

RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 06

EHPAD OREADIS
78 AVENUE DE LA BRANCOLAR
06 100 NICE

24 JANVIER 2023

Relecture :



**MAISON
DE L'AUTONOMIE**

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

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Table des matières

AVERTISSEMENT	2
1. CONTEXTE	5
Présentation de la mission d’inspection.....	5
Présentation de l’établissement - Autorisation.....	6
2. UN TRIO DE GOUVERNANCE INEXISTANT	7
La direction.....	7
L’absence de médecin coordonnateur au sein de l’EHPAD.....	7
L’absence d’infirmier coordonnateur au sein de l’EHPAD.....	8
La politique des EIG.....	8
3. DES RESSOURCES HUMAINES PEU ENCADREES	9
Les dossiers du personnel.....	9
La gestion des ressources humaines.....	10
L’équipe soignante.....	13
4. DES LOCAUX	15
Les parties communes.....	15
Les chambres.....	17
Le système d’appel malade.....	18
5. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS ET LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE	18
Les soins de nursing.....	18
La surveillance nutritionnelle des résidents (prévention et prise en charge de la dénutrition).....	19
L’organisation des repas.....	20
La prise en charge des chutes.....	20
La gestion des contentions.....	21
La prise en charge des résidents atteints de Troubles Neurodégénératifs (TND).....	22
La gestion de la fin de vie.....	22

La prise en charge de la continence	22
Les projets de vie et de soins	23
La gestion de la qualité	24
L'animation.....	25
La coordination et le partenariat	25
6. CONCLUSION.....	26
ANNEXES	28
Annexe 1 : Lettre de mission / lettre d'annonce	28
Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection.....	29
Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien	31
Annexe 4 : Lettre d'injonction de suspension de l'admission de tout nouveau résident	32
Annexe 5 : Réponse du Directeur Régional PACA du groupe Médicharme	33
Annexe 6 : photos des fiches EIG	34

1. Contexte

Présentation de la mission d'inspection

Dans le cadre d'un programme national d'inspection et de contrôle des EHPAD initié par le Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées, le directeur général de l'ARS Paca et le Président du Conseil départemental des Alpes-Maritimes ont diligenté, en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique, un contrôle au sein de l'EHPAD « Oréadis », 78, avenue de Brancolar Nice (06 100).

Conformément à la lettre d'annonce jointe en annexe 1, cette inspection à caractère inopiné, qui s'est déroulée sur site le 24 janvier 2023, avait pour objectif de vérifier et d'analyser :

- La gouvernance ;
- L'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents ;
- Les conditions d'hébergement des résidents ;
- La prise en charge des résidents notamment médicale ;
- Le fonctionnement de l'unité de vie protégée.

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

Pour l'ARS PACA

- [REDACTED] ;
- [REDACTED].

Pour le Département des Alpes-Maritimes, Maison Départementale de l'Autonomie

- [REDACTED] ;
- [REDACTED].

L'équipe d'inspection a visité les locaux, a recueilli des éléments formalisés et s'est entretenue avec la direction de l'EHPAD et des membres du personnel (liste en annexe 3.) Les dossiers du personnel ont été consultés par l'équipe.

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

Présentation de l'établissement - Autorisation

L'EHPAD « Oréadis » est un EHPAD privé à but lucratif dont le gestionnaire est le groupe Médicharme.

Le 28 mai 1993, ouverture de l'établissement.

Le 04 janvier 2017, l'autorisation liée à l'activité principale est délivrée.

Il est autorisé pour une capacité de 24 places en hébergement permanent non habilitées à l'aide sociale.
■ résidents étaient présents au jour de l'inspection.

L'inspection de cet EHPAD fait suite à un signalement par la famille d'un résident du mauvais fonctionnement de l'établissement.

Au regard de la situation rencontrée lors de l'inspection, une interdiction de sursoir à toute nouvelle admission a été délivrée conjointement par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental le 31 janvier 2023, soit une semaine après l'inspection de l'établissement. Cette lettre d'injonction mentionnait les dysfonctionnements les plus importants et présentant un caractère d'urgence, et enjoignait également à la direction et au groupe Médicharme de mettre en place une gouvernance avec la nomination immédiate d'un directeur sur site et la mise en œuvre d'une coordination médicale et infirmière par le recrutement d'une IDEC et d'un médecin coordinateur.

Le Directeur Régional PACA du groupe Médicharme a répondu à cette lettre d'injonction le 16 février 2023 de l'établissement, en assurant la mise en œuvre de mesures correctives immédiates :

- En remédiant à l'absence du trio de direction par le détachement de salariés du groupe (direction d'appui du groupe et IDEC groupe) au sein de l'établissement ; cela en attendant le recrutement d'agents pérennes ;
- En ouvrant le dialogue par une première réponse aux observations faites dans la lettre d'injonction et en commençant à mettre en œuvre des mesures correctives.

Les documents transmis n'ont pas permis de lever cette injonction à surseoir à toute nouvelle admission. Le gestionnaire est invité à faire part de la mise en œuvre des mesures durant la période contradictoire.

2. Un trio de gouvernance inexistant

La direction

A l'arrivée de l'équipe d'inspection, la direction d'appui du groupe Médicharme est présente. Elle indique être sur site [REDACTED] suite à l'arrêt maladie de la direction.

Suite à l'entretien avec cette direction d'appui et le directeur régional, il en ressort que l'embauche d'une directrice à contrat à durée déterminée est prévue [REDACTED].

La direction d'appui informe l'équipe d'inspection de la réalisation d'un rapport d'étonnement à son arrivée concernant plusieurs sujets tels que l'absence de sécurisation des transmissions, la mise à jour des plans de soins et la prise en charge de nuit. Elle indique que ces sujets ont été remontés à la direction régionale, nouvellement arrivée également. La direction d'appui n'a pas été en capacité de trouver les procédures du groupe Médicharme, les anciennes évaluations professionnelles, ni les déclarations d'événements indésirables graves. Elle renvoie la mission d'inspection vers le directeur régional pour évoquer l'ensemble de ces points.

La composition nouvelle de l'équipe de direction régionale et l'arrivée récente de la direction d'appui sont mis en avant pour justifier l'incapacité à expliquer les dysfonctionnements antérieurs bien que soient pointés des problématiques de management et de gestion de la direction en arrêt maladie.

Il apparaît au regard des différents entretiens réalisés avec le personnel que l'EHPAD a été laissé sans direction [REDACTED].

Ecart n° 1 : L'absence de direction stable au sein de cet EHPAD ne permet pas de garantir la mise en place d'un encadrement des pratiques et du suivi des personnels. Cela entraîne un risque pour la sécurité et la santé des résidents de l'EHPAD.

L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD

Aucun médecin coordonnateur (MEDEC) n'a été rencontré lors de l'inspection. L'ancien MEDEC a quitté l'établissement [REDACTED] et en l'absence de son remplacement, ses missions ne sont donc plus assurées (avis préalable lors de l'admission, suivi des chutes, de la nutrition, des contentions, formation du personnel, rédaction et réactualisation des protocoles, élaboration du projet médical et de soins...).

En août 2022, l'ancien MEDEC a réalisé une évaluation de l'état de dépendance (GIR) des [REDACTED] résidents encore présents. Les GIR des [REDACTED] résidents arrivés après son départ sont ceux préalablement inscrits sur leurs dossiers de préadmission.

L'établissement a indiqué avoir le projet de mettre en place un contrat de partenariat avec la société [REDACTED] ; laquelle est une solution d'appui en distanciel « autour des missions de coordination médicale. »

Ecart n° 2 : Les missions du MEDEC sont définies par l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Au regard des constatations faites le jour de l'inspection, les missions du MEDEC ne sont plus assurées. Le défaut de coordination et d'application des bonnes pratiques gériatriques ne permet pas une prise en charge des résidents sécurisée et adaptée à leurs besoins de soins. La mise en place d'un partenariat entre l'établissement et la société [REDACTED], mission d'appui en distanciel, ne peut satisfaire aux obligations du MEDEC, ni en assumer les responsabilités.

L'absence d'infirmier coordonnateur au sein de l'EHPAD

L'EHPAD ne dispose pas de poste d'infirmier coordonnateur (IDEC). L'établissement a cependant indiqué à la mission d'inspection qu'une infirmière en poste sur la structure allait assurer la mission d'infirmière référente en plus de ses missions habituelles lors de son retour de congés. Ce sera son premier poste en matière d'encadrement.

Pour rappel, l'IDEC occupe une place primordiale au sein d'un EHPAD, il est le référent professionnel, il a un rôle d'organisation, de coordination et de 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 de 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 ; de 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 peuvent être réalisées.

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 le caractère transitoire du poste de directeur en premier lieu mais également par l'absence d'infirmier coordonnateur depuis plus de deux ans, 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 n° 3 : Au regard de ces éléments, il apparaît que le pilotage de l'EHPAD Oréadis n'est pas assuré. Cette défaillance de la gouvernance est porteuse de risques pour la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

La politique des EIG

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 ».

Au sein de cet établissement, la culture de gestion des risques est quasi-inexistante.

Le Directeur Régional du Groupe a indiqué le jour de l'inspection que le groupe Médicharme dispose de l'outil [REDACTED], un réseau partagé de gestion documentaire mettant à disposition des établissements un ensemble de protocoles et procédures sur différentes thématiques dont la gestion des risques. Cependant aucun de ces protocoles ou procédures liés à la gestion des risques ne sont diffusés ni communiqués sur l'établissement, ni ne sont connus de la direction ou des salariés interrogés. Les agents interrogés n'ont pas non plus été en mesure de définir ce qu'est un EIG.

Selon les entretiens réalisés, il n'y a pas non plus de formation du personnel sur les thématiques de la gestion des risques ni de la maltraitance ou bientraitance.

Concernant le signalement des événements indésirables, il y a au sein de l'établissement une Fiche de Signalement d'Événement Indésirable (FEI) à disposition du personnel. Celle-ci est davantage utilisée par le personnel pour le signalement de problématiques logistiques telles qu'une panne de lave-vaisselle, une machine à laver bouchée ou un manque de blédine pour les petits-déjeuners (cf.photos).

Le personnel de l'EHPAD est donc peu sensibilisé à la déclaration des événements indésirables.

Il n'y a pas non plus de recueil des plaintes et réclamations à disposition des usagers et des familles.

A titre d'exemple, dans le courant du mois [REDACTED], il est survenu une panne de chaudière privant les chambres d'eau chaude. Cela a contraint l'équipe soignante à remplir des bassines d'eau chaude au rez-de-chaussée et à les remonter dans l'ascenseur pour aller faire les toilettes dans les chambres des résidents. Cette panne a duré environ deux semaines. La direction étant en arrêt au moment de l'incident et aucune procédure d'astreinte ni planning d'astreinte n'étant mis en place ni diffusé au sein de l'établissement, le personnel en poste ne savait pas qui contacter en l'absence de la Direction pour signaler l'incident et faire en sorte de solutionner le problème dans les plus brefs délais. C'est l'[REDACTED] en poste qui, après plusieurs jours sans eau chaude, a contacté un plombier parmi ses connaissances qui s'est déplacé sur le site pour constater les réparations à effectuer et pour établir un devis. L'[REDACTED] a transmis le devis à la Direction en arrêt qui l'a validé et qui a ainsi permis l'intervention de ce plombier pour réparer la panne et rétablir l'eau chaude.

Cet événement indésirable grave lié à la panne de chaudière n'a, par ailleurs, fait l'objet d'aucun signalement auprès des autorités.

Ecart n° 4 : 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 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 n° 5 : 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.

3. Des ressources humaines peu encadrées

Les dossiers du personnel

La mission d'inspection a procédé à la vérification des documents relatifs au personnel par la méthode d'échantillonnage (10 dossiers des personnels).

Les dossiers comprennent la fiche de poste (manquante dans 3 dossiers), la traçabilité de la consultation de l'extrait de casier judiciaire (manquante dans 7 dossiers), le contrat de travail, l'inscription au Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) pour les deux [REDACTED].

La gestion des ressources humaines

Au jour de l'inspection, étaient présents :

Postes	Nombre d'ETP	Diplômes	Type de contrat
Aides-soignants	2	1 ASG , 1 VAE en cours	2 CDD
IDE	1	oui	CDD
IDEC	0		
Agents des services	2		2 CDI
Administratifs	1	oui	1 CDI

La mission d'inspection s'est entretenue avec des personnels présents. Les réponses apportées confirment les remarques ci-dessous.

Fiches de postes :

L'inopérabilité des fiches de poste et l'absence de descriptif précis du contenu des missions pour chaque poste ne permet pas une organisation efficiente de l'activité du fait de la non évolution aux différentes réorganisations des méthodes de travail.

Remarque n° 1 : La non mise à jour des fiches de poste ne permet pas aux agents de bénéficier d'un cadre formalisé d'évaluation sur ses pratiques professionnelles.

Entretiens annuels :

Les entretiens annuels ne sont pas organisés au sein de l'EHPAD d'après les informations recueillies pendant les entretiens. La direction d'appui n'est pas en capacité d'accéder aux anciens entretiens annuels sur le réseau.

Remarque n° 2 : L'absence d'entretiens annuels ne permet pas aux agents de bénéficier d'un cadre formalisé d'évaluation sur ses pratiques professionnelles.

La formation des personnels :

Du fait de l'absence de MEDEC, d'IDEC et de psychologue, aucune formation interne du personnel n'est réalisée. L'établissement n'a pas mis en place de formations en externe sur les troubles cognitifs, psychiatriques, la contention, la dénutrition, les chutes, la fin de vie...

Remarque n° 3 : Le manque de formation continue ne permet pas aux professionnels d'être soutenus dans la prise en charge complexe des résidents et de développer et d'enrichir leurs compétences individuelles et collectives conformément aux recommandations de la 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.

Analyse des plannings

- Structuration des plannings

Les plannings ont été fournis pour les mois de décembre 2022 et janvier 2023. Ils sont divisés de la manière suivante :

- Administratif
- Médical
- Aide-soignante
- Nuit
- Agent de services hospitaliers

La composition des plannings permet l'identification des agents, de leurs tâches et de leurs plages horaires de travail aisément. Le nombre d'agents présents par jour est également clairement indiqué.

Les horaires de pause ne sont pas indiqués dans les plannings. Ceux indiqués dans le planning type proviennent des fiches de postes fournies à l'équipe d'inspection.

Le code couleur des plannings (jaune, rouge, bleu pour les plages horaires – noir, rose ou rouge pour les noms) ne renvoie à aucune légende indiquant sa signification pour les deux mois fournis. De plus, les plages horaires dédiés à deux salariés (1 ASH et 1 AS) sont pourvues de la lettre T, sans précision de sa signification. Il existe également une divergence d'un quart d'heure entre les horaires indiqués sur les fiches de postes et les plannings pour les IDE et l'ASH h2. Enfin, le planning administratif n'est pas rempli pour les deux mois fournis.

➤ Planning de la direction

La mission d'inspection constate que pour les 2 mois fournis, le planning de direction n'est pas rempli.

Remarque n° 4 : Le planning de direction n'existe pas, ce qui entraîne un risque pour la continuité de la direction.

➤ Planning de l'équipe soignante

Planning type



➤ IDE

Les infirmières sont au nombre de ■ sur le planning. L'identité d'un des salariés n'est pas identifiée sur le planning de janvier, malgré 12 jours de présence prévus au planning.

Remarque n° 5 : L'absence d'identification d'une ■ sur le planning de janvier pose un problème dans le suivi des effectifs et dans la prise en charge des patients.

Le planning cible prévoit ■ IDE par jour. La fiche de poste indique une arrivée à 7h30 et un départ à 19h. Les plannings des mois de décembre et janvier indiquent une arrivée à 07h45 et un départ à 18h45.

L'IDE prend 15 minutes de pause à 10h15 et à 16h15 et 1 heure de pause à 13h30.

Remarque n° 6 : La différence d'horaire de début et de fin de poste pour l'IDE et l'ASH 2 entre les plannings et les fiches de poste entraîne un risque de confusion pour les salariés.

➤ Aide-soignante

Il y a ■ aides-soignantes inscrites sur le planning de décembre et ■ sur le planning de janvier. En moyenne, ■ aides-soignantes sont présentes par jour dans l'établissement durant le mois de décembre et ■ aides-soignantes au mois de janvier 2023. ■ aide-soignante est prévue pour les 2 mois la nuit.

Les aides-soignantes arrivent à 07h15 ou 07h45. Une salariée employée à temps partiel est présente ponctuellement dans la structure à partir de 08h30. Elles assurent une présence continue jusqu'à 19h45.

Le planning cible prévoit ■ AS par jour, ■

L'analyse des plannings des mois de décembre 2022 et de janvier 2023 permet de constater une équipe qui correspond au planning cible.

La mission d'inspection constate que la transmission entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit se fait entre l'AS de jour qui finit son service 15 minutes plus tard et l'AS de nuit qui arrive.

De plus, lors des temps de pause de l'AS de nuit, – ■ - la prise en charge des résidents n'est pas assurée.

Ecart n° 6 : La mission note l'absence du seul personnel au sein de l'établissement sur trois tranches horaires d'une totalité de deux heures et demi. De plus, sur deux autres tranches horaires d'un quart d'heure, il n'y a que deux personnels et une de ces tranches horaires est dédiée aux transmissions entre équipe de jour et équipe de nuit. Cette organisation présente un facteur de risque pour la sécurité et la continuité des soins.

➤ Agents des Services Hospitaliers :

■ ASH sont identifiées sur le planning de décembre 2022 et ■ concernant le mois de janvier 2023. La lecture des plannings permet d'établir qu'il y a en moyenne ■ ASH par jour pour les mois de décembre et de janvier. La première ASH arrive à 7h00 et la seconde débute son service à 7h30.

La mission constate l'augmentation du nombre de jours où 1 seule ASH est présente au sein de l'établissement durant la journée et aucune la nuit - 3 jours en décembre ; 7 jours en janvier.

Remarque n° 7 : La diminution du nombre d'agents de service hospitalier peut entraîner une charge de travail lourde et disproportionnée pour l'agent.

➤ Lingère :

Aucune lingère n'est identifiée sur les plannings.

Les ASH sont en charge de la gestion du linge avec une organisation séquencée entre plusieurs personnes sans formalisation, suivi ni accompagnement par l'équipe d'encadrement. Le jour de l'inspection, une accumulation de linge sale de plusieurs semaines était stockée dans la lingerie en attente de lavage.

Le personnel et les familles rencontrées ont exprimé l'absence et le manque de vêtements propres pour les résidents.

L'absence de suivi de cette mission interroge.

Remarque n° 8 : Limiter le stock de linge sale à quelques jours afin de permettre aux résidents de bénéficier de linge propre en quantité suffisante.

➤ Agent technique et de maintenance :

Aucun agent technique n'est identifié sur les plannings.

L'équipe soignante

➤ Orthophoniste

■ orthophonistes interviennent au sein de l'établissement. L'une réalise les bilans de déglutition et l'autre prend en charge les résidents présentant des troubles dégénératifs. Elles fournissent un bilan orthophonique au début de la prise en charge mais elles ne réalisent pas par la suite des transmissions écrites sur le logiciel ■.

L'une des orthophonistes a été rencontrée et indique qu'elle signale oralement lorsqu'un patient est fatigué. Le jour de l'inspection, une résidente bénéficiait d'une séance d'orthophonie dans la petite pièce située à l'entrée, au vu et au su de tout le monde.

➤ Kinésithérapeute

■ kinésithérapeute intervient également sur prescription médicale auprès des résidents deux à trois fois par semaine selon l'infirmière. Il n'existe pas de salle de kinésithérapie.

Remarque n° 9 : Si les résidents bénéficient d'une prise en charge orthophonique et kinésithérapique, l'absence de transmission écrite ne permet pas de suivre l'évolution des résidents et d'assurer une prise en charge de qualité.

➤ Le personnel de nuit

■ ce qui peut poser problème en cas de malaise ou de chute de ce personnel.

4. Des locaux

Les parties communes

Situé sur les hauteurs de Nice (Alpes-Maritimes) à vingt minutes du centre-ville, l'EHPAD Oréadis est doté de 24 lits (22 chambres simples et une chambre double), répartis sur quatre étages et un rez-de-jardin (niveau -1). Accessible uniquement par des escaliers, le second sous-sol (niveau -2) abrite la lingerie, les vestiaires et des locaux techniques (deux salles de stockage de matériel et une pièce pour les congélateurs).

Au rez-de-chaussée se situent la salle à manger, le bureau de la Direction, le bureau médical, des toilettes, une chambre simple, un petit salon et un accès à une véranda fermée, située à droite de l'entrée.

Le niveau -1 compte 6 chambres dont une double.

Au 1^{er} étage, se situent 4 chambres.

Le 2^e étage rassemble 5 chambres.

Le 3^e étage réunit 3 chambres tout comme le 4^e étage.

Les escaliers courent le long de la façade.

Les sorties via le portail d'entrée des piétons sont sécurisées grâce à un digicode. Le portail électrique pour véhicule donne sur une grande cour propre comprenant des tables et des chaises en extérieur ainsi qu'une véranda extérieure close, située à gauche. Le jour de l'inspection, [REDACTED] jetais les feuilles mortes collectées dans la cour et les trottoirs extérieurs de l'EHPAD.

A l'arrivée de l'équipe d'inspection à 8h45, aucune odeur désagréable n'est à déplorer au rez-de-chaussée.

S'agissant des espaces communs dans les étages, les couloirs étroits ne permettent pas de faire circuler concomitamment un fauteuil roulant et un chariot de linge ou de médicaments.

La sécurité des résidents n'est pas assurée de manière suffisante.

Concernant le risque d'incendie, si des plans d'évacuation sont bien affichés à chaque niveau, les consignes en cas d'incendie et des contacts apposés à côté de l'ascenseur manquent au 3^e étage où seule une affiche indique que faire en cas d'attentats terroristes (photo n°112).

Sur les trois premiers étages, les issues de secours sont bloquées par du matériel stocké, empêchant une évacuation rapide en cas d'incendie. Au 2^e étage, la porte est bloquée par un lit et un fauteuil (photo n° 11). Au 1^{er} étage, un lève malade entrave la sortie de secours tandis qu'un fauteuil roulant gêne la circulation (photo n°12). Même constat au 3^{ème} étage où deux lèves-malade font face à l'issue de secours. Selon les documents remis le jour de l'inspection, quatre personnels ont suivi en septembre 2022 une formation afin de réaliser une mise en sécurité par transfert horizontal en cas d'incendie.

Au niveau -2, le bloc incendie est vide (photo n°71).

Ecart n° 8 : L'EHPAD est tenu de maintenir les dégagements des issues de secours toujours libres pour répondre aux exigences conformément à l'article R447-4 du Code du travail.

Ecart n° 9 : L'EHPAD est tenu de remplacer les équipements et installations défaillantes afin d'assurer la sécurité du personnel et des résidents en cas d'incendie.

Selon le dernier procès-verbal de la Commission Communale de Sécurité du 22 février 2018, plusieurs prescriptions demeuraient à lever :

- Tenir à jour le registre de sécurité.

- Doter d'un ferme-porte la porte du placard situé au premier étage.
- Doter d'un ferme-porte la porte du local stockage au rez-de-jardin.
- Fournir les procès-verbaux de classement et de résistance au feu des matériaux et éléments de construction employés tant pour les bâtiments que pour les locaux ainsi que pour les aménagements intérieurs qui doivent présenter des qualités de résistance et de réaction appropriés aux risques encourus.
- Réaliser dans le cadre de la vérification annuelle le contrôle de l'étanchéité des canalisations et de distributions de gaz.

Remarque n° 11 : L'EHPAD est invité à transmettre les levées de réserves sur les différentes prescriptions du rapport de la Commission Communale de Sécurité du 22 février 2018.

Concernant la sécurité des locaux de manière générale, des dysfonctionnements ont été relevés.

Les escaliers ne sont pas ou peu sécurisés, ce qui entraîne un risque de chute. Les couloirs les desservent sans protection ou barrière, à l'exception de l'accès au-delà du 4^e étage (grille dans les escaliers) et de l'accès entre le rez-de-chaussée et le niveau -1 dont la barrière, tournante, assure une protection relative (photo n°102).

Remarque n° 12 : En ne sécurisant pas les escaliers de l'EHPAD, le gestionnaire n'assure pas un espace sans risque de chute pour les usagers de l'EHPAD.

Dans les étages, la majorité des placards techniques ne sont pas fermés à clé ou sont facilement accessibles tel le placard du 4^e étage dont le verrou, tournant, laisse peser un risque d'ingestion de produits ménagers toxiques par un résident (photos 17 et 18).

Le jour de la visite, l'accès au niveau -2, d'ordinaire interdit, n'était pas fermé à clé (photo n°27). La porte de la chaufferie était ouverte et la clé figurait sur la serrure (photo n°45). Cet espace est doté de marches propices aux chutes éventuelles. Un rappel a été effectué auprès de l'██████████.

Remarque n° 13 : L'ensemble des locaux techniques doivent être fermés à clé par le personnel. L'accès représente un risque pour les résidents.

Au niveau -2, les vestiaires dédiés au personnel féminin (casiers personnalisés et petits coffres individuels) sont propres et en bon état. Toutefois, faute de vestiaires pour homme, ██████████ doit se changer dans la grande salle où sont entreposés les produits ménagers, la vaisselle, les équipements de protection individuelle ou encore les archives de l'EHPAD (photo n°44).

Remarque n° 14 : Il est constaté l'absence de vestiaires pour hommes en infraction avec l'article R4228-5 du Code du travail. Il peut être envisagé de le localiser dans la petite salle au niveau -2 en lieu et place de la pièce où sont stockés les fauteuils roulants.

Au niveau -2, dans la pièce contenant les congélateurs, une installation de bric et de broc a été bâtie afin de recueillir un liquide suintant d'un mur pour l'évacuer dans une grille d'évacuation des eaux usées, ouverte. Le mur porte des traces noires et marron (photos n°53 et 54). D'autres traces liquides marron coulent le long d'un autre mur, interrogeant sur la présence d'infiltrations susceptibles de fragiliser le bâtiment.

Ecart n° 10 : L'établissement doit engager tous les travaux nécessaires pour assurer la sécurité des personnes au sein du bâtiment.

La mission d'inspection a constaté un manque d'hygiène variable selon les chambres et les lieux collectifs. Si au rez-de-chaussée, le sol et les toilettes sont propres, les tables de la salle à manger étaient mal lavées et collantes à 8h45. Le mur menant du rez-de-chaussée au niveau -1 porte des traces marron visibles de tous (photo n°26).

Ecart n° 11 : L'hygiène des locaux n'est pas satisfaisante.

La salle de kinésithérapie exigüe prévue dès l'origine de l'établissement mais « non utilisée » a été transformée en salle de repos pour le personnel afin « d'améliorer la qualité de vie au travail », selon ce même compte-rendu (photo n° 9). Ainsi la kinésithérapeute [REDACTED] effectuait, le jour de la visite, des mouvements sur un résident en fauteuil, au milieu de la salle à manger. Selon cette professionnelle, les résidents « feraient plus de progrès » pour préserver leurs capacités si elle disposait d'une salle spécifique et équipée. Dépourvue de tout matériel, la kinésithérapeute utilise, à défaut, la barre d'appui du petit couloir menant vers la véranda, la grande cour extérieure bitumée ou la rue. Mais celle-ci, en forte pente complexifie les exercices. En outre, l'EHPAD ne dispose pas de jardin.

A l'entrée de la salle à manger, les menus de la semaine sont imprimés sur une feuille A4, en petits caractères, difficilement lisibles pour les résidents.

Remarque n° 15 : Imprimer en gros caractères les menus de la semaine pour faciliter l'information des résidents.

Les chambres

La visite a porté sur quatre chambres inoccupées, présentant en grande majorité des traces récurrentes de saleté dans la salle de bain (toilettes, sol et lavabo) (photos n°22 à 24, chambre 7) sur les vitres (photo n°35, chambre 3) et le sol (photo n°77, chambre 11). Certaines chambres inoccupées servent de lieux de stockage. Dans la chambre 7, une planche était entreposée le long de la porte (photo n°25) tandis que dans la chambre 3, l'[REDACTED] a retiré une pièce d'un lève-malade pour l'entreposer dans la salle dédiée au stockage de matériel, en notre présence (photo n°32). Y sont relevés également des risques pour la sécurité des résidents tel ce verrou de la fenêtre cassé, donnant sur une terrasse dont le garde-corps peut servir de marche pied à une défenestration (photos n°91 et 92, chambre 33). De même, l'équipe a constaté dans deux chambres (3 et 11) la présence d'une grosse corde autour de la poignée de la porte (à l'intérieur ou l'extérieur) dont l'usage peut potentiellement présenter des risques de strangulation.

L'ensemble laisse apparaître çà et là des traces de vétusté et de manque d'entretien, malgré des travaux de peinture réalisés en 2019, évoqués dans un compte-rendu de conseil de vie sociale. Dans l'une des chambres non occupées au niveau -1, des fourmis cheminent dans la salle de bain (photo n°39, chambre 3) tandis qu'un mur présente une grande fissure visible que l'[REDACTED] dit n'avoir jamais remarqué jusqu'alors (photo n° 34, chambre 3). Ici, un filtre de climatisation n'est pas nettoyé bien que signalé et une vis dépassant du sol présente des risques de blessures (photo n°93 et 90, chambre 33). Là, la peinture s'écaille par endroits (photos n°85 et 86, chambre 11) tandis que le mobilier, parfois manquant n'est pas remplacé (photo n°82, chambre 11.) Par ailleurs, une vitre de l'escalier menant au 4^e étage est fendue (photo n°101).

Un compte-rendu du 10 mai 2021 du conseil de la vie sociale stipulait que des travaux de peinture seraient effectués au fur et à mesure que les chambres seraient libérées. Selon un autre compte-rendu de conseil de vie sociale du 18 novembre 2021, un audit technique a été réalisé par le nouveau propriétaire suite au rachat de la résidence et des travaux d'entretien et d'embellissement, notamment de peinture, étaient prévus.

Remarque n° 16 : Plusieurs chambres présentent un état de vétusté et un manque d'entretien marqués.

La porte d'une chambre inoccupée portait encore le nom de la résidente précédente, entraînant la confusion entre chambres occupées et vides, alors que des chambres occupées ne portent pas de nom.

Remarque n° 17 : La fiche nominative apposée sur les portes des chambres doit être retirée dès que la chambre se libère.

Ecart n° 12: L'hygiène dans les chambres n'est pas satisfaisante, en particulier dans les chambres non occupées.

Remarque n° 18 : Les garde-corps de certains balcons présentent un danger pour les résidents qui pourraient escalader et tomber.

Le système d'appel malade

Les chambres sont pourvues d'appel-malade (couloirs et salles de bain). Ces derniers ne sont pas toujours accessibles.

Dans une chambre inoccupée au 1^{er} étage, (chambre 11), le test d'un appel malade a été infructueux. L'appel a bien été passé, la lumière au-dessus de la porte s'est bien allumée mais aucun personnel n'est venu en près de 20 minutes.

Après interrogations des personnes, les téléphones sur lesquels sont reportés les appels ne fonctionnent pas sauf celui de [REDACTED] qui ne l'a pas sur elle.

Le personnel indique qu'il répond aux appels des résidents lorsqu'ils crient, puisqu'il peut les entendre quand les portes sont ouvertes.

Ecart n° 13 : La non-réponse de l'équipe soignante aux sollicitations des appels malades présente un danger pour la santé et la sécurité des résidents de l'EHPAD.

5. La prise en charge des soins et la prévention de la dépendance

Les soins de nursing

Le personnel soignant n'a pas de référent pour le questionnaire ou le faire évoluer.

Le jour de l'inspection, une aide-soignante et une faisant fonction d'aide-soignante étaient présentes sur la structure, elles sont toutes les deux vacataires.

Les deux fiches de postes aides-soignants indiquent des horaires de travail en 12 heures avec 2 heures de pause réparties sur la journée sur des créneaux différents pour chaque poste. Or, la mission d'inspection a constaté, après s'être entretenu avec une des AS, que les horaires de pause prévus sur les fiches de poste n'étaient pas respectés et que le personnel présent prenait leurs pauses sur les mêmes créneaux horaires.

De plus, les modalités de répartition en matière de prise en charge des résidents ne sont pas cadrées. Selon l'■■■■, les aides-soignantes décident entre elles, lors de leurs prises de poste le matin, les résidents qu'elles vont prendre en charge.

Il n'existe pas de liste des résidents : mangeant en chambre, des couchers avant le dîner, d'ordre de réalisation des toilettes des résidents en fonction de leurs souhaits.

La direction de transition a réalisé par écrit ce constat : « Les fiches de tâches actuelles ne sont plus adaptées. Et le personnel en remplacement n'en a pas connaissance. Donc chacun s'organise comme il veut. ». Constat partagé par l'équipe d'inspection.

Ecart n° 14 : L'absence d'IDEC ne permet pas de mettre en place une culture professionnelle commune et de la diffuser. Cette absence d'encadrement et de coordination participe à la fragilisation de l'organisation des soins et impacte la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents. La nomination d'une infirmière référente sans expérience devant exercer concomitamment ses fonctions d'infirmière ne permet pas une prise en charge complète et de qualité des patients.

La surveillance nutritionnelle des résidents (prévention et prise en charge de la dénutrition)

L'établissement ne possède pas de plateforme de pesée pour les personnes en fauteuil roulant.

Un protocole de pesée est présent dans le classeur des protocoles, datant de 2014. Il spécifie que la pesée doit être mensuelle et en précise les modalités.

Les résidents mobiles ont été pesés en janvier 2023 suite à la réception d'une chaise de pesée mais ils n'avaient plus été pesés depuis fin juin 2022. L'analyse de la courbe des poids des résidents n'a donc pas pu être réalisée par l'équipe d'inspection car ils n'ont pas été pesés sur une période de 6 mois.

2 résidents font l'objet d'une complémentation orale prescrite par leur médecin traitant. Si pour une personne cette complémentation est due à une escarre, l'■■■■ a été dans l'incapacité de donner le motif qui a conduit le médecin traitant à mettre l'autre résidente sous complémentation orale.

Selon l'■■■■, les régimes et textures ne font pas l'objet d'une prescription médicale.

Une résidente diabétique non insulino-dépendante n'a plus fait l'objet de surveillance par glycémie capillaire pendant plusieurs mois. L'■■■■ indique que ces surveillances se sont arrêtées avec le départ de l'IDEC et viennent d'être reprises à la demande de son médecin traitant suite à une infection. Il n'est fait mention d'aucun régime spécifique concernant cette résidente, malgré l'usage de sucrée.

Ecart n° 15 : Le fait de ne pas peser les résidents pendant 6 mois interpelle la mission d'inspection sur l'esprit critique de l'ensemble des personnels.

La carence de coordination et de prise en charge en l'absence de MEDEC et d'IDEC du suivi nutritionnel et de la dénutrition, l'absence de projet d'établissement instituant la nutrition et la prévention de la dénutrition comme un axe stratégique, le délai de 6 mois pour remplacer la chaise de pesée participent à une mauvaise qualité de la prise en charge du résident.

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 restauration est réalisée sur place par un prestataire extérieur (société [REDACTED]).

Le compte-rendu de la dernière commission des menus a été fourni. Il date du 5 février 2020. La commission a eu lieu en présence de résidents, de la Direction, de l'IDEC et de l'animateur qui ne sont plus présents au sein de l'établissement et de personnels de la société [REDACTED]. Lors de cette commission, les résidents ont fait part de leurs souhaits puis une présentation des menus a été effectuée.

Remarque n° 19 : il n'y a plus de commission des menus depuis février 2020. La commission des menus réalisée en 2020 ne se conformait pas à l'avis n°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005, qui recommande en plus des résidents la participation des personnels infirmiers, aides-soignants, de l'IDEC, de la direction et du MEDEC à cette instance. Cette instance doit permettre en premier lieu l'expression des résidents mais également la validation des menus en respectant l'équilibre nutritionnel, la mise en place d'une démarche qualité, l'établissement d'une communication entre les services soignants, le personnel hôtelier et le personnel de cuisine.

L'organisation des repas

Un espace de restauration est situé au rez-de-chaussée, il fait également office de lieu de vie et de salle d'animation. Il n'existe pas de plan de table. Ce sont les agents de service qui dressent les tables et les AS ont en charge l'aide au repas. L'ensemble des résidents prend leurs petits-déjeuners en chambre.

Lors des entretiens, il est mentionné la pénurie récurrente de denrées alimentaires. Le personnel explique devoir réaliser ses achats en urgence le week-end par exemple sans moyens de paiement leur disposition.

Remarque n° 20 : L'organisation doit permettre aux résidents de bénéficier des denrées alimentaires nécessaires au petit-déjeuner, au déjeuner, aux collations et au dîner en quantité suffisante, notamment le week-end.

La prise en charge des chutes

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

Remarque n° 21 : Les locaux de l'EHPAD « OREADIS » ne sont pas totalement adaptés et sécurisés (escaliers sans accès sécurisé).

Il n'existe pas de protocole de prévention des chutes.

Remarque n° 22 : L'établissement n'a pas mis en place de protocole pour prévenir les chutes. Aucune recherche des facteurs de risque n'est effectuée.

Une procédure « Conduite à tenir après la chute d'un résident » a été fournie lors de l'inspection. Elle date de 2014.

Elle spécifie les actions à réaliser par le personnel (AS, ASH, IDE) en journée et AS la nuit, notamment remplir la fiche de chute sur [REDACTED] et de montrer le constat de chute au médecin traitant pour une signature.

Remarque n° 23 : La procédure « Conduite à tenir après la chute d'un résident » ne mentionne pas la réalisation d'une analyse des causes de la chute et la mise place d'actions pour prévenir une nouvelle chute.

Une fiche de chute est renseignée sur [REDACTED] par le personnel qui constate la chute mais l'appel à un médecin pour effectuer un examen clinique n'est pas systématique. Les circonstances de la chute sont renseignées. Au jour de l'inspection, 10 résidents ont fait une chute sur l'année 2022 et aucune analyse des causes de la chute n'a été réalisée.

Remarque n° 24 : L'analyse des causes de la chute n'est pas faite ce qui ne permet pas une analyse efficiente et qualitative des causes de la chute afin de mettre en place des actions correctives.

En l'absence de projet d'établissement, la prévention des chutes n'est pas formalisée comme un axe stratégique.

Ecart n° 16 : L'EHPAD ne dispose pas de projet d'établissement et ne formalise pas une politique institutionnelle de prévention du risque de chute.

Ecart n° 17 : L'établissement ne dispose pas d'ergothérapeute ce qui limite l'adaptation de l'environnement aux capacités des résidents (aménagement des chambres ; aménagement des accès aux parties communes) et des dispositifs médicaux aux besoins individuels de chacun (fauteuils...).

La gestion des contentions

Il n'existe pas de liste des résidents sous contention.

Au jour de l'inspection, il est constaté que 4 résidents font l'objet de contentions (barrières de lit ; ceinture abdomino-pelvienne). La présence de barrières peut majorer le risque de chutes et de blessures.

Remarque n° 25 : Les mesures de contention ne sont pas discutées en équipe pluridisciplinaire, c'est le médecin traitant qui fait les prescriptions et elles ne sont pas revues régulièrement.

En l'absence de projet d'établissement, la contention n'est pas formalisée comme un axe stratégique.

Ecart n° 18 : L'EHPAD ne dispose pas de projet d'établissement et ne formalise pas une politique institutionnelle de prévention de la contention.

La prise en charge des résidents atteints de Troubles Neurodégénératifs (TND)

L'■■■■ indique que 5 résidents présentant des troubles cognitifs sont accueillis au sein de l'EHPAD.

L'équipe d'inspection n'a pu 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.

L'établissement n'a pas mis en place de signalétique permettant aux personnes de se repérer dans la résidence, d'animation thérapeutique, de manger main...

L'ensemble du personnel n'est pas formé à la prise en charge des maladies neurodégénératives, 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.

Remarque n° 26 : 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.

L'établissement n'a pas élaboré de projet spécifique troubles neurodéveloppement (TND) permettant de définir un projet institutionnel en matière de prise en charge globale de ces résidents.

Ecart n° 19 : L'EHPAD ne dispose pas de projet d'établissement et ne formalise pas une politique institutionnelle en matière de prise en charge des résidents atteints de troubles neurodégénératifs.

La gestion de la fin de vie

L'établissement travaille en partenariat avec l'unité mobile de soins palliatifs d'■■■■.

Les directives anticipées ne sont pas recueillies.

Remarque n° 27 : La mission d'inspection n'a pas vu des protocoles sur la fin de vie.

En l'absence de MEDEC, d'IDEC et de psychologue aucun accompagnement spécifique et pensé en équipe pluridisciplinaire n'est institué.

En l'absence de projet d'établissement, la fin de vie n'est pas formalisée comme un axe stratégique.

Ecart n° 20 : L'EHPAD ne dispose pas de projet d'établissement et ne formalise pas une politique institutionnelle en matière de prise en charge des résidents en fin de vie.

La prise en charge de la continence

Au jour de l'inspection, ■■■ résidents ont une protection.

Il n'existe pas de cadencier urinaire, seule une personne bénéficie d'une mise aux toilettes avant la sieste (information notée dans son plan de soins).

Avant le déjeuner, une résidente ■■■■■ a été amenée en fauteuil roulant dans la salle de restauration, cette personne était très stressée, l'■■■■ lui a pris la tension artérielle et a mesuré sa saturation en oxygène. Cette résidente a formulé oralement son envie d'aller aux toilettes et l'■■■■ lui a fait comprendre qu'elle pouvait uriner car elle avait une protection. Quelques instants après, la résidente a dit « j'ai fait pipi » et l'■■■■ a opiné de la tête en guise d'assentiment.

Remarque n° 28 : L'absence de politique impulsée par la structure en matière de prise en charge de la continence ; et la carence d'IDEC pour cadrer et coordonner les équipes, participent à un accompagnement de mauvaise qualité et n'assurent pas une prise en charge bien traitante des personnes vulnérables.

Les projets de vie et de soins

Deux classeurs destinés au personnel vacataire sont à disposition du personnel. Chaque classeur contient un trombinoscope des résidents ; le plan de soins de chacun des résidents précisant de manière succincte les modalités de prise en charge pour le nursing ainsi que le degré d'autonomie, le lieu des repas, le régime et la texture ; les protocoles « conduite à tenir après la chute d'un résident » et « conduite à tenir en cas de départ en urgence ou hospitalisation ».

Ces documents ne constituent pas des projets de vie.

Ecart n° 21 : L'article L311-3 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 des projets de vie et de soins est inexistant.

Après étude des plans de soins, il s'avère que ceux-ci ne sont pas mis à jour régulièrement. Des plans de soins de personnes décédées sont encore présents dans les classeurs et il manque les plans de soins de 11 résidents. Il est également fait mention pour certains résidents d'effectuer la toilette sur les WC ou la chaise percée.

Remarque n° 29 : Les deux classeurs étaient regroupés et stockés sur l'étage inférieur d'un des chariots de nursing et n'étaient pas utilisés par le personnel soignant. Les trombinoscopes des résidents ne sont pas à jour, les plans de soins ne sont pas actualisés ou manquants, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité. De plus, réaliser la toilette de certains résidents sur les toilettes ou la chaise percée ne correspond pas à une prise en charge respectueuse de la personne et aux règles de bonnes pratiques. L'absence d'IDEC génère un manque de suivi dans la réalisation et la réactualisation des plans de soins, impactant la qualité de la prise en charge.

➤ **Protocoles et procédures**

Il n'y a pas d'analyse des bonnes pratiques professionnelles au sein de l'EHPAD.

Remarque n° 30 : Au regard du nombre important de personnels faisant fonction d'aide-soignant et de vacataires, il est important de pouvoir contrôler et analyser les pratiques professionnelles lors des soins afin de pouvoir identifier et rectifier les pratiques non conformes et améliorer les connaissances et compétences de ces personnels non diplômés, il en va de même pour le personnel diplômé. L'absence d'un dispositif d'analyse des pratiques formalisé ne permet pas de se conformer aux bonnes pratiques formulées par l'HAS, qui recommandent « 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 ».

Un classeur des protocoles est situé dans l'infirmierie : une table des matières des références des protocoles et formulaires est présente mais la consultation de ces protocoles n'est pas pratique car ils sont souvent constitués de plusieurs pages rangées dans une même chemise transparente.

L'équipe d'inspection n'a pas trouvé de protocoles en matière de soins de nursing (toilette, pédiluve, soins de bouche, prévention des escarres...) et de soins techniques (pansement, pose d'une perfusion sous cutanée...).

Il n'y a pas d'appropriation des protocoles par le personnel, ils ne sont pas utilisés.

L'ensemble des protocoles ne sont plus à jour, ils datent de 2014 et sont pour la plupart raturés et des mentions écrites à la main ont été rajoutées de manière anonyme.

Remarque n° 31 : La création et la réévaluation des protocoles font partie des missions du MEDEC et de l'IDEC. Leurs absences génèrent un manque de suivi dans l'élaboration et la réactualisation des protocoles et leur application, impactant la qualité de la prise en charge.

➤ **Hygiène**

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

Remarque n° 32 : La traçabilité du nettoyage journalier et mensuel des chariots de nursing n'est pas réalisée ce qui ne permet pas de s'assurer de la mise en œuvre des procédures d'hygiène.

Au quatrième étage, un sac noir pour les déchets ménagers est posé à même le sol. Il y a également un nombre insuffisant de sacs à linge : un seul sac de linge est accroché au chariot de nursing.

Remarque n° 33 : La mission d'inspection a relevé le non-respect de certaines règles d'hygiène, causé par un déficit d'encadrement du personnel soignant. De ce fait, l'établissement ne respecte pas les recommandations en matière d'hygiène et de bonnes pratiques.

L'animation

D'après la direction de transition, les animations sont réalisées uniquement par des prestataires extérieurs puisque l'EHPAD ne dispose pas d'animateur.

Le planning affiché des animations ne comporte pas de précisions sur les dates, il est donc le même chaque semaine avec aucune animation le mercredi et le vendredi.

Les quatre jours restants sont prévues les animations suivantes :

- Animation collective ou individuelle [REDACTED] ;
- Gym douce le mardi par [REDACTED] ;
- Cours de Yoga le jeudi par [REDACTED] ;
- Cours de peinture le samedi par [REDACTED].

Ces animations ne font l'objet d'aucun suivi ni d'analyse.

La coordination et le partenariat

➤ Transmissions

Au jour de l'inspection, il n'existe pas de temps de transmission orale le matin et le soir entre les équipes de nuit et l'IDE.

Remarque n° 34 : L'absence de temps de transmission inter-équipe, qui soit institutionnalisé et inscrit dans les horaires de travail, ne permet pas une circulation optimale et sécurisée des informations et présente un risque pour la continuité de la prise en charge et la diffusion des pratiques professionnelles.

Aucune réunion de transmissions orales entre le personnel soignant et infirmier n'est organisée.

Les transmissions écrites ne sont pas uniformisées (logiciel, papier), certains professionnels utilisent le logiciel de soins et d'autres écrivent sur un cahier (personnel de nuit). Des transmissions sont effectuées sur [REDACTED] par le personnel infirmier, seul un nombre restreint sont réalisées par une des IDE sous forme ciblée. Les AS ne réalisent pas de transmissions sur [REDACTED]. Il existe un seul poste informatique, situé dans le bureau médical. Des tablettes mises à disposition par le Conseil Départemental ont été retrouvées dans un tiroir, elles n'ont jamais été paramétrées ni utilisées.

Remarque n° 35 : Le personnel soignant n'est pas formé à l'utilisation du logiciel [REDACTED] et/ou ne dispose pas de codes d'accès. Cela rend difficile l'appropriation de cet outil par le personnel soignant. Le manque 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, réunions de synthèse, analyse des pratiques professionnelles). L'absence d'infirmier coordonnateur a pour conséquence un manque d'encadrement des personnels soignants et infirmiers et fait reposer sur les IDE en poste des tâches d'encadrement qui ne relèvent pas de leurs fonctions.

Remarque n° 36 : 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 définies dans les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

6. Conclusion

Les constats réalisés lors de l'inspection laissent apparaître un EHPAD laissé à l'abandon, sans trio de gouvernance stable et avec une absence de médecin coordonnateur et infirmier coordonnateur. L'EHPAD a également été laissé plusieurs jours sans aucune direction.

Les personnels ne sont pas accompagnés dans leurs pratiques ni encadrés ce qui conduit à une prise en charge réalisée selon leurs moyens et habitudes sans qu'ils soient analysés ou remis en cause. L'absence d'organisation et d'encadrement présente un risque pour la sécurité et la santé des résidents.

En termes de gestion des risques, les procédures ne sont pas formalisées et aucune formation spécifique à la déclaration des événements indésirables n'est mise en œuvre pour sensibiliser le personnel. Cette absence de politique active de la gestion des risques est un frein à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Au regard de cette situation, l'EHPAD a fait l'objet d'une injonction précédant la production de ce présent rapport lui demandant de surseoir à toute nouvelle admission. Les éléments de réponses fournis par le gestionnaire n'ont pas permis de lever cette injonction.

A Nice, le 29 juin 2023

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Médecin inspecteur de
santé publique

Inspecteur de l'action
sanitaire et sociale

Responsable de la section
EHPAD au département des
Alpes-Maritimes

[REDACTED]

[REDACTED]

La chargée de mission
Ehpad

Inspecteur contrôleur de
l'Agence Régionale de
santé

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission / lettre d'annonce

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

Documents	Remis cocher remis)	(à si
La Direction		
Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur		
Document Unique de Délégation pour le Directeur salarié.		
Document précisant les jours de présence du directeur		
Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci.		
Tableau arrivée et départ du poste de directeur sur les 5 dernières années (nom, prénom, motif de départ)		
Pilotage, coordination et communication		
Projet d'établissement / livret d'accueil		
3 derniers Comptes rendus des réunions de direction (CODIR)		
3 derniers PV du Conseil de la Vie Sociale		
3 derniers PV de la Commission des menus		
La procédure de signalement et de traitement des EIG et des EIGS (comité de gestion des risques, compte rendus et les mesures correctives pour éviter la réitération des dysfonctionnements)		
La procédure de gestion des réclamations des usagers et/ou de leurs familles		
Les effectifs de personnel		
Organigramme nominatif de la structure		
Tableau détaillé comportant le nom, la fonction, le type de contrat (CDI ou CDD), le temps de travail et la date d'entrée dans l'établissement pour IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)		
Planning du personnel du mois en cours (jour et nuit) : IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)		
Planning du personnel du mois précédent (jour et nuit) prévisionnel et réalisé :IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, diététicien, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)		
Traçabilité de la transmission des extraits de casiers judiciaires de tous les salariés ("bulletin n° 3")		
Traçabilité des rendez-vous de chaque salarié avec la médecine du travail		
Fiche de poste du personnel (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)		
Plan de formation en interne/externe sur les 5 dernières années		
Documents divers		

Documents	Remis cocher remis)	(à si
PV de la commission de sécurité		
PV de la commission des menus		
Procédure dénutrition / procédure déshydratation		
RAMA 2021		
Compte-rendu de la dernière commission gériatrique		
Planning animation août et septembre 2022		
Menus juillet et août 2022		
DASRI		
Règlement de fonctionnement		
Contrat de séjour		

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

Directeur de l'Ehpad	
IDEC	
AS	
AS représentante du personnel	
AS	
ASL	
AMP	
AS	
AS	
ASL	
ASH	
ASH	



**MAISON
DE L'AUTONOMIE**

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