérationnel impactant la sécurité des résidents

La mission constate que le système d'appel-malade situé dans les chambres et les salles de bain n'est pas optimal pour garantir l'intervention du personnel soignant auprès de l'appelant.

Ceci était déjà constaté lors du contrôle du 25.11.2010.

Il induit un risque d'insécurité à plusieurs niveaux.

- Lorsqu'on actionne manuellement un appel malade, il est reporté par sonnerie au niveau de la salle à manger du bâtiment A. Aucune lumière n'est émise au-dessus de la chambre pour une visualisation rapide par le personnel. Les appels ne sont pas relayés sur les DECT, ni un autre dispositif portatif que possèderaient les soignants de jour comme de nuit, d'autant plus indispensable durant des soins en chambre.
- Le personnel à proximité de la salle à manger doit se déplacer pour visualiser la chambre qui a appelé puis contacter un soignant.

Ainsi, l'ehpad ne peut garantir l'intervention de son personnel suite à un appel d'urgence, actionné par un résident ou par un salarié en difficulté via le dispositif d'appel malade existant. De surcroît que le personnel soignant est en nombre insuffisant.

- Certains appels malades de lits sont grippés, ce qui implique qu'il faille appuyer dessus à plusieurs reprises pour les faire fonctionner.
Il existe un risque sérieux que les appels des résidents n'aboutissent pas en raison des défaillances techniques des appels malades.
- Certains appels malades ne sont pas accessibles. Certains sont enroulés, coincés sous le lit ou trop éloigné du lit.
- Les appels malades ne sont pas tracés, ni sauvegardés via un logiciel de suivi.
Ainsi l'EHPAD n'a aucune possibilité de mesurer l'efficacité du système et d'envisager des actions correctives sur les délais d'intervention.

Remarque 21 : la mission constate l'absence d'un système d'appel malade opérationnel ce qui était déjà le cas lors des précédentes inspections. En effet, le dispositif existant ne permet pas, d'une part aux résidents de signaler leurs besoins et d'autre part au personnel de répondre aux appels de ces derniers et aux situations urgentes.

De ce fait l'EHPAD n'est toujours pas en capacité structurelle et organisationnelle de garantir la sécurité des résidents.

La mission constate l'incapacité du gestionnaire à mettre en œuvre les mesures correctives.

Partie 3 : Une prise en charge en soins des résidents fragile impactant la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents

1 Qualité et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Contexte :

Personne rencontrée : ■■■■■, Infirmier diplômé d'état (IDE)

Personne contactée par téléphone : ■■■■■, Pharmacien titulaire de la pharmacie de ■■■■■

1.1 Convention pharmacie d'officine

1.1.1 La réglementation

Les dispositions de l'article L.5126-10 du CSP autorise les EHPAD qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur à conclure avec un pharmacien ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en produits de santé.

Cependant selon l'article L.1110-8 du CSP, chaque résident individuellement (ou son représentant légal) conserve le libre choix de son pharmacien.

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur.

La convention pharmaceutique garantit la sécurisation du parcours du médicament et le bon usage des produits de santé : continuité de l'approvisionnement en médicaments, préparation des doses à administrer sous forme de piluliers éventuellement, approvisionnement en médicaments du chariot et de la trousse d'urgence et lors de besoins particuliers en soins urgents.

La convention désigne un pharmacien d'officine référent pour l'établissement.

Le pharmacien référent est unique pour la totalité de la structure. Il intervient au sein d'une équipe pluri disciplinaire et apporte toute son expertise dans le domaine du médicament et du dispositif médical.

1.1.2 Le constat

L'EHPAD Au Bel Age n'a pas de pharmacie à usage intérieur.

Selon les déclarations recueillies par téléphone le jour de l'inspection auprès de ■■■■■ une convention a été signée mais depuis longtemps. En effet, la pharmacie approvisionne l'EHPAD depuis plus de 30 ans.

■■■■■ a déclaré être le pharmacien référent et être allée régulièrement au sein de l'établissement jusqu'en 2020 puis ne plus y venir depuis le début de la pandémie liée au Covid 19 car selon ses propos « c'était compliqué » et que l'accès était interdit.

Pour autant, depuis le premier confinement de mars 2020 qui limitait voire interdisait toute entrée dans les EHPAD, l'accès aux professionnels de santé a évolué au fil du temps dans le respect des obligations imposées par les décrets prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire et le pharmacien a désormais toute liberté pour entrer dans la résidence Au Bel Age.

➤ Lutte contre l'iatrogénie par le pharmacien référent

Le pharmacien doit apporter son aide technique dans la sécurisation du circuit du médicament et devra notamment participer (à titre d'exemple) :

- à la transmission écrite des avis pharmaceutiques ;
- à la vérification des conditions de stockage et des péremptions des médicaments ;
- au bon usage des médicaments en transmettant, à l'établissement, toutes les informations utiles ;
- à la formation et information sur les nouveaux traitements ;

- à la gestion des stocks de dotation pour besoins urgents et du chariot d'urgence, en vérifiant les conditions de stockage et la réalisation effective et tracée des vérifications du stock et des dates de péremption, ces visites devront être tracées ;

- à la mise à disposition des infirmiers d'une liste de comprimés non écrasables et de gélules que l'on ne peut pas ouvrir ;

- au suivi et la traçabilité des rappels et retraits de lots, avec mise en place d'une procédure écrite ;

- à la pharmacovigilance ;

- à la mise à jour du dossier pharmaceutique, avec l'accord du résident ;

- à la participation à la gestion des risques liés au médicament et à la déclaration et la gestion des événements indésirables.

Ainsi, le pharmacien référent pourrait animer des réunions sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en apportant toute l'information nécessaire relative :

- au bon usage des médicaments ;

- aux interactions médicamenteuses ;

- aux modalités de conservation et de prise ;

- à la transmission des avis pharmaceutiques (formalisés) ;

- aux retraits et rappels de lots de médicaments.

Dès lors au regard des missions de pharmacien à la fois dispensateur et référent, l'implication de [REDACTED] ne peut se limiter au seul approvisionnement en médicaments des résidents de l'EHPAD Au Bel Age. Le pharmacien référent doit avoir des contacts réguliers et formalisés avec le médecin coordonnateur.

Ecart 13 : Absence de présentation de la convention signée entre l'EHPAD au Bel Age et le pharmacien référent [REDACTED].

Le laboratoire de biologie médicale qui intervient au sein de l'EHPAD Au Bel Age est [REDACTED]

Sur un tableau dans l'infirmerie est noté le nom des résidents qui suivent un protocole TP/INR (2résidents) ou hémoglobine glyquée (2 résidents).

Les résultats biologiques des résidents sont consultés par l'IDE sur le serveur des résultats [REDACTED].

S'il y a un problème au niveau des résultats d'analyse, l'IDE informe le médecin traitant. La nouvelle prescription est validée par l'envoi par mail de l'ordonnance modificative.

Le laboratoire adresse également les résultats au médecin traitant.

1.2 Système documentaire (documents, procédures et protocoles)

- La gestion documentaire relative à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM).

La gestion documentaire n'est pas informatisée dans un outil spécifique GED.

Un manuel d'assurance qualité (MAQ) existe. Deux classeurs intitulés « protocoles » sont rangés dans une armoire au sein de l'infirmerie. Les documents sont sous forme papier/documents Word.

Des protocoles et procédures sont formalisés, mais très anciens et jamais réévalués.

D'autres protocoles sont enregistrés sur l'informatique de l'EHPAD. On peut citer les documents suivants :

- ✓ « Proposition de protocoles d'insulinothérapie en dehors des situations aiguës » édité par l'ARS Haute Normandie en 2013. Ce protocole est général mais selon l'IDE des protocoles individuels sont en chambre.
- ✓ « Evaluation de la prise en charge de la douleur » « Comment organiser une urgence ». Ces 2 protocoles ne sont ni validés, ni datés.
- ✓ Un guide infirmier élaboré par le médecin coordonnateur (MEDEC) et les IDE qui a été mis à jour en décembre 2021. Il comprend un sommaire et décrit les recommandations et les modalités de prise en charge suivant les situations rencontrées (exemples : le laboratoire, les hospitalisation/urgences, la pharmacie, etc.).

Ces protocoles actualisés sont à rédiger en respectant le formalisme des procédures avec les noms et qualifications des rédacteurs et des valideurs ainsi que les qualifications des destinataires.

➤ La liste des médicaments « à surveillance particulière »

Il est à noter que les modifications apportées par le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et publié au JO le 06/07/2019 a désormais supprimé la liste préférentielle des médicaments. En lieu et place, le MEDEC prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien avec le pharmacien dispensateur.

Il n'est donc plus question pour le MEDEC d'élaborer une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement.

Cependant, afin d'améliorer la surveillance post administration, il est recommandé de mettre en place une liste des médicaments « à surveillance particulière ».

A l'EHPAD au Bel Age, l'IDE déclare n'avoir jamais entendu parler de la liste des médicaments antérieure au décret de 2019 à utiliser préférentiellement.

Remarque 22 :

Point 1 : Absence de participation du pharmacien dispensateur/référent à l'élaboration du MAQ dans sa partie relative à la PECM.

Point 2 : Absence de protocoles adaptés à l'EHPAD Au Bel Age et nécessaires à la prise en charge thérapeutique des résidents notamment un protocole actualisé relatif à la prise en charge médicamenteuse.

Point 3 : Absence de rédaction de la liste des médicaments à surveillance particulière.

1.3 Dispositions pour garantir la continuité de la PECM

Plusieurs médecins libéraux interviennent auprès des résidents de l'EHPAD Au Bel Age.

Rappel sur le protocole d'urgence de manière générale dans les EHPAD :

Un protocole d'urgence doit être rédigé aux fins de définir la conduite à tenir (CAT) face à une situation particulière. Il doit définir ce qui relève de l'urgence, vitale et non vitale, de la situation d'assistance à personne en danger, etc...

Il permet de définir le « qui fait quoi » qui doit être bien décrit en de telle(s) circonstance(s). Il doit éviter le glissement de tâches et ne pas laisser entrer une banalisation de la prise de médicaments dans le domaine de l'urgence.

À propos de la prescription par téléphone, il est rappelé que dans l'état actuel des textes, seule la prescription téléphonique est autorisée dans le cadre de la régulation médicale.

Un médecin hors cadre de la régulation ne peut prescrire par téléphone. Cependant, une prescription est possible par messagerie sécurisée.

En aucun cas, une infirmière ne peut donner par téléphone, une consigne d'administration d'un médicament à une aide-soignante (AS) hors protocole nominatif.

Si le médecin régulateur donne la consigne à une AS de donner un médicament hors protocole individuel, il s'engage à faire intervenir dans l'heure un médecin.

La prise d'un médicament dans le stock d'urgence doit rester exceptionnelle et ne se conçoit que pour démarrer rapidement un traitement, pour appliquer un protocole infirmier.

Pour un résident avec un protocole nominatif, la prise du médicament « en si-besoin » issu de son traitement est possible.

Il est rappelé qu'une AS ne peut pas préparer un médicament, la préparation étant du domaine de compétences des IDE.

À l'EHPAD Au Bel Age

Il existe une procédure « appel au centre 15 » version 2007-001 rédigé par le Dr ■ et une procédure « urgences médicales » signée du Dr ■ datant du 17/03/2011, affichées dans l'infirmierie et définissant la conduite à tenir en cas d'événement médical grave.

Selon les déclarations de l'IDE :

- Aucun médicament n'est distribué par une AS même les hypnotiques qui sont administrés par un IDE le soir.
- Peu de résidents sont sous hypnotiques.

Néanmoins, il est observé que dans le guide infirmier au paragraphe « traitement de nuit » est noté « pour les somnifères un bac bleu pour chaque bâtiment A et B est présent avec des pots nominatifs pour y déposer les somnifères. Laisser les deux bacs en évidence sur le bureau infirmier pour l'équipe de nuit ».

1.4 Prise en charge médicamenteuse

Le circuit du médicament de la prescription à l'administration est informatisé grâce au logiciel ■. Chaque personnel à un code pour se loguer sur ■.

1.4.1 La conformité de la prescription

Chaque prescripteur possède un classeur bleu dans lequel les ordonnances de ses patients sont rangées dans des pochettes plastiques.

L'analyse des ordonnances montre que les prescriptions médicales portent les mentions réglementaires.

Les ordonnances informatisées comportent :

- le nom et le prénom du patient,
- sa date de naissance et son numéro de sécurité sociale,
- les médicaments prescrits avec la posologie.

Cependant, la dénomination du médicament n'est pas désignée par sa dénomination commune internationale.

Sur l'ensemble des prescripteurs, un seul est réfractaire à la prescription sur ■. Pour ce médecin, l'IDE enregistre la prescription sur le logiciel, édite l'ordonnance et le médecin la signe de suite.

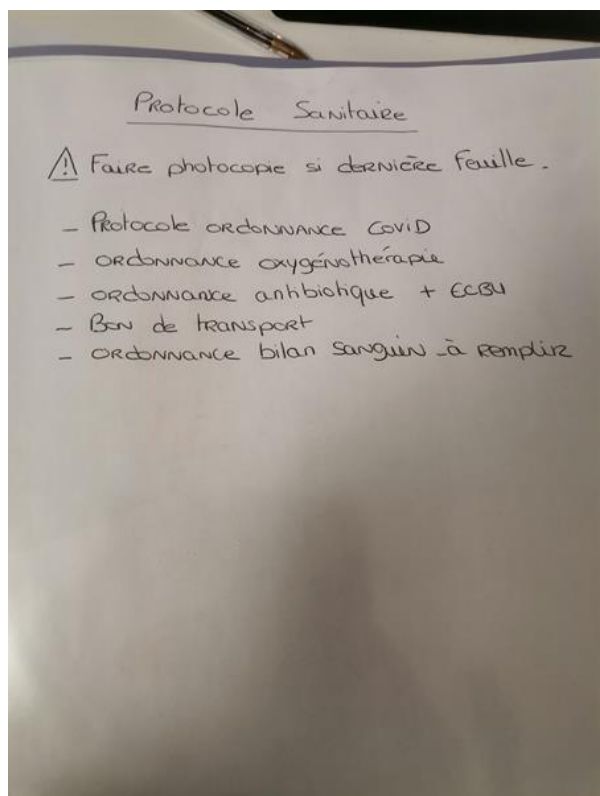
Une fois la prescription rédigée, un plan de distribution est édité pour la préparation des médicaments.

Les prescriptions orales faites en urgence sont systématiquement confirmées par écrit.

Toute modification d'un traitement donne lieu à la rédaction d'une nouvelle prescription.

Il n'existe pas de dotation pour soins urgents.

Par contre, il a été constaté l'existence dans un classeur intitulé « Protocole sanitaire ».



Ce classeur contient 3 types de prescriptions différentes sans nom de résident signé du Dr [REDACTED] et datée du 22/01/2022.

La présence d'ordonnances sans nom de patient datées et signées par le Dr [REDACTED] est contraire aux dispositions de l'article R.5132-3 du CSP qui imposent que la prescription des médicaments relevant de la réglementation des substances vénéneuses soit rédigée **après examen du malade**.

Si l'objectif de ces prescriptions est de répondre à des besoins de soins en urgence, il est nécessaire de mettre en place des protocoles de soins d'urgence (article R.4311-14 du CSP) applicable par les IDE (article R.4312-43 du CSP) et de fait, une véritable dotation en médicaments pour soins urgents conformément à l'article R.5126-108 du CSP. A cette fin, le pharmacien dispensateur et un médecin de l'EHPAD doivent établir une liste qualitative et quantitative.

Les médicaments pour besoin urgent devront être détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage en application de l'article R.5126-109 du CSP.

Ce lieu dédié est distinct des traitements nominatifs. La liste datée et signée devra être affichée à côté de la dotation.

Il est rappelé que cette dotation pour besoin urgent a pour objet de répondre à une prescription en urgence et dans le cas où la pharmacie serait fermée ou que le traitement doit être débuté rapidement. Ainsi, il n'est pas nécessaire que celle-ci soit trop importante car cela génère des stocks non utilisés et susceptibles de périm.

Ecart 14 : Présence d'ordonnances sans nom de patient datées et signées en infraction aux dispositions de l'article R.5132-3 du CSP et absence de protocoles formalisés, adaptés et de dotation pour besoin urgent répondant à ces types de pathologies.

1.4.2 La dispensation

La distance entre la pharmacie [REDACTED] et L'EHPAD est de [REDACTED] kms soit environ [REDACTED] heure de voiture.

La pharmacie ne dispense que les traitements chroniques. L'EHPAD fait appel à une pharmacie de proximité pour les urgences et lors de changement de traitement inopiné.

La pharmacie de [REDACTED] livre les médicaments dans des sachets nominatifs aux noms des résidents.

[REDACTED] a déclaré au pharmacien inspecteur être disposée et en capacité de répondre une éventuelle demande par l'EHPAD Au Bel Age de dispenser les traitements des résidents sous forme de préparation de doses à administrer (PDA).

Les médicaments sont livrés 3 fois par semaine par un transporteur dans des cartons. A cette fin, les lundis, mercredis et vendredis, les sachets sont récupérés à la pharmacie par la société TCS. Ils sont réceptionnés à l'EHPAD les mardis, jeudis et samedis.

La pharmacie ne récupère jamais les prescriptions originales. Les prescriptions (ordonnance initiale ou de renouvellement) sont scannées et adressées par mail chaque mois à la pharmacie dispensatrice des traitements. Pour les médicaments de la chaîne du froid, une caisse OCP isotherme est utilisée.

Chaque livraison est accompagnée d'un bon de livraison. L'ordonnance du patient est placée par la pharmacie dans chaque sachet nominatif.

La conformité de la livraison est faite par les IDE.

La pharmacie inscrit en tant que de besoin sur la boîte le nom de la molécule générique dispensée à la place du princeps pour les nouveaux traitements.

Une liste des équivalents génériques dénommée « Spécialités substituables => DCI » est affichée dans le local pharmacie. Elle date de 2012.

Aucune autonomie n'est laissée aux résidents pour gérer eux-mêmes leur traitement médicamenteux.

Ecart 15 : Le pharmacien dispensateur doit se procurer l'original de l'ordonnance pour être en mesure de délivrer les médicaments prescrits conformément à l'article R. 5132-13 du CSP : « Après exécution, sont apposés sur l'ordonnance ou le bon de commande :

1° Le timbre de l'officine ;

2° Le ou les numéros d'enregistrement prévus à l'article R. 5132-10 ;

3° La date d'exécution ;

4° Les quantités délivrées ;

5° Le cas échéant, les mentions prévues au premier alinéa de l'article R. 5125-53. »

1.4.3 Les évènements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse

Aucune fiche d'évènement indésirable (EI) ou fiche d'anomalie liées aux médicaments ne sont rédigées.

Pourtant des problèmes liés à la délivrance des médicaments semblent récurrents.

En effet, dans le guide infirmier au paragraphe « pharmacie », il est noté « les oublis de la pharmacie sont fréquents » et il est ajouté « lors de la prochaine livraison vérifiez à nouveau que ces médicaments ont bien été livrés et pas oubliés à nouveau ».

La mise en place de fiches d'évènement indésirable ou de fiches d'anomalie portant sur le circuit du médicament permettrait de mettre en évidence la multiplication de mêmes erreurs.

Remarque 23 : Absence de mise en place de fiche d'évènement indésirable (EI) ou d'anomalie liée aux médicaments.

En cas de problème, les échanges se font par téléphone et sans traçabilité des appels et mesures adoptées.

Remarque 24 : Les échanges d'information entre l'EHPAD et la pharmacie dispensatrice ne sont pas formalisés.

1.5 Organisation pharmaceutique

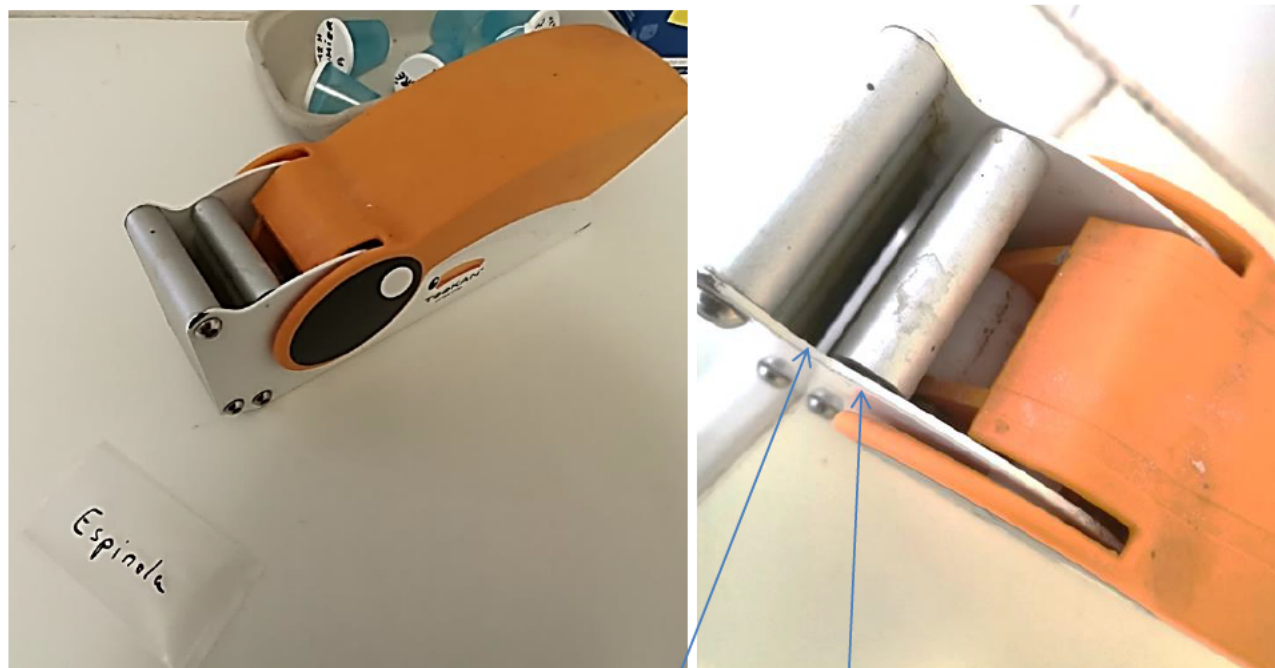
1.5.1 Le local pharmacie / stockage des médicaments

Le local pharmacie est situé dans l'infirmierie laquelle comporte également le bureau de l'équipe soignante et un bureau annexe. Le chariot d'urgence est présent dans le 1er bureau.

L'infirmierie est fermée par un digicode et le local pharmacie à clé.

Le local pharmacie comprend :

- Un point d'eau,
- Un grand plan de travail,
- une armoire avec des bacs nominatifs pour chaque résident. Les médicaments qui ne rentrent pas dans les bacs sont rangés dans un meuble à tiroirs,
- Le meuble à tiroirs est organisé comme suit :
 - o Deux tiroirs permettent le stockage de boîtes de médicaments au nom des résidents (exemple présence d'une boîte de rupadatine au nom du résident [REDACTED]),
 - o mais comprend également des boîtes non nominatives visiblement mutualisées. A titre d'exemple, on peut citer plusieurs boîtes de Paracétamol Sun 1g cp et divers autres médicaments tels que Clozapine® laboratoire Mylan ou Biogaran, Prednisone ou Prednisolone, etc.
 - o des boîtes de Lamaline® sont stockées malgré le décès du patient,
 - o Un autre tiroir contient des dispositifs médicaux (Accu-check, aiguilles à stylos, test d'autocontrôle glycémique, etc.),
- Deux boîtes du médicament Apokinon 5mg/ml (chlorhydrate d'apomorphine) 5 cartouches sans nom de patients sont posées sur le coffre des stupéfiants.
- Un placard avec 2 étagères qui contient d'autres boîtes mutualisées de Normacol®, de Locoid®, de crèmes de glycérol/vaseline/paraffine etc.,
- Un placard où sont stockés des sacs provenant de la pharmacie avec par exemple un sac avec un ticket au nom d'un résident [REDACTED] livré le 17/01/2022 ou un autre au nom de [REDACTED] livré le 07/01/2022. Sur la porte est affichée une feuille de papier manuscrite intitulée « Stock traitement résident » qui indique les noms des résidents (8 noms dont 2 barrés),
- Un petit coffre de stupéfiants posé sur le plan de travail,
- Les deux chariots de distribution,
- Un petit réfrigérateur où il est retrouvé outre les médicaments thermolabiles, divers produits alimentaires (fromage, compotes, yaourts, boîte de cornets glacés dans le freezer). La température est tracée quotidiennement. Il n'existe pas de directives relatives à la conduite à tenir en cas de panne du réfrigérateur.
- Sur un des chariots de distribution un stylo à insuline est bien nominatif mais l'écriture est partiellement effacée.
- Sur un chariot de distribution sont mélangées les boîtes de collyre, de gouttes buvables, etc. Leurs conditionnements primaires mentionnent le nom du résident mais aucune mention relative à la date limite d'utilisation n'est inscrite.
- Un appareil de marque [REDACTED] » permettant de broyer les médicaments placés dans une pochette plastique est disposé sur le plan de travail. L'appareil n'était pas propre avec des résidus de broyage.



Traces de salissures

Ecart 16 : Le stockage « sauvage » de médicaments n'a aucune raison d'être, les traitements sont dans les chariots de distribution ou les casiers nominatifs et ceux relevant de l'urgence restent à l'infirmerie. En conséquence cette pratique doit disparaître.

A propos de la problématique relative à la continuité des soins de la prescription en « si besoin ».

Pour rappels quelques généralités :

Le « si besoin » :

Un « si besoin » n'est pas un acte d'aide à la prise de la vie courante, lequel peut être réalisé par toute personne selon les dispositions de l'article L. 313-26 du code de l'action social et des familles (CASF).

Les prescriptions de médicaments notamment d'antipyrétiques doivent se faire sur la base d'un protocole individuel et nominatif et non d'un protocole global d'établissement.

Les protocoles ne peuvent être utilisés par une AS seule. Une AS ne peut exercer son rôle d'AS que sous la responsabilité d'un infirmier(ère).

La décision de donner un « si-besoin » doit être décidée dans le cadre d'examens médicaux réguliers du résident. Force est de constater que parfois, dans certains établissements, des résidents ne sont pas revus en consultation médicale sur une très longue période. Aussi l'évolution de la santé du résident au fil du temps peut ne plus être compatible avec le « si-besoin » prescrit antérieurement.

De plus, pour l'exemple de la fièvre, bien souvent, les fluctuations de fièvre d'un résident sont connues : dès lors, les résidents doivent avoir un protocole individuel.

Il a été trop souvent constaté que les événements indésirables graves (EIGS) sont survenus suite à une mauvaise évaluation par le personnel de la situation médicale, voire par un « diagnostic » erroné, sans appel à un médecin.

Remarque 25 :

Point 1 : Les dimensions des bacs nominatifs des résidents ne sont pas de capacité suffisante pour permettre le stockage de l'ensemble des boîtes de médicaments dans leurs conditionnements primaires.

Point 2 : Mutualisation de médicaments.

Point 3 : Le statut et le stockage des médicaments « en si besoin » ne sont pas clairement identifiés.

Point 4 : Les piluliers et l'appareil de broyage doivent être régulièrement nettoyés afin d'éviter tout risque de contaminations croisées.

Remarque 26 : Les dates limites d'utilisation ne sont pas apposées sur le conditionnement des spécialités concernées par cette restriction d'usage définie dans l'AMM et mentionnée dans la notice du médicament.

1.5.2 La préparation des médicaments

Les piluliers sont préparés dans le local pharmacie de l'infirmerie pour 7 jours de traitement. Aucun double contrôle n'est réalisé.

Un planning affiché au mur appelé « réfection des piluliers » organise la préparation des piluliers du lundi au dimanche. L'objectif étant que l'infirmier n'ait pas à préparer plus de 8 piluliers par jour.

L'IDE suit le plan de distribution édité en même temps que l'ordonnance.

Les cases du semainier sont refermées par des tirettes en plastique transparent qui coulissent. Un semainier comporte 7 tirettes. Chaque tirette couvre 4 cases donc potentiellement 4 administrations.

Les piluliers sont identifiés au nom des résidents.

Les blisters des comprimés sous ce conditionnement sont découpés.

Des comprimés nus non identifiables sont mis dans le pilulier correspondant aux conditionnements en vrac dans des pots à couvercle (pilulier de M. ■■■ [Pantoprazole (cp jaune) et Acebutolol], pilulier de M. ■■■ [Pantoprazole, Previscan, Levitiracetam]) (cf. photographies).

Afin de conserver les données de traçabilité jusqu'à l'administration au patient et de préserver la qualité des comprimés, ces derniers ne doivent pas être déblistérés à l'intérieur des piluliers. En cas de découpage des blisters, les informations permettant d'assurer la traçabilité devront être ajoutées.

La propreté des piluliers laisse à désirer.

- Les noms des résidents sont plus ou moins bien collés. De surcroît, des traces anciennes de colle salissent le devant du pilulier (Exemple celui de ■■■) ou le nom du résident est partiellement effacé (celui de ■■■)
- dans le pilulier du patient ■■■ des résidus, de la poussière sont présents.



Photographie des comprimés nus et des traces de salissures dans le pilulier M. ■■■



Traces de salissures

Ecart 18 : Il est rappelé que les médicaments doivent rester identifiables jusqu'à l'administration de ceux-ci aux résidents à savoir avec leur nom et doivent être préparés pour une durée maximale de 7 jours.

1.5.3 La gestion des stupéfiants

La clé du coffre est rangée dans le bureau des soignants dans un coffre détenant les cartes vitales des patients. Dans le coffre est retrouvé un paquet comprenant de nombreuses cartes vitales. Selon l'IDE ce sont d'anciennes cartes de patients.

L'inventaire des stupéfiants est le suivant :

- Boîtes sans noms de résidents :
 - o Actiskenan® cp 10 mg : 40 cp
 - o Fentanyl 50µg patch : 10 patches et Fentanyl 12µg : 10 patches
- Boîte nominative (■■■■) : Oxycodone 5mg : 14 gélules
- Boîte périmée Actiskenan® cp 10 mg : 14 cp (péremption le 01/2022)
- Présence dans un sachet avec un ticket de la pharmacie datant du 22/12/2021 de 2 boîtes de Fentanyl 12µg au nom d'un résident qui n'est plus référencé sur la liste des résidents.

Il n'existe pas de registre de couleur verte dénommé « relevé nominatif d'administration et de gestion de stock des stupéfiants en EHPAD » afin d'y inscrire les entrées en stock lors de la réception des traitements et les sorties par les IDE lors des prélèvements pour les administrations.

Sur un petit cahier les IDE inscrivent les sorties de stupéfiants c'est-à-dire lors de leur administration aux patients et les entrées lors de leur commande à la pharmacie.

Ecart 19 : Les manquements suivants sont relevés :

Un paquet de cartes vitales, des boîtes de stupéfiants soit non nominatives, périmées, ou identifiées pour un résident non référencé sur la liste des résidents sont présentes dans le coffre.

Absence du carnet spécifique de relever d'administration en EHPAD.

1.5.4 L'oxygénothérapie

Deux concentrateurs appartenant au prestataire de service [REDACTED] sont présents dans l'infirmierie. L'un est emballé dans un emballage de protection. L'autre à côté est en attente de reprise par la société. Aucune identification ne permet de connaître son statut de matériel médical sale et aucun suremballage ne protège l'environnement de potentielles contaminations.

Selon les déclarations de l'IDE, suite à l'installation d'un résident sous oxygène, un technicien de la société [REDACTED] passe dans la semaine.

Un seul résident est sous oxygène.

Il n'y a pas de bouteille d'oxygène stockée.

1.5.5 Le chariot d'urgence

Il est situé dans l'infirmierie.

Sur les 2 premiers tiroirs sont collées des étiquettes informant de la classe thérapeutique des médicaments qui y sont stockés. Les 3 autres tiroirs contiennent divers dispositifs médicaux (cathéters-seringues, DM pour la ventilation, pansements-sutures, etc.).

Les médicaments et DM sont bien rangés.

Une fiche rangée dans un classeur dénommé « traçabilité contrôle chariot d'urgence » liste qualitativement et quantitativement les médicaments ainsi que leur N° de lot et leur date de péremption.

Selon le guide infirmier la vérification du chariot est faite une fois par mois.

Cependant, il est constaté que les deux dernières vérifications datent du 02/06/2019 par [REDACTED] (IDE) et le 04/09/2021 par [REDACTED]

Deux médicaments (Alprazolam cp périmé le 02/2022 et Ventoline périmé le 01/2022) étaient présents le jour de l'inspection.

Un aspirateur de mucosité de marque [REDACTED] et un défibrillateur semi-automatique (DSA) de marque [REDACTED] complète l'équipement du chariot.

Le DSA est en état de fonctionnement (Led verte clignotante) mais les électrodes sont périmées depuis octobre 2014.

L'utilisation d'électrodes périmées pourrait compromettre la bonne utilisation du DSA en cas d'arrêt cardio respiratoire.

Ecart 20 : Présence de dispositif médical périmé depuis 8 ans dans le DSA du chariot d'urgence.

1.6 Administration des médicaments

L'observation, par le pharmacien inspecteur de l'administration des médicaments pour 6 résidents dans la salle de restauration, a permis de noter que :

- Un plan de table est disponible mais il est affiché dans les cuisines.
- La distribution est réalisée sans la prescription médicale ou la fiche de traitement généré par [REDACTED].

Les prescriptions médicales restent dans les dossiers des résidents (classeurs bleus par médecin /patients) sur l'armoire située dans le bureau médical.

Il est rappelé que l'IDE, selon les dispositions de l'article R.4312-38 du CSP, doit vérifier que le médicament délivré est conforme à la prescription. L'administration doit se faire au vu de la dernière prescription et pas seulement au regard d'un plan de traitement ou autre afin d'éviter des erreurs.

Une telle pratique engendre un risque d'erreur notamment par le personnel intérimaire en cas d'absence imprévu d'un des 2 IDE (maladie, accident) d'autant qu'il n'y a pas de double contrôle des piluliers.

- Pour les résidents présentant des problèmes de déglutition, les IDE sont amenés à broyer les comprimés par l'intermédiaire d'un système de broyage individuel dans des sachets à usage unique. Il n'existe pas de liste des médicaments à ne pas écraser ni de liste de patients présentant des problèmes de déglutition.

- Les médicaments sont donnés en mains propres au résident par l'IDE qui surveille la prise par le résident.

Ecart 21 : Au moment de l'administration, la concordance entre l'identité du résident, celle de la prescription médicale et celle figurant sur le contenant/pilulier n'est pas vérifiée.

L'administration est tracée à posteriori sur le logiciel [REDACTED].

Il a été constaté le jour de l'inspection, l'impossibilité par l'IDE d'enregistrer l'administration sur le logiciel [REDACTED] des [REDACTED] résidents prenant des médicaments au repas de midi au regard des problèmes liés à la connexion du logiciel.

Le jour de la veille de l'inspection, seule la traçabilité des médicaments donnés le matin et le soir était enregistrée. Il est relevé l'absence de traçabilité pour les traitements donnés le midi.

De même, les difficultés de connexion ont empêché l'IDE de se connecter à la demande du pharmacien inspecteur sur la base de données sur les médicaments [REDACTED].

L'utilisation de la « zapette » n'améliore pas le processus toujours pour des problèmes de connexion récurrents.

Remarque 27 : Il est observé des problèmes liés à la connexion du logiciel [REDACTED] qui freine l'utilisation efficiente du logiciel [REDACTED] et la prise en charge sécurisée du médicament.

En conclusion : Les dysfonctionnements constatés démontrent que le circuit du médicament n'est pas totalement sécurisé et fait peser un risque potentiel sur la santé des résidents.

2 Une prise en charge en soins des résidents déficiente

➤ Déroulement de l'inspection

Matin : visite des locaux, échange avec l'équipe soignante en poste et observation des soins, échange avec les résidents (en particulier 3 résidents sans troubles cognitifs), consultation d'un échantillon de dossiers médicaux papier, consultation des protocoles/procédures/conduites à tenir

Après-midi : entretien avec l'IDE en poste, échange téléphonique avec le MEDEC, consultation d'un échantillon de dossiers informatisés

➤ Repère juridique

Les missions du MEDEC sont définies réglementairement par l'article D312-158 du CASF.

«Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an.

Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissances liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;

7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale . Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire ;

9° Elabore un dossier type de soins ;

10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine ;

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.

Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou télé prescription.

Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement. »

➤ **Constats**

Le MEDEC n'a pas été rencontré lors de l'inspection. Un échange téléphonique a pu avoir lieu en fin de journée, ne permettant d'aborder que de manière synthétique les différents éléments justifiant l'inspection.

Il dit être sur site jeudi et samedi ; soit ■■■ ETP ce qui ne correspond pas aux obligations de l'article D312-156 du CASF qui prévoit ■■■ ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places. Le planning du mois de février indique une présence le jeudi et un samedi sur 2 ce qui correspond à ■■■ ETP.

L'équipe soignante confirme qu'il est joignable par téléphone en dehors de ses jours de présence. Il n'y a pas de projet d'établissement et de ce fait pas de projet médical et de soins actualisé (le projet de soins de l'établissement date de 2012).

Le MEDEC donne son avis sur les admissions, mais il n'existe pas de commission d'admission depuis 2019 permettant de les valider en équipe pluridisciplinaire. Les informations relatives à cette commission ont été retrouvées dans un classeur comprenant un archivage des fiches (nom, MEDEC, IDEC, psychologue, direction, avis favorable, avis défavorable, commentaire, date et signature).

L'absence de projet d'établissement, de projet médical de soins et de procédure fixant les critères d'admission, de non-admission et de transfert conduit à l'admission de résidents atteints de troubles cognitifs et de troubles du comportement productifs les mettant gravement en danger, notamment les résidents déments déambulants. Ces troubles sont des facteurs de risque pour les résidents qui en sont atteints (par exemple, fugues ; chutes) et pour les autres (par exemple, hétéro-agressivité ou intrusion dans l'espace privatif). Par exemple, une résidente ■■■ GIR2 enfermée car déambule et s'introduit dans la chambre des voisins (pour consommer leur petit déjeuner selon les propos du personnel). La sécurité de ces résidents n'est pas assurée car l'établissement ne dispose pas d'une prise en charge adaptée à ces troubles (UVP ; sécurisation des locaux ; personnel formé et dédié).

Le MEDEC rencontre les médecins traitants quand il est présent sur site. Il n'y a pas de commission de coordination gériatrique. Il n'y a pas de rapport médical annuel. Il n'est pas médecin traitant des résidents. L'évaluation de l'état de dépendance (GIR) est réalisée à l'admission mais n'est pas actualisée. L'évaluation gériatrique standardisée initiale n'est pas réalisée. En découle l'absence de rédaction de projets de soins individualisés. Aucune réunion formalisée ni de temps de formation avec l'équipe soignante ne sont organisés de manière régulière.

Suite à l'inspection, il a été demandé par mail au MEDEC de fournir : ses diplômes, le rapport médical annuel et le détail des conventions existant avec les établissements sanitaires et médico-sociaux. Au 01/03/2022, le MEDEC n'a pas répondu à cette demande.

Le MEDEC ne dispose pas d'un bureau médical individualisé et équipé. Un bureau partagé est localisé dans l'infirmerie. Ce bureau est également accessible par une porte extérieure utilisée par le personnel pour récupérer le bip du portail conservé dans ce bureau. Cette configuration ne garantit pas le respect de la confidentialité des consultations médicales ou des dossiers médicaux.

Ecart n°22 : les missions du MEDEC sont définies par l'article D312-158 du CASF ; au regard des constatations faites le jour de l'inspection, le MEDEC ne remplit pas la totalité de ses missions, notamment la coordination des professionnels de santé, la formation des équipes, l'application des bonnes pratiques gériatriques. Ce défaut de coordination et de formation de l'équipe soignante conduit à une prise en charge non conforme aux bonnes pratiques et ne permet pas une prise en charge des résidents adaptés à leurs besoins de soins. Pour les patients atteints de Pathologies ND, leur sécurité et celle des autres résidents est mise en cause.

De plus, sa qualification n'a pas pu être vérifiée et son temps effectif de présence est insuffisant par rapport à la capacité de l'établissement.

➤ **Autres professionnels de santé intervenant dans l'établissement**

Une psychologue est rattachée à l'EHPAD. Elle n'a pas été rencontrée. Elle ne dispose pas de bureau personnel pour rencontrer les familles.

Une évaluation annuelle des résidents est réalisée, donnant lieu à un rapport et une synthèse ; les conclusions de cette évaluation ne sont pas partagées avec l'équipe soignante et leur mise en œuvre n'est pas discutée de manière pluridisciplinaire. Par exemple, le repérage d'un risque de trouble dépressif et la recommandation d'une surveillance de l'humeur.

Des entretiens réguliers sont réalisés et de la même manière, les suites données ne font pas l'objet d'une discussion pluridisciplinaire tracée et suivie.

Remarque 28 L'établissement dispose d'une psychologue ce qui est un facteur positif. Elle intervient dans le suivi individuel des résidents mais l'absence de partage en équipe de son évaluation et des actions à mettre en place limite la pertinence de son intervention.

Il n'y a pas de diététicien-ne dans l'établissement, ni d'orthophoniste.

Des kinés libéraux interviennent auprès des résidents. Il n'existe pas de salle de motricité/rééducation. Il n'y a pas d'ergothérapie ni de séances d'activité physique adaptée dans le planning des activités.

Remarque n°29 : l'absence de diététicien et d'APA ne permettent pas une prise en charge optimale des résidents en particulier vis-à-vis du risque de dénutrition et de chutes.

➤ **Prise en charge médicale, tenue du dossier de soins**

Dossier papier

➤ **Constat :**

Le dossier médical comporte une version papier et une version informatique. Aucune des deux ne permet d'avoir une vision globale du patient.

Les dossiers papier sont stockés dans le bureau du poste de soins, dans un meuble non sécurisé. Ce qui n'est pas conforme à la réglementation. En effet, les dossiers doivent être conservés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité, l'article R.4127-45 du code de la santé publique dispose que «..., le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. »

Il n'existe pas de dossier type.

Les dossiers ne sont pas ordonnés, ni actualisés, notamment dans le suivi médical. Les comptes rendus d'examens ou d'hospitalisation ne sont pas classés. Aucun référent n'est désigné pour la bonne tenue de ces dossiers.

Les projets de soins individualisés ne sont pas rédigés.

Les projets de vie sont retrouvés de manière inconstante et quand ils sont présents, ils ne sont pas réactualisés. Les directives anticipées ne sont pas recueillies. La personne de confiance n'est pas identifiée.

Ecart 23 : La confidentialité des données médicales n'est pas respectée comme cela est prévu à l'article R 4127-45 du CSP.

Ecart 24 : Le MEDEC n'élabore pas un dossier médical type, ce qui relève de ses missions. Il n'assure pas non plus leur bonne tenue. Ces éléments remettent en cause la bonne continuité de la prise en charge médicale (en cas d'intervention d'un médecin dans un contexte d'urgence ; en termes d'articulation entre MEDCO et MT ; en cas d'hospitalisation).

Dossier informatisé

Remarque 30 : Les dossiers informatisés ne sont pas toujours actualisés, et parfois discordants entre les différents onglets du logiciel [REDACTED]. Les données recueillies et les alertes sur l'état clinique ne sont pas exploitées (par exemple pour [REDACTED] variation de poids de - 6,4 kg soit 9,38% ; pour [REDACTED] variation de poids de -6,1 kg soit 10,37%, notifiés par une alerte) ni discutées en équipe pluridisciplinaire.

Ecart 25 : Le dossier médical du patient, dans son format papier ou informatique, ne permet pas de disposer des éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques comme cela est prévu à l'article R4127-45 du CSP. Cet écart remet en cause la sécurité de prise en charge du résident.

➤ **Prise en charge médicale et paramédicale**

Chaque médecin traitant dispose d'un classeur nominatif, où sont colligées les demandes de consultations et prescriptions, inconstamment datées et signées. Ces classeurs sont conservés à l'infirmerie.

Les protocoles de prise en charge spécifique n'ont pu être consultés. Les documents disponibles ne constituaient pas des protocoles ou procédures mais s'apparentaient à des cours magistraux : dénutrition, chute, douleur, décès... ce qui ne permet pas leur appropriation par l'équipe soignante et leur mise en œuvre.

Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, des ordonnances de traitement type ont été présentées par l'IDE, s'écartant des recommandations de bonne pratique (par exemple prescription systématique d'azithromycine, de corticoïdes oraux, d'anticoagulant, d'oxygénothérapie).

L'évaluation gériatrique standardisée initiale n'est pas réalisée. Le Girage n'est pas actualisé. La prise en charge des résidents n'est donc pas adaptée à leur évolution clinique et à leurs besoins.

Ecart 26 : le MEDEC n'élabore pas des procédures et protocoles conformes aux recommandations et permettant une prise en charge de qualité

➤ **Prise en charge des urgences**

L'IDE a une pause méridienne de 12h30 à 14h30 ce qui ne permet pas la continuité de la présence d'un personnel infirmier. En son absence, même en pleine journée, l'équipe soignante a pour consigne d'appeler SOS médecins ou le 15. Le protocole de prise en charge des urgences n'est pas détaillé : définition des situations d'urgence et conduite à tenir le jour et la nuit en fonction du personnel présent.

Le document imprimé au titre du DLU et intitulé « Dossier médico-social de liaison » n'est pas synthétique, ne comprend pas les renseignements essentiels et faits marquants permettant une prise en charge efficiente et sécurisée dans un service hospitalier.

Remarque 31 : En l'absence de l'IDE ou la nuit, l'équipe soignante n'a pas accès au dossier médical informatisé et est donc dans l'incapacité de l'éditer en cas de transfert. Aucune édition papier n'est disponible.

Remarque 32 : Les informations contenues dans le DLU ne sont pas adaptées pour une prise en charge sécurisée dans un établissement de santé d'aval ou en cas de transfert d'un résident vers un autre EHPAD.

➤ **Prévention et prise en charge de la dénutrition**

Les résidents sont pesés mensuellement, sans protocole de pesée : l'IDE indique que l'utilisation du pèse-personne ne permet pas d'interpréter les variations de poids (pesée à des heures différentes, habillé/déshabillé, en fauteuil/sans fauteuil...) ; la plateforme de pesée ne fait pas l'objet d'un entretien. Des variations jusqu'à 10% du poids sont retrouvées d'un mois à l'autre. Les alertes émises par le logiciel Titan (croix rouge pour les variations de plus de 5%) ne sont pas prises en compte ni par les IDE ni par les médecins. Des IMC inférieurs à 21, signe de grande dénutrition, sont notés. Sur 15 dossiers consultés, 10 IMC avaient pu être calculés : 2 résidents avaient un IMC < 19, 2 entre 19 et 21, 3 entre 21 et 22. Lors de la visite des chambres, l'observation d'un grand nombre de résidents maigres vient corroborer ces constats.

Les régimes et textures ne sont pas prescrits. L'absence d'orthophoniste ne permet pas l'évaluation des troubles de la déglutition, ainsi que les mesures posturales individualisées à mettre en œuvre.

Ecart 27: Les modalités de recueil et de renseignement des mesures du poids et l'absence d'analyse des courbes interrogent sur l'esprit critique et le professionnalisme des soignants. L'absence de coordination et de cadre entraîne une perte de repères et de sens dans l'exercice des missions, sans remise en cause par les soignants de leurs pratiques inadéquates. Pour mémoire, la dénutrition s'accompagne d'un accroissement de la morbidité (chutes, fractures, hospitalisations, infections nosocomiales), de la perte d'autonomie et de la mortalité, quelle que soit la cause de la dénutrition. Qui plus est, ces complications sont elles-mêmes des facteurs de dénutrition, installant les personnes âgées dans un cercle vicieux qui peut accélérer la fin de vie (HAS / 10/11/2021). La remise en cause de la qualité du recueil et du suivi de cet indicateur remet donc en cause la qualité de la prise en charge du résident. En cas de dénutrition, la pesée devrait être hebdomadaire (HAS recommandations professionnelles 2007).

➤ **Prise en charge des chutes**

Des locaux adaptés et sécurisés sont bien entendu un préalable à la prévention des chutes.

Remarque 33 : Les locaux de l'EHPAD « Au Bel Age » ne sont pas adaptés et sécurisés (ex. escaliers sans barrière de sécurité, et raides ; absence de revêtement antidérapant...).

Une fiche de constat de chutes est renseignée de manière non systématique (une chute tracée dans le cahier de transmissions de nuit le 12/02 pour laquelle aucune fiche n'est retrouvée).

Elle est transmise à l'IDE et classée dans le classeur du médecin traitant. En l'absence de procédure, le médecin traitant n'est pas systématiquement appelé dans les suites immédiates de la chute. La partie médicale de la fiche n'est pas complétée, ne permettant de savoir si un examen clinique systématique est réalisé. Aucun protocole de prévention des chutes n'a été transmis.

Remarque 34 : Les chutes ne font pas l'objet d'une analyse systématique partagée entre l'équipe soignante et le MEDEC. Des mesures correctives ne sont pas mises en place.

Remarque 35 : Il n'y a pas de programme de prévention des chutes par l'activité physique adaptée et l'ergothérapie.

Ecart 28: De façon globale, l'établissement n'a pas mis en place d'approche qualité pour la prévention des chutes que ce soit de manière globale (sécurisation des locaux ; programme de prévention) ou individuelle (conduite à tenir en cas de chute ; analyse des chutes pour mise en place d'actions correctrices). Pour mémoire, les chutes répétées sont fréquentes avec une prévalence chez les personnes âgées de 65 ans et plus, calculée entre 10 et 25 %. Elles surviennent le plus souvent au cours d'activités simples de la vie quotidienne telles que marcher, se lever d'une position assise, ou s'asseoir. Les chutes répétées sont associées à une forte morbi-mortalité accélérant le processus de perte d'indépendance et d'autonomie (HAS - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – avril 2009).

➤ Contention

Lors de la visite, de nombreuses barrières de lit relevées ont été constatées. La présence de barrières peut majorer le risque de chute et de blessures.

En l'absence d'unité protégée et à cause de l'architecture non adaptée, les résidents atteints de PathologiesND déambulants sont enfermés de l'extérieur dans leur chambre. L'équipe soignante explique n'avoir pas trouvé d'autre alternative pour assurer leur protection. Le MEDEC indique ne pas avoir donné ces consignes et dit ignorer ces pratiques non adaptées. Au regard de ces faits, l'équipe d'inspection s'interroge sur la présence effective du MEDEC dans l'établissement en dehors du bureau médical.

Remarque 36 : Les prescriptions de contention (barrières au lit) sont reconduites annuellement sans réévaluation collégiale.

Remarque 37: L'absence de coordination et de cadre entraîne une perte de repères et de sens dans l'exercice des missions, sans remise en cause par les soignants de leurs pratiques inadéquates.

Ecart 29 : De façon globale, l'établissement ne respecte pas la liberté d'aller et venir du résident par des pratiques d'enfermement en chambres ou de contention qui ne respectent pas le cadre de prescription et de suivi des bonnes pratiques. La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale qui s'interprète de façon extensive et s'appuie sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne (cf annexe 5). L'enfermement des résidents dans leurs chambres génère un risque quant à leur bien-être physique et moral ainsi qu'à leur sécurité notamment en cas d'évacuation en urgence. Ce risque pour la sécurité des personnes est aggravé par l'absence d'appel malade opérationnel dans les chambres. Un résident enfermé ne peut donc solliciter de l'aide en cas de problème.

➤ Fin de vie, soins palliatifs

Dans les dossiers consultés, les directives anticipées n'ont pas été retrouvées. L'IDE méconnaît la notion de personne de confiance. Dans les situations de fin de vie, l'établissement fait appel à l'HAD.

Ecart 30 : L'accompagnement de fin de vie ne correspond pas aux attendus des articles R1111-17 à 20 du code de la santé publique ni aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM de 2017.

Remarque n° 38 : L'IDE ignore l'existence d'une équipe mobile de soins palliatifs.

➤ Epidémie de Covid et situations sanitaires exceptionnelles

Les cas de Covid n'ont pas fait l'objet d'un signalement sur la plateforme [REDACTED].

L'IDE n'a pas connaissance du protocole de gestion des suspicions, cas confirmés et clusters.

Des ordonnances types de prise en charge des cas confirmés sont mises à disposition de l'IDE, comportant des traitements systématiques non toujours conformes aux recommandations (par exemple prescription systématique d'azithromycine, de corticoïdes oraux, d'anticoagulant, d'oxygénothérapie). Ces traitements sont mis en œuvre sans évaluation médicale préalable.

Le jour de l'inspection, un cas confirmé est présent dans l'EHPAD ; la résidente positive n'a pas fait l'objet d'un isolement en chambre individuelle, sa voisine a été contaminée à son tour. Les deux résidentes étaient enfermées dans leur chambre par le personnel pour les empêcher de circuler dans l'établissement. Aucune signalisation n'était apposée sur la porte et aucun EPI n'était disponible à l'entrée de la chambre.

Les visites des familles demeurent sur rendez-vous. Elles n'accèdent pas aux chambres. Le MEDEC indique ne pas avoir donné ces consignes et dit ignorer ces pratiques non conformes aux recommandations en cours.

Le MEDEC a organisé la vaccination anti-covid des résidents et des professionnels. La vérification d'un échantillon de dossiers n'a pas permis de retrouver l'enregistrement dans l'application SI-VAC de la dose de rappel, pourtant tracée sur [REDACTED]. Les résidents concernés ne disposent pas d'un pass vaccinal valide.

Ecart n° 40: Le MEDEC n'organise pas une prise en charge adaptée et conforme aux recommandations de l'épidémie de Covid-19.

➤ La continuité des soins et sa sécurisation :

Le rôle de l'IDEC est important au sein d'un EHPAD, il est notamment le référent professionnel, il a un rôle : d'organisation, coordination et répartition des tâches avec évaluation des pratiques professionnelles et contrôle du travail ; d'élaboration et de gestion des plannings avec gestion de l'absentéisme dans le souci d'assurer la sécurité et la continuité des soins ; d'accueil et d'accompagnement du résident et de sa famille ; de participation aux choix et à la mise en place de nouveaux matériels et produits (système de douche au lit, matelas anti escarre...) ; de gestion des stocks ; de conduite des entretiens annuels d'évaluation, recensement des souhaits de formation professionnelle et participation à l'élaboration du plan de formation ; de sensibilisation des personnels aux risques (hygiène, sécurité, accidents du travail) ; d'animation des réunions d'équipe de travail, de groupes de travail (élaboration des protocoles de soins, prévention maltraitance, bientraitance...), d'encadrement et d'animation des personnels des unités ; de participation à l'évaluation du Girage ; travail en collaboration avec le MEDEC et la psychologue, de participation à la commission d'admission, à la commission des menus.

En l'absence d'IDEC, ces missions ne sont pas réalisées.

➤ Soins de nursing :

Les aides-soignants connaissent les missions qui leur sont dévolues. Ils assurent auprès des résidents les soins d'hygiène et de confort. Au sein de l'EHPAD, la qualité de leurs activités est mise en cause par l'absence d'IDEC et d'intégration à l'équipe de soins faute de coordination mais également faute de référent pour questionner ou faire évoluer leurs pratiques.

Cette situation peut engendrer des pratiques non sécurisées. Un classeur est à disposition pour chaque soignant, il contient la liste des résidents à prendre en charge, les codes à scanner/zapper pour tracer les soins sur le logiciel [REDACTED] et le plan de soins de chacun des résidents précisant l'horaire de lever, du petit déjeuner, de la toilette, du coucher ; les modalités de prise en charge pour le nursing ainsi que le degré d'autonomie ; les soins cutanés de prévention ; contention et patch ; la mise aux toilettes et les changes ; le lieu du petit déjeuner, du déjeuner et du dîner(chambre au lit, chambre au fauteuil, restaurant) ; mise à la sieste ; les particularités (mise au fauteuil, reste au lit, aides techniques à la marche) ; contention ; hydratation (boisson, eau gélifiée, perfusion, quantification). Toutefois, une seule soignante avait ce classeur sur son chariot mais ne s'en servait pas car les documents sont obsolètes (la liste des résidents n'est pas à jour et les plans de soins datent de 2019), les autres classeurs étaient rangés dans une armoire de l'infirmerie avec des documents non mis à jour. Pour pallier l'obsolescence de ces plans de soins, l'établissement n'a pas mis en place d'autres documents tels qu'une liste des résidents à mettre en sieste, les personnes mangeant en chambre, cadenciers urinaires...

Les soignants titulaires réalisent leurs soins par habitude, ils connaissent les résidents qu'ils prennent en charge. Ce fonctionnement ne permet pas aux vacataires ou aux personnels nouvellement embauchés, de disposer d'informations sécurisées et écrites auxquelles se référer.

L'absence d'IDEC ne permet pas de mettre en place une culture professionnelle commune et de la diffuser. Cette absence d'encadrement participe à la fragilisation de l'organisation des soins.

Ecart 41 : L'individualisation des plans de soins est limitée car chaque plan reprend pour tous les résidents une liste standard de tâches. L'obsolescence du plan de soins (2019) ne permet pas de réaliser une prise en charge de qualité adaptée en termes de soins d'hygiène et de confort à l'état actuel du résident et à ses souhaits. Ce défaut de qualité présente un risque en termes de maintien de l'autonomie des résidents.

Ecart 42 : L'absence d'IDEC génère un manque d'organisation des soins et de coordination impactant la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.

➤ **Transmissions :**

L'infirmier nous a indiqué qu'une réunion de transmission entre soignant se tenait tous les jours à 11h30 mais elle n'a pas pu se tenir le 16 février du fait de l'inspection.

Les transmissions écrites ne sont pas uniformisées (papier, logiciel), certains professionnels utilisent le logiciel de soins et d'autres écrivent sur un cahier (personnel de nuit).

Très peu de transmissions écrites sont réalisées sur le logiciel [REDACTED] et elles ne sont pas réalisées sous forme de transmissions ciblées. Il existe un seul poste informatique, situé dans le poste de soins et de ce fait peu accessible et disponible.

L'établissement a une culture orale concernant les transmissions.

Les [REDACTED] IDE présents sur la structure ne se croisent jamais et font leurs transmissions sur un agenda en guise de relai d'information.

Remarque 39 : L'établissement a mis en place un logiciel qui permet de tracer les soins mais le personnel n'est pas formé à son utilisation. Cela rend difficile l'appropriation de cet outil par le personnel et génère une multiplication des moyens de recueil de données pour compenser. L'absence de formalisation écrite des transmissions entraîne un risque de défaut d'information pouvant impacter la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.

Aucune autre réunion de coordination ou de partage des pratiques professionnelles favorisant l'articulation des compétences n'est organisée (appropriation des protocoles, travail sur les projets de vie et de soins individualisés, réunions de synthèse, analyse des pratiques professionnelles). L'absence d'infirmier coordonnateur a pour conséquence un manque d'encadrement des personnels soignants et infirmiers par l'organisation de réunions d'échange de pratiques, la mise en place d'évaluation des pratiques professionnelles ou la dispensation de formations sur des sujets particuliers.

L'absence de l'IDEC fait reposer sur les IDE en poste des tâches d'encadrement qui ne relèvent pas de leurs fonctions

Ecart 43: La mission d'inspection relève que la qualité des transmissions entre soignants n'est pas assurée dans un établissement qui utilise à la fois l'oralité, le dossier de soins informatiques et divers supports papier. Dans un contexte de fort turn over de personnel, ceci fait peser un risque sur la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.

➤ **Projets de vie et de soins :**

Les projets de vie ne sont plus à jour. L'IDE rencontré ne sait pas qui les réalise et n'y participe pas.

Ecart 44 : L'article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles dispose en son septième paragraphe de l'obligation pour les professionnels de mettre en œuvre, pour la personne prise en charge en établissement, un projet d'accueil et d'accompagnement. Le troisième paragraphe de ce même article précise que chaque résident doit bénéficier d'« une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ». Le processus d'élaboration et de suivi des projets d'accompagnement personnalisé de l'établissement n'est pas opérationnel.

➤ **Prise en charge des résidents atteints de PathologiesND:**

L'établissement n'a pas élaboré de projet spécifique PathologiesND permettant de définir un projet institutionnel en matière de prise en charge non médicamenteuse de ces résidents.

Il n'y a pas de signalétique permettant à la personne de se repérer dans la résidence, pas d'animation thérapeutique.

L'ensemble du personnel n'est pas formé à la prise en charge des maladies neurodégénératives et des pathologies psychiatriques, à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie, aux thérapies non médicamenteuses.

L'architecture de l'établissement ne permet pas un parcours de déambulation sécurisé.

Nous n'avons pas vu de protocole d'admission spécifiant les critères d'admission, de non-admission et /ou d'exclusion fixés en fonction de l'adéquation des moyens de l'établissement (personnel et architectural) et des symptômes présentés par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

Remarque 40 : L'absence d'une politique spécifique impulsée par la structure ne favorise pas un accompagnement individualisé, sécurisé et de qualité des personnes atteintes d'une pathologie neurodégénérative.

➤ **La prise des repas :**

Lors de la visite sur site, la mission d'inspection a noté qu'une partie seulement des résidents déjeunaient ou dinaient en salle de restauration.

Si certains résidents ont fait part à l'équipe d'inspection leur souhait de prendre les repas en chambre, pour les autres résidents il n'y a pas de règle édictée permettant d'arbitrer entre le repas en chambre ou au restaurant.

Remarque 41 : la prise des repas en chambre ou au restaurant ne font pas l'objet d'une réflexion et de règle permettant de s'assurer que la décision est prise pour le bien être des résidents.

➤ **Hygiène :**

Un personnel soignant avait son masque chirurgical sous le menton et d'autres n'avaient pas une tenue professionnelle complète (legging) ou portaient un tee-shirt à manche longue sous sa tenue.

L'équipe d'inspection a constaté l'absence de serviettes de toilette dans les salles de bain, le personnel soignant a indiqué que la lingère étant en congés, ils n'avaient plus de serviette de toilette propres.

L'établissement n'a pas mis en place de traçabilité concernant le bio nettoyage du chariot soignant.

Les chariots de linge sale sont en nombre suffisant. Il en est de même pour les supports de sacs poubelles : sacs posés à même le sol.

Il n'y a pas de solution hydro alcoolique à disposition dans les couloirs.

Le lève malade ne peut être utilisé que pour les résidents situés à l'étage où il est stocké car celui-ci ne rentre pas dans l'ascenseur.

La majorité du linge de lit est constitué de draps provenant des hôpitaux (draps avec le sigle des hôpitaux).

Remarque 42 : La mission d'inspection a relevé sur site des éléments concordants qui montrent l'absence de respect des règles d'hygiène dans l'établissement alors qu'une des résidentes est positive au COVID ce qui fait courir un risque de dissémination du Coronavirus au sein de la structure.

➤ **Protocoles :**

Classeur précautions standard : les protocoles et procédures présentes sont des documents établis par le CCLIN Sud Est et datent de 2008.

Conduite à tenir cas d'AES : cette conduite ne stipule pas de nom d'établissement ou médecin référent, elle ne comporte pas de date de création, les noms du rédacteur, du vérificateur et les signatures des valideurs. Aucune conduite à tenir en cas d'AES n'est affichée au sein de l'infirmerie.

L'équipe d'inspection n'a pas trouvé de protocole en matière de soins de nursing (toilette, pédiluve, prévention escarres..).

Pour les soins techniques un protocole de « pansement simple » a été fourni : il ne comporte pas de date de création, les noms du rédacteur, du vérificateur et les signatures des valideurs.

Il n'y a pas d'appropriation des protocoles par le personnel bien que celui-ci connaisse l'existence de ces classeurs de protocoles, ils ne sont pas utilisés.

Remarque 43 : l'élaboration, la réévaluation des protocoles de soins fait partie des missions de l'IDEC mais son absence génère un manque de suivi dans la réactualisation des protocoles et leur application, ceci impactant la qualité de la prise en charge.

Conclusion :

L'absence de coordination des soins (MEDEC qui ne remplit pas ses missions, poste d'IDEC vacant) ne permet pas une prise en charge des résidents adaptée au respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles.

Les fondamentaux en termes de prise en charge des grands syndromes gériatriques ne sont pas en place.

L'absence de formation continue, la perte de repères et de sens dans les missions concourent chez les soignants à une prise en charge défaillante des résidents.

Plusieurs éléments se cumulent et concordent pour indiquer un risque majeur en termes de qualité et de sécurité de prise en charge des résidents (prise en charge des situations d'urgence ; prévention de la perte d'autonomie ; non-respect des mesures d'hygiène ; non sécurisation de la continuité des soins ; absence de respect de la liberté d'aller et venir).

Partie 4 : L'EHPAD Au Bel Age ne s'est pas approprié la culture de la gestion du risque

1 Une gestion non maîtrisée des risques liée aux légionelles et un manque de suivi des risques liés à l'alimentation en eau potable, aux déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) et à l'amiante

1.1 Contexte et objectifs de l'inspection

L'inspection réalisée le 17 février 2022 avait pour objectif de contrôler les modalités de gestion des risques sanitaires liés à l'exposition aux légionelles, aux déchets d'activités de soins à risque infectieux et à l'amiante. Le risque d'exposition au radon n'a pas été examiné en raison de la situation géographique de l'établissement dans une zone à faible exposition au radon.

Les références réglementaires relatives à la gestion de ces risques sont précisées en annexe 1 du présent rapport.

Etaient présents à l'inspection :

- La responsable du personnel,
- La secrétaire comptable,
- L'agent de maintenance,
- [REDACTED], technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, service santé environnement, [REDACTED]
- [REDACTED], médecin référent santé environnement à l'ARS.

Par ailleurs, le médecin coordonnateur a été invité à échanger autour de la prévention de la légionellose. L'infirmière rencontrée lors de la visite de l'établissement est intervenue pour présenter à l'équipe d'inspection le circuit d'évacuation des DASRI.

En dehors de ce personnel, ni le directeur de l'établissement ni le directeur général n'était présent sur le site. La cadre de santé, auparavant en congé maladie, a été licenciée pour inaptitude le 31 décembre 2021.

1.2 Les mesures mises en œuvre dans l'établissement

L'établissement est composé de deux bâtiments de 3 étages, le bâtiment A qui regroupe le plateau administratif et technique au RDC (cuisine, salle de restauration, infirmerie et bureaux administratifs et médicaux) et des chambres disposées aux étages. Le bâtiment B qui abrite des chambres réparties du RDC au 3^{ème} étage, le salon de coiffure et les douches du personnel situées au RDC.

Plusieurs chambres situées au 2^{ème} étage au bâtiment A et au 3^{ème} étage du bâtiment B sont en travaux depuis novembre 2021.

Toutes les chambres sont équipées de douches. D'après l'agent d'entretien, outre les douches du personnel, il n'y a pas de douche en cuisine.

Lors de la visite, il a été constaté un défaut de nettoyage des parties communes et du salon de coiffure dans lequel les fauteuils sont dans un état de vétusté avancé avec des vis corrodées. La présence d'insectes dans des salles de bains en travaux et le salon de coiffure interroge sur l'étanchéité des ouvrants.

L'établissement a fait l'objet d'une précédente inspection en 2010, ayant donné lieu à des observations de l'ARS. La surveillance des réseaux est assurée par l'agent d'entretien qui est présent dans l'établissement depuis cette date mais qui ne semble pas sensibilisé aux risques de légionellose et de brûlure. Aucune suite n'a été donnée à ses demandes de formation.

1.2.1. Lutte contre la légionellose

➤ Concernant la production et la distribution de l'eau chaude sanitaire (ECS) :

Les deux bâtiments disposent chacun d'une chaufferie.

Le bâtiment A est alimenté par une production semi instantanée dont le primaire est produit par une chaudière et l'eau chaude sanitaire par un échangeur tubulaire. L'eau est stockée dans un ballon situé dans un local en contre bas.

L'eau ne subit aucun traitement.

Une fuite d'eau est constatée au départ de boucle. Elle est vraisemblablement liée à des phénomènes d'entartrage. Les installations sont très vétustes et présentent des dégradations préoccupantes. Cette situation est attribuée pour partie à l'ancienneté des équipements mais également aux inondations régulières du local, lorsque la pompe de relevage dysfonctionne lors des marées hautes (2 fois par an) ou en temps de forte pluie. L'équipe d'inspection s'interroge sur les interventions de la société de maintenance Cofely et le risque encouru par l'agent d'entretien.

La purge du ballon est assurée en interne par l'agent. La traçabilité précise une date d'entretien remontant au 03 février 2017.

Concernant le bâtiment B, la chaufferie est située au RDC ; l'eau est produite par deux ballons électriques.

En l'absence des schémas des réseaux de production d'eau chaude, Il n'a pas été possible d'identifier les différents réseaux en chaufferies ni la protection des réseaux de distribution d'eau froide contre les retours d'eau en amont des installations à risque.

Aucune des deux productions ne dispose de thermomètre pour contrôler les températures de l'eau mise en distribution.

D'après l'agent de maintenance, les réseaux de distribution d'eau chaude ne sont pas bouclés, ce qui rend difficile la circulation de l'eau et la maîtrise de sa qualité.

➤ Concernant la surveillance des réseaux :

L'établissement ne dispose pas de carnet sanitaire ; seul un classeur regroupant le suivi des températures et la purge de certains points a été communiqué. Aucun protocole ou conduite à tenir n'a été élaboré. Le médecin coordonnateur ne semble pas impliqué dans la prévention de la légionellose.

Un document daté de janvier 2006 émanant du syndicat national des établissements et résidence privées pour personnes âgées, Synergie (en ligne) comporte les grandes lignes concernant la lutte contre la légionellose dans les EHPAD mais il n'est ni adapté ni appliqué dans l'établissement.

Un autre document extrait en ligne du CCLIN Sud-Ouest datant de 2011 reprend les conduites à tenir en cas de contamination des réseaux et de déclaration d'un cas de légionellose ; il n'est connu que du médecin coordonnateur.

Ecart 45 : L'établissement ne dispose pas de carnet sanitaire pour le suivi des installations. Conformément à l'article 3 de l'arrêté du 1^{er} février 2010, le responsable doit disposer des éléments descriptifs des réseaux et consigner dans le carnet sanitaire les modalités et les résultats de la surveillance des réseaux ainsi que ceux relatifs à leur maintenance.

Ecart 46 : L'absence de protocoles et de conduites à tenir adaptés à l'établissement ne permet pas à l'agent de l'entretien d'assurer correctement la surveillance.

La surveillance des réseaux est partielle ; elle ne concerne que les points d'usage.

Ecart 47 : La surveillance des réseaux (suivi des températures et analyses des légionelles) ne respecte pas les prescriptions de l'arrêté du 1^{er} février 2010 (annexe 2) et de l'arrêté du 30 novembre 2005. L'échantillonnage n'est pas adapté à la configuration des réseaux et à leur fonctionnement. De fait, cette défaillance ne permet pas de préjuger de l'absence des risques de brûlure et de légionellose

Les mesures des températures sont réalisées chaque semaine sur plusieurs points en distribution. Les températures ne sont pas relevées en production. L'agent d'entretien indique néanmoins prendre la température du ballon lors des purges.

Les températures consignées dans le carnet sanitaire ne sont pas précisées. Les mesures de valeurs dépassant 50°C ne font pas l'objet d'action correctrice (risque de brûlure). En effet, la consigne donnée à l'agent d'entretien précise uniquement que les températures doivent être supérieures ou égales à 50°C aux points d'usage.

Aucun équipement ne permet la prévention du risque de brûlure aux points d'usage (mitigeurs thermostatiques et robinets à butée). L'agent d'entretien ne semble pas être au courant de ce risque ; il respecte strictement les consignes données.

Lors de l'inspection, les températures mesurées atteignent 62°C dans le bâtiment B et moins de 40°C dans le bâtiment A (le point le plus proche de la chaufferie).

Ecart 48 : Le suivi des températures n'est pas assuré conformément à la réglementation en vigueur. L'établissement ne dispose pas de procédure définissant les points à surveiller et les actions correctives à mettre en œuvre en cas de dérive ou de dépassement des seuils.

Ecart 49 : Selon les consignes données à l'agent d'entretien, le risque de brûlure n'est pas pris en compte dans l'établissement.

Concernant l'entretien des terminaux, aucune intervention n'est opérée sur les terminaux, en dehors du changement ponctuel des robinets défectueux. Un défaut manifeste d'entretien des robinetteries a été observé dans les chambres visitées.

Les opérations de purges des réseaux peu ou pas utilisés ne concernent que le salon de coiffure et les douches du personnel ; les chambres inoccupées ne sont pas purgées régulièrement d'après l'agent d'entretien.

Il convient de noter que la fréquence des opérations de purge n'est pas respectée et la traçabilité est décousue ; les feuilles concernant les purges du salon de coiffure et les vestiaires hommes ne comportent aucune date.

Ecart 50 : Un défaut d'entretien des terminaux et l'absence de purge des bras morts peuvent être à l'origine de contaminations des réseaux. L'établissement ne dispose pas d'un plan de purge cohérent, basé sur l'identification de l'ensemble des points peu ou pas utilisés. La fréquence est à adapter au fonctionnement de ces points.

Concernant le suivi analytique, seuls les résultats des analyses des légionelloses des années 2014, 2017, 2020 et 2021 ont été communiqués. D'après la comptable, aucune analyse des légionelles dans l'eau n'a été réalisée en 2018 et 2019.

Les analyses sont effectuées en distribution sur des points laissés à l'appréciation du laboratoire qui effectue les prélèvements. Ces points ne répondent pas aux exigences liées à la configuration des réseaux et à leur fonctionnement. L'échantillonnage est aléatoire ; il concerne les chambres et parfois le salon de coiffure, la douche du personnel et la plonge de la cuisine.

Ecart 51 : Le suivi analytique est partiel. Il ne permet pas de conclure à la maîtrise des réseaux, notamment en raison de leur configuration (absence de bouclage) et de la présence de chambres en travaux qui ne font pas l'objet d'une surveillance renforcée.

Le suivi peut être élargi à d'autres points que ceux imposés par la réglementation et des prélèvements au 1^{er} jet peuvent s'avérer nécessaires pour évaluer l'efficacité des purges et de l'entretien des robinetteries.

Ecart 52 : En l'absence de conduite à tenir en cas de contamination des réseaux, il n'est pas possible à l'agent d'entretien de déterminer seul les points à surveiller et les mesures correctives à mettre en œuvre pour rétablir la qualité de l'eau. Le plan d'actions à élaborer doit intégrer la surveillance et la protection des résidents.

➤ Concernant la formation du personnel :

Selon les personnes rencontrées, il n'y a pas eu de formation sur le thème de la légionellose depuis longtemps. Elles ne disposent pas de connaissance en matière de risque de légionellose et de brûlure et ne maîtrisent pas les mesures à prendre.

Remarque 44 : Le personnel soignant et technique ne dispose pas de consignes claires lui permettant de comprendre les actions préventives demandées et la nécessité d'une alerte en cas de dérive.

1.2.2. Gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)

L'établissement dispose d'une procédure de gestion des DASRI, d'une convention avec la société [REDACTED] qui date de 2010 et des bordereaux d'élimination des DASRI. La procédure [REDACTED] qui date de 2005 est très théorique.

Avant cette date, les DASRI étaient confiés au laboratoire d'analyses médicales [REDACTED]. Dans la procédure de gestion des DASRI, qui date du 10 janvier 2012, il est fait référence à une autre société de collecte, [REDACTED].

La procédure mérite d'être réactualisée, notamment en ce qui concerne le tri des déchets, le conditionnement et les conditions d'entreposage.

D'après les échanges avec l'infirmière, les consignes ne sont pas respectées ; tous les EPI sont éliminés dans la filière DASRI et les déchets produits par les personnes atteintes de covid19 sont mis dans un carton DASRI de 50 litres (6 litres dans la procédure) entreposé dans leur chambre. Les piquants tranchants bénéficient de doubles emballages rigides ; ils sont éliminés d'abord dans les boîtes homologuées avant d'être reconditionnés dans un fût de 50 litres.

Les contenants sont évacués régulièrement de l'infirmerie vers un lieu grillagé situé à l'extérieur et non pas dans le garage comme précisé dans la procédure. Ce lieu est exigu, il ne peut contenir qu'un bac en vrac. Lors de la visite, il a été constaté la présence de deux cartons et d'un fût de 50 litres non datés, entreposés sur ce bac qui est réservé à l'élimination des ordures ménagères. Ces cartons sont dégradés en raison des intempéries.

Considérant la dernière collecte du 4 février 2022, qui a concerné 1 fût et 4 cartons, l'équipe d'inspection s'interroge sur les conditions d'entreposage des contenants.

D'après les bordereaux, ces contenants sont évacués deux fois par mois par la société de collecte et non pas tous les vendredis comme annoncé lors des échanges. Le nombre est variable car dépendant de l'identification des personnes positives à la covid19.

Remarque 45 : Les opérations de tri des déchets et les conditions d'entreposage ne sont pas précisées dans la procédure de gestion des DASRI ; aucun déchet ne doit être entreposé dans les chambres des résidents.

Ecart 53 : L'endroit où sont entreposés les contenants DASRI n'est pas sécurisé ; il n'est pas protégé contre les intempéries et l'intrusion des animaux.

1.2.3. Diagnostic Amiante

Le diagnostic amiante réalisé le 20 octobre 2011 par la société [REDACTED] n'est pas conforme. Il doit être réactualisé.

Ecart 54 : Le repérage est partiel et ne répond pas aux dispositions réglementaires, notamment en ce qui concerne le programme de repérage défini à l'annexe 13-9 du décret 2011-629 du 3 juin 2011 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis. L'établissement doit disposer d'une fiche récapitulative nécessaire au suivi des produits ou matériaux amiantés.

En conclusion : La mission constate un risque d'exposition aux légionelles et aux brûlures lié principalement à :

- l'absence d'une personne qualifiée en capacité de superviser la mise en œuvre du plan de prévention,
- l'absence de procédures opérationnelles formalisées dans le carnet sanitaire,
- au manque de formation de l'agent technique.

De plus, l'insuffisance de surveillance des réseaux d'eau et le défaut d'entretien des terminaux et des purges des points présentant un risque de prolifération des légionelles, ne permettent pas de préjuger de la sécurisation des réseaux d'eau chaude sur du long terme.

Malgré, les observations formulées lors de l'inspection réalisée le 25 novembre 2010, aucune mesure corrective n'a été mise en œuvre.

Considérant les risques pour la santé des résidents, il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures spécifiques de protection.

Quant à la gestion des DASRI, il est nécessaire de revoir le tri et les conditions d'entreposage des DASRI.

Les résidents évoluent dans un environnement présentant un danger pour leur santé

2 Une politique des EIG associés ou non aux soins inopérante

Conformément à l'article L. 331-8-1 et suivants du code de l'action sociale, les établissements ont l'obligation de signaler aux autorités « tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement des événements indésirables graves liés ou non aux soins, (EIG/EIGS) ni d'instance dédiée à cette thématique.

Ecart 55 : L'absence de procédures formalisées en matière de signalement ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels.

Ecart 56 : L'absence de comité de gestion des risques ne permet pas l'analyse des dysfonctionnements et donc d'identifier leurs causes et a fortiori la mise en place d'actions correctrices permettant d'éviter la réitération des dysfonctionnements.

Par ailleurs, il ressort des entretiens avec le personnel dont la responsable du personnel qu'aucun n'a été en mesure de définir un évènement indésirable grave. Cependant, lorsque le personnel soignant analyse selon ses propres critères une situation comme étant un évènement indésirable grave, il en informe la responsable du personnel. Le personnel ne connaît pas les suites données à leur signalement.

Ecart 57 : La mission constate que l'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et ne permet pas de garantir notamment que les dysfonctionnements dans la prise en charge des résidents font l'objet d'un repérage et d'un signalement systématique de la part des personnels.

Ecart 58 : La mission constate que l'absence de stratégie et d'organisation de la gestion des risques au sein de l'EHPAD Au Bel Age rend l'application de cette politique inopérante.

Ecart 59 : La mission d'inspection constate que l'absence d'une politique de gestion des risques active peut conduire à mettre en jeu la santé et la sécurité des résidents.

CONCLUSION

La mission a constaté une accumulation de défauts dans la gouvernance : un directeur absent sur site depuis 2 ans, une équipe en nombre insuffisante, des glissements de tâches, une culture professionnelle insuffisante, une vie sociale restreinte qui ne permettent pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents, leur sécurité ainsi que leur bien-être physique et moral.

Ces constats avaient été établis lors des inspections du 25 novembre 2010 et du 6 juillet 2011 donnant lieu à la nomination d'un administrateur provisoire en vue d'accompagner le gestionnaire et le directeur à remédier aux graves dysfonctionnements relevés. Il est constaté que la direction n'a pas su faire perdurer dans le temps les bonnes pratiques et l'organisation mise en place par l'administrateur provisoire. De plus, la situation conflictuelle entre le gestionnaire et le propriétaire des locaux, le non-paiement des loyers, a conduit à une procédure d'expulsion actuellement pendante.

Par ailleurs, les éléments recueillis lors du contrôle sur pièce réalisé le 16 février 2022 ne sont pas cohérents avec les constats de la mission sur site.

Lors de la présente inspection, la mission a constaté que les conditions d'hébergement sont vétustes, non adaptées et non sécurisées par rapport au profil des résidents accueillis. La configuration architecturale de l'EHPAD conjugué à un manque de personnel et un système d'appel malade non opérationnel engendre un risque pour la sécurité des résidents. Ce risque majoré s'est concrétisé notamment par l'enfermement de certains résidents ce qui porte atteinte à la fois à la liberté d'aller et venir, à la sécurité et au bien-être physique et moral des personnes accueillies.

Ainsi, un tiers des résidents sont potentiellement enfermés, avec un système d'appel malade défaillant, et sur certaines plages horaires un seul agent pour 2 bâtiments distincts, ne peuvent pas demander de l'aide en cas de besoin ou de mise en danger vital. Sans compter les dommages psychologiques que cet enfermement de jour comme de nuit peut engendrer.

A cela s'ajoute une prise en charge en soins défaillante. L'absence d'une organisation structurée de coordination ne permet pas une démarche adaptée dans la prise en charge des résidents. Les fondamentaux en termes de prise en charge des grands syndromes gériatriques, de nutrition et de lutte contre la dénutrition, de troubles neurodégénératifs, de coordination des soins ne sont pas acquis.

De même le circuit du médicament n'est pas totalement sécurisé et fait peser un risque potentiel sur la santé des résidents.

Par ailleurs, l'EHPAD Au Bel Age ne s'est pas approprié la culture de la gestion des risques concernant la légionnelle, les DASRI, l'amiante, le signalement des événements indésirables et les risques infectieux. Cette absence de politique active de la gestion des risques met en jeu la santé et la sécurité des résidents.

De ce fait, l'établissement n'a pas été en mesure de garantir l'effectivité des droits fondamentaux que sont notamment la sécurité, la liberté et le droit à la dignité des résidents. Des atteintes à l'intégrité des personnes se sont produites dans une structure dont la mission est de les protéger et de les accompagner dans la perte de leur autonomie. De surcroît que certains d'entre eux ont une mesure de protection juridique ce qui accentue leur vulnérabilité.

Cette défaillance d'organisation institutionnelle compromet la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Ces carences induisent une maltraitance institutionnelle dans la prise en charge des résidents et fait peser un risque sur leur sécurité.

Aucun élément recueilli, dans le cadre de cette inspection, ne permet d'établir la volonté et la capacité de la direction de l'EHPAD à engager des mesures correctives.

Fait le 9 mars 2022,

Les signataires du rapport :

[Redacted signature line]

Chef du service des établissements et
Services médico-sociaux

Médecin

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

Chargée de suivi EHPAD

Inspectrice ARS

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

Contrôleur ARS

Inspectrice ARS

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

Technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

[Redacted signature line]

[Redacted signature line]

Pharmacienne inspecteur de santé publique

[Redacted signature line]

Les Annexes :

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]