

**RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT
ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 04**

**EHPAD LES CIGALINES
4 AV. DE LA LIBERATION
04200 SISTERON**

INSPECTION DU 05/12/2022

[REDACTED]



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

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVERTISSEMENT	2
SOMMAIRE	3
1. CONTEXTE	5
a) Présentation de la mission d’inspection	5
b) Présentation de l’établissement - Autorisation	5
2. UNE SECURITE DEFAILLANTE DANS DES LOCAUX VETUSTES	6
Une sécurité défailante.....	6
Des locaux vétustes qui ne permettent un hébergement adapté à des personnes âgées dépendantes	6
3. UNE GOUVERNANCE A CONSTRUIRE	7
L’Ehpad ne dispose pas d’un directeur dédié	7
Aucun médecin n’assure les fonctions de médecin coordonnateur.....	7
La cadre de santé n’est pas infirmière et de ce fait en difficulté pour coordonner les soins	8
4. UNE PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS TROP HOSPITALO-CENTREE	8
5. DES RESSOURCES HUMAINES ISOLEES QU’IL EST NECESSAIRE D’ETAYER	9
Une organisation des soins bien structurée avec une fragilité sur la période après-midi/début de soirée	9
Des personnels insuffisamment soutenus.....	10
Une pluridisciplinarité dont l’effectivité doit être renforcée	10
6. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EST DEFICIENTE	10
a) Méthode utilisée en cours d’inspection- adaptation au contexte et aux premiers constats	10
b) La dénutrition.....	11
Les entretiens ont montré que la thématique nutrition était négligée	11
La mission d’inspection constate des écarts entre les protocoles disponibles et les recommandations pour la pratique clinique (RPC) : tableau 1bis	12
L’examen des dossiers de résident confirme que les résidents de l’Ehpad ne font pas l’objet d’un suivi nutritionnel adapté.....	12
Conclusion de la thématique « dénutrition »	14
c) Les rythmes de vie et le bien-être des résidents ne sont pas respectés.....	15

d) Des pratiques inadaptées portant atteinte à la qualité des soins et la sécurité des soins ainsi qu'au bien-être des résidents et qui concernent l'ensemble des thématiques analysées par la mission d'inspection	15
Les escarres.....	15
Les troubles neurocognitifs	17
La contention physique.....	18
La prise en charge de la douleur et des Soins Palliatifs	19
Points divers.....	20
e) L'organisation de la prise en charge médicale et soignante n'est pas sécurisée.	21
Les pratiques professionnelles ne répondent pas aux standards de qualité attendus	21
La prise en charge médicale est soignante n'est pas organisée et pas sécurisée.....	21
 CONCLUSION.....	 23
 ANNEXES	 25
Annexe 1 : Lettre de mission	25
Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection.....	26
Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien	28
Annexe 4 : Tableaux relatifs à la prise en charge médicale	29
Annexe 5 : Courrier d'injonction et réponse de la directrice générale du CHICAS	32

1. Contexte

a) Présentation de la mission d'inspection

A la suite de signalement transmis par des pharmaciens inspecteurs de l'ARS, la mission conjointe ARS et C.D 04 a effectué une inspection sur le site de Sisteron à partir du 05/12/2022.

Elle avait pour tâche d'analyser :

- La gouvernance
- L'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents,
- les conditions d'hébergement ;
- La prise en charge des résidents notamment en soins et médicale.

Elle a été menée par :

████████████████████, infirmière, ICARS/ARS.

████████████████████, IASS, coordinateur de la mission

████████████████████ MISp

████████████████████

████████████████████ personne qualifiée au titre de ses compétences techniques (ARS)

b) Présentation de l'établissement - Autorisation

Les Cigalines EHPAD hôpital de Sisteron

Le centre hospitalier intercommunal des Alpes du sud (CHICAS) a été créé par fusion des centres hospitaliers de Sisteron et Gap, par arrêté du 22 juillet 2005.

L'arrêté conjoint n° 2009 – 334 – 20 du 30/11/2009 a porté création d'un EHPAD sur le site de Sisteron par transformation des lits d'USLD, avec à compter du 1/01/2010, une capacité finale autorisée de 73 lits, mais seulement 53 lits installées.

L'EHPAD comporte 23 chambres à 1 lit et 15 chambres à 2 lits.

Un PASA de 14 places a été créé par arrêté DOMS/PA n°2016 – 027 du 24/04/2016.

Cet EHPAD est adossé à l'EPS de Sisteron, rattaché à l'EPS de Gap.

2. Une sécurité défaillante dans des locaux vétustes

Une sécurité défaillante

L'EHPAD est très mal indiqué dans la ville de Sisteron comme dans l'hôpital. Il existe deux entrées. L'accès interne, par l'hôpital, est labyrinthique, sans signalétique caractérisée. L'entrée derrière l'hôpital permet d'accéder directement au second étage où est situé l'Ehpad peut s'avérer dangereuse pour des personnes âgées désorientées, en effet les barrières sur les côtés de l'entrée ne sont pas suffisamment hautes pour éviter le basculement d'une personne âgée au-dessus des parapets qui protègent d'un à-pic.

Ecart 1 : En l'absence de parapets suffisamment hauts, l'entrée directe de l'Ehpad présente un risque de chute des résidents au niveau d'un à-pic.

Ecart 2 : Certaines issues de secours sont obstruées par des lèves-malades ou chaises roulantes et ne permettent pas l'évacuation des résidents en cas de nécessité. La mission d'inspection relève l'absence d'espaces de stockage adéquat.

Ecart 3 : Il est à noter que les appels malades sont reliés au bureau infirmier. Les aides-soignantes ne peuvent pas recevoir les appels sur des téléphones individuels. Cela est un risque pour les résidents en l'absence de soignants au niveau du bureau infirmier, leur appel ne pouvant être identifié.

Des locaux vétustes qui ne permettent un hébergement adapté à des personnes âgées dépendantes

Par ailleurs, la mission d'inspection confirme la vétusté des locaux avec un projet de rénovation inscrit dans le projet régional d'investissement.

L'Ehpad se tient sur un second étage de l'hôpital, il existe 53 lits pour les résidents, la majorité des chambres sont doubles (18). Il n'existe pas de douche dans les chambres. Les salles de bains sont communes.

Remarque 1 : L'intimité des résidents est compromise par ses chambres doubles, l'absence de douche particulière n'est pas favorable à une hygiène de qualité pour les résidents.

Recommandation : Inscire dans le projet de rénovation des chambres simples avec bloc sanitaire complet.

De plus cette difficulté d'accès à la douche du fait des locaux, est rendue plus complexe par la difficulté pour les aides-soignantes d'obtenir des draps de bains. Ce qui obère d'autant plus la possibilité de prendre des douches. Selon les éléments recueillis dans l'établissement, il est prévu deux douches par mois par résident. Cet objectif, bien que minimal, n'est pas atteint selon le personnel.

Ecart 4 : Cette difficulté à la prise de douches est préjudiciable à la qualité de prise en charge du résident du point de vue de son hygiène et de son bien-être physique et moral.

Remarque 2: La prise en charge de la fin de vie est complexifiée par les chambres doubles. L'accompagnement par les soignants et les familles se fait en présence d'un autre résident qui se trouve de fait impliqué dans la fin de vie de son voisin de chambre.

3. Une gouvernance à construire

Il n'existe pas de gouvernance de l'Ephad sur site ; en témoigne l'absence de direction, de médecin coordonnateur ou d'IDEC.

L'Ehpad ne dispose pas d'un directeur dédié

Sur site, la mission d'inspection n'a pu identifier la personne qui dirige l'Ehpad de Sisteron. L'EHPAD est inclus dans l'organisation hospitalière transversale comme s'il s'agissait d'un service de MCO. Il est confronté à une multiplicité d'acteurs et peine à identifier ses véritables interlocuteurs car :

- Ces acteurs ne sont pas dans un lien continu et de proximité avec l'équipe, leur présence est bimensuelle sans programmation précise
- L'information sur la réalité des missions donnée à l'EHPAD est fautive pour certains acteurs, au premier rang desquels le médecin-coordonnateur qui n'existe pas contrairement à l'information répandue.
- Pour ces acteurs, l'EHPAD n'est inscrit dans la fiche de poste que pour une part très limitée de l'activité de l'EHPAD et n'est qu'une thématique marginale au regard de toutes les autres missions.
- L'émiettement des missions de ces acteurs multi casquettes favorise une dilution de l'implication réelle concernant l'EHPAD, chacun pensant que l'autre est censé faire le nécessaire.

[REDACTED]

L'éclatement de la fonction de direction sur une multitude d'interlocuteurs n'a pas permis au CHICAS de discerner les difficultés évidentes de cet Ehpad.

Il n'y a donc pas de directeur de site. La seule direction identifiée est la directrice générale du CHICAS, détenteur de l'autorisation.

Aucun médecin n'assure les fonctions de médecin coordonnateur

L'attachée de Direction avait indiqué à l'ARS, la semaine précédant notre inspection, que le médecin-coordonnateur était employé à 0,5 ETP et présent 3 matinées par semaine. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Contrairement aux premières informations, le directeur-adjoint, rencontré sur site lors de la 2^{ème} journée d'inspection, a précisé que le médecin-coordonnateur (MédCo) des Cigalines était en fait un médecin gériatre du CH de Gap. L'équipe de soins l'a confirmé et a indiqué qu'il intervenait pour l'évaluation médico-économique (PATHOS et GIR) et pour faire certains remplacements de congés du médecin généraliste. Ce gériatre a précisé :

- Ne pas être le médecin-coordonnateur de l'EHPAD les Cigalines
- Etre uniquement chargé de recueillir les données nécessaires à l'évaluation médico-économique de l'EHPAD par le PATHOS
- Avoir un ordre de mission pour venir ponctuellement remplacer le médecin-généraliste durant les congés de ce dernier et cela, sans décharge de service sur son poste à temps plein.

En synthèse, il n'existe pas de Médecin-Coordonnateur à l'EHPAD les Cigalines.

La cadre de santé n'est pas infirmière et de ce fait en difficulté pour coordonner les soins

[REDACTED]. Affectée également à 0,5 ETP sur le service imagerie, ce personnel vient aussi en soutien sur le plan pratique à différents services (SSR, médecine, hôpital de jour...). [REDACTED].

Ecart 5 : L'absence de l'ensemble des membres du trio traditionnel de gouvernance de l'Ehpad (une direction, un médecin coordonnateur et un IDEC) ne permet pas un management efficace de la structure, la sécurisation et l'organisation de la prise en charge des résidents.

4. Une prise en charge des résidents trop hospitalo-centrée

Aucun projet de vie personnalisé n'a été élaboré lors de l'arrivée de nouveaux résidents, ni pour les résidents présents. Cela fait obstacle au respect du confort de vie, des habitudes, du rythme et des attentes de chaque résident. L'absence de projets de vie des résidents témoigne d'une difficulté de prise en charge du résident de manière coordonnée par les équipes.

Ecart 6 : Le CVS ne s'est pas réuni depuis plus de deux ans, ce qui est préjudiciable à la vie de l'établissement, au respect des droits des usagers. Il en est de même de la commission de restauration qui ne fonctionne pas. La commission de coordination gériatrique n'est pas active.

Ecart 7 : Il n'existe de projets d'accompagnement personnalisé.

5. Des ressources humaines isolées qu'il est nécessaire d'étayer

Une organisation des soins bien structurée avec une fragilité sur la période après-midi/début de soirée

Planning type de l'Ehpad les Cigaline

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
AS- UPIAS																									
AS- UPIAS																									
AS- UPIAS																									
AS matin																									
AS matin																									
AS soir																									
AS soir																									
AS soir																									
AS soir																									
AS nuit																									
AS nuit																									
IDE de matin																									
IDE de soir																									
IDE renfort semaine																									

Ce planning type mobilise :

- En semaine trois IDE dont deux de matin assurent une présence sur site de 6h10 à 20h50. Le week-end, 2 IDE sont présentes. Il n'y a pas d'IDE de nuit.
- Des aides-soignantes de jour, 5 le matin et 4 l'après-midi.
- 2 aides-soignantes de nuit.

Il permet des temps de transmission entre les différentes équipes matin/après-midi/soir.

Sur les 34 personnels occupant des fonctions d'aide-soignant, 4 sont des ASH. Ils sont positionnés la nuit en binôme avec une AS diplômée.

La mission d'inspection dispose du planning prévisionnel sur les mois de novembre et décembre mais pas de planning réalisé.

Le planning prévisionnel de décembre montre :

- Que l'objectif de disposer de 3 IDE est atteint 23 jours dans le mois soit pour 75% des jours.
- Que l'objectif de disposer de 2 AS de nuit est toujours atteint
- Que l'objectif de disposer de 3 AS entre 7 heures et 14 heures 30 est atteint sauf sur 3 jours (avec une fragilité particulière un jour dans le mois où 1 seul AS est présent)
- Que l'objectif de disposer de 2 AS de 6h10 à 13h40 n'est pas atteint sur 3 jours (WE de Noël et du Nouvel an) et qu'il peut y avoir 3 AS sur ce créneau (12 jours dans le mois soit 40% du temps).
- Que l'objectif de disposer de 4 AS dans l'après-midi est atteint pour 50% des jours avec un point de fragilité particulier pour 2 jours où il n'y a que 2 AS.

Remarque 3 : La mission d'inspection relève une fragilité de la présence des aides-soignants l'après-midi et en début de soirée ce qui rejoint les remarques faites par ailleurs (mise en pyjamas précoce / coucher précoce..).

Des personnels insuffisamment soutenus

La distance du site de Sisteron par rapport à celui de Gap, l'absence de visibilité de la direction sur site de l'Ehpad, donne le sentiment aux agents de ne pas être reconnus à leur juste valeur. [REDACTED]

Il est noté globalement une difficulté d'accès aux formations pour les agents sur site. La plupart des formations ont lieu à Gap. La non comptabilisation du temps de trajet pour la formation dissuade les agents de se déplacer. Au regard du secteur concerné, on peut aussi remarquer des difficultés pour certains agents à obtenir une formation adaptée aux problématiques rencontrées en Ehpad, par exemple sur le sujet « de la fin de vie ». Des agents en demande de promotion par la formation n'ont pas de réponse à leur demande. Le refus de formation après 4 demandes conduit une infirmière à demander une disponibilité

Remarque 4 : La non comptabilisation du temps de trajet pour la formation dissuade les agents de se déplacer alors que la plupart des formations sont proposées sur le site de Gap. Les formations sont insuffisamment adaptées au secteur « personnes âgées »

Remarque 5 : Les ASH et ou AS n'ont pas toujours les accès au système d'information pour la gestion des repas, des dépenses alimentaires, des événements indésirables par défaut de codes d'accès ce qui est préjudiciable au service des résidents comme à la gestion des risques pour les E.I.

Une pluridisciplinarité dont l'effectivité doit être renforcée

L'Ehpad dispose d'un kinésithérapeute à temps plein qui intervient selon le planning 4 jours par semaine de 8heures à 16heures15 ; d'un éducateur/animateur à 0.8 ETP qui intervient de 8heures30 à 16heures45.

Remarque 6 : Le temps de travail de la psychologue est prévu à 50% sur site selon les éléments indiqués dans le profil de poste utilisé dans le cadre du recrutement. L'établissement n'a pas fourni de fiche de poste détaillant les modalités effectives du travail sur site. Lors des entretiens, le personnel s'est dit demandeur de ce temps dédié pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Le planning indique une présence à l'Ehpad le lundi ce qui correspond à 0.20 ETP.

6. La prise en charge médicale est déficiente

a) Méthode utilisée en cours d'inspection- adaptation au contexte et aux premiers constats

Adaptation au contexte du signalement

Signalement de possibles anomalies de prise en charge en soins par les pharmaciens inspecteurs

Les pharmaciens inspecteurs au cours d'un déplacement sur site relatif au circuit du médicament nous ont alertés sur deux points. D'une part, un grand nombre de résidents semblaient très amaigris et d'autre part les résidents étaient déjà mis en pyjama en milieu d'après-midi.

Ces deux problématiques ont donc été vérifiées, en premier lieu, lors de l'inspection de la prise en charge des soins menée par une infirmière de santé publique-ICARS et un médecin-inspecteur de l'ARS-PACA.

Absence de déclaration d'évènements indésirables ou de réclamations de résidents

Devant l'absence de tout autre élément supplémentaire d'orientation, le choix a été fait de compléter le contrôle par les prises en charge (PEC) en soins incontournables dans un EHPAD. Les thématiques ainsi retenues sont, en quelque sorte, ce que la stérilisation est à la chirurgie.

Prolongation d'inspection après les premiers constats

L'équipe d'inspection a été confrontée à la nécessité de compléter les constats car les anomalies étaient généralisées et l'équipe de soins en difficulté.

Chaque thématique tout comme chaque dossier de résident examiné recélait un nombre significatif d'anomalies, le plus souvent critiques.

De plus, cet examen était rendu difficile et prolongé car les pratiques des professionnels étaient hétérogènes et souvent informelles. Cet exercice était souvent l'occasion pour l'équipe de découvrir le fonctionnement réel de leurs propres collègues.

Identification du médecin-coordonnateur des Cigalines »

Afin de vérifier que le trépied indispensable à un encadrement de qualité, Direction avec IDEC et MédCo serait bien présent lors de notre venue, notre « service Personnes Agées » a contacté préalablement la responsable de l'EHPAD afin de vérifier les jours de présence.

Concernant les soins, la mission souhaitait entendre d'emblée le MédCo qui est un pilier essentiel de la PEC sur lequel reposent 14 missions réglementairement prescrites dans le décret qui lui est consacré. L'identification de ce médecin s'est avérée complexe.

Les données présentées dans le rapport ne prétendent pas décrire l'exhaustivité des défauts de PEC touchant les résidents lors de notre inspection. Leur recueil s'est simplement poursuivi jusqu'à l'obtention de données suffisantes pour une analyse argumentée du fonctionnement et de l'organisation.

En effet, l'analyse de nos constats donne la certitude que les défauts de PEC sont extrêmement étendus et imposent une intervention urgente du responsable juridique de la structure.

Les points signalés sont confirmés et révèlent des anomalies majeures dont les causes s'avèreront généralisées au restant de la PEC

b) La dénutrition

Il est à souligner d'emblée que les causes des constats relatifs à la dénutrition se répètent pour tous les sujets spécifiques à la gériatrie en EHPAD qui ont été ensuite abordés.

Les entretiens ont montré que la thématique nutrition était négligée

Les déclarations et constats sont récapitulés dans le tableau 1 en annexe 4. Il est montré que le suivi du poids des résidents n'est pas effectué de façon suffisamment régulière pour suivre l'évolution de cet indicateur, que les protocoles relatifs à ce thème ne sont pas connus ou pas utilisés, qu'il n'y a pas de concertation pluridisciplinaire sur le sujet.

Le médecin généraliste, médecin traitant des résidents :

- Une seule observation relative à la PEC nutritionnelle 3,5 mois après son admission alors que la résidente s'alimente très insuffisamment depuis le début.
- La traçabilité des observations et des actes en résultant est totalement aléatoire et non structurée, chacun fait à sa guise.

Aucune pesée à l'entrée ni durant toute la période précédant notre inspection, la pesée inscrite dans le dossier à 62 kg correspondait probablement à sa dernière pesée en service de médecine avant transfert.

Elle a été pesée au bout de 8 mois (dès le lendemain du début de l'inspection) montrant une perte de 12,5kg après son admission (20% du poids). Cette perte en EHPAD cumulée à celle en service de médecine durant le mois précédant l'admission donne un total de 30 kg en 9 mois (37,5% du poids avant maladie).

En synthèse : Cette résidente admise en situation de dénutrition caractérisée et sévère relevait d'une pesée au minimum hebdomadaire. La dénutrition s'est poursuivie sans que jamais une évaluation soit réellement effectuée à l'EHPAD.

En dehors d'une seule et unique transmission ciblée mais peu informative de la diététicienne, la PEC nutritionnelle est totalement aléatoire et laissée à l'initiative personnelle des IDE ainsi qu'à leur intuition.

Dossier [REDACTED] (volet dénutrition)

Admission aux Cigalines [REDACTED] :

- Syndrome inflammatoire biologique très marqué à l'entrée.
- Diminution de prise alimentaire signalée par son fils dès l'entrée.
- Aucune observation relative à la PEC nutritionnelle depuis son admission.
- La traçabilité des observations et des actes relatifs à la dénutrition est totalement aléatoire et non structurée, chacun agit à sa guise et se constitue une traçabilité parallèle personnelle.
- Pas d'escarre à l'entrée mais apparition ensuite d'une escarre aboutissant au stade le plus avancé 3 mois après (stade 4 avec ostéite).
- Découverte en octobre d'une pathologie cancéreuse métastatique inexplorable du fait de l'état général de la patiente.

Aucune pesée à l'entrée ni durant toute la période précédant notre inspection, la pesée inscrite dans le dossier à 66,6kg correspondait probablement à sa dernière pesée en service de médecine avant transfert.

A noter que suivant les modalités de consultation du dossier informatique, on obtient ce poids de 66,6kg précédant l'admission ou bien celui de 160 kg (pour une taille de 160 cm) qui correspond bien entendu au renseignement par erreur de la taille à la place du poids.

Pour autant, ces anomalies qui sont en en-tête de chaque fiche d'observation passent totalement inaperçues.

En synthèse : Le diagnostic de dénutrition a été ignoré chez cette résidente, alors même qu'elle :

- Avait dès l'admission tous les critères imposant impérativement une pesée au minimum hebdomadaire
- N'a jamais été pesée dans l'EHPAD durant les 8 mois précédant l'inspection
- A développé une escarre grave qui est une complication où la dénutrition joue un rôle reconnu.

L'apparition dans son dossier du triplement brutal de son poids d'avant l'admission est passée inaperçue.

La PEC nutritionnelle a été aléatoire et laissée à l'initiative personnelle ainsi qu'à l'intuition des IDE.

[REDACTED]
Passage du poids de 65 kg le 21 mars à 139 kg le 9 juillet, affiché en en-tête du plan de soins durant 5 mois mais que l'équipe de soins découvre à l'occasion de l'inspection.

Conclusion de la thématique « dénutrition »

Le dépistage et le diagnostic de dénutrition ne sont pas réalisés car même leurs critères les plus élémentaires ne sont pas connus de l'équipe de soins et du médecin-généraliste.

Le fonctionnement est anarchique avec :

- Une traçabilité rare et peu informative dans les dossiers des résidents
- Des systèmes de traçabilité à l'usage de chaque professionnel sur son initiative et suivant son intuition, avec des modalités informelles et forcément hétérogènes
- Une traçabilité déstructurée où l'intuition et l'hétérogénéité dominent

Les protocoles de Kaliweb ne sont pas utilisés et ne sont tout simplement pas connus. Aucune démarche n'a été faite auprès de l'équipe pour :

- Leur faire connaître l'existence de cette ressource
- Les former à partir du contenu des protocoles
- Echanger sur l'adaptation du protocole en vue d'une coconstruction source d'appropriation
- Evaluer la maîtrise et l'application des contenus des protocoles, en admettant que l'on considère que ces contenus étaient censés être acquis par les professionnels
- Rare et peu informative traduisant plutôt le déficit de connaissances ainsi que sans structuration traduisant là le défaut d'organisation et de fonctionnement.

La prise en charge nutritionnelle :

- Ne s'appuie pas sur une évaluation rationnelle des quantités consommées mais sur le « coup d'œil » des AS. Les différents outils disponibles sur le réseau ou sur HM ne sont pas utilisés (avec la même problématique de diffusion et d'appropriation que pour les protocoles) ;
- Comporte une distribution des compléments alimentaires laissée à l'initiative des IDE, en fonction de leur « impression clinique » ;
- Ne s'appuie pas sur un recueil systématique des préférences alimentaires que nous avons pu consulter.
- Ne repose pas sur une prescription médicale argumentée.

Les IDE sont censés assurer la gestion de la dénutrition en lien avec les AS mais :

- Aucune évaluation des pratiques n'a jamais été effectuée.
- Les pratiques professionnelles en matière de prévention, diagnostic et PEC de la dénutrition reposent exclusivement sur la formation initiale des agents, majoritairement ancienne et non actualisée par une formation continue.
- Aucune formation spécifique n'a été délivrée ces dernières années, que ce soit une formation continue par un organisme ad hoc ou une « petite formation interne » conjoncturelle par un MédCo ou une IDEC.

Ecart 8: La mission d'inspection constate que les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas appliquées dans l'établissement en matière de prise en charge nutritionnelle. L'établissement dispose de procédures qui ne sont pas connues et pas appliquées et qui ne répondent pas aux dernières recommandations de bonne pratique clinique émises par la HAS. Le suivi des résidents ne permet pas de repérer les variations de poids qu'elles soient aberrantes (doublement du poids en moins de 4 mois pour une résidente) ou réelles (perte de poids conséquente chez deux résidentes se compliquant pour l'une des deux d'une escarre). La pluridisciplinarité pour étudier les situations porteuses de risque ou complexe n'est pas organisée. Ni le médecin traitant ni le médecin supposé être en charge de la coordination qui doit veiller à la bonne application des pratiques gériatriques au titre de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles ne se sont saisis de cette question. La sécurité et la qualité des soins ne sont pas assurées.

c) Les rythmes de vie et le bien-être des résidents ne sont pas respectés

Les entretiens avec les infirmières et la cadre de l'EHPAD nous ont révélés les anomalies listées ci-dessous :

Le signalement de mise en pyjama généralisée à partir de 16h est confirmé

La mise systématique en pyjama de l'ensemble des résidents à partir de 16h est justifié par le respect des horaires des agents. Cette position relève d'une institutionnalisation de l'atteinte à la dignité.

Une organisation des repas incompatible avec le temps nécessaire aux résidents

Lors de notre passage dans l'EHPAD, nous avons été surpris de voir débiter le débarrassage des tables dès 11h 55 avec vidage des plats.

Il a été confirmé que le repas débute à 11h30 et que ce débarrassage rapide est une réalité quotidienne.

La durée du dîner est également trop bref comparée au temps nécessaire au repas des résidents :

- la cuisine est livrée à 18h ;
- le dîner est programmé à 18h15 ;
- Le retour du chariot rempli de tous les plateaux est prévu pour 19h.

Le temps de repas accordé aux résidents est inférieur au minimum recommandé

Le petit déjeuner est servi le lendemain à 7h30 entraînant un jeûne institutionnalisé de 12h30. Ceci est contraire aux recommandations ministérielles qui le limitent à 12 h (Circulaire GDR-EHPAD 2010).

Un coucher précoce et généralisé sans considération des résidents

Le coucher est généralisé à 20h « après distribution des somnifères », sans considération des habitudes de vie et des préférences des résidents.

Ce coucher contraint joint avec une mise en pyjama également non justifié ne permet pas d'assurer le bien-être physique et moral des résidents.

Conclusions de la thématique « vie et bien-être des résidents »

Les faits constatés sont de nature à porter atteinte au bien-être ainsi qu'à la dignité et à la santé des résidents.

Ecart 9 : La mise en pyjamas précoce, les heures des repas et le faible laps de temps accordé aux résidents pour manger, le coucher précoce et généralisé contreviennent au bien-être moral des résidents.

d) Des pratiques inadaptées portant atteinte à la qualité des soins et la sécurité des soins ainsi qu'au bien-être des résidents et qui concernent l'ensemble des thématiques analysées par la mission d'inspection

Les escarres

Déclarations et constats :

- Pense qu'il y a 3 ou 4 escarres actuellement qui seraient toutes talonnières. Nous avons découvert, à l'examen des dossiers, une escarre sacrée au stade 2 sur une échelle de 4 (abrasion cutanée). Ceci nécessite une PEC intense et réellement adaptée afin de l'empêcher de progresser, une escarre sacrée évoluée étant difficilement curable.
- Affirme que les escarres n'apparaîtraient pas au sein de l'EHPAD mais seraient générées ailleurs. Nous allons constater qu'une résidente a vu son escarre apparaître dans l'EHPAD et y évoluer jusqu'au stade ultime de l'ostéite en seulement 3 mois.

- Pour le dépistage, il renvoie la tâche aux IDE qui sont en charge de l'alerter. Il ne connaît pas de grille d'évaluation des facteurs de risque d'escarre.
- Pour le suivi et le traitement d'une escarre constituée, il ne connaît pas de grille d'évaluation de la plaie ni de recueil structuré des données pour suivre l'évolution. Il se fie à son impression globale.
- Pour le traitement de la douleur liée aux soins d'escarres, applique une PEC inadaptée (Paracétamol : matin, midi et soir).
- N'a participé à aucune réunion d'échange pluridisciplinaire avec les gériatres du CH de Gap depuis son arrivée. Il s'appuie, le cas échéant et sans aucune organisation préalable, sur les gériatres du service de médecine de Gap qui viennent ponctuellement sur le CH de Sisteron.

Ecart avec les BPC :

Des protocoles sont disponibles sur Kaliweb

- Un de 2007 reprend une partie des règles de la prévention et du traitement des escarres des recommandations de l'ANAES de 2001 reprises encore actuellement par l'HAS. Il n'y a pas de contribution ni de validation de ces protocoles par des médecins, et notamment des gériatres.
- Un de 2013, orienté sur la nutrition en matière d'escarres, se limite à un schéma très synthétique.

L'échelle d'évaluation des facteurs de risque (Echelle de Norton) est disponible dans HM et les résultats imposant une intervention à l'issue de ce dépistage sont rappelées dans les protocoles extraits de Kaliweb. Certaines recommandations nationales essentielles ne sont cependant pas retrouvées dans la documentation consultée.

A titre d'exemple, n'est pas évoquée la planification des changements de position toutes les 2 à 3 h, voire à une fréquence plus élevée.

Ces protocoles ne sont pas connus du médecin-généraliste ni de l'équipe de soins et ne sont donc pas utilisés.

Aucune des recommandations nationales édictées dès 2001 ne sont appliquées dans la pratique quotidienne de l'EHPAD.

Examen de dossier de résident

- Pas d'escarre à l'entrée mais apparition ensuite d'une escarre aboutissant au stade le plus avancé (stade 4 avec ostéite) en 3 mois.
- Aucun dépistage par évaluation des risques d'escarre n'a été réalisée alors que la résidente était à haut risque de développer une escarre
- Aucune description et évaluation de l'escarre constituée, permettant d'en suivre l'évolution, n'est tracée dans le dossier.
- Aucune évaluation de la douleur lors des pansements et des détersions mécaniques au bistouri de l'escarre.
- Aucune prescription médicale de traitement antalgique adapté aux douleurs provoquées par les soins durant 3 mois.
- Suivra une première prescription adaptée par la gériatre de passage au SSR, sollicitée à la seule initiative de l'IDE devant une escarre qu'elle qualifie d'« escarre de folie ». En effet, la gériatre découvre une escarre au stade ultime.
- Aucune prescription médicale de traitement adapté à l'évolution de l'escarre n'est retrouvée dans le dossier de la résidente, avant l'intervention de la gériatre.
- Des interventions de détersion de la plaie au bistouri ou à la curette sont réalisées par le médecin puis par les IDE mais ne sont pas tracées ni coordonnées entre elles. Elles ont constamment été réalisées sans traitement adapté de la douleur.
- Aucune notion d'évaluation de l'état vasculaire de la jambe permettant d'écarter une cause artérielle, laquelle contre-indiquerait certains actes de traitement local car de nature à aggraver la situation.

En synthèse : La première observation concernant cette escarre est consignée dans le dossier par la gériatre du SSR de passage, sollicitée à l'initiative d'une IDE devant une « escarre de folie » selon ses propres termes.

Cette IDE allait même sur internet pour savoir comment traiter cette malheureuse résidente tant la PEC semblait incontrôlée.

La gériatre se trouve devant une escarre au stade ultime et qui évoluait depuis plusieurs semaines.

La PEC a été totalement anarchique et nous n'avons pu la reconstituer qu'à partir des fragments disponibles dans les souvenirs et les petits carnets personnels des uns et des autres.

La résidente a présenté des douleurs lors des soins qu'une prise en charge normale aurait dû lui éviter.

Conclusions de la thématique Escarre

Défaut majeur de PEC :

- Ne respectant pas les recommandations de bonne pratique nationales ;
- ayant entraîné l'absence de traitement adapté des douleurs lors des soins ;
- ayant probablement contribué à une évolution rapidement sévère dans le cas de la résidente dont le dossier a été examiné.

Ecart 10 : La mission d'inspection constate que les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas appliquées dans l'établissement en matière de prise en charge des escarres. L'établissement dispose de procédures qui ne sont pas connues et pas appliquées et qui ne répondent pas aux dernières recommandations de bonne pratique clinique émises par la HAS. L'établissement ne procède pas à l'évaluation du risque d'escarre et ne met pas en place de mesures de prévention. La prise en charge des escarres constituées n'est pas tracée et la douleur, générée par les soins, non traitée. La pluridisciplinarité pour mettre en place les conduites à tenir adaptées ou le recours à l'HAD n'est pas organisée. [REDACTED]

[REDACTED]. La sécurité et la qualité des soins ne sont pas assurées.

Les troubles neurocognitifs

L'absence de Projets d'accompagnement personnalisé (PAP) et ses conséquences

Aucun projet d'accompagnement personnalisé (PAP) n'a été réalisé depuis au moins 18 mois [REDACTED]

- La mise en œuvre efficace de thérapies non médicamenteuses personnalisées (TNMP) qui doivent être systématiques et de première intention.
- Pour comprendre les problèmes neuropsychologiques des résidents atteints de Maladies d'Alzheimer ou de maladies apparentées (MAMA) permettant ainsi de choisir les thérapeutiques adaptées. Lesquelles ne doivent pas se cantonner pas à la prise de médicaments ; (*Recommandations nationales HAS de 2009*)

[REDACTED] dès qu'un symptôme lui est signalé par l'équipe sans tenter d'identifier les ressorts neuropsychologiques des symptômes.

Les pratiques constatées consistent donc à faire taire l'expression de la souffrance neuropsychologique des résidents atteints de Maladies d'alzheimer et maladies apparentées (MAMA) en employant des psychotropes et sans se soucier des causes ni réévaluer la situation quand le silence est obtenu.

Le logiciel HM n'a pas envisagé l'intégration d'un PAP structuré qui faciliterait et harmoniserait le travail de l'équipe de soins. Comme son nom l'indique, Hopital Manager est un logiciel hospitalier.

Un PASA non ou mal employé, desservant les résidents et les ASG qui y sont employées

Le PASA est souvent inutilisé :

- Une des 2 ASG rencontrées avait fait sa dernière intervention ponctuelle au PASA en août 2022, soit aucune intervention depuis 4 mois au moment de notre inspection ;
- Les ASG ne peuvent nous décrire le fonctionnement réel du PASA car totalement aléatoire. Il est une véritable variable d'ajustement avec mobilisation des ASG comme AS pour les soins d'hygiène plutôt qu'au PASA, chaque fois que de besoin.

Une des ASG nous exprime son souhait de ne plus travailler au PASA dans de telles conditions. Accessoirement, elle ne touche pas la prime rattachée à cette fonction.

Le PASA est mal utilisé :

Le PASA est majoritairement utilisé comme pôle d'animation au vu de la « liste des activités proposées au PASA. Il a donc un rôle essentiellement occupationnel, déconnecté de sa vocation thérapeutique.

Les activités ayant un intitulé de thérapies non médicamenteuses comme la reminiscence-thérapie sont vidées de leur sens dès lors qu'il n'existe pas de PAP

Cela ne semble pas gêner la psychologue assurant cette activité de réminiscence-thérapie, dont nous n'avons retrouvé aucune contribution à la mise en place des PAP bien qu'elle soit employée à 0,5 ETP.

Conclusion de la thématique troubles neurocognitifs

Les recommandations nationales de pratique professionnelles édictées depuis 2009 par l'HAS ne sont pas respectées.

Les troubles neurocognitifs liés aux MAMA ne font pas l'objet d'une attention suffisante pour espérer une PEC conforme aux bonnes pratiques actuelles, notamment en matière de PEC non médicamenteuse.

Le déficit de connaissances est généralisé pour cette thématique pourtant centrale (70 à 80% des résidents selon les EHPAD).

Le PASA, qui devrait être un soutien à l'introduction des TNMP en EHPAD ne joue pas son rôle. Il est une variable d'ajustement pour gérer le nombre d'AS affectées à la réalisation des toilettes.

L'absence d'Unité de vie protégée ainsi que de toute réflexion en la matière contribue à ce que l'expression de la souffrance neuropsychologique liée aux MAMA soit perçue comme devant relever de la contention chimique.

Ecart 11 : Le fonctionnement du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) au sein de l'Ehpad ne lui permet pas de remplir ses missions d'accueil, dans la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modéré puisque son personnel est utilisé en tant que variable d'ajustement du planning. La mission relève de plus que les activités proposées ne sont pas les modalités d'accompagnement et de soins appropriés à des résidents présentant des troubles neurodégénératifs.

La contention physique

Lors de l'inspection, il a été constaté que la majorité des résidents étaient sous contention physique, par barrières et/ou par ceinture pelvienne sur fauteuil. Concernant les barrières, il suffisait de passer dans le couloir pour le constater car les chambres étaient ouvertes pour leur immense majorité avec les résidents visibles sur leur lit.

Lorsque nous avons demandé combien de résidents étaient sous contention, personne n'était en mesure de nous fournir cette information car

- Il n'existe aucun tableau récapitulatif
- Aucune réévaluation des contentions n'est programmée
- Les prescriptions de contentions ne sont pas exhaustives

Ce sont toutes les recommandations nationales de pratique professionnelles, édictées depuis 2001 par l'ANAES et constamment reprises par l'HAS, qui ne sont pas respectées dans cet Ehpad. Les prescriptions médicales de contention ne sont pas argumentées ni réévaluées. Aucune recherche du bénéfice-risque n'est effectuée avant la prescription ni par la suite, pas plus que d'éventuelles alternatives à la contention physique.

Un protocole daté de 2014 présent dans HM décrit ces recommandations en les destinant aux seules IDE. L'essentiel de ces recommandations repose cependant sur le médecin.

Aucune procédure de surveillance et de prévention des complications liées à la contention n'est employée. Il n'y a donc pas de prévention organisée pour les graves complications pouvant résulter de cette immobilisation forcée.

Conclusion de la thématique contention physique : Cette PEC ignore les bonnes pratiques et porte atteinte à la qualité des soins et à la sécurité des résidents ainsi qu'à leur bien-être et à leur liberté d'aller et venir.

Le nombre exact de résidents sous contention physique n'est pas connu de l'établissement et il faudrait analyser en détail la totalité des dossiers pour en avoir une idée plus précise.

Ecart 12 : La mission relève l'absence de procédures, de prescriptions médicales actualisées, de réévaluation régulière et de traçabilité, de recherche du consentement des résidents ou des proches pour les mesures de contention physique qui sont des mesures privatives de liberté.

La prise en charge de la douleur et des Soins Palliatifs

La douleur

Un seul protocole destiné aux EHPAD dans Kaliweb, laconique est limité à la douleur post-traumatique. Il cite cependant les grilles d'hétéroévaluation « *pour les patients non communicants* ».

Les différentes grilles d'hétéroévaluation sont disponibles dans HM.

Le médecin-généraliste

- Pense qu'il n'y a pas beaucoup de personnes douloureuses dans l'Ehpad
- ne connaît que l'échelle numérique d'autoévaluation, applicable uniquement aux personnes n'ayant que de très légers troubles neurodégénératifs
- ne peut citer aucune des échelles d'hétéro-évaluation nécessaires en cas de troubles neurocognitifs le plus souvent retrouvés en Ehpad
- Se repose sur les AS pour qu'elles fassent spontanément le signalement des patients douloureux sur la base de leur impression clinique.

Il n'y a aucune utilisation de grilles d'évaluation par l'équipe de soins et notamment, aucune pratique de l'évaluation comportementale de la douleur qui est nécessaire chez les personnes dont la communication verbale devient difficile, lorsque les troubles cognitifs altèrent le jugement ou la compréhension.

Le traitement antalgique ne bénéficie donc pas d'un fondement objectivé et tracé pour les résidents de l'Ehpad, que ce soit pour l'introduction d'un traitement ou son indispensable adaptation. Au-delà du défaut d'évaluation, les pratiques médicales du médecin-généraliste sont incompatibles avec une PEC adaptée de la douleur liée aux soins.

Les recommandations concernant la PEC de la douleur chez la personne âgée édictées depuis 2002 ne sont pas appliquées.

Pour mémoire, la loi de 2002 relative aux droits des malades dispose que : « (...) toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée (...) ».

Soins palliatifs

En recoupant l'examen de dossiers et des quelques documents papier conservés individuellement par les IDE, il apparaît que plusieurs résidents doivent à l'évidence bénéficier d'une PEC en soins palliatifs (SP). Ceci n'est même pas évoqué dans les dossiers des résidents concernés alors qu'ils nécessitent une évaluation rapide car ils sont en situation palliative avec une dégradation prochaine à venir.

████████████████████ qu'il est fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) chaque fois qu'il s'agit de SP mais ni elle n'a pas connaissance d'une démarche structurée à mettre en place au sein de l'Ehpad.

████████████████████
On peut déduire de ces éléments que les SP se limitent dans cet EHPAD au recours à l'EMSP pour qu'elle mette en place, en urgence une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD).

Les recommandations nationales sont claires et détaillées en matière de SP et les outils nécessaires à cette PEC sont disponibles et parfaitement explicités. Il n'y a pas de trace de leur prise en compte et de leur application effective.

Il résulte de cette approche des SP :

- Une absence de tout repérage des situations palliatives alors que les critères sont définis et plusieurs outils d'aide au repérage existent

- L'impossibilité d'anticiper la PEC palliative et de construire un Projet personnalisé et partagé :
 - Prenant en compte les diverses problématiques pour la situation palliative donnée
 - Respectueuse du résident

Pour reprendre l'exemple de la résidente dont l'escarre évoluée a bénéficié d'une PEC inadaptée, [REDACTED]

[REDACTED]. La situation est au-delà de toute possibilité thérapeutique et l'état général de la patiente ne permet pas de conduire des explorations invasives. Il s'agit dès lors typiquement d'une situation de soins palliatifs mais, trois mois après, il n'existe aucune traçabilité ni aucune évocation en ce sens par un des professionnels de l'EHPAD (médecin compris).

Conclusion de la thématique soins palliatifs : La PEC se limite au recours à l'EMSP pour des situations qui n'ont bénéficié d'aucun repérage et débouchent sur des PEC urgentes dans des conditions insatisfaisantes au regard de ce qui est attendu actuellement en matière de SP. Les recommandations nationales ne sont pas respectées.

Ecart 13 : La mission d'inspection constate que les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas appliquées dans l'établissement en matière de prise en charge de la douleur et d'accompagnement en soins palliatifs. La prise en charge de la douleur n'est pas protocolisée. Son dépistage n'est pas organisé. En matière de soins palliatifs, l'établissement bénéficie de la possibilité de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs du territoire mais ne développe pas de stratégie permettant d'inclure précocement les résidents dans cette démarche pour accompagner de façon adaptée les résidents en fin de vie et leurs proches. La pluridisciplinarité pour étudier les situations porteuses de risque ou complexe n'est pas organisée. Ni le médecin traitant ni le médecin supposé être en charge de la coordination qui doit veiller à la bonne application des pratiques gériatriques au titre de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles ne se sont saisis de cette question. La sécurité et la qualité des soins ne sont pas assurées. Le bien-être physique et moral des résidents non plus.

Points divers

- Concernant les chutes :
 - Pas d'évaluation du risque de chute et donc de prévention raisonnée de ses causes.
 - En cas de survenue d'une chute, absence d'analyse systématique des causes et traçabilité inconstante.
- Aucun Dossier de Liaison en Urgence (DLU) n'a été créé. La cadre de l'EHPAD n'en a jamais vu.
- Les signalements d'EIGS ne sont pas faits car jugés trop chronophages.

Ecart 14 : Il n'existe pas au sein de l'établissement de culture sur la maîtrise des risques.

- Nous n'avons pas retrouvé d'évaluation gériatrique standardisée de résident.

Ecart 15 : La réalisation d'une évaluation gériatrique n'est pas réalisée. Pour mémoire, la coordination de cette évaluation est du ressort du MEDCO au titre de l'article Article D312-158 du code de l'action sociale et des familles et l'évaluation gériatrique doit être réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin

- Concernant les prescriptions :
 - Aucune démarche de réévaluation systématique des traitements n'est faite par le médecin-généraliste. Le gériatre s'efforce de faire un toilettage des ordonnances lorsqu'il intervient durant les remplacements du médecin-généraliste.

- Les morphiniques distribués ne font l'objet d'une prescription médicale systématique. Ceci est montré par le recoupement des prescriptions sur HM avec les distributions de morphiniques inscrit sur la traçabilité informelle sur le « carnet IDE » (cf plus loin pour les traçabilités sur papier qui ne sont pas retranscrites dans les dossiers des résidents).

Ecart 16 : Alors que l'Ehpad bénéficie de la sécurisation du circuit du médicament en lien avec la PUI, la mission d'inspection relève que les **prescriptions de médicaments** ne font pas l'objet d'une évaluation pour s'assurer qu'elles sont adaptées aux impératifs gériatriques.

- Au moins 3 « hospitalisations » ont eu lieu en Ehpad en 5 jours pour des malades de médecine, entre le 18 et le 23 novembre 2022. Ceci est retrouvé à la lecture du « programme du médecin-généraliste » renseigné par les IDE.
 - Parmi ces 3 « hospitalisations », une malade présentait une pathologie infectieuse sévère avec hémocultures positives et a dû faire des allers-retours avec l'UHCD.
 - A souligner que les Ehpad ne sont pas adaptés à la PEC de malades hospitalisés en médecine pour une pathologie infectieuse aiguë. Ceci expose les malades à une perte de chance.

Ecart 17: L'Ehpad reçoit en aval du secteur hospitalier des résidents dont l'état de santé n'est pas compatible avec la prise en charge proposée en Ehpad.

e) L'organisation de la prise en charge médicale et soignante n'est pas sécurisée.

Les pratiques professionnelles ne répondent pas aux standards de qualité attendus

Les pratiques locales contreviennent aux recommandations nationales dans tous les domaines que nous avons pu aborder.

Les recommandations nationales de bonne pratique ne sont pas connues [REDACTED] où les protocoles ne bénéficient pas systématiquement d'une actualisation

Les pratiques professionnelles en matière de prévention, diagnostic et prise en charge reposent exclusivement sur la formation initiale des agents, majoritairement ancienne et non actualisée par une formation continue.

La situation est comparable pour la quasi-totalité des sujets formant le cœur de la prise en charge en Ehpad.

La traçabilité est laissée à l'initiative de chacun et s'avère très fragmentaire dans tous les dossiers consultés.

La prise en charge médicale est soignante n'est pas organisée et pas sécurisée

[REDACTED]

L'équipe de soins subit ainsi un report anormal et dangereux de la prise en charge en soins qui résulte :

- D'une part de l'insuffisance de soutien médical adapté et structurant pour l'équipe de soins, ceci pour l'ensemble des thématiques de prise en charge en EHPAD.
- D'autre part de l'absence de rattrapage de cette situation par l'organisation institutionnelle.

Ce report anormal de la prise en charge sur l'équipe de soins résulte du fonctionnement informel suivant :

- L'IDE établit une liste pour le médecin-généraliste des tâches et consultations nécessitant son intervention. Cette liste lui est remise lorsqu'il vient lundi, mercredi et vendredi.

[REDACTED]

Un report dangereux de la prise en charge sur l'équipe de soins qui tente de compenser :

- En recherchant des informations sur internet pour essayer de mieux prendre en charge les résidents, y compris pour des pathologies d'évolution potentiellement redoutable comme les escarres.
- En prenant l'initiative de prodiguer des soins sur la base de la synthèse qu'elles sont parvenues individuellement à faire.
- En prenant l'initiative d'appeler un des gériatres hospitaliers du service de SSR lorsque la situation leur semble incontrôlable.
- En profitant de la venue d'un gériatre lors des remplacements du médecin généraliste afin d'améliorer certaines prises en charge.

Cette équipe de soins se sent abandonnée au plan technique et non entendue au niveau du GHT.

Les constats lors de l'inspection ne contredisent pas cette sensation très négative de l'équipe car :

- L'absence d'encadrement médical et paramédicale est manifeste comme le démontre les chapitres précédents ;
- Les canaux théoriques de remontée des difficultés et dysfonctionnements ne permettent apparemment pas les retours à la « gouvernance » qui interprète ce silence comme un signe rassurant sans s'interroger sur une éventuelle difficulté :

- [REDACTED] qu'elle n'avait pas d'information et que la cadre précédente ne lui donnait aucune indication ;

- [REDACTED] qu'elle avait une « confiance aveugle » dans la même cadre qu'elle rencontrait chaque semaine et qui ne lui faisait remonter aucun problème de prise en charge.

Cette déshérence provoque un sentiment d'isolement de l'équipe de soins qui recherche des solutions individuelles pour affronter le quotidien d'une PEC, perçue comme imparfaite par les IDE sans toutefois être en capacité d'en mesurer la gravité.

C'est ainsi que les IDE ont développé des traçabilités personnelles sur papier qui ne sont pas retranscrites dans les dossiers des résidents, nous avons identifié au moins 3 supports :

- Le « programme du médecin-généraliste » : liste manuscrite sur un cahier à spirales que les IDE semblent partager. Elle liste sommairement les résidents à consulter, les examens à voir, les bons de transport, etc.
- Le « carnet IDE » proprement dit : Petit agenda servant de pense-bête pour l'activité des IDE
- Transmissions : l'IDE fait un résumé synthétique sur une feuille imprimée à partir d'un document word sur les résidents qui lui semble poser problème afin de les évoquer oralement. Les échanges ne sont pas rapportés dans le dossier du résident. Chaque IDE conserve ou pas certaines transmissions.

La circulation de l'information est donc majoritairement orale, informelle, sous une forme laissée à l'initiative et l'appréciation de chacun. La traçabilité en devient indigente et la continuité des soins aléatoire.

Aucune formation spécifique aux soins n'a été délivrée ces dernières années, que ce soit une formation continue par un organisme ad hoc ou une « petite formation interne » conjoncturelle par un MédCo ou une IDEC.

Aucune démarche de gestion des risques ou d'amélioration continue de la qualité venant faire barrage aux dérives décrites n'a pu être identifiée.

Ecart 18 : Le défaut d'organisation de la prise en charge médicale et soignante fait courir des risques susceptibles d'affecter la santé et la sécurité des résidents.

Conclusion

L'Ehpad les Cigalines a fait l'objet d'une inspection sur site menée dans le cadre du programme d'inspection contrôle de l'ensemble des Ehpad de la région PACA et conjointe avec le Conseil départemental. La décision des commanditaires prenait en compte le signalement effectué par les pharmaciens inspecteurs de santé publique lorsqu'ils s'étaient rendus sur le centre hospitalier de Sisteron.

La mission confirme la vétusté des locaux et leur inadéquation à un hébergement de qualité de personnes âgées dépendantes. Ce point n'a pas été analysé en détail, l'établissement faisant l'objet d'un accompagnement pour une rénovation complète dans le cadre du projet régional d'investissement.

La mission d'inspection a fait le constat de l'absence complète de gouvernance sur site : il n'y a pas de directeur dédié, pas de médecin coordonnateur et pas d'infirmière coordonnatrice (le cadre de santé ayant la formation initiale d'éducatrice). De ce fait, la mission a noté un sentiment d'isolement et de manque de reconnaissance de la part des personnels.

L'ensemble de ces éléments conduit à une prise en charge médicale et soignante non structurée et inappropriée. Les bonnes pratiques gériatriques ne sont pas appliquées dans l'établissement. Les procédures ne sont pas adaptées au secteur médico-social ou ne sont pas actualisées. La pluridisciplinarité pour étudier les situations porteuses de risque ou complexe n'est pas organisée. Ni le médecin traitant ni le médecin supposé être en charge de la coordination qui doit veiller à la bonne application des pratiques gériatriques au titre de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles ne se sont saisis de cette question. La sécurité et la qualité des soins ne sont pas assurées.

Enfin, la mission relève un non-respect du droit des usagers et une atteinte à leur bien-être physique et moral avec des pratiques de contention qui limitent la liberté d'aller et venir. Les pratiques de mise en pyjamas et de coucher précoce ne permettent pas de respecter le rythme de vie et les habitudes des résidents.

Au vu des premiers constats réalisés par la mission d'inspection, le directeur général de l'ARS et la présidente du Conseil départemental des Alpes de Haute Provence ont émis un courrier d'injonctions immédiates afin de sécuriser la prise en charge. Ce courrier ainsi que la réponse de la directrice générale du CHICAS sont en annexe.

Le médecin inspecteur de
santé publique

L'inspecteur de l'action
sanitaire et sociale

L'infirmière ICARS ARS 04

L'inspectrice C.D 04

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

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

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

- Planning IDE, IDEC, AS, ASH, MEDEC du jour de l'inspection
- Liste et Nombre de pensionnaires présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, date de naissance et GMP) en spécifiant ceux dans l'UVP
- Plan des locaux
- Commission de sécurité
- Convention avec l'officine de pharmacie.
- Procédure circuit du médicament.

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

- Diplômes du personnel : medco, idec, ide, as, ash, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP
- Contrat de travail (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP

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

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

Documents
Tableau détaillé du 1^{er} jour de l'inspection du personnel 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
Protocole dérogatoire
Liste des agents intégrés dans le protocole régional AS-AES-AMP et le nom de leur tuteur
Document spécifique à chaque agent dans le dispositif écrit indiquant le nom du tuteur et sa fonction
Les évaluations signées par les agents concernés menées par l'IDEC à l'aide de la fiche transmise par l'ARS
Fiche de poste du personnel (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)
Un document précisant à quel niveau de qualification / professionnalisation sont l'/les agent(s) intégré(s) dans le dispositif
La fiche de poste datée et signée des agent(s) intégré(s) dans le dispositif qui doit préciser le périmètre et exclure la distribution de médicament et le travail de nuit
Plan de formation en interne/externe sur les 5 dernières années

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

Coordinatrice du site de sisteron	[REDACTED]
Attachée hospitalière	
Cadre médico-sociale	[REDACTED]
MEDCO	
Médecin généraliste	
Psychologue	
IDE	[REDACTED]
IDE	
IDE	
AS	[REDACTED]
AS	[REDACTED]
ASH	
ASH	
AVS – VAE AS en cours	
AVS – VAE AS en cours	
Représentante du CVS	

Annexe 4 : Tableaux relatifs à la prise en charge médicale

Tableau 1 : Thématique de la dénutrition / Déclaration ET Constats					
Questions	Réponses lors des entretiens			Vérification matérielle des faits	
	Méd Généraliste	Cadre EHPAD	IDE	Traçabilité	Protocoles / grilles
Des résidents dénutris sont-ils actuellement présents ?	« <i>Aucun actuellement</i> » « <i>cette situation est rare aux Cigalines</i> »	« <i>Oui, forcément</i> » mais ne peut en préciser le nombre	« <i>Oui</i> » car elles ont en tête des résidents leur semblant relever de cette situation	Des patients dénutris sont présents dans l'EHPAD sans bénéficier d'une qualification et évaluation de leur état	
Périodicité de la pesée des résidents aux Cigalines ?	« <i>1 fois/semaine</i> » « <i>1 fois/jour si perte de poids</i> »	« <i>1 fois/15 jours</i> » « <i>Au minimum 1 fois/mois</i> »	« <i>Aucune périodicité systématique</i> » « <i>En gros tous les deux mois</i> »	Les dossiers de l'échantillon : - soit ne comportent aucune pesée, y compris lorsqu'une dénutrition sévère fait partie des motifs d'admission - Soit comportent l'unique pesée générale (mi-mars 2022) en deux ans.	Kaliweb = « protocole de PEC de la dénutrition des PA en UHPAD du CHICAS site de Gap » diffusé en 2014 précise une pesée : - A l'entrée, systématique - Mensuelle, systématique - Si dénutrition sévère, tous les 15 jours
Traçabilité des pesées ?	« <i>Logiciel HM, dans le plan de soins</i> »	« <i>Logiciel HM</i> »	« <i>Logiciel HM</i> »	Est possible dans HM... si les pesées étaient faites	Pas de procédure pour décrire : quand, par qui et comment ?
Connaissez-vous la définition de la dénutrition ?	Question non posée pour ne pas générer de gêne chez un interlocuteur peu à l'aise avec ce sujet	Ne connaissent pas les définitions de la dénutrition			Le protocole ci-dessus donne les définitions de dénutrition des recommandations HAS de 2007,
Protocoles et procédures disponibles	« <i>Non, il n'y a pas de protocoles</i> »	« <i>Oui, dans HM</i> » A la notion d'un protocole d'analyse biologique pour la dénutrition, à la recherche d'anémie	« <i>Oui, dans HM</i> » mais non utilisés (rien d'organisé pour une formation, une appropriation, une coconstruction)		Des protocoles existent dans Kaliweb mais ne sont pas : - Coconstruits avec l'EHPAD - Présentés aux équipes de soin - Évalués dans l'EHPAD ⇒ Appropriation = 0
Réunions pluridisciplinaires incluant la dénutrition	Aucune réunion avec les gériatres du CH Gap	Aucune réunion concernant cette thématique		Pas de traces dans HM de réunions pluridisciplinaire de synthèse	Des grilles de recueil de données existent dans HM mais ne sont pas utilisées
Formations sur cette thématique	Aucune et n'a pas l'intention d'en suivre une (« <i>je n'ai pas le temps</i> »)	Aucune, au moins dans les dernières années		Reste à examiner les plans de formations avec d'éventuels contenus englobés sous d'autres appellations	

Tableau 1bis : Dénutrition / Ecart avec les Recommandations pour la Pratique Clinique

RPC – HAS – nov 2021			Organisation-fonctionnement pour l'application des RPC	Pratiques de l'équipe de soins et du médecin généraliste	Commentaires du médecin-inspecteur ARS
Pour tout résident	<i>Recueil Systématique : A l'entrée Puis Mensuellement</i>	poids	Oui : protocole 1	Non	<p>Sur la base des recherches menées en notre présence sur Kaliweb et HM par l'équipe de soins puis par le Dr ADRIAMANJAY (venu en remplacement de congés du médecin généraliste), les protocoles à destination d'EHPAD sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocole 1 = « Protocole de PEC de la dénutrition des PA en UHPAD » • Protocole 2 = « Prise en charge nutritionnelle de la personne âgée » <p>Aucun de ces protocoles n'est utilisé, ni même connu, par le médecin généraliste ou par l'équipe de soins.</p> <p>On peut noter que ces protocoles n'ont jamais fait l'objet d'une :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coconstruction avec l'EHPAD de Sisteron -Présentation à l'équipe de soins -Formation reprenant leur contenu (en externe ou interne) -Evaluation de l'application des connaissances contenues dans le document même si ce dernier n'était pas utilisé <p>Les protocoles sont accessibles sur Kaliweb mais l'équipe n'a pas reçu de formation spécifique à leur recherche.</p> <p>Le protocole 1 a pour objet « la mise en adéquation avec la coupe PATHOS de la PEC de la dénutrition », qui est de l'analyse médico-économique. Ceci est cohérent avec le fait que le médecin rédacteur du protocole, n'est mandaté que pour la réalisation du PATHOS auprès de l'EHPAD.</p> <p>A noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le protocole 1 n'est pas actualisé avec la mise à jour des RPC de l'HAS en 2021. Le protocole 2 indique « 6. Evaluer » en précisant « Observer, évaluer » sans préciser concrètement comment l'on observe et l'on évalue.
		IMC	Oui : HM Calcul automatisé si poids disponible	Non	
		Force	Non	Non	
		Appétit	Non	Non	
		Conso aliment	Non	Non	
Si 1 critère étiologique	Poids + Appétit + Conso Hebdomadaire au moins	Non	Non		
Présence d'un critère phénotypique	IMC < 22	Non	Non		
	Perte de poids de : 5% / 1 mois ou 10% / 6 mois ou 10% / début maladie	Oui : protocole 1 (sauf le 3 ^{ème} point, absent du protocole)	Non		
	Sarcopénie (Force et Masse musculaire)	Non	Non		
	Et cumul du critère phénotypique à un critère étiologique	Pathologie agressive : aiguë, chronique, ou néoplasique évoluée	Non	Non	
		Réduction d'alimentation	Non	Non	
		Réduction d'absorption	Non	Non	
Présence d'un critère de sévérité	IMC < 20	Non	Non		
	Perte de poids de : 10% / 1 mois ou 15% / 6 mois ou	Oui : protocole 1 (sauf le 3 ^{ème} point, absent du protocole)	Non		

Tableau 1bis : Dénutrition / Ecarts avec les Recommandations pour la Pratique Clinique

RPC – HAS – nov 2021				Organisation- fonctionnement pour l'application des RPC	Pratiques de l'équipe de soins et du médecin généraliste	Commentaires du médecin-inspecteur ARS
			15 % / début maladie			
			Albuminémie < ou = 30 g/l	Oui : protocole 1	Non	

