

**Contrôle sur pièces**

**EHPAD « Le Bois Joli »**

94 rue du Bois Joly

83240 CAVALAIRE-SUR-MER

Rapport

Contrôle effectué à compter du 08/01/2024

**Equipe en charge du contrôle**

Mme GAMBETTE Christelle, inspectrice de l’action sanitaire et sociale

Mme SASSONE Stéphanie, personne qualifiée au titre de ses compétences techniques



## AVERTISSEMENT

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

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

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

**1/ Les restrictions tenant à la nature du document**

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

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

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

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

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

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

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

*- dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*

*- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,*

*- faisant apparaître le comportement d’une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »*

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

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

Table des matières

[AVERTISSEMENT 2](#_Toc159001522)

[1. Introduction 4](#_Toc159001523)

[2. Présentation de l’établissement 5](#_Toc159001524)

[3. La gouvernance de l’EHPAD 6](#_Toc159001525)

[3.1 La direction 6](#_Toc159001526)

[3.2 Le médecin coordonnateur et l’Infirmière coordinatrice 7](#_Toc159001527)

[3.3 Le fonctionnement institutionnel 8](#_Toc159001528)

[3.4 La gestion du risque et la qualité 9](#_Toc159001529)

[4. La gestion des ressources humaines 10](#_Toc159001530)

[5. Conclusion 15](#_Toc159001531)

[Annexe 1 : Lettre d’annonce de la mission d’inspection 16](#_Toc159001532)

[Annexe 2 : La liste des documents demandés et transmis 18](#_Toc159001533)

# Introduction

Dans le cadre d’un programme d’inspection et contrôle des EHPAD initié par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées sur le thème de la qualité de la prise en charge des résidents, le directeur général de l’ARS PACA a décidé de diligenter, en application de l’article L313-13 du code de l’action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique, un contrôle au sein de l’EHPAD « Le Bois Joli » situé à CAVALAIRE-SUR-MER.

Le contrôle sur pièces a été effectué à partir du 8 janvier 2024 et a pour objectif de vérifier et d’analyser (annexe n°1 Lettre d’annonce) :

* La gouvernance
* L’adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents

La mission a été menée par une équipe composée de :

* Mme GAMBETTE Christelle, inspectrice de l’action sanitaire et sociale,
* Mme SASSONE Stéphanie, personne qualifiée au titre de ses compétences techniques.

L’équipe d’inspection a procédé à l’analyse de la grille complétée par la direction de l’établissement ainsi que des documents demandés (Annexe n°2).

Le rapport est établi au vu de la grille complétée et des documents transmis par la structure à la mission de contrôle.

Les écarts et remarques formulés par la mission ont vocation à servir de fondement aux mesures administratives que prendra le directeur général de l’ARS Paca, commanditaire de la mission, à l’issue de la procédure contradictoire.

# Présentation de l’établissement

L’EHPAD « Le Bois Joli » est un établissement rattaché au groupe ORPEA. Il dispose d’un statut juridique de Société Anonyme. Autorisé pour 80 places d’hébergements permanents,16 places sont habilitées à l’aide sociale.

Au jour du début du contrôle, il accueillait 66 résidents, soit un taux d’occupation de 82,5%.

Il se compose de 4 niveaux. Le projet d’établissement 2022-2027 évoque l’obtention d’un permis de construire d’agrandissement par surélévation, en 2021, afin de créer de nouveaux espaces communs. La création de terrasses privatives devant 3 chambres, est également programmée.

**Grille de contrôle complétée par l’EHPAD / La fiche établissement :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contrôle sur pièce le (date)** | | | |
| Nom de l'EHPAD | LE BOIS JOLI | | |
| Nom de l'organisme gestionnaire | ORPEA | | |
| Numéro FINESS géographique | 830212114 | | |
| Numéro FINESS juridique | 920030152 | | |
| Statut juridique | SA | | |
| Adresse mail fonctionnelle de la direction de l'établissement | [cavalaire@orpea.net](mailto:cavalaire@orpea.net) | | |
| Adresse mail professionnelle du directeur de l'établissement | [m.moince@orpea.net](mailto:m.moince@orpea.net) | | |
| Option tarifaire | TARIF PARTIEL |  |  |
| EHPAD avec ou sans PUI | SANS |  |  |
| Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF | 80 | Autorisée | installée |
|  | HP | 80 | 80 |
|  | HT | 0 | 0 |
|  | PASA | 0 | 0 |
|  | UHR | 0 | 0 |
| Nombre de places habilitées à l'aide sociale | 16 |  |  |
| Nombre de résidents hébergés dans l'Ehpad au jour de signature de la lettre d'annonce du contrôle ARS | 66 |  |  |
|  |  | **Date de validation** | |
| PMP Validé | 219 | 09/05/2012 | |
| GMP Validé | 759 | 09/05/2012 | |

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) validé et le Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré (GMP) validé, se trouvent en dessous des niveaux des moyennes régionales calculée par l’ATIH en 2022 (PMP = 236 et GMP = 775).

L’EHPAD ne dispose pas de Pharmacie à Usage Intérieur. Une convention de partenariat a été signée avec la pharmacie du Golfe située à Cavalaire-Sur-Mer.

# La gouvernance de l’EHPAD

#### ATTENDUS

La gouvernance de l’Ehpad s’apprécie :

* Par la complétude du trio de gouvernance directeur / MEDCO / IDEC
* Par la stabilité des personnels dans ces postes
* Par la conformité des diplômes avec la réglementation pour le directeur et le MEDCO
* Par l’organisation de la fonction gouvernance (DUD / réunions de Codir)
* Par l’organisation de la continuité de direction
* Par l’utilisation des instruments de la loi de 2002
  + Projet d’établissement
  + Livret d’accueil et ses annexes
  + Le fonctionnement du CVS

Une attention particulière est portée à la politique d’amélioration de la qualité de prise en charge de l’EHPAD au travers de la gestion des risques.

#### CONSTATS

### La direction

**Grille de contrôle complétée par l’EHPAD / La direction :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thème gouvernance** | **Question** | **Réponse de l'Ehpad contrôlé** |
| Direction | Y- a-t-il un directeur sur cet établissement? Oui/ non si oui ETP? | 1 |
| Direction | Date de prise de fonction directeur(trice) | 01/04/2012 |
| Direction | Le directeur (trice) dispose-t-il/t-elle d'une délégation précisant ses compétences, ses missions et/ou de signature et sa capacité d'engagement financier ?(art. D312-176-5 CASF ) | O, cette délégation n'engage pas de capacité d'engagement financier |
| Direction | Le directeur (la directrice) exerce-t'il/elle des fonctions de direction au niveau de plusieurs établissements ? | N |
|  | Si le directeur (la directrice) exerce des fonctions de direction au niveau d'un autre établissement, lequel ? | NON |
| Direction | Depuis le 1er janvier 2019, quel a été le nombre de personnes ayant assumé la fonction de direction au sein de l'EHPAD ? | 1 |
| Direction | Existe-t'il une astreinte de direction ? | O |

La directrice est engagée en contrat à durée indéterminée par la SA ORPEA depuis le 1er avril 2012. Elle exerce des fonctions de Directrice Exploitation au sein de l’EHPAD, depuis le 1er décembre 2013. Elle remplit ses missions à hauteur d’un équivalent temps plein.

Elle possède un diplôme de Master droit économie gestion, spécialité Santé des Populations.

**Ecart 1 :** Le Document Unique de Délégation n’a pas été transmis et les données renseignées par l’établissement dans la grille de contrôle ne permettent pas à la mission d’inspection de s’assurer que les dispositions de l’article D312-176-5 du CASF sont appliquées.

Un organigramme fonctionnel et nominatif de l’EHPAD « Le Bois joli », mis à jour le 23 janvier 2024, permet d’identifier la directrice de l’EHPAD, le médecin coordonnateur et l’IDEC.

La procédure « conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction » datée de novembre 2019 et un planning d’astreintes administrative non daté ont été transmis à la mission d’inspection.

**Remarque 1 :** L’absence de date surle planning d’astreintes administrative ne permet pas à la mission de s’assurer que l’organisation effective de la continuité de direction.

### Le médecin coordonnateur et l’Infirmière coordinatrice

**Grille de contrôle complétée par l’EHPAD / Le MEDEC et l’IDEC :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thème gouvernance** | **Question** | **Réponse de l'Ehpad contrôlé** |
| MEDEC | ETP MEDEC | 0,5 |
| MEDEC | Date de recrutement | 04/04/2018 |
| MEDEC | Si pas de MEDEC, depuis quand (en mois) | Non concerné |
| MEDEC | Le MEDEC dispose d'un contrat | O |
| MEDEC | Le MEDEC dispose d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. | O |
| MEDEC | Si le MEDEC ne dispose pas d'une qualification ad hoc, est-il actuellement inscrit dans une formation diplômante ? | Non concerné |
| MEDEC | Si MEDEC est médecin traitant de certains résidents, nombre de résidents | 0, notre MEDEC n'est pas médecin traitant |
| MEDEC | En l'absence de MEDEC, avez-vous recours à la télécoordination? | N |
| IDEC | Si pas d'IDEC, depuis quand ? (mois) | Non concerné |
| IDEC | ETP IDEC | 1 |
| IDEC | Date de recrutement | 01/07/2009 |
| IDEC | L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? | N |
| IDEC | Si formation spécifique de l'IDEC, laquelle | Non concerné |

Le MEDEC est engagé en Contrat à Durée Indéterminé à temps partiel, depuis le 4 avril 2018. Il exerce au sein de l’EHPAD à hauteur de 0,5 ETP. Il est présent au sein de l’établissement les mardis et mercredis.

Il possède un certificat d’études complémentaires de gériatrie délivré par la Faculté de Médecine de Marseille. Il n’exerce pas de fonction de médecin traitant pour les résidents de l’EHPAD. Sa fiche de poste annexée à son contrat de travail n’a pas été transmise à la mission d’inspection.

**Remarque 2 :** le temps de travail du MEDEC au sein de l’EHPAD renseigné par l’établissement dans la grille de contrôle n’est pas conforme à l’article D316-156 du CASF (évolution au 1er janvier 2023 suite à la parution du décret du 27 avril 2022).

**Ecart 2 :** la mission d’inspection n’a pas pu s’assurer que le MEDEC effectue l’ensemble des missions prévues à l'article D312-158 du CASF.

**Ecart 3 :** le Rapport d’Activités Médicales Annuel 2022 n’est pas signé conjointement par le MEDEC et la directrice de l’établissement, ce qui contrevient à l’article D312-158 du CASF.

Ce Rapport d’Activités Médicales Annuel met en évidence :

- des données chiffrées retraçant l’année 2022,

- un total de 313 chutes pour 2022, dont 7,03 % des chutes ayant conduit à une hospitalisation. L’incidence moyenne est de 3,9 %. Elle est supérieure à la moyenne nationale (HAS) qui est de 1,7.

- que 35 % des résidents ont eu une prescription de contention dans l’année. 7% ont eu une prescription de contention « système anti-errance dans l’année. Une alternative visant à utiliser un lit Alzheimer avec ou sans matelas au sol est en cours d’étude,

- que 24 % des résidents ont présenté une escarre dans l’année, dont 20 % ont été acquis dans l’établissement. 90 % d’escarres ont été guéris,

- une synthèse des prises en charges réalisées par la psychologue et la psychomotricienne au cours de l’année 2022.

**Remarque 3 :** le pourcentage d’escarres acquis au sein de l’établissement met en évidence une non appropriation de la politique de gestion de la prévention des escarres

**Remarque 4 :** le Rapport d’Activités Médicales Annuel 2022, ne comporte pas un certain nombre d’items descriptifs des modalités de la prise en charge des soins et de l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents (évolution de la dépendance d’une année sur l’autre, modalités de continuité des soins, prévention de l’iatrogénie médicamenteuse) et n’est pas exploité comme un outil stratégique permettant à l’établissement de suivre dans le temps ses avancées sur le plan des bonnes pratiques de soins et des activités médicales.

**Remarque 5 :** le Rapport d’Activités Médicales Annuel 2022, indique un nombre de chutes, qui permet de calculer un taux d'incidence des chutes dans l'établissement supérieur à la moyenne nationale, sans analyse stratégique de cet item, ce qui représente un risque pour la sécurité des résidents.

De plus, le nombre important de chutes dans la structure ayant entrainé des hospitalisations, montre une fragilité dans la prise en charge soignante des résidents.

L’IDEC est engagée dans le cadre d’un contrat à durée indéterminée à temps plein par la SA ORPEA, depuis le 1er octobre 2002 (en tant qu’Infirmière Diplômée d’Etat). Elle exerce des fonctions d’IDEC depuis 1er juillet 2009.

**Remarque 6 :** l’IDEC ne possède de formation spécifique d’encadrement et de coordination des soins.

### Le fonctionnement institutionnel

**Grille de contrôle complétée par l’EHPAD / Le fonctionnement institutionnel :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thème gouvernance** | **Question** | **Réponse de l'Ehpad contrôlé** |
| Fonctionnement institutionnel | Date d'échéance du projet d'établissement en vigueur | 01-mars-27 |
| Fonctionnement institutionnel | Y a t'il des réunions de codir de l'établissement? | O, il existe un staff hebdomadaire avec les référents de services |
| Fonctionnement institutionnel | La commission de coordination gériatrique (CCG) est constituée et active | O |
| Fonctionnement institutionnel | Le CVS est constitué et actif | O |

Le projet d’établissement couvre la période 2022-2027.

La méthodologie d’élaboration du projet d’établissement a fait l’objet d’une communication lors du Conseil de la Vie Sociale du 29 novembre 2022 et a ensuite été rédigé de Novembre 2023 à Janvier 2024.

Il a été élaboré de manière participative en associant le personnel de l’établissement, les familles, les résidents et les membres du Conseil de la Vie Sociale.

La prise en charge des chutes, le projet de soins et la lutte contre la maltraitance sont des thématiques développées dans ce document.

Le projet d'établissement comporte une partie spécifique et dédiée à la prise en charge des chutes Il évoque également l’utilisation ou le projet d’utilisation d’équipements et d’outils pour limiter le risque de chutes ainsi que l’évaluation du risque de chute des résidents par la psychomotricienne.

Les plans d’actions, des staffs hebdomadaires des 3, 9 et 16 janvier 2024, réalisés entre le Directeur Régional, la directrice de l’établissement et le référent de chaque service concerné, dont le pôle soins, ont été transmis à la mission d’inspection.

L’établissement déclare que la commission de coordination gériatrique (CCG) est constituée et active.

Un seul Procès-Verbal de compte-rendu de la CCG, celle du 23 juin 2023, sur les 3 demandés, a été transmis à la mission d’inspection.

**Ecart 4 :** La mission d’inspection ne peut s’assurer au vu des documents fournis que la CCG se réunit tous les ans conformément à l’article D312-158, alinéa 3 du CASF.

Par ailleurs, la feuille d’émargement de la CCG du 23 juin 2023 n’a pas été transmise, ce qui ne permet pas à la mission d’inspection de s’assurer que la composition de la CCG est en conformité avec l’arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles. Enfin,le PV de CR de la CCG ne met pas en évidence la présentation du Rapport Annuel Médical de Soins, ce qui contrevient à l’article D.312-158 du CASF.

Le livret d’accueil a été mis à jour le 23/01/2024. La charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, la charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie et le règlement de fonctionnement de l’établissement y sont annexés.

Les comptes rendus des Conseils de la Vie Sociale des 22/12/2022, 29/03/ 2023 et 24/10/2023, ont été transmis à la Mission Inspection Contrôle et Réclamations.

Il ressort de la lecture de ces comptes rendus, une participation collective. L’évolution de la réglementation (décret 25 avril 2022) et l’organisation de nouvelles élections pour répondre à ces obligations réglementaires ont été évoquées.

### La gestion du risque et la qualité

**Grille de contrôle complétée par l’EHPAD / La GDR et qualité :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thème gouvernance** | **Question** | **Réponse de l'Ehpad contrôlé** |
| GDR/qualité | L'établissement dispose d'une procédure pour la réalisation de RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS | O |
| GDR/qualité | Depuis 2021, quel est le nombre de signalements formulés au procureur de la République en application de l'article 434-3 et de l'article 40 du Code de procédure pénale ? | 1 |
| GDR/qualité | Depuis 2021, quel est le nombre de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L. 331-8-1 du code de l’action sociale et des familles ? | 8 |
| GDR/qualité | Il existe un plan de formation du personnel à la déclaration des événements indésirables et dysfonctionnements | O |

L’établissement déclare disposer d'une procédure pour la réalisation de RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.

Depuis 2021, 8 dysfonctionnements graves ont été signalés auprès de l'ARS et du CD et 1 signalement a été formulé au procureur de la République. Ces chiffres ne sont pas en cohérence avec les données relevées par la mission d’inspection dans les PV de CR des CVS du 22/12/2022 (2 EIGS évoqués) et du CVS du 24/10/2023 (11 EIGS évoqués) et le Rapport d’activités Médicales Annuel 2022 (sur 313 chutes recensées en 2022, 7,03 % ont conduit à une hospitalisation soit 22 hospitalisations). Les chutes graves avec hospitalisation représentent un facteur d’aggravation de la dépendance.

**Ecart 5 :** Les chutes graves avec hospitalisation représentent un facteur d’aggravation de la dépendance Le nombre de chute déclarée en 2022 met en évidence une non appropriation de la gestion des chutes et une non déclaration systématique des chutes en EIGS).

L’établissement a transmis à la mission d’inspection une procédure intitulée « signalement externe d’un événement indésirable grave (EIG/EIGS) » actualisée au 25/08/2022, applicable à tous les établissements (résidence retraites) du groupe ORPEA. Les annexes n’y figurent pas.

Cette procédure décrit le circuit de signalement en interne au sein d’un établissement et du groupe, ainsi qu’en externe au niveau national (plateforme) et départemental (conseil départemental et délégation départementale de l’ARS).

**Remarque 7 :** La procédure « signalement externe d’un événement indésirable grave (EIG/EIGS) » est une procédure de groupe qui n’a pas fait l’objet d’une adaptation à l’établissement. A titre d’exemple, elle ne mentionne pas l’adresse e-mail du point focal régional de l’ARS PACA ars13-alerte@ars.sante.fr qui centralise la réception des événements indésirables ni celle du Conseil départemental.

**Remarque 8 :** La bonne gestion collective des événements indésirables fait partie de la qualité et de la sécurité des soins des résidents de l’EHPAD. Faute d’acculturation du personnel à cette démarche, il existe un risque important de voir se répéter des épisodes critiques non maitrisés (ou de ne voir aucun événement être déclaré ce qui ne permet pas d’entrer dans une démarche continue d’amélioration de la qualité).

La mission d’inspection note que le plan de formation réalisé 2023 et le plan de formation prévu 2024 ne met pas en évidence la sensibilisation du personnel de l’EHPAD à cette thématique.

L’établissement a également transmis un mini-guide « déclarer un évènement indésirable » mis à jour en juillet 2023, une fiche réflexe « évènements indésirables (Equipes) » mise à jour en septembre 2023 ainsi qu’une fiche réflexe « évènements indésirables EIG/EIGS (Direction) élaborée en février 2022. Ces documents sont susceptibles d’améliorer l’acculturation des personnels à la gestion des risques.

# La gestion des ressources humaines

#### ATTENDUS

La gestion des ressources humaines au sein de l’Ehpad s’apprécie :

* Par la complétude des effectifs
* Par les taux d’absentéisme et de turn-over
* Par l’emploi de personnels diplômés
* Par la politique de formation des personnels en poste
* Par la complétude et l’organisation des plannings de jour et de nuit
* Par la pluridisciplinarité de l’équipe
* Par la conformité des ressources humaines à la réglementation.

#### CONSTATS

**Grilles de contrôle complétée par l’EHPAD / La gestion des ressources humaines :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thème RH** | **Question** | **Réponse de l'EHPAD contrôlé** |
| **accueil du salarié** | **Avez-vous une procédure d'accueil du nouvel arrivant?** | **O,** |
|  | **Le nouvel arrivant bénéficie-t'il d'un compagnonnage par un pair?** | **O** |
| **accueil du salarié** | **Si oui, indiquer par qui et pour combien de temps?** | **chaque nouvel arrivant est accompagné en binôme durant 15 jours** |
| **effectif IDE** | **Nombre d'ETP d'IDE diplômé présent dans l'effectif** | **3 IDE à la date de la lettre d'annonce, notre effectif est constitué de 5 IDE, 2 IDE par jour et par équipe et le poste de l'IDEC.** |
| **effectif IDE** | **dont nombre d'ETP d'IDE diplômé présent dans l'effectif et positionné sur un poste de nuit** | **O** |
| **effectif IDE** | **Nombre d'ETP d'IDE vacant** | **2, nous disposons de 2 ETP IDE vacants, dans l'attente de recrutement ces postes sont pourvus par des CDD** |
| **effectif IDE** | **Taux d'absentéisme des IDE sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle** | **23% comme suit: 422 jours d'absence sur la période concernant 5ETP, soit 5 X 365= 1825 et 422 divisé par 1825 = 0,23.** |
| **effectif IDE** | **Taux de turn over des personnels IDE sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle** | **50%, nous avons recruté 2 IDE et sortie des effectifs 3 IDE sur la période** |
| **effectif AS,AMP,AES,ASG** | **Nombre d'ETP d'AS, AMP, AES et ASG diplômé présent dans l'effectif** | **5 à la date de la lettre d'annonce, 10 dans les effectifs** |
| **effectif AS,AMP,AES,ASG** | **dont nombre d'ETP d'AS, AMP, AES et ASG présent la nuit** | **2 à la date de la lettre d'annonce, 4 dans les effectifs** |
| **effectif AS,AMP,AES,ASG** | **Nombre d'ETP d'AS, AMP, AES et ASG vacant** | **7 postes vacants en CDI** |
| **Protocole spécifique ARS PACA : VAE ASH** | **Nombre d'ETP d'ASH intégré dans le protocole AS-AES-AMP** | **O** |
| **Protocole spécifique ARS PACA : VAE ASH** | **Les ASH ont-ils tous un tuteur désigné ?** | **O** |
| **effectif AS,AMP,AES,ASG** | **Nombre d'ETP "faisant fonction" AS (hors protocole AS-AES-AMP)** | **3, nous avons 3 VAE AS en cours et 4 ASH faisant fonction** |
| **effectif AS,AMP,AES,ASG** | **Taux d'absentéisme des AS-AES-AMP sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle** | **7% comme suit: 358 jours d'absence sur la période concernant 15 ETP, soit 15X365= 5475 et 358 divisé par 5475 = 0,7** |
| **effectif AS,AMP,AES,ASG** | **Taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle** | **11% nous avons recruté 2 AS et sortie des effectifs 2 AS sur la période** |
| **effectif ASH** | **Nombre d'ETP d'ASH présent sur site** | **6 à la date de la lettre d'annonce et 9 dans les effectifs** |
| **effectif ASH** | **dont nombre d'ETP d'ASH présent la nuit** | **1** |
| **effectif ergothérapeute, psychomotricien** | **Nombre d'ETP d'ergothérapeute / psychomotricien** | **1** |
| **effectif psychologue** | **Nombre d'ETP psychologue** | **1** |

La Mission d’inspection relève :

* l’existence d’un livret d’accueil du nouveau salarié de l’EHPAD. Le projet d’établissement évoque l’existence une procédure « Accueil du nouveau salarié » qui détaille les étapes d’intégration du nouveau collaborateur ayant pour objectif de former et de fidéliser le nouveau salarié,
* que chaque nouvel arrivant bénéficie d'un compagnonnage par un pair. Il est accompagné en binôme durant 15 jours,
* un effectif constitué de 5 IDE (2 IDE par jour et par équipe ainsi que le poste de l'IDEC). 2 ETP d’IDE sont vacants (dans l'attente de recrutement, ces postes sont pourvus par des CDD),
* un taux d’absentéisme des personnels IDE, sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle, en dessus de la moyenne régionale (ATIH 2022) qui est 12,7 %,
* un taux de turn over des personnels IDE, sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle, en dessus de la moyenne régionale (ATIH 2022) qui est de 18,47 %,
* un effectif de 10 ETP d'AS, AMP, AES et ASG diplômés à la date de la lettre d'annonce dont 2 ETP présents la nuit (4 présents dans les effectifs). 3 de ces ETP sont des "faisant fonction" AS en cours de VAE AS. Dans la même case de la grille de contrôle, l’établissement déclare 4 ASH « faisant fonction » d’AS. 7 postes sont vacants en CDI,
* un taux d'absentéisme des AS-AES-AMP sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle, en dessous de la moyenne régionale (ATIH 2022) qui est 12,7 %,
* un taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1er septembre 2022 à la date de signature de la lettre d'annonce du contrôle, en dessous de la moyenne régionale (ATIH 2022) qui est de 18,47 %.
* Un effectif de 9 ETP d’ASH dont 1 présent la nuit,
* la présence d' 1 ETP d’ergothérapeute / psychomotricien et la présence d’1 ETP de psychologue, gage d’une prise en charge pluridisciplinaire.

**Remarque 9** : la mission d’inspection relève que le « livret d’accueil du nouveau salarié » mis à jour en septembre 2023, comporte une annexe intitulée « charte de confiance » qui précise la philosophie de la déclaration de l’erreur (par rapport à la faute) mais n’indique pas la possibilité de déclarer en préservant l’anonymat.

**Ecart 6 :** Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, ce personnel non diplômé n’est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.

**Ecart 7 :** Il existe une fragilité des effectifs en IDE qui se concrétise par un taux élevé de turn-over (50%) dans les données de l’établissement.

De plus, le manque de personnel, mis en évidence par le nombre important d’ETP vacants d’IDE (50%) et d’AS/AMP/AES (41%) et le taux d’absentéisme des IDE (23%), ne permet pas une organisation optimale du travail et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers. Un manque de personnel qui rejaillit autant sur la continuité que sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents.

Ces éléments de fragilités des ressources humaines dans l’établissement, présentent des risques en terme de continuité et de sécurité des soins.

Planning théorique réalisé par la mission d’inspection :



Le planning type élaboré par la mission d’inspection montre :

* la présence de deux IDE de jour qui couvre la journée de 7h30 à 19h00. Chacun d’eux dispose d’1H30 de pause dans la journée, qui n’ont pas pu être identifiées dans les plannings,
* la présence de 7 AS/AMP/AES de jour avec un temps de transmission de 20H à 20H15 entre l’équipe de jour et l’équipe de nuit. La mission d’inspection relève que 5 AS/AMP/AES ont des fonctions d’animations dans l’après-midi,
* la nuit, la présence de 3 AS/AV. Ils disposent chacun de 30 min de pause non identifiable sur les plannings.

L’organisation du planning cible est globalement cohérente pour le nombre de résidents (66 résidents au jour du contrôle). Cependant le planning type ne met pas en évidence de temps de transmission le matin (pourtant évoqué dans le projet d’établissement : de 7H15 à 7H30).

**Remarque 10 :** L’absence de temps de transmission le matin ne permet pas une circulation de l’information sécurisée et présente un risque pour la continuité de la prise en charge et la diffusion des pratiques professionnelles.

De plus, les temps de pause des plannings des IDE de jour, d’un AS/AMP de jour et des AS/AV de nuit ne sont pas spécifiés. Ce qui ne permet pas à la mission d’inspection de s’assurer de la continuité de la prise en charge des résidents

Le planning de jour « réalisé » du mois de décembre 2023 et du jour dit met en évidence :

* l’emploi régulier d’IDE en intérim,
* 1 IDE durablement absent,
* la présence de 2 IDE sauf pour les samedis 2 et 23 décembres 2023 où seul 1 IDE était présent au sein de la structure (IDEC également en repos).
* l’emploi régulier d’ AS/AMP en intérim,
* 1 AS/AMP durablement absent,

- la présence de :

- 5 AS/AMP les 10 et 23 décembre 2023 et le 4 janvier 2024,

- 6 AS/AMP les 2,4,5,9,11,16,19,25, 27,28,28,30,31 décembre 2023,

- 8 AS/AMP les 12 et 13 décembre,

- 7 AS/AMP pour les autres jours du mois de décembre 2023 (pour 45% du temps mensuel).

Le planning de nuit « réalisé » pour le mois de décembre 2023 et du jour dit met en évidence met en évidence la présence de 3 AS/AMP/AV sauf pour les 2, 5, 17, 21 24 et 31 décembre 2023 où seuls 2 AS/AMP/AV étaient présents. Les 11 et 12 décembre 2023, il a été fait appel à un 1 AS/AV intérimaire.

**Ecart 8 :** L’analyse des plannings réalisés montre une fragilité du personnel soignant, aussi bien pour les IDE que pour les AS/AMP (un seul IDE pour une capacité à 80 en journée (sans présence d’IDEC) pour 2 samedis dans le mois et un recours important à des intérimaires IDE et AS/AMP). Pour 15 jours du mois de décembre, les objectifs cibles ne sont pas atteints.

**Grille de contrôle complétée par l’EHPAD / La gestion des ressources humaines :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thème RH** | **Question** | **Réponse de l'EHPAD contrôlé** |
| Formation | Avez-vous un plan de formation en interne? | Oui |
| Formation | Avez-vous un plan de formation en externe? | Oui |

Les plans de formations interne et externe de 2023 (réalisé) et 2024 (prévisionnel) transmis à la mission d’inspection mettent en évidence :

* une session de formation sur la prévention de la maltraitance prévue en 2023 et également en 2024 mais aucun bénéficiaire n’y a encore participé,
* des propositions de formations ciblant la prise en charge des personnes âgées (notamment les troubles du comportement en institut gériatrique, circuit du médicaments : maîtriser les risques en EHPAD, accompagner la fin de vie) pour 2023. Cependant, très peu de formations ont été suivies par les bénéficiaires.

# Conclusion

L’EHPAD « Le Bois Joli » est un établissement privé rattaché au groupe ORPEA. Il est autorisé pour 80 places d’hébergements permanents et son taux d’occupation au début du contrôle est de 82,5%.

Cet EHPAD comprend un trio de gouvernance stable et organisé, toutefois fragilisé pour l’IDEC par une absence de formation de management.

Le groupe ORPEA apporte des outils opérationnels mais qui ne sont pas tous appropriés et ajustés pour cette structure. Il est à noter que le Rapport Annuel Médical de Soins n’est pas exploité efficacement.

Les outils de la loi de 2002 sont tous rédigés et ont été construits de façon concerté et partagé auprès des usagers.

Il n’existe pas au sein de l’établissement de culture sur la maîtrise des risques.

Bien que l’établissement ait engagé un certain nombre d’actions pour stabiliser les ressources humaines, il est constaté une fragilité forte sur les effectifs soignants tant sur le profil AS qu’IDE.

En effet, l’EHPAD mobilise de nombreux IDE et AS/AMP en intérim, ce qui ne permet toutefois pas de combler tout le planning.

Il est également à préciser que les éléments relatifs à l’analyse des plannings n’ont pas tous été transmis, ce qui n’a pas permis à la mission de vérifier que la continuité de prise en charge soignante était effective dans cet EHPAD.

Un programme de formation est mis en place mais le nombre de bénéficiaire au titre de 2023 est faible.

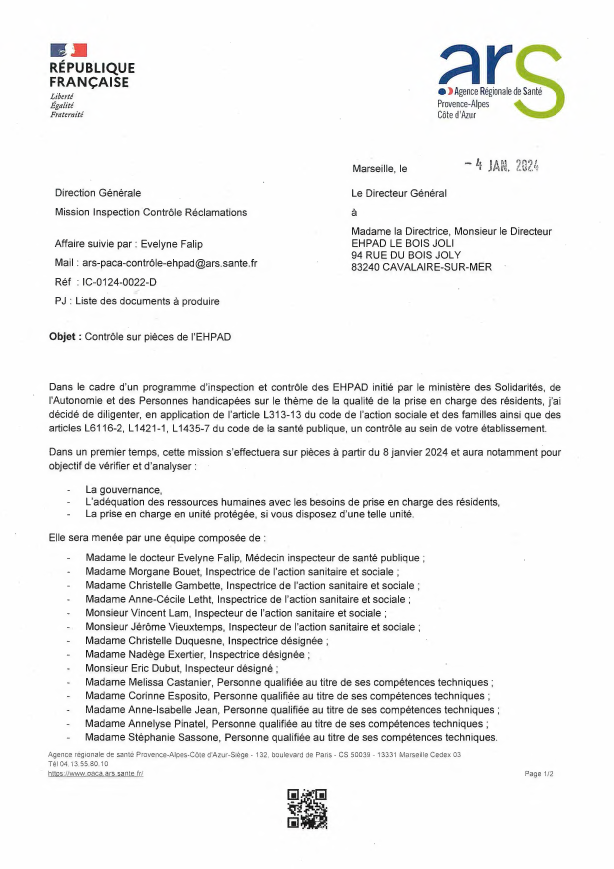
**Fait le 28/03/2024**

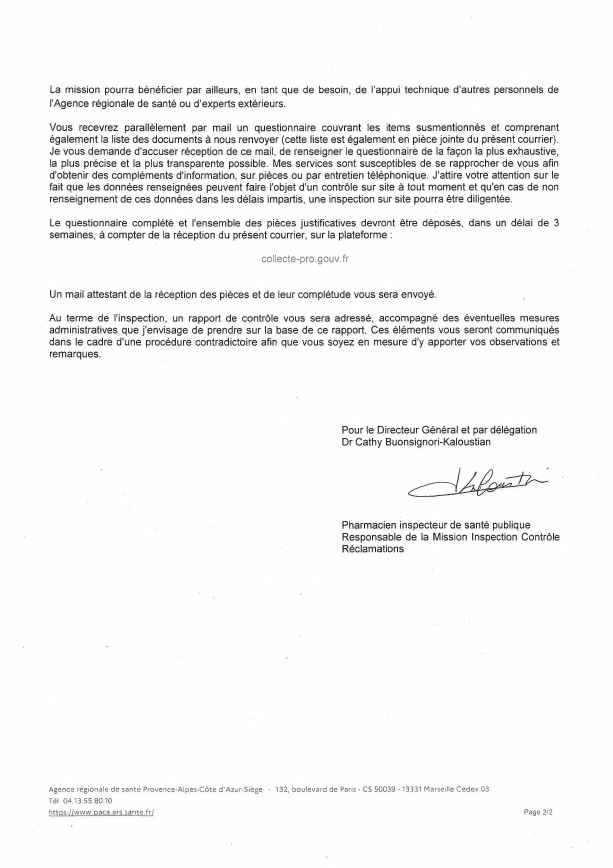
**L’inspectrice de l’action sanitaire et sociale**

****

**Christelle Gambette**

## **Annexe 1** : Lettre d’annonce de la mission d’inspection





## **Annexe 2** : La liste des documents demandés et transmis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thème** | **Document** | **Transmission** | **Commentaire/ Observations** |
| Organisation | Organigramme fonctionnel et nominatif | OUI |  |
| Direction | Contrat du directeur de l'EHPAD | OUI |  |
| Fiche de paie du directeur de l'EHPAD | OUI |  |
| Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD | OUI |  |
| Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD | NON |  |
| Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction | OUI | Sans date |
| Médecin  Coordonnateur | Contrat MEDEC | OUI | NON |
| Fiche de paye MEDEC mois précédent | OUI |  |
| Qualifications et diplôme/gériatrie du MEDEC | OUI |  |
| Contrat de télécoordination | OUI | Non concerné |
| Le cas échéant : inscription à une formation gériatrique du médecin assurant la fonction de MEDEC | NON |  |
| RAMA | Dernier rapport d’activité médical annuel (RAMA) | OUI |  |
| IDEC | Contrat IDEC | OUI |  |
| Fiche de paye IDEC mois précédent | OUI |  |
| Diplôme de l'IDEC dans le domaine de la coordination | OUI | Non Diplôme IDE transmis |
| Fonctionnement Institutionnel | Projet d'établissement en vigueur | OUI |  |
| 3 derniers compte-rendu du CODIR | OUI |  |
| Les 3 derniers CR de la commission de coordination gériatrique | OUI | NON seulement celui de la CCG du 23/06/2023 |
| Les 3 derniers CR du conseil de la vie sociale | OUI |  |
| Livret d'accueil des résidents | OUI |  |
| Gestion du risque | Procédure de gestion des EI | OUI |  |
| Procédure déclaration externe des dysfonctionnements graves et EIG | OUI |  |
| RH\* \* pour les plannings sous format excel si possible | Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant ou livret d'accueil du nouveau salarié | OUI |  |
| Planning d’organisation des soins (AS et IDE) et ASH « type » de l’établissement (celui qui décrit votre organisation cible pour assurer la prise en charge des résidents) | OUI |  |
| Planning prévisionnel de tout le personnel de M-1 jour | OUI |  |
| Planning prévisionnel de tout le personnel de M-1 nuit | OUI |  |
| Planning réalisé de tout le personnel de M-1 jour | OUI |  |
| Planning réalisé de tout le personnel de M-1 nuit | OUI |  |
| Planning effectif de tout le personnel au jour dit (0h à 24h) | OUI |  |
| Plan de formation (ventilé interne et externe) : réalisé année N-1 et prévu N. | OUI |  |
| UVP | Plan de formation spécifique UVP en interne réalisé en N-1 avec feuilles d'émargement | OUI | Non concerné |
| Plan de formation spécifique UVP en externe réalisé en N-1 avec feuilles d'émargement | OUI | Non concerné |

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

