+

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  | | |  | |
| **RAPPORT D’INSPECTION**  **Nom de la structure : EHPAD La Sainte Famille**  Gestionnaire : Association la Vie  CLERMONT-FERRAND – PUY DE DÔME  N° FINESS E.T. : 630784783  Date de réalisation : le 25 juin 2024 | |

|  |
| --- |
| **Etabli par :**   * Gwënola BONNET : inspectrice de l’ARS, coordonnatrice de la mission – ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES * Philippe GUIBERT : inspecteur de l’ARS – ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES   Assistés du docteur Betty ROQUEL, médecin inspecteur de santé publique à l’ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES |

**AVERTISSEMENTS**

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.

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 l'administration (CRPA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le texte précité. Les dispositions de ce dernier texte lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous

Si, en application de l'art. L311 du CRPA les administrations *"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 (art. L311-2 du CRPA)

✓ Le rapport d'inspection n'est communicable aux tiers qu'une fois la procédure contradictoire achevée et les décisions 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 tant qu'elle est en cours d'élaboration (art. L311-2 du CRPA). 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 CRPA dispose 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.

SOMMAIRE

[Introduction 5](#_Toc143869684)

[1 La population accueillie et l’organisation générale 8](#_Toc143869685)

[1.1 Population accueillie 8](#_Toc143869686)

[1.2 Gestion des risques 11](#_Toc143869687)

[1.3 Les conditions de direction et fonctionnement 12](#_Toc143869688)

[1.4 Les Partenariats 21](#_Toc143869689)

[2 Les conditions d’installation 21](#_Toc143869690)

[3 L’accompagnement et la prise en charge au quotidien des résidents 26](#_Toc143869691)

[4 Les soins 36](#_Toc143869692)

[Conclusion 48](#_Toc143869693)

[Synthèse des constats d’écarts et de remarques 50](#_Toc143869694)

[Annexes 55](#_Toc143869695)

[Annexe 1 : Lettre de mission 55](#_Toc143869696)

[Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées 55](#_Toc143869697)

[Annexe 3 : Liste des documents consultés 55](#_Toc143869698)

Introduction

Par lettre de mission en date du 4 juin 2024 figurant en annexe n° 1, la Directrice générale de l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes a décidé de diligenter une mission d'inspection de l'EHPAD La Sainte Famille situé 8, rue Claussmann à CLERMONT-FERRAND.

Il était demandé à cette mission de contrôler l'établissement au titre des dispositions des articles L313-13 et suivants du Code de l’action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique.

La mission avait pour objet de vérifier les éléments structurants majeurs de la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge des résidents. Elle ne pouvait avoir de ce fait un caractère exhaustif.

La mission était composée de :

* Gwënola BONNET : inspectrice de l’ARS, coordonnatrice de la mission – ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
* Philippe GUIBERT : inspecteur de l’ARS – ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La mission s'est rendue sur site de manière inopinée le 25 juin 2024.

Les inspecteurs ont procédé à :

- un contrôle des locaux,

- des contrôles documentaires (liste des documents en annexe 2),

- des entretiens (liste anonymisée des personnes rencontrées en annexe 3).

La mission a bénéficié de l’appui technique de Mme le Docteur Betty ROQUEL ; médecin inspecteur du pôle Mission inspection évaluation contrôle de l’ARS.

Les constats, analyses fondés sur les écarts, les remarques et les appréciations portées sur les champs de contrôle que les inspecteurs sont amenés à formuler à l’issue de leurs vérifications font l’objet du présent rapport qui comprend les parties suivantes :

Population accueillie et organisation générale

Les conditions d’installation

L’accompagnement et la prise en charge au quotidien des résidents

Les soins

Ce rapport est communiqué au gestionnaire et à la direction de l'établissement à l'appui des décisions de mesures correctives prononcées par Mme la Directrice générale de l'ARS afin de recueillir leurs éventuelles observations et réponses les concernant.

**INFORMATIONS PREALABLES :**

Statut juridique : Etablissement privé associatif à but non lucratif

L'établissement a-t-il fait l’objet d’une visite sur site ou d’une inspection depuis moins de cinq ans ? OUI  NON

L’établissement a t-il négocié et signé son CPOM ? OUI  NON

Négociation prévue en 2025 pour un effet au 1er janvier 2026

L'établissement respecte-t-il l’obligation de signalement des EIG à l’ARS ? OUI  NON

L’établissement fait-il l’objet de réclamations ? OUI  NON

De quand datent les dernières évaluation externe et interne ?

Evaluation interne : 02/01/2014

Evaluation externe : prochaine programmée en 2025

* Capacité autorisé et constatée :

Date du dernier arrêté d’autorisation : arrêté ARS/CD en date du 3 janvier 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Catégories | Places autorisées | Constat le jour de l’inspection |
| Hébergement permanent | 57 | 51 |
| Hébergement temporaire | 3 | 1 |
| Unité de vie protégée (UVP) / Unité Alzheimer | 13 | 11 |

* Typologie de la population accueillie :

GMP validé et date : 693 validé le 4/07/2013

PATHOS (PMP) et date : 223 validé le 16/11/2009

* Montant de la dotation soins :

Année N-1 : 1 289 357,22€

Base entrée année N (hors CNR) : 1 289 357,22€

* Mode de tarif Partiel / Global : tarif partiel

* Effectifs de personnel : Total ETP (BP 2024) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Catégories professionnelles en charge du soin et de l’accompagnement | | | | | | | |
| Médecin coordonnateur | Médecin traitant | IDEC | IDE | Aide-soignant / AMP / AES | ASH | Autres professionnels de santé, psychologue | Animation |
| ETP indiqués dans le BP 2024 | 0,40 ETP | 0,05 ETP | 1 ETP | 4 ETP | 16,54 ETP | 11,80 ETP | 0,5 ETP | 2 ETP |

# La population accueillie et l’organisation générale

## Population accueillie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques / |
| La population est-elle conforme à l’autorisation ? | Le nombre de résidents présents le jour de la visite est conforme à la capacité autorisée.  → Arrêtés d'autorisation  → Hébergement temporaire : D. 312-9 du CASF  Registre légal : L. 331-2 du CASF | Non | L’établissement ne dispose pas du nombre de résidents autorisés. Le jour de la visite, il compte seulement 63 résidents, dont 1 en hébergement temporaire (HT), pour 73 places autorisées dont 3 en HT par arrêté ARS/CD du 3 janvier 2017. Son taux d’occupation est de 86%.  Cette sous-activité s’explique, d’une part, par la volonté de l’établissement de réduire le nombre de résidents compte tenu des difficultés de recrutement de personnel qualifié AS et, d’autre part, de deux vagues de décès rapprochées. En outre, les difficultés d’accès à l’établissement liées aux travaux sur Clermont-Ferrand rendent celui-ci moins attractif à la fois pour les familles et le personnel. Toutefois, la direction de l’établissement œuvre pour un retour à une capacité normale.  S’agissant du registre légal, celui remis par le directeur ne permet pas d’apprécier immédiatement la date d’entrée et de sortie des résidents.   1. Quel que soit le mode d’accueil, l’établissement est actuellement sous occupé par rapport à la capacité autorisée. Il continue de percevoir 100% de sa dotation soins. 2. La tenue du registre légal n’est pas entièrement satisfaisante dans la mesure où certaines dates de sortie ne peuvent pas être directement reliées aux dates d’entrée. |
| La population accueillie est conforme aux catégories définies par l'autorisation et le conventionnement EHPAD. | Oui | L’établissement accueille 63 résidents dont 51 en hébergement permanent, 11 en unité protégée et un en accueil temporaire. L’âge moyen des résidents est de 89 ans. On compte 47 femmes et 16 hommes. La répartition par GIR est la suivante :   * GIR 1 : 7 * GIR 2 : 25 * GIR 3 : 14 * GIR 4 : 13 * GIR 5 : 1 * GIR 6 : 3 |
| Il existe un projet d’établissement à jour comprenant des projets spécifiques aux populations accueillies.  → Art. L. 311-8 et D. 311-38 CASF  Art. D. 311-38 CASF (projet de soins comprenant un volet soins palliatifs)  D. 312-9 CASF (accueil temporaire)  RBPP HAS/ANESM - "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social"  RBPP HAS/ANESM - "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en PASA" - 2017 | Non | L’établissement ne dispose pas à ce jour d’un projet d’établissementconforme aux attendus réglementaires. Le document remis par l’établissement date de 2022. Il rappelle l’histoire de l’institution, les valeurs institutionnelles ainsi que les missions médico-sociales et les engagements de l’établissement. Il ne précise pas suffisamment les prises en charge des publics spécifiques, il ne comprend pas de volet sur les soins palliatifs…L’absence de négociation du CPOM ne doit pas être frein à l’élaboration d’un projet d’établissement qui définit les grandes orientations de la structure.   1. Le projet d’établissement communiqué est trop généraliste et ne définit pas les objectifs fixés, ce qui contrevient aux dispositions de l’article L.311-8 du CASF. |
| Les limitations de déplacement des usagers obéissent à des règles formalisées notamment dans le règlement de fonctionnement, connues et contrôlées.  → R. 311-33 à 35 du CASF  L. 311-4-1 CASF  R. 311-0-7 CASF | Oui | Le règlement de fonctionnement de l’établissement dont la version transmise date du 15 août 2023 précise les règles relatives au respect de la liberté d’aller et venir à la rubrique 31.21-4 : « *Conformément aux dispositions légales garantissant l’exercice de la liberté d’aller et venir des résidents, l’établissement n’a pas vocation à restreindre de manière ponctuelle ou permanente la sortie des résidents à l’exception des cas et procédures formelles visées à l’article L.311-4-1 du Code de l’action sociale et des familles faisant alors l’objet de protocoles spécifiques annexés au contrat de séjour. De fait, ouvert à et sur l’extérieur, les entrées et sorties de l’établissement et la libre circulation en son sein par les résidents sont entièrement libres. L’établissement étant une structure ouverte, il n’a pas vocation à empêcher la sortie des résidents qui le souhaitent et ce, sans que la responsabilité de l’Association ne puisse être engagée en raison des faits et actes pouvant survenir en dehors de son enceinte, quelle qu’en soit la cause, la nature, la victime ou la personne responsable. »*  Les dossiers des résidents consultés sur place ne contenaient pas d’annexe spécifique définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d’aller et venir du résident. |
| Quels sont les liens établis avec les familles ? | Le CVS existe et est régulièrement réuni.  → Art. L311-6, D311-3 et suivants CASF | Oui mais | Le Conseil de la Vie Sociale existe au sein de l’établissement. Le calendrier prévisionnel prévoit 4 réunions en 2024. La première réunion, fixée le 25 avril, n’a pas pu avoir lieu. Une autre réunion est programmée le 3 juillet. Les documents remis pour l’année 2023 ne permettent pas d’attester que toutes les réunions se sont bien tenues. Seuls les comptes rendus du CVS organisé en juillet et décembre 2023 ont été transmis.  Le calendrier prévisionnel précise les personnes conviées aux réunions : 2 représentants des résidents, 1 représentant des familles, 1 représentant de l’association gestionnaire, 1 représentant du personnel et la direction.   1. La mission ne peut pas attester que le nombre de réunion du CVS est conforme aux dispositions de l’article D311-16 du CASF. |
| Il Existe d’autres supports d’information des familles. | Oui | Lors de la visite, l’établissement terminait les travaux en lien avec la sécurité. L’affichage avait été retiré des panneaux situés à l’accueil dont l’accès était temporairement limité. Cette situation n’est que transitoire.  Des informations sont également communiquées aux familles par messagerie.  Le programme d’animation ainsi que le menu de la semaine sont affichés dans les ascenseurs. |

## Gestion des risques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques |
| Existe-il une gestion des risques, des crises et des incidents graves organisée ? | Il existe un dispositif opérationnel adapté de recueil, d’analyse et de suivi des incidents importants ou des évènements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies.  → Art. L. 331-8-1 CASF  Art. R. 331-8 CASF  Art. L. 1413-14 CSP (EIGS) | Oui mais | L’établissement a élaboré un document, dont la version remise date du 15 août 2023, intitulé « circuits évènement indésirable et grave prévention de la maltraitance » qui précise les modalités de traitement des déclarations d’évènements indésirables et graves. Toutefois, il ressort des entretiens menés que le personnel n’a pas connaissance de ces modalités ni des suites données aux déclarations.  Le document, bien que précis, n’associe pas le personnel au processus de déclaration. Il prévoit néanmoins l’information à l’ARS et au Conseil départemental pour les évènements graves. Un autre document en date de février 2022, intitulé « protocole de signalement interne aux autorités administratives des évènements indésirables », précise les événements à déclarer et auprès de qui les déclarer. Il ne prévoit pas de déclaration auprès du Conseil départemental.     1. Le dispositif de signalement des incidents importants ou des (EIG évènements indésirables graves) n’est pas connu des personnels, ce qui ne garantit pas une déclaration exhaustive des dysfonctionnements et des EIG conformément aux articles L.331-8-1 et R.331-8 du CASF et L.1423-14 du CSP. 2. Le protocole de signalement de février 2022 ne prévoit pas de déclaration des EIG auprès du Conseil départemental alors même que le document relatif au circuit des événements indésirables et graves d’août 2023 le prévoit. |
| Il existe un dispositif opérationnel de recueil et d’analyse des réclamations et des doléances des usagers.  → RBPP HAS/ANESM - "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance" | Oui | L’établissement dispose d’un mode opératoire pour le traitement des réclamations qui prévoit dans tous les cas une réponse au requérant et la mise en place, si nécessaire, de mesures correctives.  Un point des réclamations et des EIGS est présenté par la direction en CVS.  Ce dispositif n’est pas bien connu des personnels rencontrés lors de l’inspection.   1. Le dispositif portant sur les réclamations existant n’est pas suffisamment connu du personnel. |

## Les conditions de direction et fonctionnement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques / |
| La direction de l'établissement est-elle assurée régulièrement le jour du contrôle ? | Le directeur est présent ou en cas d’absence, la continuité de la direction est assurée et formalisée, désignant le remplaçant, et ses attributions. | Oui | La continuité de la direction en l’absence du directeur est assurée par le secrétaire général ou le responsable hôtelier. L’astreinte est assurée 365 jours sur 365 et 24h sur 24. L’astreinte s’organise sur une période d’une semaine allant du vendredi au jeudi.  L’organisation de l’astreinte fait l’objet d’une note qui précise également l’astreinte « urgence de soins relative » qui prévoit le recours aux IDE de l’HAD 63 la nuit. |
| Le directeur salarié dispose d'un Document Unique de Délégation (DUD) précisant les compétences et les missions déléguées par l'organisme gestionnaire.  → Annexe D.312-176-5 CASF | Oui | Le directeur dispose d’un document unique de délégation daté du 15 juin 2019 signé du président de l’association La Vie et du directeur. |
| Le directeur peut justifier de sa qualification qui est conforme aux dispositions réglementaires.  → Annexe D.312-176-6 à D.312-176-9 CASF |  | Le directeur dispose d’une maitrise en droit obtenu en 1997 à l’université de Lyon.   1. Le diplôme fournit est un diplôme de niveau II qui ne permet à lui seul de justifier de la qualification requise pour exercer la fonction de directeur dans un établissement répondant cumulativement, sur au moins trois exercices comptables clos consécutifs, au moins à deux des trois seuils fixés à l'article R612-1 du code de commerce ; |
| Le jour du contrôle : de quels effectifs de personnel réellement présents l'établissement dispose-t-il, et selon quelles règles d'organisation? | Quelle est l’organisation type du jour prévue pour les plannings des soignants (AS / IDE) et ASH ?  Si l’établissement dispose d’une UVP, du personnel dédié est prévu y compris d’hôtellerie. |  | Il n’existe pas d’agents dédiés à un étage particulier car la configuration du bâtiment qui date de la fin du 19éme siècle, même s’il a fait l’objet de travaux de rénovation et d’extension, ne le permet pas. Toutefois, l’unité de vie protégée dispose d’un personnel dédié.  A l’analyse des plannings du jour de l’inspection :   * UVP   *Auxiliaires de soins*   * 7h00 à 13h30 => deux agents (un AMP et un AES) * 13h25 – 21h00 => un agent faisant fonction     *ASH*   * 8h00 – 14h00 => un agent * Service commun   *Auxiliaires de soins (ADS)*   * 7h00 – 13h00 : 2 agents / 7h00 – 14h00 : 3 agents / 7h00-12h30 17h00-20h00 : 1 agent   Parmi ces 6 agents inscrits au planning, 2 n’étaient pas présents le jour de l’inspection, un devait être remplacé ce dont la mission n’a pas pu s’assurer. Sur le personnel restant, aucun ne dispose d’un diplôme d’AS et seul 1 agent est diplômé AES. Un autre agent est actuellement étudiant IDE.   * 13h55 – 21h10 => 3 agents faisant fonction auquel s’ajoute l’étudiant IDE qui travaille en horaire coupé.   *ASH*   * 8h00 – 13H00 15h30 – 20h30 => 2 agents / 8h00 – 13h00 15h00- 20h00 => un agent   Parmi le personnel présent le jour de la visite, aucun agent ne dispose d’un diplôme d’aide-soignant. Sur les 10 agents titulaires inscrits au planning entre le 23 juin et 20 juillet 2024, seule 3 personnes disposent d’un diplôme d’AS ou d’AMP, 4 agents disposent d’un diplôme d’AES ou d’AVS et 3 agents sont des faisant-fonction. S’agissant des personnels temporaires au nombre de 16, aucun n’est diplômé AS ou AMP, 4 sont AES ou AVS, 3 étudiantes IDE et 7 agents non diplômés faisant fonction.  Il ressort d’une note en date du 6 juillet 2023 adressée à l’ARS et au conseil départemental que la direction en lien avec le CVS et la représentation du personnel a décidé de renommer à l’intention des usagers et des professionnels le service aide-soignant en service « auxiliaire de soins » étant contraint de mettre fin à sa politique managériale proscrivant le recours à des professionnels faisant fonction.  IDE :  L’infirmière coordonnatrice est en arrêt maladie depuis un an. Elle a été remplacée entre septembre et mars 2024. Compte tenu des difficultés pour assurer son remplacement, la direction envisage le recrutement d’une personne non diplômée ide mais formée aux techniques du management pour assurer l’encadrement de l’équipe d’infirmières.  Début 2023, deux infirmières ont quitté la structure et compte tenu des difficultés de recrutement, l’établissement compte actuellement 3 infirmières sur les 4.  Le jour de l’inspection :   * 2 IDE présentes le matin (7h00-13h00 / 7h00-14h00) et une l’après-midi (13h55-21h10).   L’établissement avait alerté en juillet 2023 les services de l’ARS sur ses difficultés RH. Comme le mentionne la direction de l’établissement dans les documents mis à disposition de l’équipe d’inspection par la délégation départementale du Puy-de-Dôme, l’EHPAD La Sainte Famille a été fortement impacté par des difficultés de recrutement en lien avec des départs massifs en 2022 et 2023. Deux raisons à ces départs massifs d’AS, l’incapacité juridique de l’établissement à appliquer l’indemnité Ségur, d’une part, et la concurrence d’autres structures à quelques minutes de La Sainte Famille appliquant des rémunérations plus élevées, d’autre part. La direction indique qu’en dépit d’une politique de recherche continue d’emploi permanent, y compris au moyen de sociétés de recrutement spécialisées, il n’avait reçu aucune candidature d’AS diplômée aux 14 postes proposés entre janvier 2021 et mai 2023. L’établissement avait également engagé 4 agents dans un processus de formation qui ont quitté la structure une fois diplômés.   1. En ne disposant pas de personnel diplômé, l’établissement contrevient aux dispositions de l’article L.312-1 II du CASF qui dispose que les prestations délivrées dans les ESMS sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. |
| Le planning du jour/de la nuit est conforme aux ETP prévus dans l’organisation type.  → Art.L. 312-1 II CASF |  | Voir supra |
| Il existe des consignes formalisées fixant les conditions de remplacement des personnels et les conduites à tenir |  | Pour assurer les remplacements, l’établissement fait appel à un pool de remplacement ainsi qu’à l’intérim. Toutefois les recrutements restent hypothétiques du fait de désistements de dernière minute sans explication selon les propos recueillis. S’agissant des remplacements, compte tenu des difficultés de recrutement, l’établissement assure en priorité les remplacements du personnel de nuit, des IDE et des agents en cuisine.  Pour les agents nouvellement arrivés, une période de tuilage est organisée sur les premiers jours. Les habitudes de vie des résidents sont communiquées à l’agent.  La mission n’a pas connaissance de procédure encadrant la politique de remplacement.   1. La politique de remplacement du personnel n’est pas formalisée. |
| Le personnel dispose de fiches de poste et/ou de tâches en situation normale et en situation dégradée.  → RBPP HAS-ANESM "Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance" | Oui mais | Les documents transmis au titre des fiches de poste ADS et IDE sont en fait des fiches de tâches. Elles ne font pas apparaitre les généralités du métier exercé, ni sa définition. Elles ne précisent pas le contexte d’exercice dans l’établissement que ce soit en terme de niveau ou de qualification et en terme d’expérience exigée. Par ailleurs, elles ne mentionnent pas le positionnement hiérarchique ou fonctionnel, ni les compétences et le savoir-faire nécessaires pour l’exécution des missions.  Ces fiches de tâches précisent effectivement le déroulement d’une journée type en fonction des horaires des personnels.  Lors des entretiens, les personnes rencontrées ont confirmé l’existence des fiches de tâches et de fiches de poste remises avec le contrat de travail. Ce point, toutefois, n’a pas été vérifié par la mission d’inspection.  Des fiches de poste ont été transmises pour les seuls postes : médecin coordonnateur, responsable médico-social qualité des soins, référent hôtelier ainsi que psychologue.   1. L’établissement n’a pas remis les fiches de poste de l’IDEC, des IDE et des AS, ce qui ne permet pas à la mission d’attester que ces documents existent. |
| L’équipe de nuit comporte au moins une personne qualifiée (AS – AMP).  → Art.L. 311-3 CASF, Art.D312-155-0 3° CASF | Non | La nuit, 3 agents sont toujours présents sur site dont une lingère. Dans la nuit du 24 au 25 juin 2024, l’équipe de nuit comporte un aide-soignant. Toutefois, à la lecture du planning remis pour le mois de juin, il apparait qu’il n’y pas systématiquement la présence d’une personne qualifiée.  Horaire de nuit :   * Lingère : 21h00-7h00 * AS/Auxiliaire de soins : 21h05 – 7h05   La surveillance au sein de l’unité protégée se fait sous forme de ronde de nuit.   1. L’équipe présente la nuit ne comporte pas systématiquement d’agent qualifié ce qui peut nuire à la bonne sécurité des résidents. Ceci est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF. |
| Il existe un temps et un support de transmission (cahier de liaison ou autre) entre les équipes jour-jour/nuit.  → RBPP HAS ANESM La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre | Oui | Il existe un temps de transmission le matin et le soir entre l’équipe de nuit et l’équipe de jour. Les ASH ne participent pas aux temps de transmission. Les transmissions sont à la fois orales et écrites. L’établissement ne dispose pas d’un logiciel de soins. Tout est consigné par écrit et de manière manuscrite dans des classeurs disponibles dans la salle de soins.   1. L’absence de système d’information global, centré sur le résident avec toutes ses composantes, ne permet pas de garantir la traçabilité et la sécurité de l’accompagnement. |
| Il existe une organisation formalisée des astreintes. | Oui | Il existe une organisation formalisée des astreintes. Elle est affichée dans la salle de soins et elle est connue des personnels. Elle prévoit différents cas de figure en fonction des dysfonctionnements et/ou des urgences constatées. La mallette d’astreinte comprend les annuaires des personnels, les numéros d’urgence, des partenaires et des institutions à prévenir en cas d’urgence. Toutefois il est nécessaire de les mettre à jour et plus particulièrement les informations concernant le personnel (Nom, prénom, coordonnées téléphoniques). |
| Il existe un protocole de gestion des urgences médicales prévoyant le recours au 15 et l’information du cadre d’astreinte, il est connu des personnels. | Oui | La procédure d’astreinte précise la conduite à tenir en cas d’urgence de soins relative (appel HAD 63) et en cas de sinistre, péril imminent ou d’urgence vitale (appel 15, SOS médecin, Pompiers…). Ces informations sont disponibles dans la salle de soins. |
| Il existe un plan de formation annuel validé par la direction.  → RBPP HAS 2008, p21 Mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance. | Oui | L’établissement dispose d’un plan de formation validé par la direction qui est élaboré en lien avec OPCO santé dans le but de contribuer au développement des compétences, des qualifications et des parcours professionnels. |
| Il existe des actions de formation portant spécifiquement sur l’accompagnement des personnes vulnérables : démence, Alzheimer, prévention de la maltraitance, bientraitance ainsi que sur les gestes de 1er secours et urgences (AFGSU)  → RBPP HAS 2008, p21 Mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance. | Oui | Le plan de formation 2024 intègre des formations sur les droits de la personne accompagnée (maladie neurodégénératives, toilette de la PA…), sur l’accompagnement à la santé (construire une démarche de soins palliatifs en équipe, prise en charge de la douleur…), sur la politique des ressources humaines (gestion de l’agressivité, formation AGSU, parcours du nouvel embauché…), sur la démarche qualité et gestion des risques ( prévenir l’usure professionnelle et les inaptitudes, management de la qualité dans le secteur MS…).  En 2023, 12 agents ont suivi la formation « Bientraitance en gériatrie » (cf. plan de formation réalisé en 2023). Le jour de la visite, une formation sur le bionettoyage de l’environnement du patient à destination des ASH était organisée au sein de l’établissement. |
| Il existe des démarches d’accompagnement à la qualification des personnels (VAE…) ? | Oui mais | Les plans de formation 2023 et 2024 ne prévoient pas d’accompagnement à la qualification des personnels. Toutefois, la direction a informé l’équipe d’inspection que 4 agents étaient engagés en 2022 dans un processus de formation qualifiante. Une fois formés, ces 4 agents ont quitté l’établissement, ce qui a été perçu comme une frustration tant pour le personnel que pour la direction. Cette mauvaise expérience ne doit pas pour autant être frein pour l’avenir.   1. Malgré une part importante d’auxiliaires de vie faisant-fonction, aucun n’est engagé dans une démarche de VAE ou tout autre démarche de formation qualifiante. |
| Il existe des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes.  → RBPP ANESM/HAS "mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance" - décembre 2008 et RBPP "la bientraitance, définition et repère pour mise en œuvre" - juin 2012 | Oui mais | Il existe des temps d’échanges pluridisciplinaires (IDE/AS/ASH/ responsable hébergement) deux fois par semaine au cours desquels sont abordés les difficultés éventuelles rencontrées avec les résidents ou par les personnels. C’est un temps pour partager les informations mais il n’y a pas vraiment d’échange sur les pratiques professionnelles par manque de temps ni d’action de soutien des équipes pour la même raison.   1. En ne mettant pas en œuvre un dispositif d’analyse de la pratique professionnelle, la structure ne permet ni la prise de distance, ni la réflexion critique sur les pratiques quotidiennes. |

## Les Partenariats

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques |
| Des partenariats locaux sont-ils établis ? | L’EHPAD s’inscrit dans des partenariats sur son territoire (avec les établissements de santé et/ ou ESMS, au sein de la filière gériatrique ou autre).  → D. 312-155-0 5° CASF  D. 312-158 CASF (11° = relatif au rôle du médecin coordonnateur sur le contenu et la mise en œuvre de(s) convention(s) entre l'établissement et les établissements de santé) | Oui | L’établissement a signé en 2020 avec le CHU de Clermont-Ferrand une convention de mise à disposition de l’équipe mobile de soins palliatifs afin qu’elle apporte son concours à l’EHPAD pour l’accompagnement des résidents en fin de vie. La direction a indiqué avoir un contrat avec le laboratoire du CHU dans le cadre de l’expérimentation micro-méthode pour les prélèvements sanguins.  L’EHPAD est conventionné avec l’HAD 63 depuis 2009. Ce partenariat a été renforcé depuis 2023 avec l’intervention par téléphone ou sur cite des infirmières la nuit dans le cadre d’astreinte. La direction est satisfaite de cette organisation qui rassure le personnel de nuit.  Il n’existe plus de partenariat avec l’établissement psychiatrique « Sainte Marie » qui demandait une contrepartie financière. |

# Les conditions d’installation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques / |
| Les espaces extérieurs, les bâtiments et les installations techniques sont-ils en conformité avec les missions de l'établissement ? | L'état général apparent des bâtiments est satisfaisant. Ils paraissent propres et bien entretenus.  → Art. L. 311-3 et Annexe 2-3-1 du CASF | Oui | L’établissement est situé en plein centre-ville de CLERMONT-FERRAND. Il est composé par un ensemble continu de trois anciens hôtels particuliers, d’une ancienne Chapelle et d’une extension contemporaine. L’établissement, classé aux Monuments historiques, restructuré entre 1999 et 2003, s’étage sur 7 niveaux et 6 500 m² de résidence. Cette architecture singulière n’est pas neutre sur les conditions de vie des personnes âgées et l’organisation du travail des professionnels.  L’établissement est propre et bien entretenu. |
| L’établissement a demandé une visite de la commission de sécurité dans les cinq ans.  L'établissement a satisfait à toutes les éventuelles préconisations du rapport de visite de la commission de sécurité.  → Art. L. 311-3 du CASF  Art. L. 122-3 du code de la construction et de l'habitation | Oui | L’établissement a fait l’objet d’une visite de la commission de sécurité le 15 mars 2024. Celle-ci a donné un avis favorable à la poursuite de l’exploitation de l’établissement confirmé par arrêté du maire en date du 15 mai 2024. |
| La sécurité des espaces intérieurs et extérieurs est adaptée à la population accueillie  L’établissement a adopté des procédures de protection formalisées.  → Art. L. 311-3 du CASF | Oui mais | L’accès à l’établissement se fait par l’entrée principale qui est sécurisée par un système d’appel afin d’obtenir l’intervention physique d’une personne pour ouvrir les portes. L’accès à l’unité de vie accueillant des personnes désorientées est protégé par un interrupteur. L’unité de vie donne accès à une terrasse sécurisée et dispose de plusieurs points de sortie tous sécurisés par des digicodes.  De par sa configuration et son classement aux monuments historiques, l’établissement est contraint dans la réalisation de certains travaux. En tout état de cause, la direction insiste sur la liberté d’aller et venir des résidents qui est clairement définie à leur entrée, notamment dans le règlement de fonctionnement. Toutefois, la mission a constaté lors de la visite la possibilité d’ouvrir en grand la fenêtre d’une chambre située au 5ème étage. L’établissement dispose de plusieurs escaliers non sécurisés, ce qui peut présenter un risque de chute pour les résidents.     1. L’absence de sécurisation des fenêtres et des escaliers présente un risque pour la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l’article L.311-3 du CASF. |
| Les locaux intérieurs communs et privatifs sont-ils adaptés à la population accueillie ? | L'état général d'entretien intérieur est satisfaisant : propreté, état des peintures ou revêtements muraux, et des sols.  → Art. L. 311-3 et Annexe 2-3-1 du CASF | Oui | L’état général d’entretien intérieur est globalement satisfaisant compte tenu de l’ancienneté des bâtiments. La mission n’a pas constaté d’odeurs particulières lors de la visite. |
| Les équipements et aménagements sont accessibles à tous les résidents.  → Art. L. 311-3 du CASF | Oui | Les équipements et aménagements sont accessibles à tous les résidents. Les couloirs ne sont pas encombrés de matériel. |
| Les circulations comportent une signalisation adaptée.  → RBBP HAS/ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" | Oui | La signalisation est adaptée et présente à tous les étages de l’établissement. Tous les locaux sont bien identifiés.  L’affichage portant sur la sécurité est en cours du fait des travaux de mise en sécurité qui se terminent. |
| Existence "d'un local ou une pièce équipés d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ".  → Art. D. 312-161 CASF | Oui | L’établissement dispose de plusieurs pièces climatisées (salons dans les étages, la salle de jeux…) |
| Les températures intérieures relevées dans les locaux se situent globalement entre des extrêmes de référence [19 / 25°]. | Oui | La mission n’a pas pris la mesure de la température mais le ressenti sur l’ensemble de l’établissement était satisfaisant.  En revanche, la terrasse panoramique non sécurisée située au 5éme étage n’est pas ombragée. L’’établissement a indiqué ne pas trouver de solutions satisfaisantes pour pallier cette difficulté.   1. En l’absence de solutions satisfaisantes pour ombrager la terrasse et l’absence de sécurisation ne permet de garantir la sécurité des résidents. Cette situation est contraire à l’article L.311-3 du CASF. |
| Des lieux de stockage spécifiques existent, ils sont adaptés aux besoins de l’établissement et leur usage est respecté (protections, linge propre / sale, produits d’entretien…) | Oui mais | L’établissement dispose de lieux de stockage à chaque étage qui n’étaient pas fermés à clés lors de la visite.   1. L’absence de sécurisation des locaux spécifiques présente un risque pour la sécurité des résidents notamment pour ceux présentant des troubles cognitifs. Cette situation est contraire à l’article L.311-3 du CASF. |
| Des lève-personnes sont disponibles et sont stockés dans un local spécifique. | Oui | L’établissement dispose de 5 lèves-personnes et 2 brancards de douche. La mission a toutefois constaté qu’ils n’étaient pas systématiquement stockés dans un local spécifique : présence d’un lève-personne dans le couloir à proximité de la chambre du résident où il était utilisé. |
| Les personnes disposent d'une chambre individuelle nominative, avec sanitaires complets. | Oui | L’établissement compte 67 chambres individuelles et 3 chambres doubles toutes équipées de sanitaires adaptés à la population accueillie. |
| A défaut, en cas de chambre partagée, les personnes disposent d'un espace propre garantissant le respect de l’intimité.  → Art. L. 311-3 du CASF  RBPP HAS/ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" | Non vérifié | Sur les 3 chambres doubles, une dispose de deux salles de bain. La chambre double visité n’était pas occupée. De fait, la mission n’a pas pu s’assurer de la mise à disposition d’un espace propre de nature à garantir le respect de l’intimité. |
| Les chambres et cabinets de toilette sont sécurisés : douches adaptées, tapis de sol, barres d'appui, sonnette d’appel…  → Art.L. 311-3 du CASF  RBPP HAS/ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" | Oui | Les chambres et cabinets de toilette sont adaptés à la population accueillie ; toutes les salles de bains disposent d’une douche au sol avec pour celles visitées une chaise douche.  Les chambres sont de taille variable ce qui est une conséquence de la configuration et de l’ancienneté des locaux.  Elles sont toutes équipées d’un lit médicalisé voire de lits « Alzheimer ». |
| Le temps de réponse à l’appel malade est satisfaisant.  → Art.L. 311-3 du CASF  RBPP HAS/ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" | Oui mais | Deux tests ont été réalisés dont l’un n’a pas été concluant. L’animatrice qui passait à proximité est entrée dans la chambre du résident au bout de 7 minutes. La mission d’inspection n’a pas constaté l’arrivée de personnel soignant.  Pour le second appel, l’infirmière est arrivée au bout de 6 minutes, ce qui n’appelle pas de commentaire particulier.  Par contre, en l’absence d’organisation par étage plusieurs agents peuvent se présenter pour répondre à un même appel, ce qui a été confirmé en entretien. Ce constat interpelle en termes d’efficience de la gestion du temps du personnel dans un établissement déjà fragile en termes de ressources humaines.   1. La réponse aux appels malades n’est pas organisée de manière efficiente, plusieurs agents pouvant être mobilisés en même temps sur une même situation. |
| Les chambres sont faites de manière à respecter les habitudes de vie des résidents, notamment le temps de repos d’après repas.  → Annexe 2-3-1 CASF relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les établissements pour personnes âgées dépendantes | Oui | La mission a pu constater au cours de sa visite dans les étages l’après-midi que le temps de repos après le déjeuner était respecté. Le ménage était terminé. |

# L’accompagnement et la prise en charge au quotidien des résidents

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques / |
| L'admission fait-elle l'objet d'une démarche organisée garantissant l'individualisation ? | La personne âgée se voit proposer un ou plusieurs entretiens préalables à l’admission, le directeur y participe ou est représenté ; le médecin coordonnateur y est associé. La procédure d’admission est formalisée.  → Avis du médecin coordonnateur sur l'admission : Art. D. 312-158 CASF | Oui | L’admission fait l’objet d’une procédure formalisée et complète. En termes de public accueilli, les résidents sont principalement des gens du territoire ; l’urgence sociale au vu de la liste d’attente est privilégiée.  Elle résulte d’un travail collectif qui associe le directeur, le cadre de santé, le médecin coordonnateur et l’ensemble du personnel soignant en fonction des étapes du processus d’admission.  Le médecin coordonnateur doit donner son aval et le consentement du résident est toujours recherché dans la mesure du possible en fonction de son état de santé. |
| L'établissement recueille des éléments formalisés pour connaître la personne : attentes, habitudes, capacité d'autonomie, besoin de soins.  → RBPP HAS/ANESM : Qualité de vie en EHPAD - volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement | Oui | Le recueil des habitudes de vie et des besoins se fait à l’arrivée du résident par les infirmières si aucun élément ne figure dans le dossier d’admission. Tout au long du séjour, des informations complémentaires peuvent être demandées aux familles afin de permettre un meilleur accompagnement du résident.  A défaut d’un système d’information dédié, les données sont consignées dans un dossier « papier ». |
| La personne âgée se voit proposer un contrat de séjour et il est signé.  Le cas échéant, il comprend une annexe au contrat de séjour relative à la liberté d’aller et venir.  → Art L. 311-4 et D. 311 du CASF. Décret N°2022-734 du 28 avril 2022 | Oui | Un contrat de séjour comprenant une centaine de pages est signé par le résident et classé dans son dossier administratif. A la consultation de plusieurs dossiers de résidents, la mission a pu constater la présence d’un contrat de séjour signé. |
| Un livret d'accueil et les documents obligatoires qui l'accompagnent (règlement de fonctionnement et Charte personne accueillie) sont remis avec le contrat de séjour.   * Art L. 311-4, R. 311-33 à R. 311-37 CASF | Non mais | L’établissement n’a pas remis le livret d’accueil demandé par la mission d’inspection.  Il existe un règlement de fonctionnement mis à jour en 2023 et auquel est annexée la charte qualité – la Sainte Famille -, la charte de bientraitance de la Sainte Famille, la charte d’accompagnement de la fin de vie – La sainte Famille – la charte de prévention du risque de maltraitance, le synoptique circuit des requêtes et réclamations prévention de la maltraitance.  Figure également en annexe le synoptique « circuit événements indésirables graves prévention de la maltraitance ».   1. En l’absence de la remise du livre d’accueil, la mission d’inspection ne peut pas attester de son existence. |
| Il existe un projet d’accompagnement personnalisé pour chaque résident (comprenant 1 projet de soin et 1 projet de vie) et il est régulièrement réévalué en équipe pluridisciplinaire.  → Art. L. 3113 et D. 312-155-0 3° CASF  RBPP HAS/ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé | Oui | Il ressort des entretiens qu’il existe un projet d’accompagnement personnalisé pour chaque résident.  Deux projets personnalisés sont revus lors de chacune des deux réunions hebdomadaires afin de les mettre à jour. Participent à ces réunions une infirmière, une ASH, une AS et le responsable hébergement. |
| Il existe un professionnel référent pour chaque résident.  → RBPP HAS/ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé | Non confirmé | 1. Les éléments recueillis lors des entretiens sont contradictoires et ne permettent pas à la mission de dire s’il existe ou non un professionnel référent pour chaque résident. |
| L’organisation de la prise en charge est-elle adaptée au comportement et au rythme de vie de la population accueillie ? | Les souhaits individuels des résidents sont pris en compte (lever, toilette, repas, collations, soins, changes, coucher).  → RBPP HAS/ANESM " Qualité de vie en EHPAD volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" | Oui | Il ressort des entretiens avec les personnels rencontrés que les souhaits des résidents sont pris en compte dans la mesure du possible et au regard des changements fréquents de personnels*.*  Ils essayent de prendre en compte les particularités de chacun s’agissant de la toilette du matin qui peut être réalisée avant ou après le petit-déjeuner.  Il est également possible pour les résidents de prendre leurs repas en chambre étant précisé qu’ils sont toutefois stimulés pour les prendre en salle à manger. |
| Les toilettes et changes respectent-ils la singularité des résidents ? | Il existe un plan de soin global, technique (IDE) et de nursing (AS) formalisé. | Oui mais | **1-Plans de soins globaux**  L’établissement ne dispose pas de logiciel de soins, ce qui ne permet pas de disposer de plans de soins globaux dématérialisés élaborés pour chaque résident, pouvant être mis à jour facilement, et servir d’outil de traçabilité et de suivi des actes faits.  En guise de plans de soins IDE et AS, un tableau a été élaboré. Il comporte 4 colonnes. Respectivement les 4 items suivants sont à renseigner : les horaires, les tâches, les indications et le lieu où l’acte se déroule (chambre, salle à manger).  Concernant les 2 plans de soins techniques IDE, les tâches inscrites sont relatives à l’aide à la prise de médicaments aux 3 temps horaires de la journée (matin, midi et soir). Pour l’un des résidents l’injection d’héparine en prévention du risque thromboembolique est inscrite à 16H. Ce document ne permet pas d’inscrire la traçabilité des actes, et aucun outil le permettant n’a été transmis à la mission.   1. Le document présentant la planification horaire des actes à réaliser par les IDE ne permet pas la traçabilité de l’effectivité des tâches réalisées, ce qui ne favorise pas la connaissance des actes faits et leur suivi régulier afin d’assurer la continuité des soins, d’autant que ce risque est majoré par l’existence d’un turn-over des IDE.   **Plans de soins nursing AS :**  Concernant les soins de nursing réalisés par les auxiliaires de soins (ADS) plusieurs outils sont disponibles :  -Une feuille de recueil, listant les différents actes de la vie quotidienne, précise l’autonomie et les aides humaines et techniques à mettre en place. Elle est à renseigner entre J0 et J-15 suivant l’entrée du résident selon des cases à cocher facilitant son remplissage. Les fiches des 2 résidents ciblés par la mission, sont correctement renseignées.  Les éléments listés permettent d’identifier tous les besoins d’accompagnement pour chaque personne pour l’ensemble des actes essentiels de la vie courante intégrant les déficits sensoriels, les besoins en prothèse ou non, ainsi que les contentions physiques.  -Une fiche intitulée « plan de soins IDE » liste les tâches de nursing dont l’aide est apportée par les ADS. Le titre ne correspond pas à la désignation du professionnel qui effectue les actes, car les tâches listées sont celles du nursing, réalisées par les ADS.  Pour l’un des résidents, la texture mixée n’est précisée qu’au petit déjeuner, mais pas pour les repas du midi et du soir bien que l’eau gélifiée soit inscrite au repas du midi. Le change est indiqué 5 fois sur le nycthémère sans précision du type de protection, et sans faire référence au plan de changes ABENA. Les horaires du change sont concordants entre les 2 sources de données. La prévention escarre est mentionnée sans indication du protocole en place, cela est vrai aussi pour les soins de bouche. La toilette complète au lit est précisée ainsi que les aides techniques et le besoin d’être à 2 professionnels. Le jour de douche est indiqué. La mise en place de barrières de lit est mentionnée.  Pour le 2ème résident, le jour de douche est indiqué. Les aides techniques pour l’installation au fauteuil et le transfert au lit sont précisées. Le change est mentionné selon 3 horaires sur les 24h, ce qui correspond au plan de changes. La texture normale est précisée pour le petit déjeuner seulement mais pas aux autres repas. La prévention d’escarre et les soins bucco-dentaires n’indiquent pas le protocole de soins en place.  Globalement, les 2 plans de soins de nursing ne précisent aucune spécificité individuelle caractérisant la prise en charge de chaque personne. Les actes en soins sont peu explicités.  Ces plans ne permettent pas d’indiquer la traçabilité des actes faits.  Parallèlement deux autres outils sont en place :  -Les diagrammes de soins, formalisés pour chaque poste occupé, 7 ont été transmis (M5A, C2A, M6B, C1, matin A, matin B, S1). Selon le poste occupé la liste des tâches et actes en soins est déterminée en fonction des horaires. Ces outils peuvent être assimilés à des fiches de traçabilité des actes horaires de nursing faits. En effet, ils se présentent sous forme d’un tableau à 3 colonnes. La première indique le nom du résident, le numéro de chambre, l’heure du passage est à écrire par l’agent. Une autre colonne liste les différents actes réalisés qui sont à cocher selon l’effectivité réalisée et une dernière colonne « observations » permet de rappeler des points de vigilance (nœud à la ceinture pelvienne, personne opposante, diabète avec pansement du pied etc.…).  - un diagramme de soins pour l’UVS est en place servant à la traçabilité des actes faits. Pour chaque résident accueilli dans cette unité une fiche hebdomadaire est constituée avec une colonne listant un ensemble d’actes de nursing permettant chaque jour pour le professionnel en poste (AS 1, AS2), d‘apposer leurs initiales en regard de l’acte qu’ils ont réalisé.  - les fiches de poste, celles étudiées (S2, M2A, M3B, C1B) correspondent à des fiches de tâches. Elles présentent les particularités du poste, ainsi que la planification horaire du poste, schématisée. Des renvois aux protocoles internes sont identifiés avec le séquençage des actes à faire selon les horaires programmant des soins d’hygiène et confort et des soins d’hygiène et couchés. Selon les horaires et les étages, le résident est nommé avec la mention de différents pictogrammes imageant les actes de nursing à faire (l’accompagnement aux toilettes, le change à vérifier, l’utilisation d’aide technique, l’aide au repas, eau gélifiée etc.…). Ce document est très exhaustif nécessitant un suivi scrupuleux du professionnel effectuant le poste d’autant que le professionnel n’est pas affecté à un seul étage et accompagnent des résidents sur différents étages. Ce document fait doublon avec la fiche « plan de soins » ASD réalisé pour chaque résident. Cela nécessite une mise à jour régulière et une corrélation des données entre ces 2 types d’outils. Un contrôle régulier est à mettre en place. La date de mise à jour des fiches de tâches n’est pas précisée, ce qui ne garantit pas de l’exactitude des actes à faire.   1. Les plans de soins de nursing ASD n’explicitent pas les attendus de tous les actes de nursing (protocole prévention escarre, soins de bouche…) et les spécificités individuelles des résidents ne sont pas précisées, ce qui ne permet pas d’assurer la bonne prise en charge au quotidien en tenant compte des besoins identifiés de chaque personne. La traçabilité des actes ne peut pas être notée sur ces plans. 2. En faisant coexister différents outils listant les actes de nursing programmés pour chaque résident, cela concourt à des risques de dispersion des professionnels mais surtout à des mises à jour difficiles à mettre en place et à suivre, notamment sans mention de date d’actualisation, ne garantissant pas l’exactitude des données et donc des besoins des résidents en accompagnement quotidien. 3. L’absence de logiciel de soins ne facilite pas la planification des plans de soins de nursing et techniques/IDE, ce qui nécessite de construire et de remplir d’autres outils chacun séparément et manuellement, dont ceux pour la traçabilité des actes faits (diagramme de soins selon le poste occupé), complexifiant le travail et impliquant un suivi organisé de la mise à jour. |
| Il existe un plan formalisé d’organisation des douches ou bains. | Oui mais | Un « planning des douches » sous forme de tableau a été transmis. Il concerne les résidents accueillis de la chambre 301 à 608 sans réelle exhaustivité des numéros de chambre, ce qui ne permet pas de garantir que l’ensemble des résidents accueillis ait bien une douche planifiée. Ce tableau est réalisé du lundi au samedi, avec l’indication du résident et du numéro de chambre selon les agents affectés à la douche ou à l’étage. Ainsi on constate un nombre de 6 à 7 douches par jour pour les agents douche et 2 à 4 douches pour les agents d’étage. Il est difficile de savoir l’objet de cette planification, sans titre sur le document le précisant, sans date de mise jour et si celui-ci correspond à la réalité. La planification des douches de l’UVP n’a pas été transmise.  On rappelle que le jour de douches est indiqué sur les plans de soins étudiés. |
| Les personnes incontinentes sont changées régulièrement, et selon une planification préétablie.  → Art. L. 311-3 et L. 119-1 du CASF | Oui mais | Les personnels rencontrés en entretien n’ont pas fait part de difficultés particulières quant à l’approvisionnement et au stock de changes.  La planification des changes de la dotation existe, elle est issue du logiciel du fournisseur de protection ABENA. Selon des horaires définis, les protections imagées par un pictogramme sont précisées pour chaque résident incontinent. La mise aux toilettes est indiquée, mais le contrôle de la saturation des protections n’est pas mentionné.   1. Le plan de changes de l’ensemble des résidents ne mentionne pas le contrôle de la saturation des protections à réaliser notamment pour les horaires de nuit, ce qui ne permet pas d’assurer que cette démarche soit en place afin de faire un change qui s’avère nécessaire et apporter du confort et bien-être au résident. |
| Les personnes continentes bénéficient d’un accompagnement aux toilettes à leur demande.  → Art. L. 311-3 et L. 119-1 du CASF | NC | Le plan de changes ABENA, ne mentionne pas les résidents continents et donc la planification des accompagnements aux toilettes. |
| L'alimentation  est-elle adaptée et respectueuse  de la population accueillie ? | Les menus sont visés par une diététicienne ou surveillés au minimum par le cadre de santé. | Oui | Les menus sont élaborés en lien avec le prestataire « 1001 repas » qui dispose d’une diététicienne. |
| Les menus sont affichés et respectés.  → RBPP ANESM / HAS "Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" | Oui | Les menus sont affichés à plusieurs endroits et respectés au jour de l’inspection. Une résidente ainsi qu’une famille de résident ont fait part de leur satisfaction quant à la qualité des repas et des prestations.  Les aliments sont délivrés dans des quantités très correctes. |
| Les horaires de repas permettent de limiter le jeûne nocturne à 12h et une collation nocturne est systématiquement mise à disposition.  → Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne. (annexe 2-3-1 CASF)  → Recommandations HAS 2007 “Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » | Oui | L’établissement assure un service de restauration quotidien comprenant :  - le petit déjeuner servi entre 8 h et 9 h en chambres,  - le déjeuner servi dans les salles de restaurant à 12 h (11h 30 pour l’unité de vie protégée),  - le dîner servi dans les salles de restaurant à 18 h 45 (18 h pour l’unité de vie protégée),  - la proposition individualisée d’une collation en milieu d’après-midi,  - la proposition individualisée d’une collation en début de nuit.  Le jeûne nocturne est légèrement supérieur à 12 heures ; toutefois les résidents ont la possibilité de prendre une collation en début de nuit. |
| Les résidents peuvent bénéficier d'une aide aux repas.  → Art. L. 311-3 du CASF | Oui | La mission d’inspection a pu constater lors de son passage en salle de restauration qu’une aide aux repas est assurée pour les résidents qui le nécessitent. |
| La texture des aliments est adaptée à l'état dentaire des résidents et à leur déglutition.  → Art. L. 311-3 du CASF | Oui | Des repas mixés ou hachés sont servis aux résidents qui en ont besoin et les régimes spécifiques sont pris en compte. |
| Les plats sont visiblement variés et en quantité suffisante.  → RBPP ANESM / HAS 2007 “Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » | Oui | Voir SUPRA |
| La conduite à tenir en cas de fausse route est formalisée et connue des personnels  → Art. L. 311-3 du CASF | Non | Il ressort des documents remis qu’un protocole sur la prévention des fausses routes a été élaboré en 2004, en cours de révision. Toutefois, celui-ci n’est pas connu des personnes rencontrées en entretien. En l’absence de précisions sur ce protocole, la mission d’inspection ne peut dire s’il définit la conduite à tenir en cas de fausse route.   1. La conduite à tenir en cas de fausse route n'est pas connue des personnels et n’est pas actualisé, ce qui peut nuire à la sécurité des résidents et contrevient à l'article. L. 311-3 du CASF. |

# Les soins

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questionnements | Points de vérification | Oui / Non / En partie | Commentaires / Ecarts / Remarques / |
| Un emploi de médecin coordonnateur est-il inscrit au tableau des effectifs de personnel et effectivement pourvu ? | L'établissement a nommé un médecin coordonnateur effectivement en poste.  En l’absence de médecin coordonnateur, une solution dégradée est mise en place.  → Art. D. 312-155-0 du CASF | Oui | L’établissement dispose d’un médecin coordonnateur depuis une quinzaine d’années à hauteur de 0,4 ETP. Il assure également un temps de médecin généraliste à hauteur de 0,05 ETP. |
| Son temps de dédié à la coordination respecte les définitions réglementaires.  → Art. D. 312-156 CASF  Art. L. 313-12 V du CASF | Non | Voir SUPRA  Le temps de présence pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places est de 0,6 ETP.   1. Le temps de service du médecin coordonnateur n’est pas en conformité avec l'article D312-156 du CASF. |
| L'organisation des soins est-elle formalisée, suivie et évaluée ? | Le médecin coordonnateur a établi un projet général de soins, il coordonne et évalue sa mise en œuvre.  → Annexe art. D. 312-158-1° CASF | Oui mais | Dès 2017, la direction de l’établissement a informé les services de l’ARS et du Conseil départemental qu’il n’était pas possible d’engager des actions en l’absence d’avancées sur la négociation du CPOM et l’évaluation. Par conséquent, à ce jour, l’établissement ne dispose pas d’un projet général de soins actualisé depuis 2017.   1. L’absence d’actualisation de projet général de soins dont l’élaboration relève de la responsabilité du médecin coordonnateur, contrevient à l’article D.312-158-1° du CASF. |
| Le médecin coordonnateur organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux intervenant dans l'établissement.  → Annexe art. D. 312-158-3° CASF | Non | L’établissement signale que la dernière commission de coordination gériatrique s’est réunie en 2019, et depuis elle ne s’est pas tenue.   1. La commission de coordination gériatrique présidée par le médecin coordonnateur n’est pas mise en place au moins une fois par an, ce qui contrevient avec l’article D312-158-3 du CASF. |
| Un dossier de liaison d’urgence (DLU) est constitué pour les résidents afin de faciliter le transfert des informations utiles et nécessaires notamment au médecin intervenant en urgence et dans le cadre d’un transfert dans un ES.  → RBPP ANESM / HAS “Qualité de vie en EHPAD (volet 4) Accompagnement personnalisé de la santé du résident" | Oui mais | Les 2 DLU choisis de manière aléatoire par la mission sont intitulés : « dossier de liaison ville/hôpital », ils sont constitués sur une trame Word (2 feuilles, en recto-verso).  Ils présentent 4 paragraphes dont un sur les éléments sociodémographiques (coordonnées des médecins, de la famille/entourage, personne de confiance et protection juridique).  Le 2ème correspond à la fiche « urgences » où un encart est à renseigner sur le problème actuel motivant l’hospitalisation, ainsi que quelques éléments sur la santé du résident.  Pour les 2 DLU transmis, les éléments sur les pathologies actuelles et les antécédents sont renseignés. D’autres points sont à renseigner comme les addictions, les allergies, si le résident est dément, grabataire voire en situation palliative.  Le traitement en cours, les derniers bilans biologiques et/ou d’imagerie et les comptes rendus médicaux et transmissions IDE récentes sont à annexer. Mais l’établissement ne les a pas transmis avec les 2 DLU demandés ce qui ne garantit pas que cela soit fait lors d’un transfert.  Les renseignements sur l’état vaccinal ne sont pas prévus.  Une 3ème fiche « gériatrique » permet de décrire l’autonomie de la personne pour les actes de la vie quotidienne, ainsi que le risque de chute et de fausse route, l’élimination, le régime et la texture, l’état psychologique, l’état cutané et les appareillages. Ces éléments sont à cocher par le professionnel éditant le DLU, ils apportent une approche personnalisée.  Une 4ème fiche est prévue pour le retour de la personne   1. En l’absence de pièces annexées aux 2 DLU concernant les traitements en cours, les derniers comptes rendus médicaux, les résultats biologiques et les transmissions quotidiennes, il ne peut être garantit que ces éléments soient bien transmis lors d’un transfert vers une structure sanitaire afin de renseigner correctement le service d’accueil sur la situation de chaque personne. |
| Le médecin coordonnateur exerce-t-il effectivement les vigilances spécifiques liées aux limites de l'autonomie et à la dépendance des résidents ? | Le GMP est réalisé par une équipe pluridisciplinaire et supervisé par le Médecin.  → Art. R. 232-18 et D. 312-158-4CASF | Oui | Il ressort des entretiens que le GMP est réalisé par le médecin coordonnateur avec l’appui si besoin du personnel soignant. |
| Il existe des protocoles actifs de conduite à tenir vis-à-vis des risques médicaux : formalisés, actuels, mis à disposition et connus des personnels.  → Art. D. 312-158-5° CASF (le médecin coordonnateur veille à l’application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risque sanitaire exceptionnel) | Oui mais | La liste des protocoles actifs transmise présente 48 protocoles qui objectivent notamment ceux relatifs à la gestion du risque infectieux et certaines RBPP en gériatrie. Par contre les conduites à tenir pour faire face aux urgences gériatriques ne sont pas mentionnées.   1. En l’absence d’élaboration de protocoles concernant les conduites à tenir pour faire face aux situations d’urgences gériatriques, l’établissement ne peut pas assurer de mettre en œuvre rapidement la prise en charge effective de ces urgences. |
| Parmi les protocoles il existe au moins les suivants :  - prévention et traitement des chutes,  - prévention et traitement de la dénutrition / suivi du poids  - contentions  - suivi et traitement des escarres.  → Art.R. 4011-1 du CSP (exigences de qualité et de sécurité)  Protocle de prévention et traitement des chutes : Art.L. 331-8-1 du CASF explicité par l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales | Oui mais  Non  Oui mais  Oui mais | **1-Protocole prévention et traitement des chutes :**  Le protocole « prévention des risques de chutes » de novembre 2018, présente la définition et l’intérêt de ne pas banaliser ce risque chez la personne âgée. Les facteurs de risque sont énoncés (environnementaux, matériel inadapté, pathologies). La prévention se base sur la connaissance du résident en fonction de ses capacités et de son état de santé et sur l’évaluation de l’environnement dans lequel vit le résident. Il n’est pas fait référence aux RBPP relatives au repérage des risques et pour l’évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.  Il n’est pas décrit l’évaluation du risque de chute (test de TINETTI) à l’entrée et autant que de besoin par un kinésithérapeute ou un ergothérapeute.  La déclaration des chutes n’est pas abordée, ni l’organisation de temps évaluatif afin de déterminer les actions correctrices à mettre en place.  L’établissement ne dispose pas d’un protocole sur la conduite à tenir pour faire face à une chute de la personne âgée.   1. Le protocole de prévention des chutes ne fait pas référence aux RBPP et n’évoque pas l’intérêt de la réalisation d’un test d’évaluation du risque de chute (test TINETTI) à l’entrée des résidents et autant que de besoin. Ce repérage permettrait de mettre en place des mesures préventives personnalisées et un accompagnement adapté. 2. : La conduite à tenir pour faire face à une chute en présence ou non d’IDE n’est pas formalisée, ce qui ne garantit pas la connaissance des gestes à mettre en œuvre et leur pratique. 3. L’incitation des professionnels à faire une déclaration de chutes n’est pas formalisée, ni leur traçabilité en décrivant l’évènement, les circonstances, les actions mises en œuvre, l’information de la famille. Ceci ne permet pas de constituer des données à analyser en pluridisciplinarité en vue de définir les mesures correctives à mettre en place.   **2- Prévention et traitement dénutrition /suivi du poids**  Le protocole de prévention et traitement de la dénutrition n’est pas formalisé. L’établissement a décrit globalement l’organisation en place suivie par le médecin coordonnateur et l’équipe soignante. Il est précisé qu’un bilan est réalisé à l’entrée de la personne, et tous les 6 mois selon les fragilités identifiées. Un suivi mensuel des poids est en place, les IDE alertent selon les résultats observés. La surveillance des repas est mise en place en cas de dénutrition avérée. Il n’est pas abordé l’approche de la prise en charge de la dénutrition notamment la stratégie nutritionnelle en fonction du statut nutritionnel du résident, ainsi que le maintien de l’hygiène bucco-dentaire.   1. L’absence de protocole relatif à la dénutrition présentant les dernières recommandations de la HAS de novembre 2021 (notamment sur les critères de diagnostic de la dénutrition et les modalités de l’organisation de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition des résidents accueillis en EHPAD) ne garantit pas que l’établissement veille à cette démarche et ce suivi rigoureux.   La fiche du recueil des poids transmise est un tableau rempli de manière manuscrite. Il liste l’ensemble des résidents selon leur étage d’accueil (UVS, 3ème, 4ème, 5ème et 6ème), et les mois concernés par ce recueil du poids. Seuls les mois de janvier, février, mars, et avril 2024 y figurent. Il n’a pas été transmis ceux relatifs au mois de mai et juin. Malgré tout, on constate que peu de résidents a une absence de poids renseignés pour ces 4 mois : 4 en janvier, février et mars et 3 en avril.   1. La mesure du poids mensuel n’est pas effective pour chaque résident, ce qui ne garantit pas la mesure de l’IMC et le diagnostic de dénutrition afin d’alerter le médecin traitant pour mettre en place les mesures correctives.   **3-Protocole relatif aux contentions :**  Le protocole « pratique de la contention physique dans l’établissement La sainte Famille » n’est pas daté, validé ni signé. Il présente la définition ainsi que les modes de contention physique pratiqués dans la structure notamment au fauteuil et au lit. Les objectifs de la contention sont évoqués ainsi que les cas où celle-ci est pratiquée (difficulté de se tenir seule debout ou assise, risques importants de chutes).  Le processus décisionnel est décrit, ainsi que les moyens de contention physique utilisés sur l’établissement, les risques liés à la contention dont ceux spécifiques à certains moyens utilisés. Le suivi de la décision de contention présente les outils de formalisation décisionnelle et les supports d’information. Après l’identification de la personne, du demandeur et du prescripteur, les motifs et objectifs de la mesure de contention sont inscrits. Le mode et les moyens de contention envisagés sont mentionnés ainsi que la date et la durée, la réévaluation de la contention et les mesures de surveillance et de vigilances spécifiques. Les cas de levée de contention physique sont cochés (repas, animation, présence d’un tiers).  Une commission de vigilance est en place permettant d’assurer le suivi de l’ensemble des résidents concernés par la mesure de contention.  Ce protocole ne rappelle pas la décision pluridisciplinaire, l’information du résident et famille ou tuteur afin d’obtenir leur consentement, la recherche d’alternatives, la mesure du bénéfice /risque.   1. Le protocole relatif à la contention ne précise pas certaines modalités de mise en œuvre de la contention physique passive dont l’information du résident/entourage, la recherche d’alternatives à la contention, l’évaluation du bénéfice /risque, qui permettraient de cadrer la démarche réalisée en pluridisciplinarité.   L’établissement a transmis les documents permettant d’attester que le suivi des résidents sous contention physique est organisé et suivi régulièrement.  La liste des résidents sous contention physique concerne 9 résidents. La date de mise à jour ne figure pas sur ce document.  Le modèle type de la fiche formalisant la décision de mise sous contention du résident permet d’objectiver l’inscription de l’ensemble des éléments décrits dans le protocole. Ils sont à cocher, notamment les modalités de la prescription (durée, date de prescription, date prévue pour l’évaluation de la mesure) les motifs, les objectifs, le mode et les moyens de la contention physique.  Les fiches pour 8 résidents ont été étudiées (manque une résidente), elles illustrent le fait que les prescriptions sont renouvelées toutes les 5 semaines pour tous. Tous les renouvellements ont été transmis depuis la première prescription réalisée (mars 2023 pour une situation). La contention physique au siège ou en fauteuil ne précise pas le matériel utilisé. Les cas de levée de contention ainsi que les points de vigilance spécifique ne sont jamais cochés.  **4-Protocole prévention et traitement des escarres** :  Le protocole « prévention d’escarres » mis à jour en juin 2017, présente très succinctement la définition de l’escarre et les situations à risque. Les actions préventives sont listées dans un tableau sans aucune précision des modalités de mise en œuvre. La technique de l’effleurage n’est pas abordée. Ce document recto est incomplet les facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques ne sont pas abordés, ni l’évaluation du risque d’escarre selon certaines échelles (*BRADEN et NORTON),* et en fonction du score obtenu la prévention à mettre en place.  Le protocole « gestion de la plaie » présente dans un tableau les différentes lésions cutanées dans le cadre de la plaie chronique en référence à des données du CHU de Clermont Ferrand de mai 2012. Selon l’évolution de la plaie, la photo est insérée et le descriptif inscrit et en fonction le type de pansement est proposé.  L’établissement ne dispose pas d’un protocole spécifique sur le traitement des 4 stades identifiés des escarres.   1. Le protocole prévention des escarres est très incomplet. Il ne présente pas l’identification des facteurs de risques, l’évaluation du risque selon des échelles de BRADEN et NORTON ni les modalités pour mettre en œuvre l’ensemble des mesures de prévention, comme par exemple la méthode de l’effleurage cutané, ce qui ne permet pas d’assurer de la bonne gestion de ce risque. 2. En l’absence de protocole sur le traitement des escarres, l’établissement ne dispose pas d’une conduite à tenir permettant notamment de définir les types de pansements pour traiter les 4 stades lésionnels ainsi que leurs modalités d’utilisation, afin de partager une pratique avec l’ensemble des professionnels concernés. |
| Les soins palliatifs, la douleur, la fin de vie font-ils l'objet d'une organisation spécifique ? | L’établissement a prévu une organisation spécifique pour l’accompagnement de la fin de vie.  Cette organisation est effective et continue et permet la pratique des soins palliatifs.  Une IDE est formée et/ou il existe un référent aux soins palliatifs.  Une convention avec HAD et/ou EMSP est signée.  → Art. L. 311-8 et D. 311-38 du CASF  Nombre annuel de résidents bénéficiaires de cet accompagnement : | Oui | Une des infirmières de l’établissement dispose d’un DU soins palliatifs. Une formation est programmée en 2025 à destination des 3 IDE et d’une AS pour mettre en place un groupe de personnes référentes sur les soins palliatifs.  L’établissement a signé en 2020 une convention avec le CHU 63 de mise à disposition de l’équipe mobile de soins palliatifs. Il travaille également en partenariat avec l’HAD 63 pour l’accompagnement en fin de vie.  La mission ne dispose pas d’informations concernant le nombre de résidents bénéficiaires de cet accompagnement chaque année, ni au travers des entretiens, ni par le biais des documents consultés sur place ou remis par la direction. |
| L’établissement a mis en place des pratiques formalisées de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, suivi). | Oui mais | Le protocole « évaluation et prise en charge de la douleur » actualisé en mai 2018 présente quelques définitions sur la douleur et notamment sa nature physique et psychologique. La notion d’évaluation de la douleur est évoquée selon que le résident est communicant (échelle verbale simple) ou pas (utilisation de l’échelle DOLOPLUS). Par contre ces échelles évaluatives ne sont pas annexées pour illustrer l’explication de leur passation. Il n’est pas rappelé l’importance de faire une évaluation de base à l’entrée du résident et d’inciter les professionnels à faire l’évaluation le plus fréquemment possible et autant que de besoin.  La prise en charge de la douleur est exposée très succinctement, il n’est pas évoqué les 3 paliers d’antalgiques pouvant être utilisés.   1. Le protocole sur la douleur ne présente pas les échelles d’évaluation de la douleur utilisées sur la structure, ni l’importance de tracer son résultat et en fonction du score obtenu la conduite à tenir. La démarche d’incitation du dépistage de la douleur et de son évaluation avec les échelles (EVS et DOLOPUS) n’est pas formalisée, ce qui ne garantit pas la pratique régulière et la bonne prise en compte des troubles douloureux présentés par les résidents. |
| L’accès à l’infirmerie et aux éléments médicaux est sécurisée | L’infirmerie est fermée à clé ou par un autre système (digicode).  → Art. L. 1110-4 du CSP et/ou R. 4312-39 du CSP | Non vérifié |  |
| Les dossiers médicaux sont placés dans un espace fermé à clé.  →Art. L. 1110-4 du CSP | Non vérifié |  |
| L’établissement dispose d’un matériel adapté et suffisant | Un chariot ou sac à dos d’urgence complet et opérationnel est en place.  → RBPP ANESM/HAS Fiche repère : Prise en charge médicamenteuse en EHPAD | Oui mais | La fiche de traçabilité du chariot d’urgence transmise objective les différents contrôles réalisés en 2023 et 2024, ils ne sont pas faits mensuellement. En 2024 la vérification a été effectuée en février, en mars et en mai 2024. Les IDE effecteurs signent. L’ensemble des traitements sont listés et en regard la date de péremption est indiquée. Le petit matériel et autres dispositifs médicaux sont indiqués. Selon le suivi réalisé, aucune date n’apparait comme périmée et aucun produit est en attente de remplacement.  Par contre les matériels à disposition (extracteur O2, Oxygène, défibrillateur, aspirateur à mucosités) ne figurent pas sur cette dotation ce qui ne permet pas d’attester notamment de leur fonctionnement.   1. La dotation du chariot d’urgence ne fait pas figurer les matériels à disposition (extracteur O2, Oxygène, défibrillateur, aspirateur à mucosités), ni leur lieu de stockage, ce qui ne permet pas de contrôler les dates de péremption (bouteille d’oxygène, électrodes du défibrillateur), ni le fonctionnement du matériel afin de vérifier que la dotation est opérationnelle en cas d’urgence vitale. |
| L’établissement dispose du matériel suivant :  - Aspirateur de mucosités / sonde d’aspiration disponibles et à proximité  - Défibrillateur *(il est vérifié régulièrement / tracé / formation ?)*  - Insufflateur (Ambu) et masque  - Bouteille O ² (arrimée)  Autorisation de mise sur le marché des bouteilles d'oxygène  → Art. L. 311-3 et D. 344-5-6-4 du CASF |  | Cf. SUPRA |

Conclusion

L’EHPAD La Sainte Famille est un établissement bien tenu malgré la configuration particulière des locaux liée à son architecture historique et son classement aux monuments historiques. Cette configuration a aussi un impact sur la sécurité des résidents en laissant des espaces insuffisamment sécurisés (escaliers, fenêtres).

Le directeur en poste depuis 25 ans a une parfaite connaissance de la structure et de ses rouages et peut s’appuyer sur un secrétaire général qui connait bien l’établissement bien qu’étant en poste depuis relativement peu de temps.

Le personnel rencontré, s’il parait investi, souffre au quotidien de l’instabilité des personnels recrutés et du manque de personnel qualifié. Jusqu’en 2020, l’ancienneté du personnel AS était de 10 ans et de 14 ans pour le personnel IDE. La période post COVID est un point de bascule dans la stabilité des équipes. L’établissement a perdu en 6 mois 14 AS sur les 16 en poste compte tenu de l’impossibilité de mettre en place la prime SEGUR du fait du statut associatif de la structure. L’absence de négociation du CPOM est une difficulté supplémentaire pour l’établissement mais elle ne doit pas être un frein à l’élaboration définition du projet d’établissement et du projet de soins.

La mise en cause du personnel par une famille à la suite du décès de leur proche a déstabilisé un peu plus une équipe déjà fragilisée avec l’absence de la cadre de santé depuis un an.

Le manque de personnel soignant qualifié constitue un réel problème pour la prise en charge et la sécurité des résidents de jour comme de nuit, situation sur laquelle la direction de l’établissement a informé les services de l’ARS et du Conseil départemental. La direction tente de pallier le manque de qualification par des formations qui permettent au personnel de monter en compétence.

L’établissement dispose de nombreuses procédures et protocoles qui nécessitent d’être actualisés et portés plus périodiquement à la connaissance du personnel compte tenu du turn-over important de celui-ci.

Enfin, l’absence d’informatisation et la multiplication des supports pour la gestion des soins techniques et de nursing ne garantit pas une organisation efficiente des prises en charge.

le 7 octobre 2024

Signataires :

Gwënola BONNET Philippe GUIBERT

Inspectrice de l’ARS Inspecteur de l’ARS

Coordinatrice de la mission

Synthèse des constats d’écarts et de remarques

Les écarts et remarques formulés par la mission serviront de fondement aux mesures correctives qui seront prononcées par la Directrice générale de l'ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES, commanditaire de la mission, dans sa/leur décision.

Rappel :

* Ecart = non-conformité constatée par rapport à une référence juridique opposable.
* Remarque = dysfonctionnement ou manquement ne pouvant être caractérisé au regard d'une référence juridique opposable, mais de nature à engendrer un niveau de risque plus ou moins critique.

Les écarts et remarques peuvent être formulés selon **deux niveaux** au regard des **risques induits** :

écart / écart majeur et remarque / remarque majeure.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ECART** | **PAGE** | **INTITULE** |
| 1 | 9 | Le projet d’établissement communiqué est trop généraliste et ne définit pas les objectifs fixés, ce qui contrevient aux dispositions de l’article L.311-8 du CASF. |
| 2 | 13 | Le diplôme fournit est un diplôme de niveau II qui ne permet à lui seul de justifier de la qualification requise pour exercer la fonction de directeur dans un établissement répondant cumulativement, sur au moins trois exercices comptables clos consécutifs, au moins à deux des trois seuils fixés à l'article R612-1 du code de commerce ; |
| 3 | 16 | En ne disposant pas de personnel diplômé, l’établissement contrevient aux dispositions de l’article L.312-1 II du CASF qui dispose que les prestations délivrées dans les ESMS sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. |
| 4 | 18 | L’équipe présente la nuit ne comporte pas systématiquement d’agent qualifié ce qui peut nuire à la bonne sécurité des résidents. Ceci est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF. |
| 5 | 23 | L’absence de sécurisation des fenêtres et des escaliers présente un risque pour la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l’article L.311-3 du CASF. |
| 6 | 24 | En l’absence de solutions satisfaisantes pour ombrager la terrasse et l’absence de sécurisation ne permet de garantir la sécurité des résidents. Cette situation est contraire à l’article L.311-3 du CASF. |
| 7 | 24 | L’absence de sécurisation des locaux spécifiques présente un risque pour la sécurité des résidents notamment pour ceux présentant des troubles cognitifs. Cette situation est contraire à l’article L.311-3 du CASF. |
| 8 | 36 | La conduite à tenir en cas de fausse route n'est pas connue des personnels et n’est pas actualisé, ce qui peut nuire à la sécurité des résidents et contrevient à l'article. L. 311-3 du CASF. |
| 9 | 36 | Le temps de service du médecin coordonnateur n’est pas en conformité avec l'article D312-156 du CASF. |
| 10 | 37 | L’absence d’actualisation de projet général de soins dont l’élaboration relève de la responsabilité du médecin coordonnateur, contrevient à l’article D.312-158-1° du CASF. |
| 11 | 37 | La commission de coordination gériatrique présidée par le médecin coordonnateur n’est pas mise en place au moins une fois par an, ce qui contrevient avec l’article D312-158-3 du CASF. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REMARQUE MAJEURE** | **PAGE** | **INTITULE** |
|  | 12 | Le dispositif de signalement des incidents importants ou des (EIG évènements indésirables graves) n’est pas connu des personnels, ce qui ne garantit pas une déclaration exhaustive des dysfonctionnements et des EIG conformément aux articles L.331-8-1 et R.331-8 du CASF et L.1423-14 du CSP. |
|  | 19 | L’absence de système d’information global, centré sur le résident avec toutes ses composantes, ne permet pas de garantir la traçabilité et la sécurité de l’accompagnement. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REMARQUE** | **PAGE** | **INTITULE** |
|  | 8 | Quel que soit le mode d’accueil, l’établissement est actuellement sous occupé par rapport à la capacité autorisée. Il continue de percevoir 100% de sa dotation soins. |
|  | 8 | La tenue du registre légal n’est pas entièrement satisfaisante dans la mesure où certaines dates de sortie ne peuvent pas être directement reliées aux dates d’entrée. |
|  | 11 | La mission ne peut pas attester que le nombre de réunion du CVS est conforme aux dispositions de l’article D311-16 du CASF. |
|  | 12 | Le protocole de signalement de février 2022 ne prévoit pas de déclaration des EIG auprès du Conseil départemental alors même que le document relatif au circuit des événements indésirables et graves d’août 2023 le prévoit. |
|  | 12 | Le dispositif portant sur les réclamations existant n’est pas suffisamment connu du personnel. |
|  | 17 | La politique de remplacement du personnel n’est pas formalisée. |
|  | 18 | L’établissement n’a pas remis les fiches de poste de l’IDEC, des IDE et des AS, ce qui ne permet pas à la mission d’attester que ces documents existent. |
|  | 20 | Malgré une part importante d’auxiliaires de vie faisant-fonction, aucun n’est engagé dans une démarche de VAE ou tout autre démarche de formation qualifiante. |
|  | 20 | En ne mettant pas en œuvre un dispositif d’analyse de la pratique professionnelle, la structure ne permet ni la prise de distance, ni la réflexion critique sur les pratiques quotidiennes. |
|  | 25 | La réponse aux appels malades n’est pas organisée de manière efficiente, plusieurs agents pouvant être mobilisés en même temps sur une même situation. |
|  | 27 | En l’absence de la remise du livre d’accueil, la mission d’inspection ne peut pas attester de son existence. |
|  | 28 | Les éléments recueillis lors des entretiens sont contradictoires et ne permettent pas à la mission de dire s’il existe ou non un professionnel référent pour chaque résident. |
|  | 29 | Le document présentant la planification horaire des actes à réaliser par les IDE ne permet pas la traçabilité de l’effectivité des tâches réalisées, ce qui ne favorise pas la connaissance des actes faits et leur suivi régulier afin d’assurer la continuité des soins, d’autant que ce risque est majoré par l’existence d’un turn-over des IDE. |
|  | 32 | Les plans de soins de nursing ASD n’explicitent pas les attendus de tous les actes de nursing (protocole prévention escarre, soins de bouche…) et les spécificités individuelles des résidents ne sont pas précisées, ce qui ne permet pas d’assurer la bonne prise en charge au quotidien en tenant compte des besoins identifiés de chaque personne. La traçabilité des actes ne peut pas être notée sur ces plans. |
|  | 32 | En faisant coexister différents outils listant les actes de nursing programmés pour chaque résident, cela concourt à des risques de dispersion des professionnels mais surtout à des mises à jour difficiles à mettre en place et à suivre, notamment sans mention de date d’actualisation, ne garantissant pas l’exactitude des données et donc des besoins des résidents en accompagnement quotidien. |
|  | 32 | L’absence de logiciel de soins ne facilite pas la planification des plans de soins de nursing et techniques/IDE, ce qui nécessite de construire et de remplir d’autres outils chacun séparément et manuellement, dont ceux pour la traçabilité des actes faits (diagramme de soins selon le poste occupé), complexifiant le travail et impliquant un suivi organisé de la mise à jour. |
|  | 34 | Le plan de changes de l’ensemble des résidents ne mentionne pas le contrôle de la saturation des protections à réaliser notamment pour les horaires de nuit, ce qui ne permet pas d’assurer que cette démarche soit en place afin de faire un change qui s’avère nécessaire et apporter du confort et bien-être au résident. |
|  | 38 | En l’absence de pièces annexées aux 2 DLU concernant les traitements en cours, les derniers comptes rendus médicaux, les résultats biologiques et les transmissions quotidiennes, il ne peut être garantit que ces éléments soient bien transmis lors d’un transfert vers une structure sanitaire afin de renseigner correctement le service d’accueil sur la situation de chaque personne. |
|  | 39 | En l’absence d’élaboration de protocoles concernant les conduites à tenir pour faire face aux situations d’urgences gériatriques, l’établissement ne peut pas assurer de mettre en œuvre rapidement la prise en charge effective de ces urgences. |
|  | 40 | Le protocole de prévention des chutes ne fait pas référence aux RBPP et n’évoque pas l’intérêt de la réalisation d’un test d’évaluation du risque de chute (test TINETTI) à l’entrée des résidents et autant que de besoin. Ce repérage permettrait de mettre en place des mesures préventives personnalisées et un accompagnement adapté. |
|  | 40 | : La conduite à tenir pour faire face à une chute en présence ou non d’IDE n’est pas formalisée, ce qui ne garantit pas la connaissance des gestes à mettre en œuvre et leur pratique. |
|  | 40 | L’incitation des professionnels à faire une déclaration de chutes n’est pas formalisée, ni leur traçabilité en décrivant l’évènement, les circonstances, les actions mises en œuvre, l’information de la famille. Ceci ne permet pas de constituer des données à analyser en pluridisciplinarité en vue de définir les mesures correctives à mettre en place. |
|  | 41 | L’absence de protocole relatif à la dénutrition présentant les dernières recommandations de la HAS de novembre 2021 (notamment sur les critères de diagnostic de la dénutrition et les modalités de l’organisation de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition des résidents accueillis en EHPAD) ne garantit pas que l’établissement veille à cette démarche et ce suivi rigoureux. |
|  | 41 | La mesure du poids mensuel n’est pas effective pour chaque résident, ce qui ne garantit pas la mesure de l’IMC et le diagnostic de dénutrition afin d’alerter le médecin traitant pour mettre en place les mesures correctives. |
|  | 42 | Le protocole relatif à la contention ne précise pas certaines modalités de mise en œuvre de la contention physique passive dont l’information du résident/entourage, la recherche d’alternatives à la contention, l’évaluation du bénéfice /risque, qui permettraient de cadrer la démarche réalisée en pluridisciplinarité. |
|  | 44 | Le protocole prévention des escarres est très incomplet. Il ne présente pas l’identification des facteurs de risques, l’évaluation du risque selon des échelles de BRADEN et NORTON ni les modalités pour mettre en œuvre l’ensemble des mesures de prévention, comme par exemple la méthode de l’effleurage cutané, ce qui ne permet pas d’assurer de la bonne gestion de ce risque. |
|  | 44 | En l’absence de protocole sur le traitement des escarres, l’établissement ne dispose pas d’une conduite à tenir permettant notamment de définir les types de pansements pour traiter les 4 stades lésionnels ainsi que leurs modalités d’utilisation, afin de partager une pratique avec l’ensemble des professionnels concernés. |
|  | 45 | Le protocole sur la douleur ne présente pas les échelles d’évaluation de la douleur utilisées sur la structure, ni l’importance de tracer son résultat et en fonction du score obtenu la conduite à tenir. La démarche d’incitation du dépistage de la douleur et de son évaluation avec les échelles (EVS et DOLOPUS) n’est pas formalisée, ce qui ne garantit pas la pratique régulière et la bonne prise en compte des troubles douloureux présentés par les résidents. |
|  | 46 | La dotation du chariot d’urgence ne fait pas figurer les matériels à disposition (extracteur O2, Oxygène, défibrillateur, aspirateur à mucosités), ni leur lieu de stockage, ce qui ne permet pas de contrôler les dates de péremption (bouteille d’oxygène, électrodes du défibrillateur), ni le fonctionnement du matériel afin de vérifier que la dotation est opérationnelle en cas d’urgence vitale. |

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

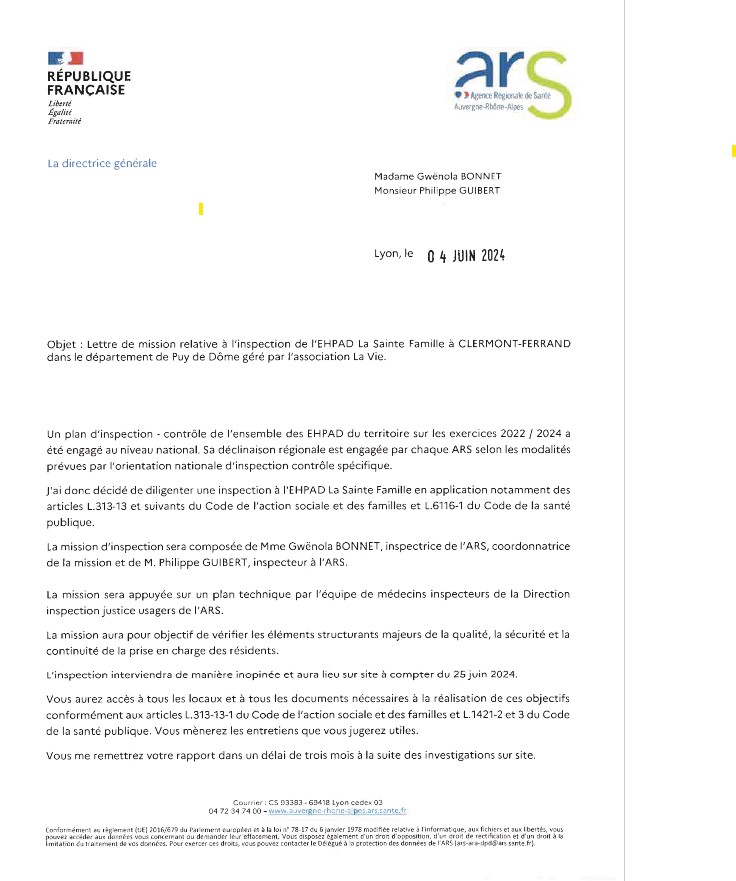
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

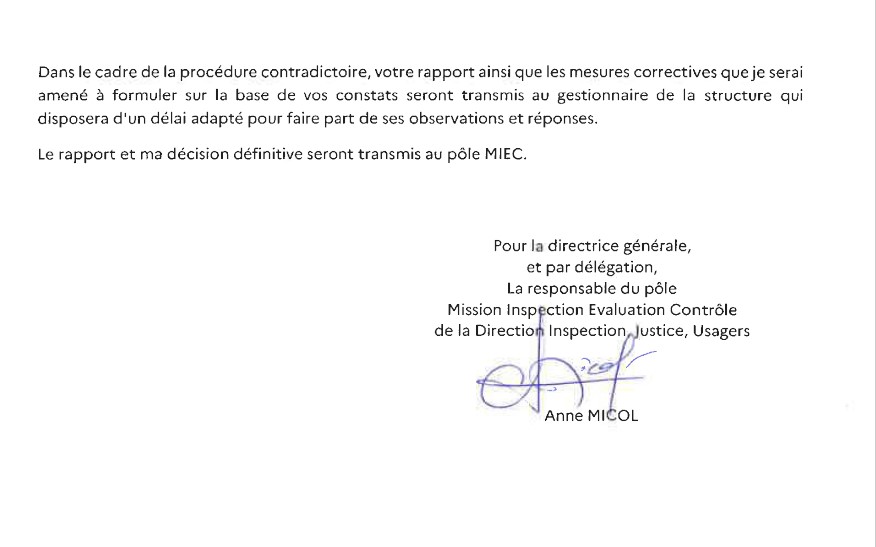
[Liste anonymisée des personnes rencontrées désignées par leur fonction]

Ainsi que des professionnels rencontrés lors de la visite de l’établissement

Annexe 3 : Liste des documents consultés

Annexe 1 : Lettre de mission





Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

* Directeur
* Infirmière
* Aide-médico-psychologique
* Accompagnante éducative et sociale

Annexe 3 : Liste des documents consultés

