

## RAPPORT D'INSPECTION

EHPAD « Les Jardins de Saint-Illide »

15 310 SAINT ILLIDE (15)

Finess E.T. : 15 078 228 2

Etablissement Public autonome

**Établi par :**

- Mme [REDACTED], Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, coordinatrice de la mission,
- Mme [REDACTED], Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale,
- M. le Dr [REDACTED], Inspecteur de l'ARS ayant la qualité de médecin,
- Mme [REDACTED], Chef de service équipements, établissements et tarification - Conseil Départemental du Cantal,
- Mme [REDACTED], Référente secteur personnes âgées - Conseil Départemental du Cantal.

## AVERTISSEMENTS

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

2. Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L300-2 du code des relations entre le public et 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

SOMMAIRE .....	3
INTRODUCTION .....	5
1 GOUVERNANCE .....	7
1.1 CONFORMITE AUX CONDITIONS DE L'AUTORISATION .....	7
1.1.1 Régime juridique .....	7
1.1.2 Personnes accueillies .....	9
1.2 MANAGEMENT ET STRATEGIE .....	11
1.2.1 Fonctionnement global .....	11
1.2.1.1Projet d'Etablissement .....	11
1.2.1.2Règlement de fonctionnement .....	11
1.2.2 Pilotage .....	12
1.2.2.1Organigramme .....	12
1.2.2.2Fonction de direction .....	13
1.2.3 Communication interne .....	16
1.3 ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES .....	18
1.3.1 Conseil d'administration .....	18
1.3.2 Comité technique d'établissement .....	19
1.3.3 Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) .....	20
1.3.4 Conseil de la vie sociale ou autres formes de participation .....	21
1.4 GESTION DE LA QUALITE .....	21
1.4.1 Démarche d'amélioration de la qualité .....	21
1.4.2 Politique de promotion de la bientraitance .....	22
1.5 GESTION DES RISQUES, DES CRISES ET DES INCIDENTS GRAVES .....	23
1.5.1 Politique de prévention et de gestion des risques .....	23
1.5.1.1 Qualité de vie au travail / prévention des risques psychosociaux .....	23
1.5.1.2 Plan bleu .....	27
1.5.2 Evènements indésirables ou incidents graves .....	28
1.5.3 Réclamations .....	28
2 FONCTIONS SUPPORT .....	29
2.1 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....	29
2.1.1 Personnels, qualifications .....	29

2.1.2	Formation, accompagnement à la mobilité et à la promotion, soutien des professionnels ..	33
2.1.3	Affectation des personnels .....	35
2.1.3.1	Continuité du fonctionnement .....	35
2.1.3.2	Les transmissions .....	41
<b>2.2</b>	<b>SECURITES .....</b>	<b>43</b>
<b>3</b>	<b>PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>ORGANISATION ET DISPENSATION DES SOINS .....</b>	<b>44</b>
3.1.1	Projet de soins global de l'EHPAD/projet d'accompagnement personnalisé /plan de soins ..	44
3.1.2	Le personnel soignant .....	45
3.1.3	Locaux de soins, matériels et installations techniques .....	46
3.1.4	Partenariats et conventions .....	46
3.1.5	Admission .....	47
3.1.6	Unité de vie protégée .....	47
<b>3.2</b>	<b>PARTAGE DES INFORMATIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES .....</b>	<b>48</b>
<b>3.3</b>	<b>PROTOCOLES DE SOINS .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4</b>	<b>CIRCUIT DU MEDICAMENT .....</b>	<b>50</b>
	CONCLUSION .....	57
	SYNTHESE DES CONSTATS D'ECARTS ET REMARQUES .....	60

# RAPPORT

## INTRODUCTION

L'inspection de l'EHPAD « Les Jardins de Saint-Illide », est inscrite au programme régional d'inspection, d'évaluation et de contrôle 2020/2021 de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'attention du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et du Président du Conseil départemental a été attirée sur différents signaux relatifs à des difficultés en matière de pilotage et de gouvernance susceptibles d'affecter le fonctionnement de l'EHPAD de St Illide.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et le Président du Conseil départemental du Cantal, ont donc souhaité que soit menée une inspection dans cet établissement en application notamment des articles L313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L6116-1 du Code de la santé publique.

La mission avait pour objectifs :

- d'apprécier et de vérifier les conditions de gouvernance : pilotage interne, gestion des ressources humaines, modalités de management des équipes et dialogue social ainsi que la gestion de la qualité / gestion des risques,
- d'analyser l'organisation de la prise en charge médicale et soignante (dont le circuit du médicament).

Afin de repérer les éventuels dysfonctionnements et de proposer des mesures pour y remédier.

La mission était composée de Mme [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission, Mme [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, du Dr [REDACTED], inspecteur de l'ARS ayant la qualité de médecin, de Mme [REDACTED], chef de service équipements, établissements et tarification du Conseil départemental (CD) du Cantal et de Mme [REDACTED], référente secteur personnes âgées (CD15).

Les lettres de mission figurent en annexe 1 du présent rapport.

L'inspection a eu lieu sur site les 16, 17 et 18 mars 2021 et s'est poursuivie le 25 mars 2021 avec l'entretien en audioconférence du maire de Saint-illide, Président du Conseil d'Administration. Le maire de Pleaux a demandé à être entendu par la mission d'inspection afin de faire état de difficultés rencontrées à l'EHPAD de Pleaux (direction commune avec l'EHPAD de St Illide). La coordonnatrice de la mission a eu un échange téléphonique avec le maire de Pleaux et l'a invité à saisir par écrit le DGARS et le PCD, précisant que la mission d'inspection était centrée sur l'EHPAD de Saint-Illide.

L'inspection s'est déroulée de manière inopinée ; toutefois compte tenu de la période de crise sanitaire le directeur de l'établissement a été prévenu à 9h de l'arrivée de la mission dans l'établissement à 14h.

Le jour de sa venue, la mission a été accueillie par la cadre de santé compte tenu de l'absence du directeur qui était en congé. La mission a pu rencontrer le directeur à son retour de congés le 18 mars 2021.

La mission s'est appuyée sur des entretiens avec les personnes citées en annexe 2 et sur l'analyse de documents administratifs et techniques dont la liste figure en annexe 3. Seuls quelques documents ont été remis à la mission le jour de la visite, d'autres documents ont été envoyés par l'établissement entre le 9 et le 21 avril 2021, soit plus de 1 mois après la fin de l'inspection sur site. Plusieurs documents n'ont pas été adressés à la mission. Le directeur de l'EHPAD indique dans sa réponse au courrier d'alerte de l'ARS et du CD 15 que l'ensemble des documents disponibles ont été transmis, la mission en conclut donc que les documents non transmis n'existent pas ou que le directeur n'en a pas connaissance.

La mission d'inspection n'a pas procédé à une visite générale des locaux, ni à un contrôle des systèmes d'appels malades compte-tenu de la situation de crise sanitaire. Seuls les locaux de soins (salle de soins/pharmacie) ont été vus par le médecin de la mission.

# 1 GOUVERNANCE

## 1.1 CONFORMITE AUX CONDITIONS DE L'AUTORISATION

### 1.1.1 Régime juridique

#### ➤ Statut

L'EHPAD « les Jardins de St Illide » est un établissement public autonome relevant de la Fonction Publique Hospitalière.

#### ➤ Autorisation

Par arrêté en date du 20 août 1984, l'hospice d'Albart de Saint-Illide est transformé en maison de retraite avec extension de la capacité de la structure de 6 à 20 lits.

L'arrêté conjoint n°2009-1398 de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et n° 2009-2715 du Conseil Général du Cantal du 13 octobre 2009 autorise l'extension de la maison de retraite de Saint-Illide de 45 lits et places. La capacité totale est donc portée à 65 lits et places dont 3 lits d'accueil temporaire, 2 places d'accueil de jour et 12 lits dédiés pour personnes Alzheimer ou maladies apparentées. Ces 65 lits ont été installés le 15 octobre 2012.

L'arrêté conjoint n° 2016-6635 de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et du Conseil départemental du Cantal en date du 1er décembre 2016 renouvelle l'autorisation à compter du 3 janvier 2017.

L'arrêté conjoint n°2019-14-0167 acte la réduction de 2 places d'accueil de jour au sein de l'EHPAD, ce qui porte la capacité actuelle de l'établissement à **63 lits dont 60 lits d'hébergement permanent, 3 lits d'accueil temporaire et 12 lits pour l'unité protégée.**

Les caractéristiques de la présente décision sont enregistrées comme suit au FINESS :

Discipline	Mode de fonctionnement	Clientèle	Capacité
657- Accueil temporaire pour Personnes Âgées	11 – Hébergement Complet Internat	711- Personnes Âgées dépendantes	3
924 – Accueil pour Personnes Âgées	11 – Hébergement Complet Internat	711- Personnes Âgées dépendantes	48
924 – Accueil pour Personnes Âgées	11 – Hébergement Complet Internat	436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	12

#### ➤ CPOM

L'établissement était inscrit initialement à la programmation pour la signature d'un CPOM en 2021.

L'arrêté n°2020-13-0893 portant mise à jour de la programmation prévisionnelle pour la période 2021-2025 des CPOM a décalé la signature du CPOM de St Illide en 2022 .

➤ Convention tripartite

L'établissement a signé sa 2<sup>ème</sup> convention tripartite avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et le Conseil départemental du Cantal le 20 juin 2016. Les documents annexés à la signature de la convention sont :

- Projet d'établissement 2016-2020
- Projet de vie 2016-2020 (projet de vie de l'unité 2015-2019)
- Projets de soins 2016-2020
- Projet d'animation 2016-2020
- Projet social et managérial 2016-2020
- Projet hôtelier 2016-2020
- Contrat de séjour
- Règlement de fonctionnement
- Livret d'accueil

➤ Evaluation interne/évaluation externe

Dans le cadre de la procédure de renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD, l'ARS et le Conseil départemental ont été destinataires du rapport d'évaluation externe de cet établissement en date du 17 décembre 2014.

La date de communication du rapport était conforme au calendrier défini par le décret n°2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Au regard des éléments transmis dans le rapport et suite à l'analyse conjointe, rien ne s'opposait au renouvellement tacite de son autorisation pour une durée de 15 ans conformément à l'article L 313-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'analyse du rapport avait relevé les points positifs suivants :

- L'ouverture sur l'environnement
- Les activités d'animation qui permettent l'autonomie des résidents
- Le personnel bien traitant avec les résidents et qui respecte leur rythme de vie
- Les nombreux protocoles mis en place (contention, incontinence, chute, douleur...)

Toutefois, l'organisme évaluateur avait effectué des préconisations et des recommandations devant faire l'objet d'un plan d'actions :

- Formaliser le temps des transmissions
- Améliorer la maîtrise du risque infectieux
- Améliorer la formalisation des écrits au sein de l'unité protégée
- Mettre en place un CVS
- Former le personnel en charge de l'hygiène des locaux

Une évaluation interne a également été transmise en 2014. Les points positifs relevés lors de l'analyse du rapport étaient :

- Offrir des soins personnalisés adaptés à l'autonomie, en respectant le plus possible les habitudes de vie et en les maintenant dans une vie sociale adaptée
- Prévenir ou retarder la dégradation de l'état de santé des personnes âgées
- Accompagner la fin de vie
- Maintenir un lien social en participant aux animations proposées
- Garantir la sécurité dans la vie quotidienne

Les points à améliorer étaient :

- Mettre en place une procédure écrite sur le recueil des attentes et satisfactions
- Mettre en place un CVS
- Mettre en place des badges pour le personnel
- Mettre en place un organigramme pour la structure
- Réaliser un projet de vie individualisé pour chaque résident
- Plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne
- Aucune réunion d'information entre les résidents et/ou familles et le personnel n'est organisée
- Mettre en place une procédure pour marquer la différence entre les plaintes et réclamations et les évènements indésirables
- Il n'existe aucune liste type actualisée des médicaments prescrits

La mission constate qu'aucun plan d'action n'a été élaboré par l'établissement suite à ces évaluations, ni aucun suivi des préconisations. La mission note qu'un certain nombre de constats restent d'actualité au jour de l'inspection, notamment :

- Le CVS n'est toujours pas installé (confère infra - § 1.3),
- Aucun élément n'atteste de l'existence de réunions avec les résidents et/ou les familles (même avant 2020),
- Tout n'est pas mis en place pour maîtriser le risque infectieux (notamment, DARI non actualisé) (confère infra - § 3.1),
- Les projets individualisés ne sont pas élaborés,
- Absence de procédure de gestion des EI et des réclamations.

**Remarque n° 1 :** La démarche d'évaluation, faute de plan d'action suivi, n'a pas été envisagée comme un levier d'amélioration des prestations et d'accompagnement en ESMS.

Les prochaines échéances pour la réalisation des évaluations sont :

- 3 janvier 2022 pour la transmission du rapport de l'évaluation interne
- 3 janvier 2024 pour la transmission du rapport de l'évaluation externe

### 1.1.2 Personnes accueillies

Le registre d'entrée et de sortie des résidents consulté le jour de l'inspection compte 60 résidents présents dont 18 hommes et 42 femmes.

La liste des résidents accueillis à la date de l'inspection transmise par l'EHPAD fait état de 62 résidents soit 42 femmes (68%) et 20 hommes (32%). La mission relève que le nombre de résidents présents le jour de l'inspection issu de la lecture du registre d'entrée et de sortie est différent du nombre communiqué à la mission, ce qui fait douter de la fiabilité de la tenue du registre d'entrée et de sortie.

La répartition par GIR des résidents accueillis durant la période du 16 au 18 mars 2021 :

GIR	Nombre	%
GIR 1	3	4,8 %
GIR 2	25	40,3 %
GIR 3	11	18,3 %
GIR 4	21	33,8 %
GIR 5	1	1,6 %
GIR 6	1	1,6 %
	62	100 %

La mission note une proportion de 45,1% de GIR 1 et 2 ce qui est inférieur au taux régional qui est de 59.87 % de GIR 1 et 2 (Tableau de bord ANAP données 2019).

L'âge moyen à l'entrée est de 81 ans. L'âge moyen des résidents présents s'établit à 85 ans.

La durée moyenne de séjour (DMS) communiquée par l'EHPAD en date du 14 avril, calculée sur les résidents présents du 16 au 18 mars 2021, est de 3 ans et 8 mois soit 1 310 jours. La durée de séjour la plus courte est de 4 jours, la plus longue de 17 ans et un mois ce qui fausse la moyenne.

La mission s'interroge sur ces données par rapport à celles retranscrites dans le tableau de bord ANAP campagne 2020 sur l'année 2019 soit 163,88 pour l'EHPAD (741,04 en 2018).

Par ailleurs, la médiane constatée sur 2019 pour les établissements de même taille dans le département est de 363,88.

Les différences de chiffres constatées interrogent la mission sur la fiabilité des données transmises à l'ANAP par l'EHPAD et sur la tenue régulière du registre des entrées/sorties des résidents.

**Ecart n° 1 : Le registre prévu à l'article L331-2 du CASF n'est pas tenu régulièrement.**

La répartition par âge des résidents présents au jour de l'inspection est la suivante :

- 12 % entre 60 et 75 ans
- 10 % entre 76 et 80 ans
- 17 % entre 81 et 85 ans
- 49 % entre 86 et 100 ans
- 3 % de plus de 100 ans

Au jour de l'inspection, Le résident le plus jeune a 61 ans, le plus âgé plus de 100 ans

Lors du dernier renouvellement de la convention tripartite, le GMP était à 713 et le PMP à 169 en octobre 2015. On retrouvait alors 29 % d'hommes pour 71 % de femmes ce qui diffère un peu de la moyenne nationale (25 % / 75 %) et l'effectif était de 55. L'exploitation de la base a été très difficile avec

de grosses variations par rapport aux chiffres proposés par exemple le GMP proposé à 647 a été validé à 713 et a contrario un PMP à plus de 300 validé à 169.

## 1.2 MANAGEMENT ET STRATEGIE

### 1.2.1 Fonctionnement global

#### 1.2.1.1 Projet d'Etablissement

Lors du renouvellement de sa convention tripartite, l'établissement a communiqué aux autorités de tarification son projet d'établissement 2016-2020. Ce projet était accompagné d'un projet de soins, d'un projet d'animation, d'un projet de vie, d'un projet managérial.

Lors des entretiens, la mission a constaté que ce projet d'établissement n'était pas connu des professionnels et notamment du directeur qui a découvert l'existence de ce document lors de l'inspection, bien qu'arrivé en mai 2018.

Le directeur indique qu'il serait nécessaire d'avoir un Projet d'Etablissement en 2021, notamment dans la perspective de la signature du CPOM prévue en 2022. Pour autant, la mission note qu'aucune démarche participative n'est lancée au sein de l'établissement pour ce faire.

**Ecart n° 2 : En n'ayant pas initié le renouvellement du projet d'Etablissement, la direction ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF.**

**Remarque n° 2 : Le directeur n'a pas connaissance du projet d'établissement 2016-2020, il ne constitue donc pas un outil stratégique de pilotage de l'EHPAD.**

L'établissement a élaboré un projet spécifique pour l'unité protégée couvrant la période 2015-2019 qui n'a cependant pas été réactualisé.

**Remarque n° 3 : Le projet spécifique de l'unité protégée n'est pas à jour, ce qui peut être préjudiciable aux résidents accueillis et à la qualité de leur prise en charge et n'est pas conforme aux RBPP de l'ANESM (Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS – ANESM 2009).**

#### 1.2.1.2 Règlement de fonctionnement

Un règlement de fonctionnement (RF) a été remis à la mission d'inspection plus de 3 semaines après l'inspection.

Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. La mission suppose qu'il n'est pas à jour car le montant du dépôt de garantie mentionné soit 1 495,20 € correspond au prix de journée 2017<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> 49,84 € \* 30 jours

Le RF précise qu'il a été approuvé par le conseil de la vie sociale (CVS), ce qui étonne la mission dans la mesure où le CVS n'est pas constitué. En revanche, il n'indique pas s'il a fait l'objet d'une consultation auprès des instances représentatives du personnel et s'il a été validé par le Conseil d'Administration.

Il est indiqué en début de document que le RF complète le contrat de séjour signé lors de l'admission du résident.

Il comporte des dispositions concernant :

- L'admission : public accueilli, modalités d'admission ;
- La tenue générale : droits et obligations ;
- La sécurité : il est indiqué certaines interdictions ;
- La santé et surveillance : il est rappelé le libre choix du résident pour les praticiens, la présence d'un appel malade et de personnel de nuit ;
- L'organisation de la vie collective : horaires de restauration, fournitures et entretien du linge, organisation des visites et des sorties, intervention des coiffeurs-pédicures, droit au culte, assurances des résidents, organisation du CVS ;
- Les modalités d'hébergement : méthode de facturation notamment en cas d'absence (hospitalisation, départ, décès, renvoi, changement de structure)
- Les relations avec le directeur et les professionnels (secret médical et respect mutuel).

Toutefois, il ne comporte pas les éléments suivants :

- Il ne mentionne pas qu'il est remis à chaque personne qui y exerce soit à titre salarié, libéral ou bénévole ;
- Il ne contient pas d'indications spécifiques concernant le fonctionnement de l'unité de vie ;
- Le RF n'apporte pas d'informations suffisantes aux usagers sur les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens, et sur les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.

**Ecart n° 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. Les éléments transmis ne permettent pas de garantir que le règlement de fonctionnement a été établi conformément aux articles R311-33 du CASF et L.315-12-11° du CASF.**

**Ecart n° 4 : Les dispositions du règlement de fonctionnement sont incomplètes au regard des dispositions des articles R311-34 à R311-37 du CASF et de l'instruction du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services médico-sociaux.**

## 1.2.2 Pilotage

### 1.2.2.1 Organigramme

Un organigramme de l'établissement, non daté, a été remis à la mission le jour de l'inspection. La mission note que le directeur semble ne pas avoir connaissance de cet organigramme. Il indique, dans un premier temps, que l'organigramme est à jour bien qu'il ait probablement été établi avant son arrivée dans l'établissement. Puis, devant les interrogations des membres de la mission sur le positionnement du cadre de santé, il indique que l'organigramme n'est peut-être pas à jour.

Trois semaines après l'inspection, le directeur adresse à la mission un nouvel organigramme daté du 13 janvier 2020 en précisant que l'organigramme remis le jour de l'inspection est un document ancien non conforme.

La mission note que ce document correspond à l'organigramme figurant dans le livret d'accueil nouveau salarié.

L'organigramme se présente comme suit :

- Juxtaposition des différentes fonctions exercées au sein de l'EHPAD : psychologue, IDE, animation, secrétariat, service hôtelier, cuisine, service technique, lingerie, AS et ASHQ,
- Au-dessus de cette liste de fonctions sont positionnés : le directeur, le cadre de santé, le médecin coordonnateur et les médecins généralistes,
- 19 lignes continues et discontinues relient les différentes fonctions sans que soit précisée la nature des liens qui les relient,
- Les AS et ASHQ sont positionnés en bas de l'organigramme et ne sont reliés à aucune autre fonction,
- Le temps de cadre de santé est indiqué 0.5 ETP alors que les entretiens font état d'un temps de travail de 0.6 ETP sur l'EHPAD de St Illide (cf infra),
- Les IDE sont reliés par un trait continu au médecin coordonnateur, aux médecins généralistes et au cadre de santé,
- Les médecins généralistes ne sont pas positionnés en tant que « satellites » de l'établissement mais apparaissent dans l'organigramme au-dessus de la cadre de santé ; ils sont reliés à la cadre de santé et aux IDE par un trait continu,
- Il est indiqué pour les AS « 17etp+12m » sans que soit précisé la signification de « 12m » de même il est indiqué « ASHQ glt » sans précision de la signification de « glt ».

Il ne mentionne pas les noms des personnes mais uniquement les fonctions. Il est confus, manque de clarté, est difficilement compréhensible et ne permet pas d'identifier clairement les responsabilités hiérarchique et fonctionnelle.

**Remarque n° 4 : L'organigramme n'est pas nominatif et comporte des incohérences et imprécisions . Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas lisibles. Ces éléments sont de nature à créer de la confusion dans le management des équipes et le fonctionnement de l'établissement.**

#### 1.2.2.2 Fonction de direction

Le directeur actuel de l'EHPAD est en poste depuis mai 2018. Issu du corps des directeurs d'hôpitaux, il est en position de détachement dans le corps des D3S. Il assure également la direction de l'EHPAD de Pleaux qui est en direction commune avec l'EHPAD de St Illide (convention non transmise à la mission). Son temps de travail se répartit à hauteur de 60% pour l'EHPAD de St Illide et de 40 % pour l'EHPAD de Pleaux (ce qui correspond aux prorata du nombre de places des 2 établissements<sup>2</sup>) : le directeur n'a pas défini de jour d'intervention dans l'un et l'autre des établissements, il organise son travail en fonction des besoins, les entretiens mettent en évidence qu'il assure une présence quasi-quotidienne dans les 2 établissements.

- délégation de pouvoirs au directeur

Le Conseil d'Administration (CA) n'a consenti aucune délégation au directeur.

---

<sup>2</sup> 63 places pour l'EHPAD de St Illide et 41 places pour l'EHPAD de Pleaux

Aucun compte-rendu des séances du Conseil d'Administration n'a été transmis à la mission malgré les demandes, seules quelques délibérations ont été communiquées (cf infra §1.3.1), ce qui ne permet pas à la mission d'avoir une vision précise des modalités de fonctionnement, ni des sujets abordés en CA.

Les entretiens réalisés et l'absence de documents ne permettent pas d'attester de la réalité de l'implication du CA dans le pilotage de l'établissement. En effet, le président du CA indique que les séances du conseil sont principalement dédiées au vote du budget et précise ne pas maîtriser ce sujet, ne pas vraiment comprendre les éléments chiffrés présentés sans réelles explications et se reposer entièrement sur le directeur qui lui semble maîtriser parfaitement ce sujet. Il précise qu'il est rare que d'autres sujets que le budget soient abordés en séance, n'a pas connaissance de l'existence d'un projet d'établissement ni du diagnostic sur les risques psycho-sociaux qui n'a pas été communiqué au CA.

**Ecart n° 5 : Le CA est peu informé et n'intervient pas dans la définition de la politique générale de l'établissement. Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement sont prises par la direction sans avoir reçu de délégation de la part du CA et sans que celles-ci lui soient présentées pour délibération, ce qui ne permet pas le respect des articles L.315-12, L.315-17 et D.315-71 du CASF.**

➤ Répartitions des compétences / missions directeur et cadre de santé

➤ Directeur

Le livret d'accueil du nouvel arrivant indique que le directeur assure diverses tâches administratives : gestion des achats, des investissements, des commandes, de la paie et du suivi financier. En outre les entretiens révèlent que le directeur participe parfois aux transmissions (confère infra § 2.1.3.2), supervise l'élaboration des plannings du personnel, assure les missions RH (lui seul a accès aux dossiers du personnel). Le directeur confirme qu'il assure le travail administratif qu'il ne peut confier à la secrétaire. Ce point est également soulevé dans un courrier adressé par le Maire de Pleaux à l'ARS et au CD15<sup>3</sup> qui stipule que le directeur indique qu'il fait un travail de cadre et de secrétariat et n'a pas de temps pour se consacrer au développement stratégique. La mission note, à cet égard, que l'établissement ne dispose pas de temps de cadre administratif.

**Remarque n° 5 : le directeur concentre une multiplicité de tâches, notamment de gestion courante, au détriment d'un management plus global des équipes et au pilotage stratégique de l'établissement et de son activité.**

➤ Cadre de santé

L'établissement vient de recruter une cadre qui a pris son poste en décembre 2020 en remplacement du précédent cadre de santé qui a quitté l'établissement en octobre 2020. [REDACTED]

La cadre de santé nouvellement recrutée partage son activité entre l'EHPAD de St Illide et l'EHPAD de Pleaux. Selon les entretiens elle est affectée à hauteur de 60% sur l'EHPAD de St Illide et 40% sur l'EHPAD de Pleaux : elle indique intervenir 3 jours sur l'EHPAD de St Illide et 2 jours sur l'EHPAD de

<sup>3</sup> Courrier en date du 2 avril 2021.

Pleaux sans jours prédéfinis<sup>4</sup>, elle « s'adapte en fonction de l'actualité et des besoins des établissements »<sup>5</sup>. Toutefois l'organigramme de l'établissement et sa fiche de poste indique une ventilation de son temps de travail à hauteur de 50% sur chaque EHPAD.

Selon le directeur, la cadre de santé assure la responsabilité de l'équipe de soins. Comme indiqué précédemment (cf § 1.2.2.1), cela n'apparaît pas clairement sur l'organigramme de l'EHPAD.

La fiche de poste (FDP) de la cadre de santé semble être davantage une fiche de publication du poste qu'une fiche de poste détaillée. Elle est en effet très générale, ne mentionne que les grandes missions et comporte un certain nombre d'imprécisions de nature à engendrer une certaine confusion sur le périmètre de ses interventions et de ses responsabilités et sur les missions qui lui sont dévolues. Selon ce document, ses missions sont, notamment :

- « Encadrement des équipes, gestion et développement des personnels », « organisation de réunions d'équipe », « réunions et rencontres hebdomadaires avec l'équipe », « évaluation du travail des agents et accompagnements des projets professionnels ». Toutefois la fiche de poste ne précise pas de quelle(s) équipe(s), ni de quel(s) agent(s) il s'agit. On note à cet égard une certaine confusion lors des entretiens : si le directeur indique que la cadre est en responsabilité de l'équipe de soins, la cadre indique qu'elle est chargée de l'encadrement de l'ensemble du personnel (IDE, AS, ASH, cuisine,...). La mission note à cet égard qu'elle élabore les plannings des personnels non affectés en service de soins (cuisine, ouvrier). Par ailleurs, la FDP ne précise pas si elle participe au recrutement des personnels (notamment des paramédicaux).
- « Montage, mise en œuvre, suivi et gestion des projets », « promotion des réalisations/des projets spécifiques » : aucune précision n'est apportée sur la nature des réalisations et projets dont il est question.
- « Gestion des moyens et des ressources » : aucune précision n'est apportée sur la nature des missions dévolues en matière de moyens et de ressources.
- « Créer une véritable dynamique de l'ensemble des acteurs de santé » : cet item manque de précisions : s'agit-il des intervenants extérieurs (professionnels de santé libéraux intervenants dans l'établissement), du développement de partenariats avec les professionnels des autres services de soins, des structures environnantes ?

La FDP indique dans la description de l'établissement que le « projet d'établissement est à concevoir » mais ne lui attribue aucun rôle en la matière, notamment concernant le projet de soins. De la même façon, aucune mission ne lui est dévolue en matière de gestion des risques, d'évènements indésirables, ni concernant la thématique des projets individualisés des résidents.

Enfin, lors des entretiens, la cadre indique être positionnée en tant que directrice adjointe, ce qui n'apparaît pas dans sa fiche de poste, ni dans l'organigramme, ni n'a été mentionné par le directeur lors de son entretien le jour de la mission.

---

<sup>4</sup> Excepté les mardis à St Illide et les jeudis à Pleaux pour les transmissions prolongées dans chaque EHPAD.

<sup>5</sup> PV CTE du 19/01/2021

Par ailleurs, la cadre de santé ne dispose d'aucune feuille de route pour l'année 2021 ; le seul objectif qui lui a été fixé oralement lors de son entretien d'embauche est la mise en place de la réforme des plannings (confère infra § 2.1.3.1).

**Remarque n° 6 : L'organigramme et la fiche de poste de la cadre de santé ne permettent pas d'appréhender clairement ses fonctions, son positionnement et ses responsabilités au sein de l'EHPAD, ce qui est de nature à créer de la confusion dans le management des équipes et le fonctionnement de l'établissement.**

**Remarque n° 7 : Le directeur et la cadre n'appréhendent pas le contenu même du poste ni le positionnement de la cadre de la même manière, ce qui dénote à minima une absence de dialogue très préjudiciable à la conduite de l'établissement.**

➤ Délégitation de signature du directeur à des personnels

Au jour de l'inspection, aucune délégation de signature n'était consentie au cadre de santé, le directeur indiquant attendre le prochain CA pour lui octroyer une délégation de signature. Trois semaines après l'inspection le directeur a transmis à la mission une décision de délégation de signature à la cadre de santé datée du 18 mars 2021. Cette délégation porte sur les mandats de dépenses et titres de recettes de fonctionnement, les besoins liés à l'accompagnement des résidents et la production de certificats aux usagers et personnels en cas d'absence du directeur.

➤ Continuité de la fonction de direction

Le directeur indique qu'il est toujours joignable et apporte comme preuve le fait que la mission a pu le joindre le matin de l'inspection alors qu'il était en congés dans une autre région. Aucune délégation formalisée n'est consentie. Le directeur précise qu'en cas de besoin, il sollicite le directeur des EHPAD de Salers et d'Ally tout en précisant que le personnel a pour instruction de ne contacter que lui ; à charge pour lui de déclencher ce directeur s'il le juge nécessaire. Il reconnaît qu'il formaliserait une délégation s'il devait partir en voyage dans un pays étranger mais ne voit pas l'intérêt de le faire lorsqu'il reste en France, considérant qu'il a une meilleure connaissance de son établissement qu'un directeur d'un autre EHPAD.

**Remarque n° 8 : La continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur ou d'évènement grave pouvant affecter sa personne n'est pas formalisée, ce qui peut entraîner un risque de non réponse face à une situation urgente ou problématique.**

### 1.2.3 Communication interne

Il n'existe pas de réunion pluridisciplinaire réunissant l'ensemble du personnel, ni de réunion abordant la politique de l'établissement ou de temps institutionnel dédié à la communication d'informations de portée générale sur le fonctionnement, l'organisation ou les projets de l'EHPAD. Il n'existe pas, non plus de groupes de travail sur la prise en charge (ex : soins palliatifs, bientraitance, signalement des évènements indésirables,...).

Les réunions de transmissions (confère infra § 2.1.3) constituent les seuls temps de rencontre entre professionnels.

Le mode principal de communication du directeur auprès du personnel de l'EHPAD prend la forme de rédaction de notes de service diffusées via la messagerie interne du logiciel [REDACTED] :

- 6 notes de services ont été transmises à la mission pour 2019. Au vu de la numérotation des notes<sup>6</sup>, il semble que 16 notes ont été rédigées pour l'année 2019. Le directeur précise que certaines notes de services 2019 ne sont plus disponibles car l'établissement a été victime d'une cyberattaque fin 2019 et n'a pu récupérer l'intégralité de ses données,
- 16 notes de services ont été transmises pour 2020. La mission note que l'intégralité des notes n'a probablement pas été transmise dans la mesure où la dernière note transmise datée du 4/12/2020 porte le n°27. Les sujets abordés sont très variables, il s'agit de transmissions d'informations diverses ou d'instructions à destination des agents,
- 3 notes de service ont été transmises pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2021 : deux d'entre elles sont relatives à l'information de la mise en place de la sectorisation (note datée du 2 février 2021 pour une mise en œuvre le 3 février 2021) et à l'expérimentation de la sous sectorisation (note datée du 12 mars 2021 pour une mise en œuvre le 15 mars 2021).

Cette méthode principale de communication traduit une approche minimaliste de la politique de communication et la réduit à une transmission descendante d'informations sans permettre d'échanges.

Le second mode de communication privilégié du directeur est celui de « la porte ouverte » pour rencontrer les personnels en cas de difficulté. Les entretiens attestent de la grande accessibilité du directeur, pour autant la plupart des professionnels interrogés regrette les absences de décision :

[REDACTED]

La cadre de santé indique, quant à elle, avoir organisé deux réunions infirmières depuis son arrivée dans l'établissement mais aucun compte-rendu n'a été adressé à la mission. Par ailleurs, une des notes de services est une invitation du personnel à une réunion d'échange en décembre 2020 portant sur la réorganisation du travail et la mise en œuvre de groupes de travail pour la mise en œuvre de la sectorisation. Pour autant, aucun des professionnels interrogés n'a évoqué cette réunion et aucun compte-rendu n'a été adressé à la mission, ce qui ne permet pas d'attester de la teneur des échanges et des décisions éventuellement prises.

**Remarque n° 9 : L'absence de réunions transversales impliquant toute l'équipe pluridisciplinaire permettant des échanges tracés sur le fonctionnement de l'établissement est préjudiciable en termes de communication, de travail collaboratif et de cohésion d'équipe.**

---

<sup>6</sup> La note du 24 décembre 2019 est numérotée 2019-016

### 1.3 ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES

#### 1.3.1 Conseil d'administration

Seules deux délibérations concernant le Conseil d'administration de l'EHPAD de St Illide ont été adressées à la mission par la direction de l'EHPAD le 21 avril 2021. Aucun PV de réunions du CA n'a été transmis malgré les demandes réitérées de la mission.

- Une Délibération du Conseil municipal de ST Illide en date du 2 avril 2020 portant élection des délégués du Conseil d'administration de l'EHPAD « les jardins de St Illide »
- Une Délibération du CA de l'EHPAD de ST Illide en date du 1<sup>er</sup> septembre 2020 session extraordinaire portant sur la nouvelle composition du CA de l'EHPAD.

La délibération du CA citée ci-dessus mentionne uniquement la désignation de 9 membres.

- 3 Conseillers municipaux dont le maire de Saint-Illide, Président
- 2 représentants du Conseil départemental
- 1 représentant du personnel
- 2 représentants des résidents et des familles
- 1 personne qualifiée

Les 3 postes non pourvus sont respectivement 1 représentant du personnel de l'EHPAD, 1 personne qualifiée et 1 représentant du département. Il est mentionné dans le PV du 1<sup>er</sup> septembre indiqué ci-dessus que plusieurs postes du Conseil ne sont plus pourvus et devront faire l'objet de nouvelles désignations.

**Ecart n° 6 : Le CA tel que constitué n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.315-6 du CASF qui précise que « le conseil d'administration des établissements publics sociaux et médico-sociaux qui relèvent d'une seule commune ou d'un seul département comprend douze membres ».**

La mission a par ailleurs reçu copie par la délégation départementale de l'ARS des délibérations du CA en date du 3 juillet 2019 et du 1<sup>er</sup> septembre 2020 portant sur deux thèmes : la Dotation non affectée (DNA) et la suppression de l'accueil de nuit expérimental.

En références aux délibérations du CA transmises à la mission par le directeur et par la DDARS, il apparaît que le CA ne s'est réuni qu'une fois par an en 2019 et 2020.

**Ecart n° 7 : La fréquence des réunions du Conseil d'administration de l'EHPAD de St Illide n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.315-23-1 du CASF.**

Au jour de l'inspection, peu d'échanges ont eu lieu entre l'EHPAD et le nouveau président du CA.

Le peu de délibérations transmises et l'absence de comptes rendus du CA ne permettent pas à la mission d'avoir une vision précise des modalités de fonctionnement et des sujets abordés en CA (confère supra § 1.2.2.2 - Ecart n° 5).

### 1.3.2 Comité technique d'établissement

Cinq comptes rendus de CTE ont été transmis aux membres de la mission par envois successifs. Ils sont respectivement datés du 11 septembre 2019, du 29 octobre 2019, du 6 février 2020, du 15 décembre 2020 et du 19 janvier 2021. Ils sont signés du président du CTE (le directeur de l'établissement) et de la secrétaire de séance.

La première réunion du CTE suite aux élections professionnelles de décembre 2018 a eu lieu le 11 septembre 2019.

La composition du CTE n'appelle pas d'observation ; cinq membres le composent : 3 représentants du personnel et deux représentants de l'EHPAD, le cadre infirmier et le directeur, Président de séance.

La CGT est majoritaire avec deux postes et la CFDT possède un poste.

Il est indiqué à la mission que le CTE se réunit 4 fois par an normalement mais qu'en 2020, de mars à juin, deux représentants syndicaux ont été en arrêt de travail et que faire appel à leurs suppléants n'a pas été possible compte tenu des tensions entre ces suppléants en lien avec la problématique du service cuisine.

**Ecart n° 8 : En ne réunissant pas le comité technique d'établissement au moins une fois par trimestre, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.315-54 du CASF.**

La lecture des différents procès-verbaux laisse entrevoir plusieurs dysfonctionnements :

- L'envoi des convocations dans un délai de 15 jours avant la date de réunion n'est pas respecté (PV du 11 septembre 2019 – demande des représentants syndicaux pour que les convocations soient adressées 15 jours avant la réunion),
- Les ordres du jour ne sont pas joints aux convocations,
- Les comptes rendus des réunions ne sont pas transmis dans un délai de 30 jours aux membres du Comité. Certains comptes rendus des réunions sont réalisés de façon très tardive ou en cours de rédaction (ex : PV du 15 décembre 2020 non finalisé au 15/01/2021),
- Le procès-verbal des CTE non rédigé n'est pas soumis à approbation lors des séances,
- L'affichage des comptes rendus lorsqu'ils sont rédigés n'est pas réalisé de façon à ce que l'ensemble des personnels puisse y avoir accès.

**Ecart n° 9 : En ne communiquant pas 15 jours avant la date de la réunion du CTE, les pièces et documents nécessaires aux membres du CTE pour l'accomplissement de leurs fonctions, l'établissement ne répond aux dispositions réglementaires (article R315-61 du CASF) et affecte l'exercice des missions des membres du comité en ne leur permettant pas d'avoir un temps de préparation des sujets abordés.**

**Ecart n° 10 : Les modalités de fonctionnement du CTE ne sont pas conformes aux articles R315-53, R315-54 et R.315-59 du CASF.**

La lecture des différents procès-verbaux indique que le comité est tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du budget.

La mission relève que les sujets traités lors des différents CTE et soumis à son approbation portent sur l'activité et la situation financière, les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement (ex : projet de sectorisation), l'organisation de formations « Humanitude », les projets de travaux et d'équipement (remplacement de matériel dans la blanchisserie).

La mission note que le règlement intérieur de l'établissement a été approuvé lors de la séance du 19 janvier 2021.

La lecture des comptes rendus des CTE permet de noter que les sujets qui y sont traités portent bien sur ceux énoncés à l'article R.6144-40 du code de la santé publique. Toutefois, il ne ressort pas de réels échanges entre les membres du CTE et la direction de l'EHPAD ; il s'agit essentiellement d'un lieu de transfert descendant d'informations.

### **1.3.3 Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**

L'EHPAD de St Illide employant moins de 50 agents n'est pas tenu de mettre en place un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (article R46156-3 du code du travail). Ainsi, à l'EHPAD St Illide, les missions du CHSCT sont assurées dans le cadre de réunions du CTE constitué en CHSCT.

Deux comptes rendus de CHSCT ont été transmis à la mission. Il s'agit de réunions du CTE dans le cadre des prérogatives du CHSCT. Ils sont datés du 23 mai 2019 et du 2 juillet 2020.

La lecture du CR du 23 mai 2019 met en évidence des désaccords entre membres relatifs au fonctionnement de l'instance : participations de deux personnes invitées par le directeur, ordre du jour de la réunion.

La lecture des comptes-rendus de ces deux réunions laisse apparaître que les sujets traités portent sur des questions relatives à la politique des ressources humaines (congés, présence, postes budgétés, horaires, effectif,...) et sur les tensions constatées au sein de l'EHPAD.

Sur le PV du 23 mai 2019, il est fait état de tensions au sein de l'EHPAD et de la demande des représentants syndicaux de réunir un CHSCT extraordinaire en juin 2019 pour déterminer un intervenant extérieur en vue de mener une enquête sur les risques psycho-sociaux et d'établir un cahier des charges. La mission note qu'aucun autre PV de réunion de CHSCT n'a été transmis pour l'année 2019, en conclut que cette réunion n'a pas eu lieu et que la démarche de faire appel à un cabinet externe pour mener une enquête sur les RPS n'a pas été lancée à ce moment.

L'ordre du jour du PV du 2 juillet 2020 porte sur le diagnostic sur les risques psycho-sociaux établi en mars 2020 par le cabinet [REDACTED]. Il est noté que les résultats de cet audit reçu le 30 mars 2020, n'ont pas fait l'objet d'un compte rendu avant cette réunion ce qui suscite l'interrogation d'un membre du personnel.

Il est indiqué par le Président que le rapport a fait l'objet d'une communication directe auprès des représentants du personnel mais qu'en l'absence de 2 d'entre eux de mars à juin, et de l'impossibilité de faire appel aux membres suppléants qui sont partie prenante dans la problématique cuisine, il n'a pas pu réunir le CHSCT afin de communiquer sur le rapport.

Le directeur précise également que le compte rendu de l'audit comprend des données nominatives et qu'il souhaite que le prestataire revoie le document afin de préserver l'anonymat des personnes. Au terme de la réunion, le CHSCT décide d'assurer une communication du rapport anonymisé, via la messagerie interne. Les entretiens réalisés indiquent que le personnel a bien été destinataire d'un compte-rendu du diagnostic.

**Remarque n° 10 :** La fréquence des réunions du CTE constitué en CHSCT (1 fois par an) ne permet pas de contribuer efficacement à la protection de la santé et de la sécurité du personnel et à l'amélioration des conditions de travail au sein de l'établissement alors que l'EHPAD est fortement marqué par des problématiques en termes de RPS et de climat de travail dégradé.

#### **1.3.4 Conseil de la vie sociale ou autres formes de participation**

Le conseil de la vie sociale n'a pas été constitué. Le directeur de l'EHPAD indique que compte tenu du turn-over des résidents, il n'est pas aisé de constituer cette instance. Toutefois, la mission attire l'attention sur le fait que cet argument ne justifie pas le non-respect de la réglementation et d'autant plus compte tenu de la DMS (durée moyenne de séjour) de l'EHPAD communiquée (confère supra-§1.1.2).

Dans le compte rendu du CTE du 19 janvier 2021, le directeur de l'EHPAD indique envisager de lancer un appel à candidatures au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2021. Il est en effet de l'initiative du directeur de procéder aux élections au CVS.

**Ecart n° 11 :** En ne disposant pas d'un conseil de vie sociale, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-6 du CASF.

Il a été indiqué par des personnels qu'une commission des menus avait été constituée. Pour autant au jour de l'inspection cette commission n'était plus active. Sur ce sujet, Il est mentionné dans le PV du 11 septembre 2019, la volonté de réunir la commission des menus. Aucun compte rendu de cette commission n'a été présenté aux membres de l'inspection

Il n'a pas été évoqué lors de l'inspection la réalisation d'enquête de satisfaction.

**Remarque n° 11 :** En n'ayant pas mis en place de système d'informations, de recueil d'avis permettant l'expression des résidents et/ou des familles sur les différents thèmes de la vie de l'EHPAD, l'établissement ne respecte pas les RBPP de l'ANESM (Qualité de vie en EHPAD volet 3 – la vie sociale en EHPAD- 2012).

### **1.4 GESTION DE LA QUALITE**

#### **1.4.1 Démarche d'amélioration de la qualité**

Aucun plan d'amélioration de la qualité n'a été transmis à la mission. Comme indiqué précédemment, aucun plan d'action n'a été élaboré suite aux évaluations internes et externe (confère supra §1.1 – Remarque n° 1)

#### 1.4.2 Politique de promotion de la bientraitance

Le souci de la bientraitance apparaît dans le projet d'établissement 2016-2020. Pour autant, comme indiqué précédemment le projet d'établissement n'est pas connu du directeur et ne constitue pas un document de référence ni pour le directeur, ni pour les équipes.

Aucun document relatif à la thématique de promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance n'a été transmis à la mission. Les investigations menées mettent en évidence que l'établissement ne conduit pas de politique spécifique relative à la promotion de la bientraitance/prévention de la maltraitance :

- Absence de protocole ou procédure relatif à la promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance,
- Absence d'identification des risques spécifiques de maltraitance liés à la fragilité des populations accueillies, ni des risques liés à la structuration et à l'organisation de l'offre de services et des professionnels en poste,
- Absence d'instructions/de procédure concernant le signalement d'actes de maltraitance,
- Absence de démarches destinées à assurer une professionnalisation des ASH faisant fonction d'AS (confère infra),
- Absence de séances d'analyse des pratiques,
- Thématiques non abordées entre professionnels,
- Absence de référence aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles,
- Absence de mention de la thématique de promotion bientraitance et de prévention de la maltraitance dans le règlement de fonctionnement et dans le livret d'accueil.

A noter toutefois, l'initiative de la direction de faire bénéficier les agents de l'établissement d'une formation « Humanitude » en 2019 et 2020. Selon les entretiens entre 60 et 75 % des agents auraient suivi cette formation. Cette formation a été unanimement appréciée par les personnels entendus l'ayant suivie. Pour autant, les professionnels évoquent des difficultés et impossibilités pour mettre en pratique les enseignements reçus par manque de temps. Cela n'a fait l'objet d'aucun échange, ni réflexion au sein de l'établissement ; le comité de pilotage pluridisciplinaire annoncé par le directeur<sup>7</sup> destiné à suivre le projet humanitude et accompagner sa mise en œuvre terrain n'a jamais été mis en place.

Le directeur précise également que le numéro d'appel 3977 est affiché au sein des locaux de l'établissement (non vérifié par la mission).

**Remarque n° 12 :** Il n'y a pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance / lutte contre la maltraitance. L'établissement ne promeut pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et ne s'inscrit pas dans une démarche de professionnalisation continue et de

---

<sup>7</sup> Bulletin d'information du personnel des « Jardins de St Illide » – BIP J- 2018.001

réflexion sur ses pratiques ; ce qui ne permet pas de développer une culture de la prévention des risques de maltraitance et expose potentiellement les résidents à ce risque.

**Remarque n° 13 :** L'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violence et de maltraitance sur les résidents, ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part du personnel.

**Remarque n° 14 :** En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande la mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques « afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » - Recommandations ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – Décembre 2008.

## 1.5 GESTION DES RISQUES, DES CRISES ET DES INCIDENTS GRAVES

### 1.5.1 Politique de prévention et de gestion des risques

#### 1.5.1.1 Qualité de vie au travail / prévention des risques psychosociaux

Les investigations menées révèlent un climat social dégradé sur l'ensemble de l'établissement avec une situation particulièrement critique au niveau du service cuisine (confère infra).

L'établissement est porteur de tensions préexistantes à l'arrivée du directeur actuellement en poste qui se sont accentuées pour atteindre un niveau particulièrement alarmant en 2019/2020 :

- En avril 2019, le directeur signale aux autorités de tarification la survenue d'une tentative de suicide d'un agent de la cuisine,
- En mai 2019, les organisations syndicales font état de dysfonctionnements, de dégradations des conditions de travail et de risques psycho-sociaux,
- En juin 2019, un syndicat alerte sur la persistance de dysfonctionnements, notamment au sein du service cuisine,
- En décembre 2019, une altercation a lieu entre deux cuisiniers,
- En mars 2020, un audit sur les RPS (confère infra) fait état d'une situation « anormale et alarmante » à l'EHPAD St Illide,
- En juin 2020, le directeur signale le suicide de l'agent de cuisine qui avait tenté de mettre fin à ses jours en avril 2019.

L'altercation entre deux agents du service cuisine en décembre 2019 a conduit la direction et le CHSCT à demander un diagnostic externe sur les risques psychosociaux. Initialement centré sur le service cuisine, le cabinet d'audit a « élargi le spectre de ses analyses au fonctionnement global de l'EHPAD » au regard de l'importance des « demandes de rendez-vous de personnels hors cuisine » et « des témoignages de situation de souffrance ou de conflit en dehors de la cuisine »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Extraits du « Diagnostic des risques psychosociaux » – [REDACTED] – mars 2020

Le diagnostic produit en mars 2020 fait état d'une « situation anormale et alarmante » au sein de l'EHPAD, indique que la « quasi-totalité des personnels rencontrés présente des signes manifestes de souffrance », fait état de l'existence de « clans » et de « tensions solidement ancrées ».

Ce rapport indique que les « tensions psychosociales se sont déployées dans les failles de l'organisation du travail et de la prévention des risques professionnels » et fait un certain nombre de préconisations afin que l'établissement s'engage dans une démarche de prévention des risques psycho-sociaux en vue de « rétablir une situation sécurisante pour les personnels et les résidents ».

La mission note qu'aucun plan de prévention des risques intégrant « l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants »<sup>9</sup> n'a été mis en place par l'employeur suite à ce rapport. La plupart des professionnels interrogés indiquent ne pas savoir à quoi a servi le diagnostic puisque qu'aucune mesure n'a été mise en place (à l'exception d'une mesure dans le service cuisine - confère infra). Dans une note de service datée du 10 juillet 2020, le directeur indique que « le rapport va servir de base pour définir le plan d'action de l'établissement (...) pour rétablir des relations professionnelles et conditions de travail plus sereines et respectueuses ». Pour autant, au jour de l'inspection, aucune démarche n'a été entreprise pour ce faire. Ce sujet n'est pas abordé dans les réunions CTE 2020-2021, et aucune réunion du CTE réunit en CHSCT n'a eu lieu depuis le mois de juillet 2020, soit depuis plus de 8 mois (confère supra - Remarque n° 10).

Les entretiens menés par la mission révèlent la persistance de tensions et d'un climat social dégradé. Plusieurs entretiens font état d'un établissement qui manque de cadrage au sein duquel sévit la « loi du plus fort caractère ».

Les entretiens mettent toutefois en évidence une relative amélioration de la situation :

- depuis l'arrivée de la nouvelle cadre de santé en décembre 2020 (hors situation spécifique de la cuisine) qui est majoritairement décrite comme étant bienveillante et présente auprès des professionnels,
- ainsi que depuis la mise en place de la sectorisation qui limite, en partie, les possibilités d'autogestion du planning et de la répartition des tâches par le personnel (confère supra- § 2.1.3).

Cette relative amélioration reste toutefois fragile, les entretiens réalisés attestant de la persistance de clans et d'agents en souffrance, et pour certains en très grande souffrance.

**Remarque Majeure n° 1 : L'établissement n'a déployé aucune démarche de prévention en vue d'assurer la sécurité et la protection de la santé physique et mentale des salariés, ce qui représente un risque majeur pour les agents et les résidents compte tenu des résultats du diagnostic des risques psychosociaux de mars 2020.**

La mission note, par ailleurs, l'absence de suivi du personnel par la médecine du travail. Le directeur indique avoir contacté sans succès, le service de santé au travail du CH d'Aurillac ainsi que plusieurs médecins agréés. Les services de la délégation départementale ARS du Cantal et du conseil départemental du Cantal confirment la situation de pénurie de médecin du travail dans le département. Le directeur précise dans sa réponse au courrier d'alerte de l'ARS et du CD (cf PJ n°2) que suite à

---

<sup>9</sup> Article L4121-2 7° du Code du Travail

l'inspection et à l'intervention de l'ARS, le médecin du travail du GHT Cantalien a reçu un agent et est venu le rencontrer à deux reprises début avril afin de mettre en place un suivi et chercher des solutions. Il précise toutefois que le médecin du travail a mis fin à son intervention au sein de l'EHPAD St Illide à la demande du directeur du GHT compte tenu de contraintes pesant sur le GHT. La mission considère que l'absence de suivi du personnel par un médecin du travail est particulièrement préjudiciable eu regard de la situation de l'établissement en matière de RPS et particulièrement de la situation du service cuisine (cf infra).

**Remarque Majeure n° 2 : L'absence de suivi du personnel par la médecine du travail prévue par la réglementation représente un risque au regard des situations de grande souffrance psychologique de certains agents.**

➤ Situation du service cuisine

La situation au sein du service cuisine est très préoccupante. La mission d'inspection note une situation de vive tension, très alarmante, qui présente un risque majeur en termes de sécurité pour les agents et les résidents.

La mission note tout d'abord que la tentative de suicide d'un membre du personnel de cuisine en avril 2019, puis le suicide de cet agent en juin 2020 n'ont fait l'objet d'aucune mesure d'accompagnement psychologique du personnel suite à ces événements traumatiques. Cet événement a été évoqué au cours des entretiens et constitue un traumatisme très présent chez certains professionnels.

**Remarque Majeure n° 3 : L'établissement n'a pas mis en place de mesures d'accompagnement psychologique du personnel suite à la tentative de suicide (2019), puis au suicide (2020) d'un membre du personnel de la cuisine, ce qui n'a fait qu'accroître les situations de souffrance au travail.**

Des faits de harcèlement moral, de menaces, d'insultes, de mise à l'écart ont été relatés à la mission (non vérifiés par la mission).

Des agents évoquent des menus changés au dernier moment pour éviter des tâches de nettoyage. Des suspicions de sabotage de denrées et de plats destinés aux résidents (*sabotage de refroidissement, absence d'indication de date d'ouverture de denrées, tentative de faire passer des denrées périmées*) ont également été rapportées (non vérifiés par la mission) : des professionnels parlent de danger pour les résidents et indiquent se sentir en insécurité avec la peur de voir leur responsabilité engagée en cas d'incidents.

Des agents indiquent avoir rempli des fiches d'événements indésirables remises au directeur et ne pas savoir si les événements signalés ont fait l'objet d'un traitement et d'une analyse. Onze fiches relatives à des événements indésirables intervenus dans le service cuisine entre août 2020 et février 2021 ont été transmises à la mission (certaines fiches relatent plusieurs incidents) : 5 fiches concernent un manque ou une disparition de denrées, 3 fiches sont relatives à une tâche de préparation de denrées pour le lendemain non effectuée, 4 fiches mentionnent des problématiques de non-respect de normes HACCP ou de protocoles et de denrées qui ne peuvent être servies (pourries, date ouverture trop ancienne) et 1 fiche signale une livraison de repas froid.

Les fiches d'événements indésirables ne font pas l'objet de traitement et d'analyse dans l'objectif d'assurer la sécurisation de l'activité en cuisine et de garantir la sécurité alimentaire.

Certains professionnels interrogés évoquent, par ailleurs des démarches réalisées auprès de la gendarmerie : une plainte pour harcèlement est en cours d'instruction ainsi que plusieurs mains courantes relatives à des faits qui se seraient produits à la cuisine.

Le climat de travail en cuisine est très anxiogène et porteur de risques psychosociaux. La mission a rencontré des professionnels en souffrance, voire en très grande souffrance.

Face à ce climat de travail dégradé et aux différents événements intervenus, les mesures suivantes ont été mises en place :

- Réunion cuisine en date du 31/07/2019 au cours de laquelle des orientations en terme d'organisation et de fonctionnement du service cuisine ont été définies : présentation de l'organigramme de la cuisine (pas de lien hiérarchique entre les 3 cuisiniers, le responsable désigné est le directeur et en son absence le cadre de santé), projet de recours à un organisme de formation pour déployer la démarche HACCP, projet de travail sur les processus de préparation et de cuisson, de réunion d'une commission menus,...
- A compter de décembre 2019 : prise en main des commandes et de l'élaboration des menus par le directeur,
- A compter de juin 2020 : désignation d'un cuisinier de l'EHPAD de Pleaux en tant que responsable de la cuisine de l'EHPAD de St Illide : intervention 1 jour par semaine,
- Vigilance dans le cadre de l'élaboration des plannings dans un objectif de mise en sécurité d'un agent particulièrement en souffrance afin d'éviter qu'il soit en présence d'un autre agent.

Selon les entretiens, avec l'arrivée d'un nouveau responsable en juin 2020 le fonctionnement du service cuisine a effectivement été remanié : élaboration des menus et commande des denrées confiées au responsable, déploiement d'une démarche HACCP, mise en place de fiches de suivi des températures et d'une traçabilité des menus (plats gardés 5 jours), introduction de produits frais, mise en place d'un nouveau plan de nettoyage de la cuisine (utilisation d'une centrale de nettoyage à la place du seau/serpillère).

Pour autant, les tensions persistent. Les conflits et tensions interpersonnelles sont à un tel stade que toute réunion de l'équipe cuisine ne semble pas envisageable, ni même souhaitable à ce jour.

Le directeur indique qu'une procédure disciplinaire pourrait être engagée prochainement.

**Remarque Majeure n° 4 : La situation de vive tension dans le service cuisine présente un risque majeur en termes de sécurité pour les agents et pour les résidents par voie de conséquence.**

- Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)

La mission d'inspection a consulté sur place le DUERP. Le directeur reconnaît qu'il n'a pas connaissance du contenu de ce document. La mission note que le DUERP a été mis en place en décembre 2013 et validé en CTE le 8 septembre 2014. Aucune mise à jour n'a été réalisée depuis.

**Remarque n° 15 : Le DUERP n'a pas été actualisé selon la périodicité réglementaire, ce qui ne permet pas de respecter les dispositions de l'article R.4121-2 du code du travail. Il ne constitue pas un outil de prévention des risques professionnels au sein de l'établissement.**

### 1.5.1.2 Plan bleu

Un plan bleu daté du 05/01/2018 a été transmis à la mission. La partie « annexes » du plan bleu n'a pas été transmise à la mission.

Ce document prévoit une actualisation a minima annuelle. Rédigé en décembre 2012, il a fait l'objet d'une actualisation en 2014, 2015 et 2018. La dernière mise à jour date de janvier 2018, la mission note que le document transmis n'est pas actualisé : il mentionne des noms de personnes qui ne sont plus en poste dans l'établissement et plusieurs numéros de téléphone qui ne correspondent plus.

Ce plan bleu précise l'organisation à mettre en place en cas de crise (cellule de crise) et contient des fiches action par poste de travail (directeur, pharmacien, personnels de santé, secrétaire, fournisseur d'oxygène, infirmiers, services techniques, lingerie, cuisines, accueil des familles et de la presse,...) qui décrivent les actions à mener quelle que soit la nature de la crise avec précisions des actions particulières et spécifiques en cas de canicule et de grand froid. Ces fiches action sont détaillées et bien faites.

Pour autant, ce document ne comprend pas de descriptif de l'établissement et des risques auxquels il est soumis, ni d'analyse des activités et des missions prioritaires pour le plan de continuité d'activité (identification et hiérarchisation).

En outre, le document tel que transmis n'intègre ni les procédures génériques permettant de répondre à tout type de situation (notamment procédures de gestion du risque de défaillance électrique, de signalement des événements indésirables graves, de gestion d'une contamination de réseau d'eau par les légionnelles), ni les volets thématiques relatif au risque infectieux et à l'évacuation de l'établissement.

Or, comme indiqué dans le guide général d'élaboration des plans bleus élaboré par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes<sup>10</sup>, la mission rappelle que le plan bleu a vocation à développer une culture du risque en rassemblant dans un plan unique toutes les dispositions existantes pour faire face à une situation de crise telle que le risque électrique, l'évacuation, les risques infectieux, les EIG,....

**Remarque n° 16 :** En ne disposant pas d'un plan bleu actualisé et complet comprenant l'ensemble des volets thématiques et procédures génériques, l'établissement ne répond pas à la nécessité d'anticiper les situations d'urgence de manière organisée.

---

<sup>10</sup> Plan blanc, plan bleu – Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (sante.fr)

### 1.5.2 Evènements indésirables ou incidents graves

L'établissement ne dispose d'aucune procédure de signalement des évènements indésirables ou incidents graves. Le directeur explique cette absence par la petite taille de l'EHPAD. Cependant, la taille de l'établissement n'est pas un argument recevable pour justifier de l'absence d'organisation en matière de gestion des évènements indésirables d'autant que l'EHPAD St Illide est en direction commune avec l'EHPAD de Pleaux, ce qui représente au total 104 lits pour les 2 établissements.

Le directeur indique avoir mis en place une nouvelle fiche d'évènement indésirable dans le courant de l'année 2020, mais aucune consigne précise n'a été donnée aux agents pour le remplissage de ces fiches. Les entretiens menés mettent en évidence que les fiches sont renseignées de façon manuscrite et remises en main propre au directeur ou à la cadre de santé.

Seules 12 fiches d'évènements indésirables ont été transmises à la mission sur une période allant d'août 2020 à février 2021. Ces fiches sont principalement dédiées à relater les incidents qui interviennent à la cuisine : 11 fiches concernent le service cuisine et 1 fiche concerne une erreur de planning. Plusieurs incidents évoqués dans les entretiens (erreur médicamenteuse, maltraitance sur résident) n'ont pas fait l'objet de fiche d'évènement indésirable mais d'un simple appel à l'infirmier (en cas d'erreur médicamenteuse) ou au directeur qui sont intervenus pour traiter l'incident.

La mission note l'absence de réunion d'analyse systémique des causes (causes immédiates et causes profondes) réalisée suite aux évènements indésirables et aucun des agents interrogés n'a connaissance des suites données aux signalements effectués.

**Ecart n° 12 :** En l'absence de procédure structurée, l'établissement n'est pas en mesure de respecter les dispositions des articles L.331-8-1, R.331-8 du CASF et L.1413-14 du CSP relatives aux obligations de signalement.

**Remarque n° 17 :** L'absence de procédure opérationnelle, connue et appropriée par les équipes en matière de signalement, de traitement, d'analyse des évènements indésirables et de retour aux équipes ne permet pas de garantir le repérage des situations à risque et la mise en place d'actions correctives pour permettre un accompagnement adapté et bien-traitant des résidents, y compris pour les EI paraissant mineurs.

**Remarque n° 18 :** Les équipes ne reçoivent pas d'informations sur les suites données aux déclarations d'évènements indésirables réalisés ; ce qui peut laisser penser que les déclarations n'ont pas été prises en compte et traitées, risquant potentiellement de décourager les professionnels à déclarer un autre évènement.

### 1.5.3 Réclamations

Aucun protocole de gestion des plaintes et des réclamations n'a été remis à la mission et aucune mention des modalités de gestion des plaintes et réclamations ne figure dans le règlement de fonctionnement et dans le livret d'accueil.

Selon les entretiens, il apparaît que toutes les réclamations sont adressées au directeur qui indique avoir un entretien systématique avec les familles. Les agents savent que les réclamations des familles sont traitées par le directeur mais n'ont pas connaissance des suites qui sont apportées.

**Remarque n° 19 :** En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, formalisé et opérationnel, l'établissement ne prend pas en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles - RBPP ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – Décembre 2008.

**Remarque n° 20 :** Le traitement des réclamations par le directeur ne s'accompagne pas d'un retour vers les équipes, ni d'une réflexion d'équipe afin que les processus de travail soient, le cas échéant, modifiés suite aux événements rapportés.

## 2 FONCTIONS SUPPORT

### 2.1 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

#### 2.1.1 Personnels, qualifications

➤ Effectifs

Au jour de l'inspection, en référence à la liste des employés présents en mars 2021 et datée du 1<sup>er</sup> avril 2021 et aux investigations menées, la structure compte 37.2 ETP répartis comme suit :

- Directeur : 0.6 ETP
- Cadre de santé : 0.6 ETP
- Adjoint administratif : 1 ETP
- IDE : 3.5 ETP (4 ETP titulaire dont 1 ETP en arrêt maladie remplacé par 0.5 contractuel)
- AS : 14.8 ETP<sup>11</sup>
- Animatrice (AS en poste aménagé) : 0.7 ETP
- ASH : 12.2 ETP dont 8.3 ETP identifié dans le service soins, 1 ETP en lingerie, 1.9 ETP en service hôtelier et 1 ETP en cuisine)
- Ouvrier : 3.6 ETP
- Psychologue : 0.2 ETP

Quelques erreurs sont repérées dans le tableau susmentionné transmis par l'établissement : la cadre de santé n'apparaît pas dans la liste des employés et un ouvrier est classé dans le service soins. Par ailleurs le tableau n'identifie pas quels sont les agents embauchés pour assurer le remplacement de salariés absents.

---

<sup>11</sup> Une AS titulaire n'est pas comptabilisée dans ces 14.8 ETP car en congés formation (en 2<sup>ème</sup> année IFSI) donc non présente dans l'établissement en mars 2021

L'établissement compte 37.2 ETP présents en mars 2021 contre un effectif global de 39.1 ETP validé suite à la convention tripartite 2016-2020<sup>12</sup> : le poste de 0.5 ETP de médecin coordonnateur n'est pas pourvu (confère Ecart n° 18), le poste de psychologue n'est pourvu qu'à hauteur de 0.2 ETP (contre 0.5 ETP prévu dans la convention tripartite), le poste d'animateur n'est pourvu qu'à 0.7 ETP (contre 1 ETP prévu dans la convention tripartite) et l'établissement compte 14.8 ETP d'AS contre 17 ETP prévus dans la convention tripartite.

L'établissement a un recours important à l'embauche de contractuels avec des successions de renouvellements de CDD : 69 % des ASH sont en CDD<sup>13</sup> dont 38.5 %<sup>14</sup> depuis plus de 6 ans et près de 19 % des AS sont en CDD dont une depuis plus de 6 ans. La consultation des dossiers du personnel confirme ce constat : dans l'un des dossiers consultés la mission a trouvé une succession de 65 CDD sur la période de 2013 à 2020 pour une ASH faisant fonction d'AS (avec des CDD de 1 mois de 2013 à 2016, puis de 3 mois et de 6 mois depuis 2020).

➤ Qualifications du Personnel

L'établissement n'a transmis aucun diplôme des personnels (IDE, AS, cadre de santé).

**Ecart n° 13 : L'établissement n'atteste pas de la qualification de tous les personnels devant l'être ; il ne peut donc pas garantir la réalisation des prestations par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L.312-1 II du CASF**

➤ Fiches de poste / fiches de tâches

Aucun des agents interrogés n'a connaissance de l'existence de fiches de poste, certains indiquent en avoir eu une quelques années auparavant mais ne plus en avoir à l'heure actuelle. L'examen des dossiers des personnels met, en effet, en évidence la présence dans quelques dossiers consultés de fiches de fonction datées de 2016 signées de l'agent et de la direction.

Des fiches de tâches ont été transmises à la mission par le directeur plus de 3 semaines après la visite sur site. Aucune de ces fiches ne mentionne qui les a rédigées, validées et approuvées. La connaissance par les agents de l'existence de ces fiches de tâches est très variable, certains ont connaissance de leur existence mais précisent qu'elles ne sont pas actualisées, alors que d'autres n'en ont aucune connaissance.

La mission note que les fiches de tâches des IDE, AS (jour, UP), agents de nuit et cuisinier sont datées de 2016 et 2017 ; elles n'ont pas été mises à jour depuis plusieurs années et sont devenues, pour la plupart obsolètes avec la mise en place de la sectorisation : plusieurs fiches de tâches sont relatives à des codes qui n'existent plus.

En ce qui concerne les ASH : plusieurs fiches de tâches ont été transmises, 4 sont datées de 2016 1 n'est pas datée ; ces fiches de tâches ne correspondent à aucun code horaire du planning (codes PM et CM).

---

<sup>12</sup> 40.1 ETP prévus dans la convention tripartite dont 12 ASH, revu par la suite à 11 ASH (accord CD /EHPAD)

<sup>13</sup> 9 ASH agents sur 13

<sup>14</sup> 5 ASH sur 13

Les 2 fiches de tâches ASH en charge, principalement du ménage et de la distribution des petits déjeuners (codes CUI et CUI3) ont été actualisées en mai 2020.

Aucune fiche de tâche n'a été transmise pour le poste d'AS en coupure soin (code planning CS), ni pour les postes d'aide cuisine.

Le directeur reconnaît que les fiches de poste élaborées pour la plupart en 2016/2017 ne sont pas respectées et indique qu'il a l'ambition de revoir toutes les fiches de poste en 2021 dans le cadre de la mise en place de la sectorisation. Pour autant, la mission note qu'aucune démarche n'est engagée au jour de l'inspection.

**Remarque n° 21 : L'absence de fiche de poste avec définition des missions et responsabilités des professionnels et de fiches de tâches actualisées ne donne pas aux personnels des repères structurants pour leur exercice professionnel et ne permet pas d'appréhender clairement leur positionnement et leurs rôles au sein de la structure. Elle peut également engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle dû à une mauvaise compréhension de leur rôle, ce qui est en décalage avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM – 2008- La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre).**

La mission note que les fiches de tâches relatives à l'AS de l'UP et à l'AS affecté au poste S2<sup>15</sup> prévoient la réalisation des tâches suivantes :

- Réfection et rangement du chariot ménage
- Débuter ménage avec agent du matin
- Mise en place de la table pour le repas/débarrasser la table, rincer la vaisselle, préparer les tartines pour le lendemain
- Ménage du coin repas
- Continuer et fin du ménage

Ces missions ne sont pas conformes aux activités relevant d'une aide-soignante diplômée telles que prévues dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

La mission note que les missions du poste d'AS en coupure soins (CS) sont en partie précisées dans deux notes de services<sup>16</sup>. Selon ces documents, il est en charge de la réalisation des douches dans les étages et des toilettes devant être réalisées à 2, il intervient également à l'unité de vie dans la matinée pour aider à la réalisation de 2 toilettes ; aucune indication n'est apportée sur son affectation l'après-midi. La note de service précise que si le poste CUI3 n'est pas pourvu, l'agent en CS est alors chargé des petits déjeuners.

En conséquence, l'agent affecté sur le poste CS exerce des missions d'aide-soignant mais également des fonctions d'ASH lorsque le poste CUI3 n'est pas pourvu au planning, ce qui est le cas dans 61.3 % des jours au mois de mars 2021 (confère infra - § 2.1.3.1).

Ainsi, lorsque c'est un AS diplômé qui est affecté en CS, il est amené à assurer des fonctions d'ASH quand le poste CUI3 est vacant et lorsque c'est un ASH qui est affecté au poste CS, il assure des fonctions d'AS (Confère infra - Remarque n° 33).

---

<sup>15</sup> Soir : 13h45-21h15

<sup>16</sup> Notes de service N2021-001 du 2 février 2021 et n°003 du 12 mars 2021

**Remarque n° 22 :** La réalisation par des aides-soignants diplômés d'activité de nettoyage en dehors de l'environnement immédiat de la personne et d'activité de service hôtelier n'est pas en conformité avec le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et se fait au détriment du temps d'accompagnement direct des résidents.

➤ Entretien Annuel d'Evaluation (EAE)

La totalité des agents interrogés indiquent ne pas bénéficier d'entretien annuel d'évaluation, ce qui ne leur permet pas, notamment, de faire part de leur souhait de formation. Ce point est confirmé par l'examen des dossiers des personnels : si les dossiers contiennent bien une fiche de notation annuelle avec l'appréciation du supérieur hiérarchique, aucun dossier consulté ne contient de compte-rendu d'entretien d'évaluation. Il est rappelé que la tenue annuelle des entretiens individuels du personnel doit permettre, notamment, de fixer des objectifs pour l'année à venir au salarié, d'évaluer les résultats de l'année antérieure et d'anticiper les besoins de formation et d'évolution professionnelle.

Le directeur reconnaît que l'établissement n'a pas posé l'entretien d'évaluation comme un processus de projet et qu'il n'a jamais fixé d'objectifs aux agents. Il indique souhaiter le mettre en place prochainement.

**Remarque n° 23 :** L'absence de dispositif d'évaluation du personnel est préjudiciable en termes de dialogue et d'amélioration de la gestion des ressources humaines et de suivi de la qualité. L'absence de fixation d'objectifs entrave la mise en place d'un accompagnement critique et structurant pour les agents et pour l'activité.

➤ Dossiers du personnel

Les dossiers du personnel sont stockés dans le bureau du directeur dans une armoire sécurisée. La mission a consulté de façon aléatoire 9 dossiers du personnel. La mission note que les dossiers ne sont pas complets :

- Absence d'entretiens d'évaluation du personnel dans l'ensemble des dossiers consultés (confère supra),
- Absence de fiche de poste (confère supra),
- Absence de visite périodique de la médecine du travail (confère supra)

Par ailleurs, sur l'échantillon de dossiers individuels du personnel examiné par la mission, plusieurs bulletins n°2 et n° 3 du CJN ont été retrouvés dans les dossiers. La direction ne dispose pas de document justifiant la vérification systématique du CJN pour chaque salarié. La détermination de la fréquence et la désignation du professionnel en charge de cette vérification n'ont pas été faites. Pour mémoire, il convient d'organiser régulièrement la vérification du casier judiciaire pour le personnel exerçant une fonction auprès de personnes dites vulnérables.

**Ecart n° 14 :** En n'ayant pas organisé de manière régulière la vérification du casier judiciaire des personnels, l'établissement n'est pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L.133-6 du CASF ni en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.

➤ Elément de bilan social voir données ANAP

L'établissement n'a transmis aucun bilan social malgré les demandes de la mission. L'établissement n'a pas mis en place de suivi de la situation sociale du personnel en vue de disposer d'une vue globale sur le fonctionnement de l'établissement.

Les tableaux ANAP<sup>17</sup> montrent les données suivantes concernant le bilan social de l'établissement.

La pyramide des âges indique 31 % de personnel de + de 50 ans et 19 % de plus de 55 ans.

Selon les éléments transmis par l'établissement, le taux d'absentéisme s'établit à 4,1 % en 2018 et 10,2 % en 2019. Un taux proche de la médiane en 2019 soit 10,3 % au regard des taux enregistrés dans des établissements similaires du département (29 établissements- données ANAP). Toutefois, la mission note un taux d'absentéisme pour congés de courte durée en 2019 de 7,4 % supérieur à la médiane 0,41% constatée sur les établissements similaires du département (cf données ANAP).

Les recrutements s'établissent à 6 personnes (14,5 % des effectifs) pour 5 départs (12,4 %). Le taux de rotation du personnel de l'établissement s'établit à 13,1 % en 2019 (la médiane se situant à 8,6 %). Par ailleurs, la mission note 83 CDD de remplacement sur 2019 contre 40 CDD en 2018 soit une augmentation de + de 50 %.

**Remarque n° 24 :** L'absence de bilan social et d'analyses réalisées à partir de données sociales sur la base d'indicateurs suivis prive la direction d'une vision globale sur la situation sociale du personnel et sur le fonctionnement de l'établissement.

### 2.1.2 Formation, accompagnement à la mobilité et à la promotion, soutien des professionnels

➤ Formation

Malgré les demandes de la mission, aucun document n'a été transmis relatif à la formation des personnels (plan et bilans de formation). La mission en conclut que ces documents n'existent pas. Cette conclusion est confirmée par les entretiens réalisés, la majorité des personnes interrogées indiquent, en effet, ne pas avoir vu de plan de formation depuis des années et, pour certains, n'en avoir jamais vu ; tous précisent ne pas être interrogés sur leurs besoins de formation.

Pour autant, le directeur est à l'initiative de l'organisation d'une formation « Humanitude » en 2019 et 2020 (confère supra). L'absence de bilan de formation ne permet toutefois pas à la mission d'avoir une idée précise de la part de personnels formés : selon les entretiens, cela varierait entre 60% et 75% du personnel.

---

<sup>17</sup> Campagne 2020 sur les données 2019

La mission note également l'absence de politique qualifiante et de réflexion en matière de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences alors même que l'établissement dispose d'une proportion importante de personnel non qualifié faisant fonction d'aide-soignant, dont certains sont en poste dans l'établissement depuis plusieurs années.

Le directeur indique que 2 agents sont en cours de VAE, ce qui ne lui permet pas de prévoir de formation qualifiante pour d'autres agents compte tenu du budget limité de l'établissement. Il apparaît qu'une aide-soignante est en formation d'IDE alors même que l'établissement dispose de 4 postes d'IDE titulaire et que de l'aveu du directeur cet agent ne reviendra probablement pas dans l'établissement au terme de sa formation et une aide-soignante est en cours de formation ASG. Par contre, aucun des ASH remplissant des fonctions d'AS n'est inscrit dans un projet de formation qualifiante d'aide-soignant.

La mission note également que l'aide-soignante dont le poste a été aménagé en animatrice n'a bénéficié d'aucune formation sur ses nouvelles fonctions.

**Remarque n° 25 :** L'absence de plan de formation continue à destination des professionnels de l'établissement et de réflexion globale sur les besoins de formation ne permet pas de développer les compétences individuelles et collectives des professionnels et pénalise grandement l'amélioration de pratiques professionnelles, ainsi que la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents.

**Remarque n° 26 :** L'absence de suivi des formations ne permet pas d'avoir une vision précise des formations effectivement réalisées pour chaque type de personnel, ce qui est préjudiciable à l'accompagnement des salariés pour une montée en charge et un maintien à niveau de leurs compétences en vue d'une meilleure prise en charge des résidents.

**Remarque n° 27 :** L'établissement qui emploie des aides-soignants non qualifiés n'a pas engagé de politique de formation qualifiante susceptible d'y remédier.

➤ Soutien professionnel

L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de soutien professionnel du personnel d'échanges entre pairs ou de supervision. L'absence de dispositif de soutien professionnel isole les agents dans leurs pratiques professionnelles.

**Remarque n° 28 :** En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM<sup>18</sup>. L'absence d'analyse de la pratique est un facteur de risque psycho-social, il ne permet pas d'aider les professionnels dans une mise à distance et une réflexion critique sur leurs pratiques quotidiennes.

➤ Accueil des nouveaux arrivants

---

<sup>18</sup> « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - ANEM – 2008.

L'établissement ne dispose pas de procédure d'accueil des nouveaux arrivants formalisée. Le directeur indique que l'établissement accueille peu de nouveaux salariés. La lecture du registre unique du personnel met en évidence que l'établissement a accueilli 3 nouveaux salariés en 2020 et 8 en 2019<sup>19</sup>.

Un livret d'accueil nouveau salarié mis à jour en octobre 2020 a toutefois été remis à la mission mais ce document n'est pas connu par la cadre de santé et par certains professionnels. Ce document est relativement succinct, il contient un historique et une description de l'établissement, l'énumération des instances existantes dans un EHPAD et leurs missions règlementaires sans autre précision relative à l'EHPAD de St Illide, un organigramme non nominatif et l'énumération des missions de chaque type de professionnel. Le règlement intérieur n'est pas annexé, il est simplement indiqué qu'il s'agit d'un document dont le nouveau salarié pourra prendre connaissance. Le livret d'accueil ne comporte aucune mention du Projet d'établissement, des valeurs de l'établissement, des thématiques maltraitance/bienveillance, ni de l'accès aux formations, ni d'informations pratiques sur la vie quotidienne dans l'établissement et les pratiques professionnelles.

La pratique du doublage des nouveaux salariés n'est pas institutionnalisée mais semble être globalement mise en place (entre 2 et 10 jours selon les entretiens). Pour autant il n'y a pas de professionnels identifiés et formés pour ce faire. Par ailleurs, la plupart des professionnels interrogés ne se souviennent pas avoir eu de fiche de poste à leur arrivée dans l'établissement, ils indiquent avoir pris connaissances de leurs missions avec les explications orales de leurs collègues et avoir « appris sur le tas ».

Compte tenu de l'absence de nouveau salarié AS/ASH/IDE arrivé entre janvier et mars 2021, la mission n'est pas en mesure de vérifier si l'activité « en doublon » est identifiée dans les plannings.

La cadre de santé indique accueillir les stagiaires le jour de leur arrivée et faire des bilans à mi stage ainsi qu'en fin de stage. Elle indique également rencontrer une fois par semaine l'IDE contractuelle embauchée en CDD en décembre 2020 pour faire le point et relever d'éventuelles difficultés.

**Remarque n° 29 :** L'absence de procédure d'accueil définie ne permet pas de faciliter l'intégration des nouveaux salariés dans la structure et de donner des éléments de repères sécurisants et structurants nécessaires à l'exercice professionnel et à l'intégration sociale dans l'établissement.

## 2.1.3 Affectation des personnels

### 2.1.3.1 Continuité du fonctionnement

- Modalités d'élaboration des plannings

Les plannings sont élaborés par la cadre de santé avec le logiciel [REDACTED], ils sont validés par le directeur avant affichage.

---

<sup>19</sup> Salariés en renouvellement de CDD inscrits au registre du personnel non comptabilisés dans ces chiffres

Le logiciel est jugé peu fonctionnel par la cadre : nécessité de faire appel à l'éditeur pour ajouter des personnes et modifier les différents tableaux dans lesquels est réparti le personnel. Le logiciel est d'une telle complexité que la cadre reconnaît élaborer les plannings sur Excel pour les retranscrire ensuite dans le logiciel qui transmet alors directement les informations dans la paye. Elle estime le temps passé à élaborer les plannings à près de 10h par mois.

Tous les plannings sont élaborés chaque mois mais la cadre indique souhaiter mettre en place une trame lissée de 6 à 8 semaines afin de faciliter son travail et donner une perspective aux personnels, ce qui est effectivement apparu comme étant une demande des agents au cours des entretiens.

Les principes généraux d'organisation des plannings et les effectifs cibles par service/secteur ne sont pas formalisés dans un document ad'hoc. Le directeur a présenté les grands objectifs de la réorganisation des plannings (confère infra), lors des réunions CTE de décembre 2020 et janvier 2021 et présenté les grandes lignes de la réforme des plannings au personnel dans deux notes de services en date du 2 février 2021 et du 12 mars 2021.

La mission note que si les plannings remis et affichés sont propres (absence de ratures et de mentions manuscrites), leur lecture est peu aisée : 4 pages, 13 tableaux et 36 codes.

L'établissement n'est pas en mesure d'explicitier la raison de l'existence de 13 tableaux ni les modalités de répartition des agents entre ces tableaux. La mission note que des agents de même catégorie professionnelle exerçant les mêmes fonctions sont répartis dans plusieurs tableaux :

- les ASH faisant fonction d'AS (FFAS) sont répartis dans 3 tableaux différents: « service pool remplacement » (ce tableau ne comporte qu'1 seul agent), « service soins AS/ASH » (1 ASH parmi les AS/AMP de jour) et « service soins pool » (5 ASH),
- les agents de service en charge du ménage sont répartis dans 2 tableaux : « service logistique ménage » (tableau qui ne comporte qu'1 seul agent), « service soins service ménage » (3 agents).

Par ailleurs, des erreurs et imprécisions sont repérées dans la légende du planning : le code CUI est identifié « Cuisine » alors que selon les entretiens, il s'agit d'un poste de ménage, les plages horaires des postes IDE et des AS affectés à l'UP ne sont pas précisées.

Enfin, lors des entretiens, plusieurs agents ont mentionné des erreurs de planning.

En ce qui concerne les temps de pause, la « charte d'équipe » transmise à la mission par le directeur et datée de septembre 2016 indique l'organisation suivante : 15 mn et 20 mn de repas pour les postes de plus de 7h et 15 mn pour les postes en 4h. La mission note que l'identification de temps de pause et de repas est très variable d'une fiche de tâches à l'autre : certaines fiches les mentionnant, d'autre partiellement et certaines indiquant dans un même laps de temps de 30 mn « pause repas et transmissions informatisées ».

Néanmoins, les entretiens mettent en évidence la méconnaissance totale et la non application de ces « règles » : l'ensemble des personnes interrogées sur ce point indique que les temps de pause ne sont pas organisés institutionnellement. Les agents indiquent s'organiser entre eux pour prendre leurs pauses et leurs repas.

Par ailleurs, dans sa réponse au courrier d'alerte adressé par l'ARS et le PCD au maire suite à l'inspection, le directeur fait état de l'existence de « pauses sauvages liées au tabagisme » non régulées par l'établissement. Dans le PV du CTE du 19 janvier 2021, il est indiqué le projet d' « organisation des pauses du personnel (repas/cigarettes) à compter du 1<sup>er</sup> mars 2021 » ; ce qui n'est toujours pas organisé au jour de l'inspection (confère Remarque n°31).

**Remarque n° 30 : Le mode d'élaboration des plannings est complexe et chronophage ; il ne permet pas d'en faire un outil permettant de garantir et d'attester de la continuité de service.**

➤ **Planning IDE**

Les plannings de janvier et février font apparaître 3 horaires IDE :

- 1 horaire du matin : 6h30-14h30
- 2 horaires du soir : 10h-20h et 13h-20h.

La mission note que lorsque l'horaire du soir est celui de 10h à 20h, deux IDE sont présents de 10h à 14h30, soit pendant 4h30 pour un EHPAD de 63 lits.

La suppression de l'horaire 10h-20h depuis le mois de mars 2021 a pour conséquence de limiter à 1h30 le temps pendant lequel 2 IDE sont présents simultanément à l'EHPAD. Ce temps apparaît plus raisonnable au regard du nombre de lits et de l'activité de l'établissement.

➤ **Plannings AS et ASH FFAS**

Au jour de la mission, l'établissement vient tout juste de modifier les règles régissant la construction des plannings des AS et des ASH FFAS. Cette évolution a démarré le 3 février 2021 avec la mise en place de ce que l'établissement nomme « la sectorisation » qui correspond à l'affectation des agents à un secteur déterminé. Une seconde phase de la réforme des plannings, nommée « sous sectorisation » est expérimentée depuis le 15 mars 2021.

Jusqu'en janvier 2021, les principes d'élaboration des plannings de jour étaient les suivants :

- Une équipe dédiée à l'UP constituée de 3 AS/AMP diplômés. Les entretiens mettent en évidence la faible, voire l'absence de rotation des personnels de cette équipe, un agent était notamment affecté à ce poste depuis l'ouverture de l'EHPAD en 2012.
- Absence d'affectation des autres professionnels à un secteur défini : le planning déterminait les horaires mais lors des prises de poste quotidiennes, les agents décidaient eux-mêmes de l'étage dans lequel ils allaient travailler.

Depuis le 3 février 2021, les principes d'élaboration des plannings sont désormais les suivants :

- Identification de 3 secteurs : 1<sup>er</sup> étage, 2<sup>ème</sup> étage et Unité protégée,
- Principe de rotation de l'ensemble des agents sur ces 3 secteurs. Le directeur indique avoir posé le principe de l'intervention de mêmes agents auprès des mêmes résidents pendant plusieurs jours de suite (2 à 3 jours d'affilé par secteur) « en vue d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge »<sup>20</sup>. La mission note toutefois qu'aucune périodicité de rotation n'a été formellement définie.

---

<sup>20</sup> Extrait PV CTE du 19 janvier 2021.

L'analyse du planning de mars 2021 met en évidence que la durée d'affectation des agents sur un même secteur varie entre 1 et 4 jours. Les personnels ne sont donc pas affectés par secteur sur une période déterminée et sont amenés à changer fréquemment de secteur : un même agent peut, en effet, être affecté à 2, voire 3 secteurs différents au cours d'une même semaine. Les rotations fréquentes des personnels entre les 3 secteurs ne permettent pas la constitution d'équipes de prise en charge averties des spécificités des résidents. Cette organisation n'est satisfaisante ni pour la continuité des prises en charge, ni pour les agents.

**En ce qui concerne les étages :**

- Le matin : affectation de 2 AS ou ASH FFAS par étage : chaque agent connaît désormais l'étage auquel il est affecté,
- L'après-midi : affectation de 3 agents pour les 2 étages, les agents continuent de choisir au quotidien l'étage dans lequel ils souhaitent travailler et les tâches qu'ils souhaitent accomplir (goûter, repas, changes, accompagnement aux toilettes, couchers).

**En ce qui concerne l'UP**, un seul AS ou ASH FFAS est affecté à l'UP pour 12 résidents (de 6h30 à 14h et de 13h30 à 21h). Pendant la durée des transmissions (de 15 mn à 1h15 les mardis), la surveillance de l'UP est confiée à l'ASH affecté au ménage.

Le planning prévoit également un agent en horaire coupé (CS) : 70 % des agents affectés en horaires coupés en mars 2021 étaient des AS diplômés et 30 % des ASH. Au mois de mars, le poste CUI 3 n'est pas pourvu 19 jours sur 31 (confère supra - §2.1 - Remarque n° 22).

Au global, l'effectif d'AS/FFAS prévu est le suivant :

- 4 AS/FFAS le matin pour les 2 étages (2 codes horaires : 6h30-14h et 6h45-14h)
- 3 AS/FFAS le soir pour les 2 étages (2 codes horaires : 13h45-21h15 et 13h45-21h30)
- 1 AS en horaire coupé (8h-12h / 17h-20h30)
- 1 AS pour l'UP (6h30-14h et 13h30-21h)

L'identification des personnels effectivement présents dans chaque secteur est difficile à réaliser.

**Remarque n° 31 :** L'absence de répartition organisée des personnels par secteur et d'organisation des temps de pause ne permet pas de garantir la continuité des soins et des prises en charge.

**Remarque Majeure n° 5 :** L'absence de répartition organisée des personnels par secteur et d'organisation des temps de pause conduit à une autogestion par les personnels ; ce qui favorise et alimente les tensions entre agents et participe à la dégradation du climat social et des conditions de travail.

**Remarque n° 32 :** L'absence d'affectation des agents par secteur sur des périodes suffisamment longues constitue un obstacle à la continuité des prises en charge et ne permet pas l'instauration d'un lien de confiance avec le résident (cf RBPP de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – ANESM – 2008).

**Remarque Majeure n° 6 : Le fait de laisser un ASH seul au sein de l'unité protégée représente un risque pour la sécurité et la qualité des prises en charge et est un facteur de risque psycho-social pour ces professionnels non formés qui peuvent se retrouver démunis face à ce type de public.**

Depuis le 15 mars, l'établissement est entré dans la deuxième phase de la réorganisation des plannings avec l'expérimentation de la « sous sectorisation » pour les postes du matin. Pour chaque étage, 2 sous-secteurs ont été identifiés sur la base d'une étude de charge de travail par résident conduite fin février. La mission n'est pas en mesure de préciser les modalités de conduite de cette étude et notamment si les personnels ont bien été associés à la démarche. La note de service en date du 30 novembre 2020 et le PV de réunion du CTE du 15 décembre 2020 mentionnent la volonté de mettre en œuvre des groupes de travail pour la mise en place de la sectorisation toutefois, aucun des professionnels interrogés n'a mentionné l'existence de groupe de travail pour ce faire. Par ailleurs, le PV du CTE du 19 janvier 2021 présente la mise en place de la sectorisation et sous sectorisation sans aucune mention de travaux de groupe.

L'objectif est de prendre en compte la pénibilité et de répartir équitablement la charge de travail entre les agents. Sur le plan pratique, un tableau identifie pour chaque code horaire du matin, la liste des résidents<sup>21</sup> dont il faut s'occuper (toilettes, douches). L'établissement indique être conscient que cette organisation nécessitera une réévaluation constante pour tenir compte des entrées/sorties des résidents.

La mise en place de la sous sectorisation est très récente (veille de l'inspection), la plupart des professionnels indiquent que le principe de répartition équitable de la charge de travail est un point positif mais expriment des craintes quant à la possibilité de pouvoir prendre en considération le rythme des résidents: quelques agents indiquent, en effet, que les habitudes de vie des résidents ne peuvent plus être respectées (heures de lever).

La mission note que si la réorganisation des plannings n'est pas encore aboutie, elle représente incontestablement une évolution positive. L'attention de l'établissement est toutefois appelée sur l'importance que cette réorganisation s'accompagne bien d'une prise en considération des besoins des résidents et du respect de leurs rythmes individuels.

➤ Analyse des plannings

Les constats de la mission issus de l'analyse du planning du mois de mars 2021 et des entretiens sont les suivants :

- L'affectation d'agents non qualifiés sur des postes d'AS :
  - 32 % des postes d'AS des étages (matins/soirs et horaires coupés) sont occupés par des agents non qualifiés,
  - à l'unité protégée : dans 45 % des demi-journées du mois de mars 2021<sup>22</sup>, l'agent affecté à l'UP n'est pas qualifié. Ces agents exercent seuls sur l'unité pendant toute la durée de leur poste de 6h30 à 14h ou de 13h30 à 21h (un agent venant simplement en renfort le matin pour la réalisation de 2 toilettes).

---

<sup>21</sup> A noter : la liste transmise par l'établissement est datée du 30 mars 2021 (postérieur à la mission d'inspection sur site).

<sup>22</sup> 62 demi-journées au mois de mars 2021 : 34 demi-journées avec du personnel qualifié et 28 demi-journées avec du personnel non qualifié ou sans personnel.

- Au mois de mars, la mission constate que les effectifs prévus mentionnés ci-dessus n'ont pas été respectés :

- Absence d'affectation d'un agent à l'unité protégée 5 demi-journées (2 matins et 3 soirs),
- Affectation de 3 agents au lieu de 4 dans les étages 5 matins,
- Affectation de 2 agents au lieu de 3 dans les étages 3 soirs (dont 2 soirs avec les 2 agents finissant à 21h15, ce qui ne permet pas d'assurer le temps de transmission avec l'équipe de nuit (confère infra Remarque n°36).

- Une rotation importante des personnels en unité protégée : 14 professionnels différents sont intervenus sur l'UP au mois de mars 2021.

Si la décision prise par l'établissement de permettre de changer de poste aux agents affectés en UP depuis plusieurs années est incontestablement une évolution positive permettant à la fois un décroisement de ces agents et la prise en compte de situations d'épuisement professionnel, la mission note que cela ne s'est pas accompagné d'une réflexion afin de prendre en considération les besoins des résidents et la qualité de l'accompagnement proposé. En effet, le fait de faire tourner, dans un espace de temps assez court, plusieurs nouveaux professionnels non formés aux spécificités de la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée et parfois, non volontaires pour exercer en unité protégée, ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et le respect des RBPP de l'ANESM<sup>23</sup> qui indique que «la présence d'un nouveau professionnel et le déficit de savoir-être » peuvent générer des troubles psychologiques et comportementaux.

- Plusieurs cas de non-respect du repos quotidien de 12 heures consécutives ont été repérés sur le planning du mois de mars : 5 non respects pour des AS et ASH FFAS (repos de 10h, 11h30 et 11h45) et 2 non respects pour des IDE (durée de repos de 11h30). L'établissement justifie ces cas de non-respect de la réglementation en indiquant qu'il s'agit de demandes des agents et que cela a été validé par les syndicats. La mission attire l'attention de l'établissement sur le fait que la volonté des agents n'est pas un argument recevable pour justifier le non-respect de la réglementation.

**Remarque n° 33 :** Le faible niveau de qualification des agents apprécié au travers des plannings du planning du mois mars 2021 induit un risque de prise en charge non professionnelle, ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge requise dans un établissement médicalisé, conduit à des glissements de tâches et induit des risques pour les résidents.

**Remarque Majeure n° 7 :** Le manque de professionnels qualifiés et formés pour accompagner les résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée quels que soient le jour ou le moment de la journée représente un risque pour les résidents et ne permet pas le respect des RBPP de l'ANESM – « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » - février 2009.

**Remarque Majeure n° 8 :** La rotation trop fréquente de plusieurs nouveaux professionnels intervenant auprès des résidents accueillis en UP est de nature à générer des troubles psychologiques

---

<sup>23</sup> L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social- ANESM -février 2009

**et comportementaux chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée. L'absence de réflexion institutionnelle sur ce sujet ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.**

**Ecart n° 15 : Le non-respect du repos quotidien de 12 heures consécutives n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (décret 2002-9 du 4/01/2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière) et représente un risque pour le personnel et les résidents.**

**Remarque Majeure n° 9 : L'insuffisance, voir l'absence de professionnel sur des plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement ne permet pas d'assurer la qualité de la prise en charge et de garantir la continuité des soins.**

➤ Fonctionnement de nuit, des fins de semaine

L'établissement a fait le choix d'une équipe dédiée composée de 4 agents. L'analyse des plannings met en évidence l'affectation chaque nuit de 21h15 à 6h45 de 2 agents (1 AS et 1 ASH).

Selon les entretiens, les agents de nuit débutent la 1ere ronde à 22 heures et font ensuite une ronde toutes les 2 heures.

En ce qui concerne les week-ends :

- une présence IDE est assurée de 7h30 à 18h30
- 1 AS ou FFAS est affecté à l'UP selon les roulements horaires en vigueur la semaine (6h30-14h et 13h30-21h),
- Dans les étages : 4 AS ou FFAS sont affectés le matin et 3 le soir selon les roulements horaires en vigueur la semaine. A noter un WE avec 3 AS/FFAS affectés le matin au lieu de 4 (confère supra – Remarque n°33),

### 2.1.3.2 Les transmissions

L'organisation des transmissions telles que décrite ci-après a été mise en place en janvier 2021 :

- Transmissions infirmières quotidienne de 13h30 à 13h45.
- Transmissions d'équipes quotidiennes de 13h45 à 14h réunissant cadre de santé, IDE, AS ou FFAS. Les entretiens mettent en évidence qu'avant janvier 2021, l'agent affecté à l'unité protégée ne participait pas aux transmissions,
- Transmissions jour /nuit : de 6h30 à 6h45 et de 21h15 à 21h30. La mission note l'absence de transmission entre l'agent de l'unité protégée et l'équipe de nuit le soir puisque l'agent de l'UP fini son poste à 21h et l'équipe de nuit arrive à 21h15.
- « Transmissions prolongées » mises en place depuis début janvier 2021. Cette réunion a lieu tous les mardis de 14h à 15h à la suite des transmissions quotidiennes. Elle réunit la cadre de

santé et l'ensemble des IDE, AS et FFAS en poste dans les 3 secteurs, le psychologue et associe le personnel de la cuisine tous les 15 jours. Le directeur indique y participer quand il est disponible. Cette réunion a été présentée en CTE comme étant « un temps de concertation d'équipe ». Selon les entretiens, ces réunions abordent à la fois les prises en charge individuelles des résidents et traitent de problématiques plus générales d'organisation du travail. Aucun compte-rendu de ces réunions n'est formalisé malgré la demande des représentants du personnel faite lors du CTE de janvier 2021. D'une façon générale, la mise en place de ce temps de réunion est globalement appréciée par les professionnels interrogés qui apprécient de pouvoir échanger en pluridisciplinarité sur la prise en charge et les problématiques des résidents. Toutefois plusieurs agents regrettent l'absence de suivis des décisions prises lors de ses réunions (confère infra).

Les décisions en termes d'accompagnement et de prise en charge des résidents prises lors de ces transmissions sont tracées dans le logiciel de soins [REDACTED] dans les dossiers des résidents concernés. Pour autant, il s'agit là d'une communication rattachable à des situations individuelles des résidents et non pas à la mise en place globale de l'organisation du service ou à l'évocation de sujets transversaux. Par ailleurs, certains professionnels indiquent que des modalités de prises en charge de résidents discutées et décidées au cours de ces réunions ne sont pas forcément suivies dans la durée et peuvent se perdre au bout de quelques semaines.

Selon les investigations menées, il apparaît que l'établissement n'utilise pas le système des transmissions ciblées : les transmissions écrites dans le logiciel [REDACTED] sont longues et ne sont pas structurées ce qui induit une perte de temps après plusieurs jours d'absence et induit un risque de déperdition d'informations.

**Remarque n° 34 :** L'absence de compte-rendu des réunions de transmissions prolongées peut nuire à la bonne circulation et appréhension des informations par les équipes dans la mesure où ces réunions abordent des questions d'organisation et pas uniquement des situations individuelles tracées dans Cedi-acte.

**Remarque n° 35 :** L'absence de transmissions ciblées induit un risque de déperdition d'informations, de manque de continuité et de sécurisation des prises en charge et ne favorise pas la clarté des transmissions orales.

**Remarque n° 36 :** L'absence de transmission le soir entre l'agent affecté à l'unité protégée et les agents de nuit et parfois également entre les agents de jour et l'équipe de nuit ne permet pas une circulation optimale des informations. Elle peut être de nature à fragiliser la continuité des prises en charge et ne respecte pas les recommandations de l'ANESM qui stipulent « afin de ne pas mettre en péril la fiabilité de l'accompagnement des usagers, la mise en place de procédures de transmission d'information rigoureuses est recommandée, sous une forme à la fois orale et écrite... ». « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » – RBPP ANESM – Juin 2008.

Selon les entretiens, il apparaît que le directeur participe parfois aux transmissions (IDE et transmissions prolongées) même si cette pratique semble moins fréquente depuis la prise de poste de la nouvelle cadre de santé.

**Ecart n° 16 :** Le directeur participe parfois aux transmissions IDE et transmissions prolongées qui traitent de prise en charge individuelle des résidents, ce qui ne correspond pas à son rôle et peut affecter le secret médical (article L.1110-4 du CSP).

## 2.2 SECURITES

### ➤ Sécurité incendie

La commission de sécurité a rendu un avis favorable en date du 30 novembre 2018.

Chaque année, une partie du personnel est formée au risque incendie (tous les ans depuis l'ouverture sauf en 2014 et 2020). Les formations sont dispensées par des organismes extérieurs (FEL, Bouvier) ou par l'agent d'entretien SSIAP<sup>24</sup>. Les feuilles d'émargement sont présentes dans le registre de sécurité sauf pour l'année 2018 mais le formateur a bien visé le registre. L'article J39 de l'arrêté du 25 juin 1980 concernant les ERP de type J stipule que des exercices pratiques ayant pour objet d'instruire le personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie, doivent avoir lieu au moins une fois par semestre.

**Remarque n° 37 :** En ne réalisant pas des exercices pratiques semestriels ayant pour objet d'instruire le personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie, l'établissement ne respecte pas l'article J39 de l'arrêté du 25 juin 1980 concernant les ERP de type J.

L'analyse du registre de sécurité met en évidence la réalisation régulière de formation incendie pour le personnel de l'établissement. En revanche, le directeur n'a pas suivi de formation incendie depuis sa prise de poste dans l'établissement (n'apparaît pas dans les fiches d'émargement). Le directeur précise qu'il a été formé au risque incendie sur ces établissements précédents.

L'agent d'entretien formé SSIAP 2 a quitté l'établissement fin 2020.

Aucun exercice en lien avec les pompiers n'a été réalisé. Selon le directeur, cet exercice est prévu depuis 2 ans.

Dans le règlement de fonctionnement, il est précisé qu'il est interdit :

- De fumer dans les chambres ; les fumeurs sont invités à utiliser les locaux réservés à cet effet. La mission d'inspection n'ayant pas visité les locaux, la mission n'a pas pu vérifier la présence de ce local.  
De modifier les installations électriques, d'utiliser un appareil de chauffage, d'installer des verrous  
De détenir ou utiliser des produits malodorants, inflammables, explosifs ou dangereux

**Remarque n° 38 :** L'absence de réalisation d'exercice avec les pompiers ne permet pas à ceux-ci de s'entraîner pour se familiariser avec l'agencement des locaux de l'EHPAD et au personnel de mettre en pratique la théorie dispensée lors des formations, de les conforter et automatiser dans les actions à tenir.

### ➤ Sécurité des lieux

L'analyse du registre de sécurité met en évidence un suivi régulier des équipements et du matériel de l'établissement.

Les vérifications techniques obligatoires sont réalisées (ascenseur, groupe électrogène, extincteurs, portes autonomes, SSI, désenfumage, électricité, gaz, installations thermiques, installations en cuisine, hotte et extracteur, bac à graisse, BAES).

### ➤ Sécurité des personnes

---

<sup>24</sup> Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personne - niveau 2.

➤ Système appel malade

Selon les entretiens, une trentaine de résidents sont équipés d'un médaillon d'appel porté autour du cou, un dispositif appel malade est installé dans les salles de bains et dans chaque chambre.

En raison de la crise sanitaire, la mission n'a pas réalisé de test sonnette le jour de l'inspection. Cependant lors des entretiens, le personnel a signalé le dysfonctionnement de nombreux médaillons (le directeur indique que 6 médaillons sont en cours de réparation) et que certains téléphones portables, sur lesquels s'acheminent les appels, ne tenaient plus la charge. De plus, les médaillons ne sont pas programmables et il est indiqué sur le tableau à l'infirmierie les correspondances des numéros des médaillons attribués aux résidents, ce qui est source d'erreur et peut donc allonger le délai de réponse.

**Remarque n° 39 :** le personnel fait état de téléphones portables et de médaillons d'appel résidents défectueux qui induisent un risque de non réponse aux appels urgents des résidents.

➤ Unité Alzheimer

N'ayant pas visité l'établissement, la mission n'a pas pu vérifier si l'entrée de l'unité fermée était sécurisée par une porte codée (selon les entretiens il y a un digicode pour l'entrée et la sortie), ni si les chambres étaient équipées de lit Alzheimer avec possibilité de descente totale, ni si les fenêtres étaient sécurisées, ni si le local de rangement des ustensiles de cuisine et de produit d'entretien était fermé et l'accès au jardin sécurisé.

➤ Entrée principale

La mission a constaté à son arrivée le deuxième jour à 8h que les portes principales du bâtiment étaient fermées et qu'il n'était pas possible de rentrer dans l'établissement sans avoir sonné au préalable. Il est indiqué dans le règlement de fonctionnement que les portes de la résidence sont fermées à 21h.

### 3 PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE

#### 3.1 ORGANISATION ET DISPENSATION DES SOINS

##### 3.1.1 Projet de soins global de l'EHPAD/projet d'accompagnement personnalisé /plan de soins

Il existait un projet de soins, portant sur la période 2016 / 2020, qui n'est manifestement pas connu au sein de l'établissement au jour de la mission.

Il n'y a pas de projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident. En revanche, il y a des plans de soins individuels qui sont informatisés sur le logiciel pour les infirmiers (glycémie, pansement, toilettes, barrières au lit) (vus) et pour les aides-soignants (protocoles distincts) (non vus) avec toilettes, douche, repas etc. Ces plans de soins sont faits à l'entrée puis complétés au fil de l'eau.

**Remarque n° 40 :** L'absence de projet de soins global actualisé et connu des équipes ne permet pas de définir les objectifs de soins, leur organisation et leur continuité avec les procédures et outils

**de travail, ainsi que les liens de partenariat à développer ou consolider en vue de structurer et encadrer les soins dans le cadre d'un travail coordonné en pluridisciplinarité.**

**Ecart n° 17 : En n'élaborant pas de projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soins et un projet de vie pour chaque résident, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 et D.312-155-0 du CASF.**

### **3.1.2 Le personnel soignant**

Il n'y a pas de médecin coordonnateur et donc les différentes missions, comme il est détaillé ailleurs, ne sont pas remplies à savoir : absence de réunion de coordination gériatrique, de projet de soins, d'avis sur les admissions, d'évaluation de la charge en soins et de la dépendance (PATHOS / AGGIR), d'évaluation des bonnes pratiques, d'élaboration de liste préférentielle des médicaments gériatriques, de protocoles et procédures mis à jour régulièrement, de formation des paramédicaux, d'élaboration du rapport médical annuel, d'animation des conventions et des partenariats, des missions de santé publique, d'élaboration du dossier type de soins (notamment du DLU), etc..

**Ecart n° 18 : L'absence de médecin-coordonnateur contrevient à l'article D.312-156 du CASF.**

**Ecart n° 19 : L'absence de commission gériatrique n'est pas conforme à l'article D.312-158 du CASF.**

L'établissement dispose de 0.2 ETP de psychologue. Il assure les évaluations cognitives des résidents à leur entrée dans l'EHPAD et le suivi des résidents en fonction des besoins qu'il identifie.

Il y a des conventions avec des pédicures libéraux qui datent de 2017. Ces conventions sont très complètes. Elles n'amènent pas de commentaire particulier. De même il existe une convention avec un kinésithérapeute libéral qui date de 2013. Cette convention est extrêmement détaillée. Pour mémoire, on retrouve aussi une convention avec les préleveurs sanguins.

Un chirurgien-dentiste de Saint-Martin Valmeroux intervient sur site une fois par trimestre selon les entretiens et bénéficie de la mallette pour les soins dentaires dont l'EHPAD est dotée.

**Ecart n° 20 : En l'absence de contrat avec les professionnels libéraux (notamment les médecins) intervenant dans l'établissement, l'établissement contrevient aux articles L.314-12 et R.313-30-1 du code de l'action sociale et des familles.**

- Organisation de la continuité des soins

Une présence IDE est assurée du lundi au vendredi de 6h30 à 20h et les WE et jours fériés de 7h30 à 18h30.

En cas de besoin, les quatre médecins à Saint-Cernin interviennent à l'EHPAD, il peut également être fait appel ponctuellement à quatre autres médecins. Pour la permanence des soins (PDS) ils sont rattachés à Aurillac.

Il est fait appel à la maison médicale d'Aurillac durant les périodes d'astreinte via le centre 15 : soit le problème est réglé par téléphone soit le résident est transféré à Aurillac pour examen. Le déplacement d'un médecin libéral à l'EHPAD en période d'astreinte ne semble que théorique.

### 3.1.3 Locaux de soins, matériels et installations techniques

Il faut souligner la présence d'une salle de soins d'une grandeur exceptionnelle avec un espace fermé pour le stockage et la préparation des médicaments.

Le matériel médical comprend le chariot d'urgence qui est vérifié une fois par mois, un aspirateur de mucosités, un défibrillateur, un ambu, de l'oxygène qui est arrimé pour la bouteille principale mais pas pour celle utilisée avec le concentrateur.

**Remarque n° 41 :** Les bouteilles d'oxygène ne sont pas toutes arrimées.

#### ➤ Télémédecine

L'EHPAD est équipé d'un chariot avec le matériel nécessaire. Une convention dans le cadre de Cyber-Cantal était signée avec le centre hospitalier d'Aurillac, la clinique du souffle de Riom-es-Montagne et différents EHPAD. Actuellement faute de praticien disponible au CH d'Aurillac (dermatologue, etc..), il n'y a plus de télémédecine.

**Remarque n° 42 :** L'équipement de télémédecine n'est plus utilisé.

### 3.1.4 Partenariats et conventions

Il y a peu de conventions signées notamment il n'y a pas de convention avec le pharmacien (confère infra - § 3.4).

Il n'y a pas d'intervention d'une équipe mobile de gériatrie (EMG). Il peut être fait appel, selon les entretiens, à l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier d'Aurillac. La HAD n'intervient pas. En matière de psychiatrie il est fait appel au centre hospitalier d'Aurillac et une infirmière de psychiatrie intervient pour une des résidentes de l'établissement.

Dans les conventions transmises on retrouve trois conventions avec le centre hospitalier d'Aurillac. Une avec le centre hospitalier proprement dit qui comporte un volet sur les modalités de prévention des hospitalisations et un sur l'accompagnement des transferts en milieu hospitalier, le tout s'inscrivant

notamment dans le plan bleu. Une avec les soins de suite et de réadaptation et une avec l'hospitalisation à domicile. Ces conventions datent de 2004 pour la première et 2016 pour les deux autres. Elles n'amènent pas de commentaire particulier.

**Remarque n° 43 :** En l'absence de médecin-coordonnateur le manque de rapports avec les équipes mobiles de gériatrie est pénalisant.

**Remarque n° 44 :** L'absence de convention actualisée avec une structure hospitalière dans le cadre de la gestion des urgences somatiques ou psychiques ne permet pas à l'établissement d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.

**Remarque n° 45 :** De façon générale, l'établissement a peu de conventions signées et actualisées. Il y a un gros déficit de formalisation, notamment avec la pharmacie de Saint-Cernin, l'équipe mobile hygiène (EMH), les équipes mobiles de gériatrie (EMG), les médecins et kinésithérapeutes libéraux.

Il n'y a pas de travail en réseau avec le CCLIN (Centre de Coordination des comités de Lutte des Infections Nosocomiales) ou une équipe d'hygiène hospitalière. Bien qu'une des infirmières ait un DU d'hygiène elle n'est pas référente et le dernier DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux) date de plus de trois ans. Pour mémoire cet ancien document mettait en évidence des problèmes de gestion du matériel avec 14,3 % des objectifs atteints, des problèmes d'antisepsie avec 50 % des objectifs atteints et une insuffisance de vaccination contre les infections respiratoires. La gestion des risques épidémiques des infections respiratoires basse devait aussi être revue. À noter l'absence de bactéries multi-résistantes (déclaratif).

**Ecart n° 21 :** L'établissement n'a pas de DARI à jour et contrevient ainsi à l'instruction DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016.

**Remarque n° 46 :** Il n'y a pas de relation avec l'EMH et le CCLIN ; les compétences en matière d'hygiène d'une des infirmières ne sont pas mises à profit.

### 3.1.5 Admission

Devant l'absence de médecin-coordonnateur c'est le directeur voire l'IDEC qui se prononce sur les admissions. Ceci s'avère particulièrement dangereux en termes de responsabilité. En effet, l'admission d'un résident présentant des pathologies nécessitant certaines prises en charges non possibles sur cet établissement (insuffisances respiratoires, pathologies cardiaques instables) peut le mettre en danger.

**Ecart n° 22 :** En ne disposant pas de l'avis d'un médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions l'article D.312-158 du CASF. L'absence d'avis médical pour les admissions peut mettre des résidents en danger en cas d'admission de personnes présentant des pathologies dont la prise en charge n'est pas possible au sein de l'établissement.

### 3.1.6 Unité de vie protégée

Selon les entretiens, les locaux de cette unité seraient adaptés à la déambulation et les chambres seraient toutes équipées de lits « Alzheimer ». Il peut arriver qu'un des lits Alzheimer soit « prêté » à un autre service si besoin. Pour cette unité protégée il n'y a pas d'activité spécifique tenant compte des particularités de la population accueillie ce qui est regrettable car il s'agit d'une population nécessitant une prise en charge adaptée notamment aux troubles cognitifs majeurs. Selon les documents transmis par l'établissement, il a été proposé en mai 2020 de la « *Fingers-food* ».

**Remarque n° 47 : L'unité protégée ne bénéficie pas d'activités spécifiques tenant compte de la population accueillie, de ses caractéristiques et de ses besoins.**

### 3.2 PARTAGE DES INFORMATIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES

➤ Dossiers médicaux ou de soins

Il y a des dossiers « papiers » et des dossiers dématérialisés.

Les dossiers « papier » comprennent :

- Les civilités
- La personne à prévenir
- Le médecin traitant
- Les antécédents
- Les allergies
- Les BMR
- Les habitudes de vie : item non remplis systématiquement sur les dossiers consultés.
- Les documents administratifs
- La biologie
- Les originaux des ordonnances
- Le suivi mensuel de poids
- Les comptes rendus et courriers de consultations et d'hospitalisations

Les dossiers dématérialisés comprennent :

- Les éléments administratifs
- L'observation médicale
- Les transmissions IDE et AS
- Les constantes : Pression artérielle, température, poids (mensuel), glycémie, saturation en O<sup>2</sup>.
- Suivi des selles
- Les courriers des spécialistes
- Le projet de vie
- Plans de soins IDE et AS
- Transmissions ciblées rarement faites

A la lecture de plusieurs dossiers on s'aperçoit que plusieurs rubriques ne sont pas remplies systématiquement notamment le suivi de l'albumine ou de la fonction rénale. Par ailleurs, il n'y a peu de transmissions ciblées dans les dossiers (Cf. Supra).

**Remarque n° 48 :** Dans les dossiers individuels, le suivi de l'albumine et de la fonction rénale ainsi que la présence de transmissions ciblées ne sont pas systématiques.

➤ DLU

Il y a une fiche de liaison en guise de dossier de liaison d'urgence. Tous les professionnels n'ont pas accès à cette fiche et certaines personnes interrogées en ignorent même l'existence. Ce document a pu être consulté, il s'appelle : « *Fiche de liaison soignant* ». Il comprend les items suivants : données administratives, liste des intervenants (kinésithérapeute, généraliste...), habitudes toxiques, derniers vaccins, GIR, allergies, régimes, risques de fausses routes, les plans de soins infirmier et aide-soignant, la dernière observation médicale, les traitements, les constantes, les dernières volontés avec le nom des pompes funèbres, le motif d'hospitalisation. Ce document ne fait pas état des particularités psychologiques, tous les vaccins ne figurent pas et il n'y a pas d'antécédents.

**Remarque n° 49 :** Il n'y a pas de dossier de liaison d'urgence complet et opérationnel pour chacun des résidents et tous les membres du personnel ne sont pas en capacité d'éditer ou faire éditer ce document pour le remettre en cas d'urgence aux intervenants extérieurs vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

### 3.3 PROTOCOLES DE SOINS

Deux classeurs de protocoles seraient à disposition mais n'ont pas été vus par la mission. Certains protocoles ont été adressés, notamment celui sur l'accueil des résidents qui date du 12/03/2013, protocole qui était signé par le médecin-coordonnateur et la directrice de l'époque. Il a été vu par 17 personnes (Cf. signature du document) dont cinq infirmières en sachant qu'il y a eu un turnover du personnel depuis. On notera qu'il est bien stipulé qu'aucune admission ne peut se faire sans l'avis du médecin coordonnateur. Il contient une check liste. Ce protocole est très bien fait.

Il y a un protocole sur « *l'art de la profession de soignants* » daté de juillet 2013, qui comprend cinq items : les contentions (Cf. infra), la fin des soins de force, le respect du domicile, l'absence d'approche surprise et le respect du sommeil.

Un protocole « contentions physiques » serait à disposition sur l'ordinateur mais n'a pas été transmis malgré la demande de la mission. On retrouve seulement dans les protocoles remis un sur les règles de l'art de la profession de soignants avec quelques éléments sur la contention. Un document beaucoup plus précis avec notamment des consignes précises, et une date de réévaluation des contentions fait donc défaut. Pour mémoire toute contention doit être prescrite par un médecin et évaluée mensuellement.

**Remarque n° 50 :** L'absence de prescription médicale de mise sous contention motivée et réévaluée régulièrement est contraire aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la contention des personnes âgées : «  *limiter les risques de la contention physiques de la personne âgée* » – ANAES - octobre 2000.

**Remarque n° 51 :** Il n'y a pas de protocole pour les contentions ni de document de suivi mensuel sur le maintien de l'indication et les modifications éventuelles.

Il existe un protocole sur l'insulinothérapie au pousse-seringue daté de décembre 2013. Enfin un protocole sur le refus de soins, également daté de décembre 2013, comprend une attestation de refus à faire signer par les résidents.

Par ailleurs des procédures ont été remises notamment sur le projet personnalisé du résident qui date du 10/02/2013 et qui a été élaboré par l'ancien médecin-coordonnateur et l'ancienne directrice. Il a été vu de nombreuses fois notamment par les infirmières.

Il y a un protocole sur le bon usage des formes orales sèches (écrasement), élaboré par le centre hospitalier de Montauban, qui est très bien fait.

**Remarque n° 52 :** Sans formalisation des conduites à tenir face à des urgences ou des situations récurrentes, l'établissement ne garantit pas la mise en place effective des actes de soins en la matière, notamment pour les prises en charge de la douleur, des soins palliatifs, de la prévention des chutes, de la fièvre, etc...

➤ Suivi de la dénutrition

Comme il a été vu précédemment il n'y a pas de recherche systématique de la dénutrition biologique. Par ailleurs il n'y a plus de commission repas. Pour mémoire, il n'y a pas non plus de régimes spécifiques, ce qui globalement est plutôt une bonne chose. En ce qui est de l'adaptation des textures c'est demandé aux cuisines par l'IDE. On note l'absence de diététicien(ne).

**Remarque n° 53 :** Le risque de dénutrition des résidents ne fait pas l'objet d'une prise en charge globale.

### 3.4 CIRCUIT DU MEDICAMENT

L'établissement ne dispose pas de protocole relatif au circuit du médicament. L'établissement pourrait se servir du protocole téléchargeable sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

**Remarque Majeure n° 10 :** L'absence de procédure générale « circuit du médicament » élaboré et diffusé ne permet pas de sécuriser l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD.

➤ Les prescriptions médicales

Les prescriptions médicales sont faites sur le logiciel et comportent l'ensemble des éléments légaux à savoir la date de rédaction, les nom, prénom, qualité et titres du prescripteur, son identifiant, son adresse professionnelle, ses coordonnées, sa signature, les civilités du résident et sa date de naissance, la posologie et la durée des traitements. Les noms de spécialité sont doublés par la dénomination commune internationale (tout ceci a été vérifié par la mission sur un échantillon d'ordonnances).

La prescription des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants ainsi que leur stockage, dans un coffre à toxiques fermé, obéissent aux règles. En revanche, ils sont apportés à l'EHPAD et laissés au premier professionnel venu ce qui représente un risque.

**Remarque Majeure n° 11 :** Les toxiques ne sont pas remis en main propre à l'infirmière et immédiatement stockés dans le coffre à toxique.

L'accès au logiciel de prescription est sécurisé par un identifiant et un mot de passe confidentiel qui limitent les accès en fonction du corps de métier. À noter, il n'y a pas de code dévolu au médecin d'urgence n'intervenant pas habituellement dans l'établissement comme par exemple le médecin d'une équipe de SMUR.

**Remarque n° 54 :** Les médecins d'urgences n'ont pas accès au logiciel, ce qui ne leur permet pas d'avoir accès aux données concernant les patients.

Selon les entretiens, en dehors des situations d'urgence tout médicament administré aux résidents l'est en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit établi et signé par le médecin. De même, toute modification de la prise en charge thérapeutique d'un résident, y compris les arrêts prématurés de traitement, font l'objet d'une prescription médicale sauf pour les modifications de dosage d'anticoagulants qui se font souvent par oral suite à la réception d'analyses.

**Remarque n° 55 :** Toute modification de dosage de traitement d'anticoagulants n'est pas doublée simultanément d'une confirmation écrite (mail, SMS etc.).

Toute modification de traitement est prise en compte, sans délai, dans la préparation des traitements (déclaratif).

Les prescriptions sont réadaptées tous les mois ou tous les trois mois selon les résidents.

Les prescriptions médicales sont archivées dans un dossier médical papier des résidents (vu).

L'établissement a supprimé les pratiques de retranscription et de recopiage des prescriptions médicales. En effet, seuls trois résidents ne bénéficient pas d'ordonnances informatisées mais manuscrites et celles-ci ne sont pas recopiées. Il s'agit de trois résidents pris en charge par deux médecins qui interviennent très peu sur l'établissement.

La capacité de déglutition des résidents est prise en compte dans le choix des formes pharmaceutiques prescrites (déclaratif).

C'est l'original des prescriptions, tamponné et signé qui est présenté aux pharmacies et qui sera classé ultérieurement (vu).

Tous les médicaments prescrits avec la mention « *si besoin* » ne font pas l'objet d'un protocole nominatif. Celui-ci devant être établi, daté et signé par un médecin et préciser les modalités de sa mise en œuvre.

**Remarque n° 56 :** Tous les médicaments prescrits avec la mention « *si besoin* » ne font pas l'objet d'un protocole nominatif établi, daté et signé par un médecin et précisant les modalités de sa mise en œuvre.

Il n'y a pas de liste par classe thérapeutique des médicaments à utiliser préférentiellement au sein de la structure.

**Remarque n° 57 :** Il n'y a pas de liste de médicaments gériatriques.

➤ Convention avec officine

L'établissement s'approvisionne à la pharmacie de Saint-Cernin. Comme il a été dit plus haut il n'y a pas de convention avec les pharmaciens et il n'y a pas de pharmacien référent. Selon les entretiens, le droit des résidents au libre choix du pharmacien serait respecté mais, en pratique, les autres officines sont très éloignées et le recrutement se fait essentiellement aux alentours de l'EHPAD. Enfin, le recueil de l'expression du libre choix n'est pas formalisé. Il n'y a pas de dossier pharmaceutique.

**Ecart n° 23 :** : L'absence de convention avec un ou plusieurs pharmaciens d'officine et de désignation d'un pharmacien d'officine référent n'est pas conforme aux dispositions de l'article L.5126-10 du CSP.

Les médicaments sont délivrés sur présentation de l'original d'une prescription médicale individuelle et nominative, datée, signée en cours de validité. Lors du renouvellement de prescription les quantités de médicaments non consommés sont prises en compte aux dires de la structure. La mission a pu effectivement constater qu'il n'y avait pas de stock très important.

Les modalités d'approvisionnement en urgence ne sont pas définies par une procédure écrite. En ce qui est du stock d'urgence il est fait utilisation des boîtes non consommées et, en tant que de besoin, une prescription est faite afin de compléter le stock d'urgence.

**Remarque n° 58 :** Les modalités d'approvisionnement en urgence ne sont pas définies par une procédure écrite.

Selon la structure le pharmacien intervient en cas de problème auprès des praticiens.

► Livraison et stockage des médicaments au sein de l'EHPAD

Les médicaments sont livrés en paquets cachetés au nom de chaque résident. Si nécessaire des contenants spéciaux sont prévus pour les médicaments thermosensibles. La remise de livraison au sein de l'établissement n'est pas sécurisée car les médicaments ne sont pas remis en main propre à l'infirmière mais au premier venu. Ceci est d'autant plus préjudiciable que les médicaments toxiques sont mélangés avec les autres (Cf. Supra – Remarque Majeure n° 11).

**Remarque n° 59 :** Les modalités de remise des médicaments au sein de l'établissement ne sont pas organisées de manière sécurisée ni définies par une procédure écrite.

Tous les médicaments sont détenus dans les dispositifs de rangement fermés à clef dans une pièce dédiée fermée.

La mission observe sur le chariot des infirmières que les médicaments conservent les éléments de traçabilité (dénomination, dosage, numéro de lot, date de péremption notamment pour les collyres et sirops. Par ailleurs, les médicaments sont conservés préférentiellement dans leur conditionnement d'origine nominatifs. Chaque médicament conserve sa propre cuillère-mesure ou son doseur.

En ce qui est des homonymies la plupart des casiers de médicaments et des piluliers sont munis de la photographie du résident afin d'éviter des erreurs. Ceci n'est pourtant pas vrai à cent pour cent. Par ailleurs, les conditions de conservation des casiers de médicaments (absence de conservation à des endroits différents du meuble de rangement, absence d'utilisation de récipients de couleurs différentes) ne sont pas suffisamment sécurisées.

**Remarque n° 60 :** Tout n'est pas complètement mis en œuvre pour éviter les erreurs médicamenteuses liées aux homonymies.

Les médicaments sont conservés préférentiellement dans leur conditionnement d'origine et les traitements individuels des résidents sont stockés dans des dispositifs de rangement nominatif (casier)

de capacité adaptée mentionnant a minima le nom et le prénom du résident et pour un bon nombre sont munis de la photo de ce dernier (Cf. Supra).

En cas de modification d'un traitement (remplacement, suppression) le médicament concerné serait bien retiré du casier individuel du résident et du pilulier. Ceci n'a cependant pas pu être vérifié en temps réel.

Le réfrigérateur où sont stockés les médicaments thermosensibles fait l'objet manifestement d'un entretien régulier et d'un contrôle journalier des températures. Il n'a pas été retrouvé sur ce relevé d'anomalies particulières. Il n'y a pas de protocole défini en lien avec le pharmacien en cas de dépassement des seuils de température.

**Remarque n° 61 : Il n'y a pas de protocole pour la gestion des anomalies de température du réfrigérateur.**

Les médicaments stupéfiants sont conservés dans un dispositif de rangement séparé, fermé à clé avec un mode de fermeture assurant la sécurité (Cf. Supra).

Un contrôle de l'ensemble du stock de médicaments détenu est assuré trois fois par an et ceci est noté sur le tableau qui figure dans l'infirmerie. Les médicaments périmés et / ou non utilisés seraient remis, en vue de leur élimination, au pharmacien (déclaratif).

➤ Préparation et administration des médicaments

La préparation des piluliers est faite au sein de l'établissement et elle est assurée exclusivement par les infirmières. Ces traitements sont préparés directement à partir de la dernière prescription médicale nominative du résident sans retranscription. (Constats de la mission).

Les contenants individuels utilisés lors de la préparation des traitements (piluliers, godets) comportent les mentions nécessaires à l'identification du résident (nom prénom etc.) mais, là encore, la mission a constaté l'absence de dispositif (notamment photo) permettant de limiter les risques en cas d'homonymie (Cf. Supra – Remarque n° 60).

Les médicaments préparés sont laissés dans leur conditionnement primaire comme les blisters etc.

Des dispositions sont prises afin que la préparation des traitements ne soit pas interrompue ou dérangée. L'établissement dispose en effet d'une zone de travail très adaptée à cette opération avec un

plan de travail dédié et bien éclairé et d'une surface très largement suffisante, le tout dans une pièce isolée.

Il y a bien un contrôle du pilulier par le personnel infirmier, mais ce personnel n'est pas toujours différent de celui qui l'a préparé. Ce contrôle n'est pas enregistré si le médicament est donné (mais seulement s'il ne l'est pas). Il semblerait que cette fonction ne soit pas opérationnelle sur le logiciel.

**Remarque n° 62 :** Il n'y a pas de double contrôle des piluliers par du personnel différent.

Les chariots de distribution de médicaments ferment à clef et sont de tailles adaptées.

Dans le cas où une opération d'écrasement de comprimés, d'ouverture de gélules ou de mise en solution etc. est rendue nécessaire, compte-tenu des capacités de déglutition d'un résident, sa faisabilité est évaluée par le médecin après concertation de l'équipe selon les entretiens. Il y a un protocole, celui du centre hospitalier de Montauban, qui est adapté. Les broyeurs de comprimés sont propres.

L'écrasement des médicaments n'est pas toujours fait au dernier moment et les formes buvables sont préparées une heure avant. Selon les entretiens il n'y aurait pas de mélange entre les différentes formes buvables, en revanche, les entretiens indiquent que cela peut être possible pour les formes écrasées.

**Remarque n° 63 :** La préparation des médicaments écrasés ou liquides n'est pas toujours faite au dernier moment et les molécules sont parfois mélangées avant administration.

L'utilisation des dispositifs doseurs (pipettes) serait réservée à un seul résident pour une seule spécialité.

En ce qui est de la distribution des médicaments, au vu des entretiens, elle est faite par les IDE sauf pour les médicaments du coucher et pour les traitements de l'unité protégée qui sont donnés par l'agent affecté à l'unité protégée (l'aide-soignante ou l'ASH faisant fonction d'AS). Les entretiens mettent en évidence la distribution habituelle des médicaments par des aides-soignants et des ASH faisant fonction d'AS.

On rappellera que seules les AS ou AMP peuvent aider à la distribution des médicaments avec un protocole nominatif pour chaque résident. Il s'agit dans ce cas d'une aide à la prise mais la distribution faisant partie du rôle propre de l'IDE, celle-ci peut déléguer cette tâche seulement dans certaines conditions et aux personnes habilitées. En aucun cas un(e) ASH ne peut distribuer des médicaments. Cela n'est pas le cas à l'EHPAD de St Illide : l'établissement ne dispose d'aucun protocole de soins pour l'aide à la distribution des médicaments par les aides-soignants et les entretiens confirment que des AHS FFAS distribuent régulièrement des médicaments.

Par ailleurs, au vu des horaires de présence des IDE au sein de l'EHPAD (6h30-20h du lundi au vendredi), la mission s'interroge d'une part, sur l'importance de la pratique de la distribution des médicaments par du personnel non infirmier et particulièrement par des ASH et d'autre part, sur le fait que l'établissement prévoit spécifiquement que la distribution des traitements des résidents de l'unité protégée ne soit pas assurée par des IDE mais par l'agent affecté à l'unité protégée.

**Ecart n° 24 :** En permettant aux agents de service de distribuer des médicaments aux résidents et en n'encadrant pas la distribution des médicaments faite par les AS par des protocoles de soins élaborés avec l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux articles L.313-26 du CASF et R 4311- 4 du CSP.

## CONCLUSION

L'EHPAD connaît un important déficit de pilotage se traduisant par un défaut de rigueur, de structuration et de formalisation. Ce manque de pilotage institutionnel est notamment illustré par les éléments suivants :

- Le directeur n'a pas connaissance du Projet d'Etablissement 2016-2020 et n'a pas engagé de démarche d'élaboration d'un nouveau,
- Le fonctionnement des instances (CA, CTE) n'est pas conforme à la réglementation,
- La politique de gestion des ressources humaines est défailante : absence de fiches de postes personnalisées, de plan de formation, de dispositif d'évaluation professionnelle, de sécurisation des recrutements (suivi des casiers judiciaires), les fiches de tâches sont obsolètes, l'organigramme incompréhensible,...
- Les règles d'organisation du travail et en particulier d'affectation des personnels manquent de rigueur et de lisibilité laissant une part importante à l'autogestion, ce qui provoque, alimente et entretient les conflits interpersonnels entre les agents,
- L'organisation complexe des plannings et des transmissions ne permet pas de garantir la continuité et la sécurité des soins et des prises en charge : fonctions d'aides-soignants assurés par des personnels non qualifiés et non formés, carences d'organisation en termes de répartition et d'affectation des personnels par secteur, cas de non-respect du repos quotidien de 12heures consécutives...
- L'absence de politique qualité, de gestion des risques, de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance atteste d'un défaut d'investissement institutionnel dans ces domaines, ce qui est en décalage important avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et la réglementation,
- L'absence de réunions transversales impliquant l'équipe soignante pluridisciplinaire et de réunions générales pour l'ensemble des professionnels affecte la cohésion d'équipe, ne permet pas d'assurer l'information descendante et ascendante, ni de susciter la réflexion des personnels sur leurs pratiques,
- Le respect des droits des usagers est insuffisamment organisé : règlement de fonctionnement incomplet et non actualisé, absence de CVS.

Ce défaut de structuration affecte l'ensemble de la gestion de l'EHPAD, met à mal le personnel et favorise les tensions entre agents.

L'EHPAD de St-Illide est de surcroît marqué par un climat social très dégradé avec des conflits, des tensions interpersonnelles, des clans très marqués et un mal-être au travail. Ces tensions sont

préexistantes à l'arrivée du directeur actuellement en poste mais se sont accentuées pour atteindre un niveau particulièrement alarmant en 2019/2020 avec la survenue d'évènements dramatiques (tentative de suicide, altercation entre agents, suicide). La situation est particulièrement critique dans le service cuisine et requiert une vigilance extrême. Cette situation est objectivée et analysée dès mars 2020 avec la production d'un diagnostic sur les RPS qui fait, notamment, état d'une « situation anormale et alarmante ». Pour autant, l'établissement n'a déployé aucune démarche de prévention en vue d'assurer la sécurité et la protection de la santé mentale et physique des salariés. La direction ne semble pas avoir pris la mesure de la situation et de l'urgence à agir.

La mission relève toutefois une relative amélioration de la situation depuis décembre 2020 avec l'arrivée de la cadre de santé et la mise en place de la sectorisation et des transmissions prolongées qui sont globalement appréciées par le personnel, bien que perfectibles. La mission note également que la plupart des professionnels sont volontaires et habités par la volonté d'assurer une prise en charge de qualité aux résidents accueillis.

L'organisation des soins est pénalisée par l'absence de médecin coordonnateur et le défaut de mesures palliatives structurées pour y faire face dans la durée, notamment en termes d'admission. Elle n'est pas, à ce jour, construite sur des bases structurantes avec des outils partagés en pluridisciplinarité ce qui ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité requises : absence de projet de soins global actualisé, protocoles de soins anciens, voire inexistant, absence de projet d'accompagnement et de soins individualisés,...

Concernant la prise en charge médicamenteuse, plusieurs points de dysfonctionnement majeurs sont relevés avec des facteurs de risques importants : absence de définition d'une politique générale du médicament, insuffisances relevées dans les étapes du circuit du médicament, notamment en matière de livraison des toxiques et de distribution des médicaments.

La mission estime que l'établissement est à même de progresser à condition qu'avec l'appui et l'investissement du conseil d'administration, la direction s'engage sans délai avec détermination et volonté dans une démarche de structuration et que le directeur réinvestisse la fonction de management et de pilotage stratégique. La construction et la mise en œuvre des améliorations attendues apparaîtraient toutefois compromises à la mission en l'absence :

- d'un appui/conseils extérieur à la direction en matière de conduite de projet, de management des équipes et de communication,
- de la nécessaire association des instances et des professionnels afin d'être partie prenante des changements impulsés, s'inscrivant dans le respect des rôles et des fonctions de chacun,
- de la poursuite du travail déjà entrepris sur la réforme des plannings qui constitue un facteur clé d'avancement, dans le cadre d'un travail collaboratif avec les équipes,
- d'accompagnement des professionnels et d'un travail collaboratif favorisant l'amélioration des pratiques.

Etabli le 18 juin 2021,

  
Inspectrice de l'action sanitaire  
et sociale

  
Médecin de l'ARS

  
Inspectrice de l'action sanitaire  
et sociale

  
Conseil Départemental Cantal

  
Conseil Départemental Cantal



## SYNTHESE DES CONSTATS D'ECARTS ET REMARQUES

Les écarts et remarques formulés par la mission serviront de fondement aux mesures correctives qui seront prononcées par le Directeur Général de l'ARS et le Président du Conseil Départemental du Cantal, commanditaires de la mission, dans sa 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	INTITULÉ
1.	10	Le registre prévu à l'article L331-2 du CASF n'est pas tenu régulièrement.
2.	10	En n'ayant pas initié le renouvellement du projet d'Etablissement, la direction ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF.
3.	12	Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. Les éléments transmis ne permettent pas de garantir que le règlement de fonctionnement a été établi conformément aux articles R311-33 du CASF et L.315-12-11° du CASF.
4.	12	Les dispositions du règlement de fonctionnement sont incomplètes au regard des dispositions des articles R311-34 à R311-37 du CASF et de l'instruction du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services médico-sociaux.
5.	14	Le CA est peu informé et n'intervient pas dans la définition de la politique générale de l'établissement. Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement sont prises par la direction sans avoir reçu de délégation de la part du CA et sans

		que celles-ci lui soient présentées pour délibération, ce qui ne permet pas le respect des articles L.315-12, L.315-17 et D.315-71 du CASF.
6.	18	Le CA tel que constitué n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.315-6 du CASF qui précise que « le conseil d'administration des établissements publics sociaux et médico-sociaux qui relèvent d'une seule commune ou d'un seul département comprend douze membres ».
7.	18	La fréquence des réunions du Conseil d'administration de l'EHPAD de St Illide n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.315-23-1 du CASF.
8.	19	En ne réunissant pas le comité technique d'établissement au moins une fois par trimestre, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.315-54 du CASF.
9.	19	En ne communiquant pas 15 jours avant la date de la réunion du CTE, les pièces et documents nécessaires aux membres du CTE pour l'accomplissement de leurs fonctions, l'établissement ne répond aux dispositions réglementaires (article R315-61 du CASF) et affecte l'exercice des missions des membres du comité en ne leur permettant pas d'avoir un temps de préparation des sujets abordés.
10.	19	Les modalités de fonctionnement du CTE ne sont pas conformes aux articles R315-53, R315-54 et R.315-59 du CASF.
11.	21	En ne disposant pas d'un conseil de vie sociale, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-6 du CASF.
12.	28	En l'absence de procédure structurée, l'établissement n'est pas en mesure de respecter les dispositions des articles L.331-8-1, R.331-8 du CASF et L.1413-14 du CSP relatives aux obligations de signalement.
13.	30	L'établissement n'atteste pas de la qualification de tous les personnels devant l'être ; il ne peut donc pas garantir la réalisation des prestations par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L.312-1 II du CASF
14.	32	En n'ayant pas organisé de manière régulière la vérification du casier judiciaire des personnels, l'établissement n'est pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L.133-6 du CASF ni en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.

15.	41	Le non-respect du repos quotidien de 12 heures consécutives n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (décret 2002-9 du 4/01/2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière) et représente un risque pour le personnel et les résidents.
16.	42	Le directeur participe parfois aux transmissions IDE et transmissions prolongées qui traitent de prise en charge individuelle des résidents, ce qui ne correspond pas à son rôle et peut affecter le secret médical (article L.1110-4 du CSP).
17.	45	En n'élaborant pas de projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soins et un projet de vie pour chaque résident, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 et D.312-155-0 du CASF.
18.	45	L'absence de médecin-coordonnateur contrevient à l'article D.312-156 du CASF.
19.	45	L'absence de commission gériatrique n'est pas conforme à l'article D.312-158 du CASF.
20.	45	En l'absence de contrat avec les professionnels libéraux (notamment les médecins) intervenant dans l'établissement, l'établissement contrevient aux articles L.314-12 et R.313-30-1 du code de l'action sociale et des familles.
21.	47	L'établissement n'a pas de DARI à jour et contrevient ainsi à l'instruction DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016.
22.	47	En ne disposant pas de l'avis d'un médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions l'article D.312-158 du CASF. L'absence d'avis médical pour les admissions peut mettre des résidents en danger en cas d'admission de personnes présentant des pathologies dont la prise en charge n'est pas possible au sein de l'établissement.
23.	52	: L'absence de convention avec un ou plusieurs pharmaciens d'officine et de désignation d'un pharmacien d'officine référent n'est pas conforme aux dispositions de l'article L.5126-10 du CSP.
24.	56	En permettant aux agents de service de distribuer des médicaments aux résidents et en n'encadrant pas la distribution des médicaments faite par les AS par des protocoles de soins élaborés avec l'équipe soignante, l'établissement contrevient aux articles L.313-26 du CASF et R 4311- 4 du CSP.



REMARQUE MAJEURE	PAGE	INTITULÉ
1.	24	L'établissement n'a déployé aucune démarche de prévention en vue d'assurer la sécurité et la protection de la santé physique et mentale des salariés, ce qui représente un risque majeur pour les agents et les résidents compte tenu des résultats du diagnostic des risques psychosociaux de mars 2020.
2.	25	L'absence de suivi du personnel par la médecine du travail prévue par la réglementation représente un risque au regard des situations de grande souffrance psychologique de certains agents.
3.	25	L'établissement n'a pas mis en place de mesures d'accompagnement psychologique du personnel suite à la tentative de suicide (2019), puis au suicide (2020) d'un membre du personnel de la cuisine, ce qui n'a fait qu'accroître les situations de souffrance au travail.
4.	26	La situation de vive tension dans le service cuisine présente un risque majeur en termes de sécurité pour les agents et pour les résidents par voie de conséquence.
5.	38	L'absence de répartition organisée des personnels par secteur et d'organisation des temps de pause conduit à une autogestion par les personnels ; ce qui favorise et alimente les tensions entre agents et participe à la dégradation du climat social et des conditions de travail.
6.	39	Le fait de laisser un ASH seul au sein de l'unité protégée représente un risque pour la sécurité et la qualité des prises en charge et est un facteur de risque psycho-social pour ces professionnels non formés qui peuvent se retrouver démunis face à ce type de public.
7.	40	Le manque de professionnels qualifiés et formés pour accompagner les résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée quels que soient le jour ou le moment de la journée représente un risque pour les résidents et ne permet pas le respect des RBPP de l'ANESM – « <i>L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social</i> » - février 2009.
8.	40	La rotation trop fréquente de plusieurs nouveaux professionnels intervenant auprès des résidents accueillis en UP est de nature à générer des troubles psychologiques et comportementaux chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée. L'absence de réflexion institutionnelle sur ce sujet ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des

		prises en charge et le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.
9.	41	L'insuffisance, voir l'absence de professionnel sur des plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement ne permet pas d'assurer la qualité de la prise en charge et de garantir la continuité des soins.
10.	41	L'absence de procédure générale « circuit du médicament » élaboré et diffusé ne permet pas de sécuriser l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD.
11.	51	Les toxiques ne sont pas remis en main propre à l'infirmière et immédiatement stockés dans le coffre à toxique.
<b>REMARQUE</b>	<b>PAGE</b>	<b>INTITULÉ</b>
1.	9	La démarche d'évaluation, faute de plan d'action suivi, n'a pas été envisagée comme un levier d'amélioration des prestations et d'accompagnement en ESMS.
2.	11	Le directeur n'a pas connaissance du projet d'établissement 2016-2020, il ne constitue donc pas un outil stratégique de pilotage de l'EHPAD.
3.	11	Le projet spécifique de l'unité protégée n'est pas à jour, ce qui peut être préjudiciable aux résidents accueillis et à la qualité de leur prise en charge et n'est pas conforme aux RBPP de l'ANESM (Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS – ANESM 2009).
4.	13	L'organigramme n'est pas nominatif et comporte des incohérences et imprécisions. Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas lisibles. Ces éléments sont de nature à créer de la confusion dans le management des équipes et le fonctionnement de l'établissement.
5.	14	le directeur concentre une multiplicité de tâches, notamment de gestion courante, au détriment d'un management plus global des équipes et au pilotage stratégique de l'établissement et de son activité.
6.	16	L'organigramme et la fiche de poste de la cadre de santé ne permettent pas d'appréhender clairement ses fonctions, son positionnement et ses responsabilités au sein de l'EHPAD, ce qui est de nature à créer de la confusion dans le management des équipes et le fonctionnement de l'établissement.

7.	16	Le directeur et la cadre n'appréhendent pas le contenu même du poste ni le positionnement de la cadre de la même manière, ce qui dénote à minima une absence de dialogue très préjudiciable à la conduite de l'établissement.
8.	16	La continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur ou d'évènement grave pouvant affecter sa personne n'est pas formalisée, ce qui peut entraîner un risque de non réponse face à une situation urgente ou problématique.
9.	17	L'absence de réunions transversales impliquant toute l'équipe pluridisciplinaire permettant des échanges tracés sur le fonctionnement de l'établissement est préjudiciable en termes de communication, de travail collaboratif et de cohésion d'équipe.
10.	21	La fréquence des réunions du CTE constitué en CHSCT (1 fois par an) ne permet pas de contribuer efficacement à la protection de la santé et de la sécurité du personnel et à l'amélioration des conditions de travail au sein de l'établissement alors que l'EHPAD est fortement marqué par des problématiques en termes de RPS et de climat de travail dégradé.
11.	21	En n'ayant pas mis en place de système d'informations, de recueil d'avis permettant l'expression des résidents et/ou des familles sur les différents thèmes de la vie de l'EHPAD, l'établissement ne respecte pas les RBPP de l'ANESM (Qualité de vie en EHPAD volet 3 – la vie sociale en EHPAD- 2012).
12.	22	Il n'y a pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance / lutte contre la maltraitance. L'établissement ne promeut pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et ne s'inscrit pas dans une démarche de professionnalisation continue et de réflexion sur ses pratiques ; ce qui ne permet pas de développer une culture de la prévention des risques de maltraitance et expose potentiellement les résidents à ce risque.
13.	23	L'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violence et de maltraitance sur les résidents, ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part du personnel.
14.	23	En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande la mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques « afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » - Recommandations ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la

		lutte contre la maltraitance – Décembre 2008.
15.	26	Le DUERP n'a pas été actualisé selon la périodicité réglementaire, ce qui ne permet pas de respecter les dispositions de l'article R.4121-2 du code du travail. Il ne constitue pas un outil de prévention des risques professionnels au sein de l'établissement.
16.	27	En ne disposant pas d'un plan bleu actualisé et complet comprenant l'ensemble des volets thématiques et procédures génériques, l'établissement ne répond pas à la nécessité d'anticiper les situations d'urgence de manière organisée.
17.	28	L'absence de procédure opérationnelle, connue et appropriée par les équipes en matière de signalement, de traitement, d'analyse des évènements indésirables et de retour aux équipes ne permet pas de garantir le repérage des situations à risque et la mise en place d'actions correctives pour permettre un accompagnement adapté et bien-traitant des résidents, y compris pour les EI paraissant mineurs.
18.	28	Les équipes ne reçoivent pas d'informations sur les suites données aux déclarations d'évènements indésirables réalisés ; ce qui peut laisser penser que les déclarations n'ont pas été prises en compte et traitées, risquant potentiellement de décourager les professionnels à déclarer un autre évènement.
19.	29	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, formalisé et opérationnel, l'établissement ne prend pas en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles - RBPP ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – Décembre 2008.
20.	29	Le traitement des réclamations par le directeur ne s'accompagne pas d'un retour vers les équipes, ni d'une réflexion d'équipe afin que les processus de travail soient, le cas échéant, modifiés suite aux évènements rapportés.
21.	31	L'absence de fiche de poste avec définition des missions et responsabilités des professionnels et de fiches de tâches actualisées ne donne pas aux personnels des repères structurants pour leur exercice professionnel et ne permet pas d'appréhender clairement leur positionnement et leurs rôles au sein de la structure. Elle peut également engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle dû à une mauvaise compréhension de leur rôle, ce qui est en décalage avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM – 2008- La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre).

22.	32	La réalisation par des aides-soignants diplômés d'activité de nettoyage en dehors de l'environnement immédiat de la personne et d'activité de service hôtelier n'est pas en conformité avec le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et se fait au détriment du temps d'accompagnement direct des résidents.
23.	32	L'absence de dispositif d'évaluation du personnel est préjudiciable en termes de dialogue et d'amélioration de la gestion des ressources humaines et de suivi de la qualité. L'absence de fixation d'objectifs entrave la mise en place d'un accompagnement critique et structurant pour les agents et pour l'activité.
24.	33	L'absence de bilan social et d'analyses réalisées à partir de données sociales sur la base d'indicateurs suivis prive la direction d'une vision globale sur la situation sociale du personnel et sur le fonctionnement de l'établissement.
25.	34	L'absence de plan de formation continue à destination des professionnels de l'établissement et de réflexion globale sur les besoins de formation ne permet pas de développer les compétences individuelles et collectives des professionnels et pénalise grandement l'amélioration de pratiques professionnelles, ainsi que la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents.
26.	34	L'absence de suivi des formations ne permet pas d'avoir une vision précise des formations effectivement réalisées pour chaque type de personnel, ce qui est préjudiciable à l'accompagnement des salariés pour une montée en charge et un maintien à niveau de leurs compétences en vue d'une meilleure prise en charge des résidents.
27.	34	L'établissement qui emploie des aides-soignants non qualifiés n'a pas engagé de politique de formation qualifiante susceptible d'y remédier.
28.	34	En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM. L'absence d'analyse de la pratique est un facteur de risque psycho-social, il ne permet pas d'aider les professionnels dans une mise à distance et une réflexion critique sur leurs pratiques quotidiennes.
29.	35	L'absence de procédure d'accueil définie ne permet pas de faciliter l'intégration des nouveaux salariés dans la structure et de donner des éléments de repères sécurisants et structurants nécessaires à l'exercice professionnel et à l'intégration sociale dans l'établissement.
30.	37	Le mode d'élaboration des plannings est complexe et chronophage ; il ne permet pas d'en faire un outil permettant de garantir et d'attester de la continuité de service.

31.	38	L'absence de répartition organisée des personnels par secteur et d'organisation des temps de pause ne permet pas de garantir la continuité des soins et des prises en charge.
32.	38	L'absence d'affectation des agents par secteur sur des périodes suffisamment longues constitue un obstacle à la continuité des prises en charge et ne permet pas l'instauration d'un lien de confiance avec le résident (cf RBPP de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – ANESM – 2008.
33.	40	Le faible niveau de qualification des agents apprécié au travers des plannings du planning du mois mars 2021 induit un risque de prise en charge non professionnelle, ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge requise dans un établissement médicalisé, conduit à des glissements de tâches et induit des risques pour les résidents.
34.	42	L'absence de compte-rendu des réunions de transmissions prolongées peut nuire à la bonne circulation et appréhension des informations par les équipes dans la mesure où ces réunions abordent des questions d'organisation et pas uniquement des situations individuelles tracées dans [REDACTED].
35.	42	L'absence de transmissions ciblées induit un risque de déperdition d'informations, de manque de continuité et de sécurisation des prises en charge et ne favorise pas la clarté des transmissions orales.
36.	42	L'absence de transmission le soir entre l'agent affecté à l'unité protégée et les agents de nuit et parfois également entre les agents de jour et l'équipe de nuit ne permet pas une circulation optimale des informations. Elle peut être de nature à fragiliser la continuité des prises en charge et ne respecte pas les recommandations de l'ANESM qui stipulent « <i>afin de ne pas mettre en péril la fiabilité de l'accompagnement des usagers, la mise en place de procédures de transmission d'information rigoureuses est recommandée, sous une forme à la fois orale et écrite...</i> ». « <i>La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre</i> » – RBPP ANESM – Juin 2008.
37.	43	En ne réalisant pas des exercices pratiques semestriels ayant pour objet d'instruire le personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie, l'établissement ne respecte pas l'article J39 de l'arrêté du 25 juin 1980 concernant les ERP de type J.
38.	43	L'absence de réalisation d'exercice avec les pompiers ne permet pas à ceux-ci de s'entraîner pour se familiariser avec l'agencement des locaux de l'EHPAD et au personnel de mettre en pratique la théorie dispensée lors des formations, de les conforter et automatiser dans les actions à tenir.

39.	44	le personnel fait état de téléphones portables et de médaillons d'appel résidents défectueux qui induisent un risque de non réponse aux appels urgents des résidents.
40.	44	L'absence de projet de soins global actualisé et connu des équipes ne permet pas de définir les objectifs de soins, leur organisation et leur continuité avec les procédures et outils de travail, ainsi que les liens de partenariat à développer ou consolider en vue de structurer et encadrer les soins dans le cadre d'un travail coordonné en pluridisciplinarité.
41.	46	Les bouteilles d'oxygène ne sont pas toutes arrimées.
42.	46	L'équipement de télémédecine n'est plus utilisé.
43.	47	En l'absence de médecin-coordonnateur le manque de rapports avec les équipes mobiles de gériatrie est pénalisant.
44.	47	L'absence de convention actualisée avec une structure hospitalière dans le cadre de la gestion des urgences somatiques ou psychiques ne permet pas à l'établissement d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.
45.	47	De façon générale, l'établissement a peu de conventions signées et actualisées. Il y a un gros déficit de formalisation, notamment avec la pharmacie de Saint-Cernin, l'équipe mobile hygiène (EMH), les équipes mobiles de gériatrie (EMG), les médecins et kinésithérapeutes libéraux.
46.	47	Il n'y a pas de relation avec l'EMH et le CCLIN ; les compétences en matière d'hygiène d'une des infirmières ne sont pas mises à profit.
47.	48	L'unité protégée ne bénéficie pas d'activités spécifiques tenant compte de la population accueillie, de ses caractéristiques et de ses besoins.
48.	49	Dans les dossiers individuels, le suivi de l'albumine et de la fonction rénale ainsi que la présence de transmissions ciblées ne sont pas systématiques.
49.	49	Il n'y a pas de dossier de liaison d'urgence complet et opérationnel pour chacun des résidents et tous les membres du personnel ne sont pas en capacité d'éditer ou faire éditer ce document pour le remettre en cas d'urgence aux intervenants extérieurs vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

50.	50	L'absence de prescription médicale de mise sous contention motivée et réévaluée régulièrement est contraire aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la contention des personnes âgées : « <i> Limiter les risques de la contention physiques de la personne âgée </i> » – ANAES - octobre 2000.
51.	50	Il n'y a pas de protocole pour les contentions ni de document de suivi mensuel sur le maintien de l'indication et les modifications éventuelles.
52.	50	Sans formalisation des conduites à tenir face à des urgences ou des situations récurrentes, l'établissement ne garantit pas la mise en place effective des actes de soins en la matière, notamment pour les prises en charge de la douleur, des soins palliatifs, de la prévention des chutes, de la fièvre, etc...
53.	50	Le risque de dénutrition des résidents ne fait pas l'objet d'une prise en charge globale.
54.	51	Les médecins d'urgences n'ont pas accès au logiciel, ce qui ne leur permet pas d'avoir accès aux données concernant les patients.
55.	51	Toute modification de dosage de traitement d'anticoagulants n'est pas doublée simultanément d'une confirmation écrite (mail, SMS etc.).
56.	52	Tous les médicaments prescrits avec la mention « <i> si besoin </i> » ne font pas l'objet d'un protocole nominatif établi, daté et signé par un médecin et précisant les modalités de sa mise en œuvre.
57.	52	Il n'y a pas de liste de médicaments gériatriques.
58.	53	Les modalités d'approvisionnement en urgence ne sont pas définies par une procédure écrite.
59.	53	Les modalités de remise des médicaments au sein de l'établissement ne sont pas organisées de manière sécurisée ni définies par une procédure écrite.
60.	53	Tout n'est pas complètement mis en œuvre pour éviter les erreurs médicamenteuses liées aux homonymies.

61.	54	Il n'y a pas de protocole pour la gestion des anomalies de température du réfrigérateur.
62.	55	Il n'y a pas de double contrôle des piluliers par du personnel différent.
63.	55	La préparation des médicaments écrasés ou liquides n'est pas toujours faite au dernier moment et les molécules sont parfois mélangées avant administration.

