

SOMMAIRE

RAPPORT D'INSPECTION	1
Etablissement inspecté :	1
Directeur de l'établissement :	1
Equipe d'inspection ARS Grand Est :	1
Equipe d'inspection Département de la Marne	1
Synthèse	5
1 Déroulement de l'inspection	7
2 Continuité de la fonction de direction et pilotage de l'établissement.	8
2.1 La continuité de la fonction de direction	8
2.2 Gestion et conduite générale de l'établissement.....	8
2.2.1 Les missions de l'équipe de direction.....	8
2.2.2 La conduite de l'établissement	9
2.2.3 Le mode opératoire relatif au recrutement	9
3 Organisation des ressources humaines et conséquences sur la prise en charge.	10
3.1 L'organisation des ressources humaines le jour de l'inspection	10
3.1.1 Début de journée et journée	10
3.1.2 Observation spécifique du créneau 18h – 20h.....	11
4 Organisation du circuit du médicament	11
5 Organisation de l'encadrement médical	13
6 Organisation de la cuisine	13
Conclusion relative à l'inspection sur site du 1^{er} août 2024	15
7 Analyse des réponses apportées dans le cadre du courrier d'injonctions	16
7.1 Rappel des injonctions	16
7.2 Réponse de l'établissement	16

REFERENTIEL JURIDIQUE

- Code de l'Action Sociale et des Familles
 - o art. R311-33 à R311-37 : règlement de fonctionnement de l'établissement
 - o art. L311-6, D311-3 et suivants : conseil de vie sociale
 - o art. D312-176-10 pour les ESMS publics : qualification pour la direction d'un ESMS
 - o art. L312-1-II, al.2 : ESMS
 - o art. L133-6 : qualité morale des personnels
 - o art. L311-3, 1° : respect de la dignité, droit à aller et venir, ...

- Code de la santé publique
 - o Articles L 1431-2, L 6116-1 et 2 relatifs au contrôle des établissements de santé.

- Décret du 05/07/2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD

- Référentiel des bonnes pratiques :
 - o Guide HAS : accompagner les personnes en fin de vie
 - o Fiches repères :
 - Le projet personnalisé ;
 - Le projet d'établissement ;
 - La sécurité alimentaire ;
 - La commission de coordination gériatrique.

- Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social édité par le Centre National de Gestion des directeurs

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

→ **Seul le rapport définitif, établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée, et non le rapport initial ou provisoire, est communicable aux tiers.**

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

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse

La commune de Verzenay est située à 17 km de Reims, dans la Marne (51). L'EHPAD, installé dans cette commune, est un établissement public autonome membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Champagne.

Il dispose de 100 places d'hébergement permanent dont 34 en chambres doubles. Le jour de l'inspection, le 1^{er} août 2024, 76 résidents étaient accueillis au sein de l'établissement.

La direction de l'établissement est assurée par [REDACTÉ] depuis le [REDACTÉ], en détachement du [REDACTÉ].

Dans le cadre de la programmation des inspections-contrôles de l'ARS Grand Est, une inspection sur site a été menée en mars 2023, conjointement avec les services du Département de la Marne. La décision définitive a été transmise à la Directrice, le 17 juin 2024, avec 18 prescriptions et 21 recommandations.

Cet établissement connaît des difficultés depuis plusieurs années. Récemment, notamment au cours du second trimestre, les difficultés se sont accélérées et ont soulevé d'importantes questions quant au pilotage de l'établissement, à l'organisation du travail et de la prise en charge des résidents.

Plusieurs signalements sont parvenus aux services de l'ARS et du Département de la Marne concernant le fonctionnement de l'établissement, faisant apparaître des tensions importantes en matière de ressources humaines et de gestion des plannings. Ces éléments ont motivé la réalisation d'une nouvelle mission d'inspection.

La mission établit les principaux constats suivants

Le climat social au sein de l'établissement est très dégradé. Des personnels ont pu exprimer leur souffrance au travail auprès des membres de la mission. Les nombreux dysfonctionnements relatifs à l'organisation du travail entraînent une pression importante sur les personnels soignants et aussi administratifs. Ces conditions de travail et cet épuisement remettent en cause la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Le pilotage global de l'établissement apparaît défaillant ce qui entraîne une désorganisation du travail des personnels, déjà constatée lors de l'inspection réalisée en 2023 mais qui s'est aggravée ces derniers mois :

- Les équipes sont régulièrement livrées à elles-mêmes pour régler des problèmes relevant normalement de la direction (par exemple : la gestion des plannings ou le rappel de personnels) ;
- L'organisation de la continuité de la fonction de direction n'est pas suffisamment consolidée et maîtrisée ;
- Il n'y a pas de comité de direction ou de temps d'échanges formalisés permettant d'aborder les sujets du quotidien inhérent au fonctionnement d'un tel établissement. Par ailleurs, dans le projet de mise en place d'une réunion du comité de direction, il n'a pas été prévu d'inviter le médecin coordonnateur, dont le positionnement apparaît pourtant central dans un EHPAD ;
- Il n'y a pas d'anticipation dans la gestion des personnels. Par exemple, une IDE, recrutée en CDD et prenant son premier jour de poste le [REDACTÉ] n'avait pas son contrat de travail signé de la direction, alors qu'il était rédigé par l'assistante en charge des ressources humaines ;
- Lorsque des changements sont mis en œuvre au sein de l'établissement, il n'y a ni concertation ni accompagnement. Entre autres, la mise en place dernièrement de nouveaux cycles horaires de travail n'a pas été concertée. Cette transformation a été très mal vécue par les personnels entraînant de l'absentéisme et des démissions.

La gestion des ressources humaines n'est pas stabilisée, ce qui génère des difficultés à fiabiliser les plannings. L'établissement fait appel à de nombreux personnels soignants intérimaires pour pallier les absences, avec certaines conséquences :

- Un effet néfaste sur la situation financière ;
- Les intérimaires ne sont pas suffisamment accompagnés dans leur prise de poste ;

- A de nombreuses reprises, des intérimaires prévus au planning ne se présentent pas pour prendre leur poste et parfois, sans prévenir. En conséquence, des personnels titulaires de l'établissement sont régulièrement rappelés, souvent le jour même, pendant leurs jours de congés, pour venir aider ;
- Ces absences et manques de personnel contraignent les agents présents à anticiper les couchers avec un certain nombre de résidents mis au lit dès 14h30.

Le circuit du médicament n'est pas suffisamment sécurisé. En effet, des médicaments périmés ont été retrouvés.

Par ailleurs, la préparation des médicaments par les IDE, dans un environnement où les interruptions de tâches peuvent être fréquentes entraîne un risque d'erreur dans cette préparation.

De plus, lors de la dispensation des traitements, l'identitovigilance n'est pas non plus garantie :

- Les piluliers de la semaine sont rangés sur un chariot à plateau repas sans aucune sécurisation dans la salle des infirmiers potentiellement accessible à tout le monde ;
- La gestion des stocks de médicaments stupéfiants ne permet pas de tracer rigoureusement les entrées et les sorties de stocks.

Les décisions prises par l'ARS Grand Est

En premier lieu, le lendemain de l'inspection, en raison de l'absence prolongée de la directrice de l'EHPAD, l'ARS Grand Est a pris un arrêté (n°2024-3083) d'intérim de direction, afin d'assurer le pilotage de l'établissement.

Le 13 août 2024, un signalement a également été adressé au Procureur de la République du fait de la dégradation globale de la prise en charge et du risque de rupture dans la continuité des soins.

Les décisions prises conjointement entre l'ARS Grand Est et le Conseil Départemental de la Marne

En conséquence, un courrier d'injonction, signé conjointement par les autorités de tutelle le 12 août 2024, a été adressé à l'établissement le 13 août 2024. Les injonctions, issues de trois écarts majeurs repris au sein de ce rapport, portent sur l'organisation du pilotage de l'établissement, la gestion des ressources humaines et le circuit du médicament.

De manière concomitante, l'établissement a fait l'objet d'une suspension des admissions, dans l'attente d'une amélioration globale du fonctionnement qui soit compatible avec un accueil de qualité des résidents.

1 Déroulement de l'inspection

L'inspection s'est réalisée de façon inopinée le **1^{er} août 2024**. La lettre d'annonce, avec la liste des documents demandés, a été remise à la gestionnaire des ressources humaines, seule représentante de la direction, présente après l'arrivée de la mission d'inspection.

La mission était composée comme suit :

- Equipe d'inspection ARS Grand Est

Monsieur Jérôme MARTIN, inspecteur désigné, chargé de la coordination ;
Docteur Josephine MAROTTA, médecin inspecteur de santé publique ;
Monsieur Grégory BILLIET, inspecteur désigné ;
Madame Sylvie REMILLON, inspectrice désignée.

- Equipe d'inspection Département de la Marne

Monsieur Thomas FANCHIN, Chef du Service des Etablissements Médico-sociaux ;
Monsieur Damien COLLARD, Directeur de l'Autonomie ;
Madame Karine ARDOISE, Contrôleur-tarificateur ;
Madame Sabine MAREST, infirmière.

La mission a comporté :

- La visite des locaux de l'établissement ;
- Des entretiens individuels des personnels.

2 Continuité de la fonction de direction et pilotage de l'établissement.

2.1 La continuité de la fonction de direction

L'établissement dispose d'une directrice, en poste depuis le ■■■■■■■■■■. Elle est directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social et affectée à l'EHPAD de Verzenay par arrêté, en date du ■■■■■■■■■■.

Elle est titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), délivré en date du ■■■■■■■■■■. Elle est titulaire par ailleurs d'un mastère spécialisé intitulé « Directeur des ressources humaines » ainsi que d'une certification « Change Management Certification », délivrés par l'ESSEC Business School.

Au jour de l'inspection, elle est en arrêt maladie depuis le ■■■■■■■■■■. Elle a informé l'ARS, en date du 29 juillet 2024, que la continuité de la fonction de direction était assurée, d'une part, par l'IDEC pour l'organisation des soins et, d'autre part, par l'assistante en ressources humaines et la comptable pour la gestion des plannings. Elle a aussi précisé que la référente démarche qualité assurerait le secrétariat.

Dans les faits, la mission d'inspection a pu constater des dysfonctionnements importants relatifs à la continuité de la fonction de direction. A l'arrivée de l'équipe d'inspection à 8 heures, les premiers personnels rencontrés ne savaient pas qui assurait l'astreinte de direction et ne disposaient pas des coordonnées des différents cadres de l'établissement. En ce sens, il n'a pas été possible de contacter un représentant de la direction avant l'arrivée du premier personnel administratif à 9 heures. Les entretiens menés avec certains personnels ont souligné l'existence d'une procédure d'astreinte de direction ainsi que des contacts téléphoniques affichés dans l'établissement. Ces informations ne sont pas suffisamment connues.

REMARQUE 1 : L'organisation de l'astreinte de direction n'est pas suffisamment connue et maîtrisée des personnels.

2.2 Gestion et conduite générale de l'établissement

L'équipe de direction est composée de la directrice, de la responsable comptable et financière, de la gestionnaire des ressources humaines, de la référente qualité (chargée aussi de l'accueil de l'établissement), de l'IDEC, responsable de l'équipe soignante, et de l'intendante, responsable de l'équipe hôtelière.

2.2.1 Les missions de l'équipe de direction

Les missions de ces personnels ne sont pas toutes identifiées de manière formelle. En effet, seules les fiches de poste de l'IDEC, de l'intendante et de la référente qualité ont été rédigées. La responsable comptable et financière ainsi que la gestionnaire des ressources humaines ne disposent pas de fiche de poste. La problématique des fiches de poste avait déjà été soulevée lors de l'inspection de mars 2023 mais n'a manifestement pas été réglée.

La fiche de poste est un outil important de la démarche de management des équipes et de gestion des ressources humaines. En effet, en définissant les rôles, missions et compétences de chacun, elle sert de référence dans le cadre de l'organisation du travail et des responsabilités de chacun.

REMARQUE 2 : Les personnels de l'équipe de direction ne disposent pas tous de fiche de poste, ce qui ne permet pas d'identifier clairement les missions et les responsabilités de chacun.

2.2.2 La conduite de l'établissement

La prise de décision, liée à la fonction même de direction et concernant le fonctionnement quotidien de l'établissement, n'est pas suffisamment organisée. Il a pu être évoqué à la mission des consignes passées, de la part de la direction, par l'intermédiaire du logiciel [REDACTED], sans qu'elles ne soient véritablement expliquées. Il a aussi été évoqué un manque de présence de la direction, dans les étages, au contact des personnels et des résidents. Cela entraîne un éloignement entre les équipes soignantes et la direction. Les conséquences directes sont un manque de lisibilité des décisions prises ainsi qu'un manque d'adhésion et de compréhension de la part des personnels entraînant des dysfonctionnements dans l'organisation du travail. Cette problématique a été constatée à différents niveaux.

Le pilotage de l'établissement, par l'intermédiaire de temps formalisés d'échange (par exemple : un comité de direction ou une réunion régulière des cadres) est inexistant. Ce point était déjà souligné dans le rapport à la suite de l'inspection de mars 2023 et n'a pas trouvé de solution. La transmission de directives se fait de manière informelle à l'oral, ou par l'intermédiaire du comité social et économique (CSE), qui n'est pas une instance de décision quant au pilotage d'un établissement et dont le rôle apparaît dévoyé. Ce fonctionnement participe à la dégradation actuelle du climat social. En effet, plusieurs personnels ont pu évoquer une situation de souffrance au travail auprès des membres de la mission.

2.2.3 Le mode opératoire relatif au recrutement

Le mode opératoire relatif au recrutement et la gestion des remplacements sont actuellement défaillants. En effet, les recrutements sont gérés par les différents cadres de l'établissement sans que la directrice y soit intégrée. En ce sens, la direction n'a pas nécessairement une vision exhaustive des recrutements réalisés au sein de l'établissement, ni des profils recrutés.

Par ailleurs, l'information concernant les différents recrutements ne circule pas correctement. En effet, la gestionnaire des ressources humaines découvre régulièrement, de manière tardive, les nouveaux personnels embauchés, ce qui ne permet pas d'anticiper et d'accompagner leur prise de poste et la signature des contrats de travail.

S'agissant des remplacements ou du recours à du personnel intérimaire, le jour de l'inspection, ce sont les IDE qui ont dû gérer les rappels de personnel ou l'appel à l'agence d'intérim, ce qui représente du temps pour les IDE qui n'est pas consacré aux soins. Cette mission doit relever d'un cadre, soit de la direction directement, garante de l'organisation globale du fonctionnement de l'établissement, soit de l'IDEC dont les missions précisées dans la fiche de poste sont entre autres la gestion des plannings, de l'absentéisme et du recrutement de ses équipes.

En conclusion des constats cités précédemment, la mission formule un écart majeur :

ECART MAJEUR 1 (cf. le courrier d'injonction du 12 août 2024) : Le pilotage actuel de l'établissement est défaillant et ne permet pas un fonctionnement satisfaisant. La gestion et la conduite générale de l'établissement ne sont pas assurées. En ce sens, ces dysfonctionnements contreviennent aux articles L315-17 et R.315-25 du CASF.

Cette défaillance remet en cause la qualité et la sécurité des prises en charge par la désorganisation qu'elle entraîne. Elle engendre également une dégradation du climat social.

Par ailleurs, dans le cadre de l'inspection du 1^{er} août 2024, et pour rappel de l'écart 8 de la décision définitive du 13 juin 2024 : les diplômes des personnels ont été demandés, tous n'ont pas été transmis, ne permettant à la mission de vérifier les qualifications (voir en annexe la liste du personnel concerné).

3 Organisation des ressources humaines et conséquences sur la prise en charge.

3.1 L'organisation des ressources humaines le jour de l'inspection

3.1.1 Début de journée et journée

L'établissement est composé d'un rez-de-chaussée et de deux étages. Par conséquent, au regard de son architecture, théoriquement, l'organisation retenue par l'établissement pour les aides-soignantes est la suivante : une équipe d'aides-soignantes est dédiée à chaque niveau. L'équipe IDE est commune pour l'ensemble de l'établissement, tout comme l'équipe en charge de l'entretien des locaux. Le jour de l'inspection, le médecin coordonnateur et la pharmacienne étaient présentes.

Au rez-de-chaussée, une aide-soignante (AS) est prévue au planning, pour le créneau 6h20 – 13h56. Elle était effectivement présente pour assurer notamment le service du petit-déjeuner et les soins d'hygiène. Il s'agit d'un personnel intérimaire qui est déjà intervenue dans l'établissement. Cependant, le 1^{er} août 2024, elle ne disposait pas du bon code d'accès à l'établissement et à son arrivée, elle ne savait pas à quel secteur elle était affectée.

Une autre aide-soignante intérimaire était prévue sur le poste d'après-midi, de 13h04 à 20h40, mais elle ne s'est pas présentée. Une aide-soignante titulaire de l'établissement a dû être rappelée sur ses congés pour assurer l'encadrement du dîner et l'organisation des couchers.

Deux agents des services hospitaliers (ASH) étaient affectés à l'entretien des locaux.

Au 1^{er} et au 2^e étage, la correspondance entre le planning prévisionnel et le planning effectif est difficile à établir. Le planning ne reflète pas l'organisation des personnels dans les étages. A leur prise de poste, les personnels, y compris les intérimaires, ne savent pas nécessairement à quel secteur ou dans quelle équipe ils sont affectés, ce qui crée de la désorganisation au détriment des personnels eux-mêmes et des résidents.

Le jour de l'inspection, les équipes étaient organisées de la manière suivante :

- 1^{er} étage :
Deux AS (dont 1 intérimaire). Cependant, une seule AS est prévue l'après-midi pour encadrer 32 résidents. De plus, si un personnel n'avait pas été rappelé, elle aurait dû aussi s'occuper des résidents du rez-de-chaussée. La mission souligne en ce sens que la charge de travail apparaît trop importante et remet en cause la qualité et la sécurité des prises en charge.
- 2^e étage :
Quatre AS (dont 2 intérimaires).

Par ailleurs, s'agissant de l'entretien des locaux, quatre ASH sont réparties sur les deux étages.

En synthèse, les difficultés à construire un planning fiable participent à la désorganisation du travail, à la pression sur les personnels et *in fine* à la dégradation de la qualité de la prise en charge des résidents. Le recours important à du personnel intérimaire crée une instabilité pour les résidents, du fait d'un manque de connaissance des situations particulières. Cela entraîne une remise en cause du lien de confiance entre ces soignants intérimaires et les résidents, pourtant essentiel dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée dépendante.

3.1.2 Observation spécifique du créneau 18h – 20h

Des résidents ont été couchés dès le début d'après-midi (dès 14h30), en raison d'un manque de personnels, afin d'anticiper et de faciliter ensuite le temps de déshabillage et de mise au lit. Les repas du soir sont ainsi directement apportés au lit pour certains.

Les personnels sur site déplorent et regrettent cette organisation qui semble inéluctable. Ils expriment des craintes aussi sur le suivi dégradé de l'hydratation en cette période estivale.

Au rez-de-chaussée, comme indiqué précédemment, une AS a été rappelée par une IDE, en fin d'après-midi, car une intérimaire devant prendre son poste à 13h04 ne s'est pas présentée, afin de venir assurer le service et l'encadrement du repas le soir car il n'y avait personne pour le faire : elle a installé les résidents en salle à manger (12 résidents), elle a distribué les médicaments, elle a servi le repas. Certains de ces résidents nécessitaient par ailleurs une aide à la prise du repas.

Au 1er étage, un Aide Médico-Psychologique (AMP) a été rappelé aussi en fin d'après-midi par une IDE pour venir compléter l'équipe car il manquait du personnel. Finalement, il y avait un AMP, une AS et une ASH pour gérer le service du repas du soir.

Au 2e étage, trois personnels de soins, accompagnés d'un personnel de cuisine, étaient présents pour gérer le service du repas. A cet étage, les résidents sont moins autonomes et les repas se font essentiellement en chambre, sur plateau.

En synthèse, les problématiques de personnels pour le créneau du soir ont un impact direct sur la qualité de la prise en charge des résidents, sur le respect des rythmes de vie, sur le respect du libre choix des résidents puisque certains sont couchés dès l'après-midi. Cela impacte aussi les conditions de travail de certains personnels, contraints de revenir alors qu'ils sont en congés, ce qui remet en question l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée.

En conclusion des constats cités précédemment, la mission formule un écart majeur :

ECART MAJEUR 2 (cf. le courrier d'injonction du 12 août 2024) : la gestion des ressources humaines, en lien avec l'organisation des plannings et des horaires de travail notamment, n'est pas satisfaisante et ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, conformément à l'article L311-3 du CASF.

4 Organisation du circuit du médicament

La structure dispose d'une pharmacie d'usage intérieur (PUI) gérée par une pharmacienne exerçant à 0.5 ETP au sein de l'EHPAD. **Un local spécifique est dédié à la PUI.** Ce local dispose d'une porte blindée et son accès est sécurisé avec une clé détenue par la seule pharmacienne.

La pharmacienne assure les commandes, la réception, le rangement des commandes, la vérification des prescriptions, la facturation ainsi que la gestion des périmés. Aucun préparateur en pharmacie n'intervient sur cette PUI.

Ce local dispose de différents rangements ainsi que d'une armoire à stupéfiants, dont la clé est détenue par la pharmacienne qui assure la gestion du stock et le trace dans un registre. Une liste de dotation de stupéfiants est en place pour les unités de l'EHPAD. Un réfrigérateur destiné aux médicaments thermosensibles est présent dans ce local : la porte présente un dysfonctionnement du système de fermeture, ce qui ne permet pas de garantir une température assurant de bonnes conditions de conservation. Deux nouveaux réfrigérateurs ont été commandés et viennent d'être livrés au moment de la visite sur site : un sera installé à la PUI et l'autre dans la salle de préparation des doses (salle de soins infirmiers).

L'établissement dispose en plus d'une salle dédiée à la préparation des doses, qui est en réalité la salle de soins infirmiers. L'accès de cette salle est sécurisé par un code connu et détenu uniquement des IDE de l'équipe. Il est retrouvé dans ce local :

- Une armoire dédiée au stock tampon en cas d'urgence qui ne dispose d'aucune liste et ne fait pas l'objet d'un suivi des péremptions avec traçabilité. D'ailleurs, des périmés ont été retrouvés par les inspecteurs : du DYMISTA périmé depuis avril 2024, du DERMOVAL périmé depuis juin 2024, de l'ALPRAZOLAM périmé depuis juillet 2024.
- Un coffre à stupéfiants dont la clé est détenue par la pharmacienne et les IDE. Les péremptions des stupéfiants sont gérées par la pharmacienne. La dotation en stupéfiants est conséquente avec présence de MATRIFEN 12 (3 patchs), MATRIFEN 25 (3 patchs), MATRIFEN 50 (3 patchs), MORPHINE 10 mg/ml (10 ampoules), ACTISKENAN 5 (7 comprimés), OXYNORMORO 5 (7 comprimés) et SKENAN LP 10 (7 comprimés). La traçabilité des péremptions manque de lisibilité et n'est pas réalisée à périodicité régulière
- Les semainiers sont stockés dans des armoires non sécurisées.
- Les semainiers de la semaine en cours sont rangés sur un chariot à plateau repas sans aucune sécurisation dans la salle des infirmiers potentiellement accessible à tout le monde
- L'armoire servant au stockage des DMS n'est pas fermée de manière sécurisée.

La mission a fait le constat que le circuit du médicament n'était pas sécurisé : présence de médicaments périmés, insuffisance dans la gestion des stupéfiants, préparation des médicaments par les IDE, en déconditionnant avec le système OREUS pour la Préparation de Doses à Administrer (PDA), dans un environnement où les interruptions de tâches peuvent être fréquentes. La double vérification est assurée par lecture du code barre par la douchette du système OREUS.

Les semainiers nominatifs comportent une photo du résident afin de réduire les risques d'erreur au moment de la distribution.

La mission a noté par ailleurs un risque accru relatif à la l'identitovigilance des traitements. En effet, l'identification des résidents via les plateaux se fait à l'aide d'une fiche cartonnée ne reprenant uniquement le nom de famille, ce qui pose la question des cas d'homonymie. Par ailleurs, il existe un risque de confusion si ces fiches se mélangent, ou se perdent.

De plus, au 2e étage, comme relaté précédemment, lors de la distribution des plateaux repas le soir, la mission a noté que les médicaments étaient posés à même le plateau, sans emballage permettant d'identifier le médicament lui-même et avec une méthode de dénomination fragile (papier volant posé avec le nom uniquement – risque de mélange potentiel et d'homonymie). La question de la pertinence de la PDA se pose au vu de cette étape de distribution non sécurisée et à risque.

En conclusion des constats cités précédemment, la mission formule un écart majeur :

ECART MAJEUR 3 (cf. le courrier d'injonction du 12/08/2024) : L'organisation actuelle du circuit du médicament présente un risque d'erreur médicamenteuse, susceptible d'altérer gravement la santé du résident.

Par ailleurs, la gestion des médicaments stupéfiants ne permet pas de suivre avec rigueur les entrées et les sorties de stock (article R5132-80 du CSP, Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé).

5 Organisation de l'encadrement médical

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0.4 ETP, qui assure ses présences les mardis et jeudis depuis [REDACTED]. Ce médecin ne dispose pas de fiche de poste.

REMARQUE 3 : Le médecin coordonnateur ne dispose pas de fiche de poste.

Au jour de l'inspection, la commission de coordination gériatrique (CCG) n'était pas organisée et n'a pas été réunie, sa mise en place étant prévue en septembre 2024.

ECART 1 : La commission de coordination gériatrique n'est pas en place au sein de l'EHPAD

Le médecin coordonnateur a participé à la rédaction des protocoles de soins qui sont en attente de validation de la directrice.

Depuis l'inspection de 2023, un dispositif permettant de répondre à une situation d'urgence a été mis en place (sac et DSA). En cas d'urgence, le DLU est à disposition dans le dossier informatisé ([REDACTED]). La mission souligne en revanche l'absence de rédaction du protocole relatif à l'urgence vitale.

REMARQUE MAJEURE 1 : L'établissement ne dispose pas d'un protocole relatif à l'urgence vitale.

6 Organisation de la cuisine

L'établissement dispose d'une cuisine au rez-de-chaussée qui produit l'ensemble des repas de la journée. La cuisine est assez vaste, suffisamment bien agencée. Elle est bien équipée avec tout le matériel nécessaire même si celle-ci est vétuste et mériterait d'être rafraîchie. L'équipe est composée du chef de cuisine présent du lundi au vendredi, de 2 cuisiniers qui se relaient un weekend sur deux et de deux aides cuisiniers.

La visite de la cuisine a permis de constater que l'organisation et la gestion de la cuisine apparaissent particulièrement archaïques avec une quasi-absence d'informatisation. Les régimes alimentaires et goûts des résidents sont consignés sur des *post-it* agrafés dans un cahier et le chef de cuisine passe ses commandes à partir d'un classeur où sont indiqués les différents produits des fournisseurs avec une indication des prix qui ne sont manifestement pas à jour. [REDACTED] passe donc des commandes sans avoir d'information sur les prix réellement pratiqués et sans avoir connaissance du budget disponible. Le contrôle des dates de péremption des denrées alimentaires s'effectue à chaque fin de semaine mais rien n'est tracé. A noter que [REDACTED] dispose d'un ordinateur portable depuis peu de temps mais que celui-ci ne dispose pas de logiciel métier spécifique.

De plus, pour aérer la pièce, les fenêtres sont ouvertes et donnent sur un talus en pente descendante vers les fenêtres qui ne disposent pas de moustiquaires et qui ne permettent donc pas d'empêcher l'entrée d'insectes ou autre nuisible extérieur. Le [REDACTED] en a fait la demande à sa direction, sans suite.

Au plafond, la ventilation en zone de production est visiblement sale ce qui pose la question de sa maintenance et de son entretien. A de nombreux endroits il a pu être constaté la présence de toiles d'araignées qui ne sont pas nettoyées. Les locaux doivent être aérés avec des ventilations filtrantes, vérifiées périodiquement. Il n'a pas pu être vérifié, globalement au niveau de l'établissement, s'il existait un tableau de suivi des CVPO (Contrôles et Vérifications Périodiques Obligatoires).

REMARQUE 4 : [REDACTED] n'est pas suffisamment accompagné afin de disposer des outils informatiques modernes pour avoir facilement accès aux données des résidents

concernant leur alimentation ou pour suivre les stocks. Par ailleurs, suivi du coût journalier combiné à une meilleure visibilité sur les prix pratiqués par les fournisseurs, les promotions disponibles ou encore les informations sur les ruptures de stock, doit être renforcé.

Conclusion relative à l'inspection sur site du 1^{er} août 2024

L'inspection inopinée, réalisée le 1^{er} août 2024, complète les observations et difficultés retranscrites dans le cadre de l'inspection de 2023 et sa décision définitive en date du 13 juin 2024.

La mission retient ainsi après cette inspection du 1^{er} août 2024 les points suivants :

- Le climat social au sein de l'établissement est très dégradé. Des personnels ont pu exprimer leur souffrance au travail auprès des membres de la mission. Les nombreux dysfonctionnements relatifs à l'organisation du travail entraînent une pression importante sur les personnels soignants et aussi administratifs. Ces conditions remettent en cause la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents et des personnels.
- La gestion des ressources humaines n'est pas stabilisée, ce qui génère des difficultés à fiabiliser les plannings. L'établissement fait appel à de nombreux personnels soignants intérimaires pour pallier les absences, ce qui impacte négativement la qualité de la prise en charge des résidents.
Par ailleurs, ces personnels intérimaires ne sont pas suffisamment accompagnés dans leur prise de poste. Des personnels titulaires de l'établissement sont régulièrement rappelés aussi sur leurs jours de congés pour venir aider, du fait des absences.
- Le circuit du médicament n'est pas suffisamment sécurisé. Des médicaments périmés ont été retrouvés. De plus, la gestion des stocks de médicaments stupéfiants ne permet pas de tracer rigoureusement les entrées et les sorties de stock. La préparation des médicaments par les IDE, dans un environnement où les interruptions de tâches peuvent être fréquentes entraîne un risque d'erreur dans cette préparation.
Enfin, les piluliers de la semaine sont rangés sur un chariot à plateau repas sans aucune sécurisation dans la salle des infirmiers potentiellement accessible à tout le monde. L'étape de dispensation des traitements pose aussi question.

Elle formule ainsi :

- 3 écarts majeurs qui ont donné lieu à des injonctions transmises le 13 août 2024 à l'établissement et
- D'autres constats : 1 écart, 1 remarque majeure et 3 remarques.

La mission rappelle également que les mesures formulées dans le cadre de l'inspection de 2023, devant donner lieu à des actions correctrices, doivent être mises en œuvre.

L'ensemble de ces éléments concourent ainsi à remettre en cause la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents et des personnels.

C'est pourquoi, une série de mesures ont été entreprises comme :

- La mise en place d'un intérim de direction pour pallier l'absence de la directrice ;
- La suspension des admissions dans l'attente de retrouver une situation permettant un accueil de qualité des résidents ;
- Un courrier destiné à l'établissement et comportant des injonctions.
- Un signalement adressé au Procureur de la République en date du 13 août 2024.

Cet établissement doit ainsi être suivi de façon rapprochée afin de vérifier les évolutions sur le court et moyen terme, permettant de rétablir qualité et sécurité de la prise en charge des résidents et de l'organisation du travail des personnels.

7 Analyse des réponses apportées dans le cadre du courrier d'injonctions

7.1 Rappel des injonctions

Le courrier d'injonction a été co-signé, ARS et Département de la Marne, en date du 12 août 2024 et transmis à l'établissement en date du 13 août 2024.

Pour rappel, les injonctions faisaient suite aux écarts majeurs constatés par la mission qui a réalisé une inspection sur site en date du 1^{er} août 2024. Les écarts majeurs et les injonctions qui en découlent sont les suivants :

EM 1 : Le pilotage actuel de l'établissement est défaillant et ne permet pas un fonctionnement satisfaisant. La gestion et la conduite générale de l'établissement ne sont pas assurées. Cette défaillance remet en cause la qualité et la sécurité des prises en charge par la désorganisation qu'elle entraîne. Elle remet aussi en cause le climat social qui est très dégradé. En ce sens, ces dysfonctionnements contreviennent aux articles L315-17 et R.315-25 du CASF.

Injonction : Mettre en place une organisation stratégique et opérationnelle permettant d'assurer le pilotage de l'établissement dans toutes ses composantes.

Rétablir le lien avec les équipes pluridisciplinaires en organisant et formalisant leur encadrement.
Définir un mode opératoire de recrutement et de gestion des remplacements du personnel, qui inclut la direction.

EM 2 : La gestion des ressources humaines, en lien avec l'organisation des plannings et des horaires de travail notamment, n'est pas satisfaisante et ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, conformément à l'article L311-3 du CASF.

Injonction : Mettre en œuvre une organisation de la gestion des ressources humaines, permettant de stabiliser les plannings des personnels et de garantir la continuité de l'activité de l'établissement.

Concernant le recours à des personnels remplaçants ou intérimaires, organiser leur accueil et la transmission des informations nécessaires à leur prise de poste.

EM 3 : L'organisation actuelle du circuit du médicament présente un risque d'erreur médicamenteuse, susceptible d'altérer gravement la santé du résident. Par ailleurs, la gestion des médicaments stupéfiants ne permet de suivre avec rigueur les entrées et les sorties de stock. Articles L311-3 du CASF et R5132-80 du CSP.

Injonction : Procéder à une revue complète du circuit du médicament dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

7.2 Réponse de l'établissement

En date du 19 août 2024, la directrice par intérim a transmis des éléments de réponse au courrier d'injonctions. Ces éléments sont constitués d'un courrier de réponse, d'un relevé des actions réalisées depuis le début de l'intérim de direction, d'un tableau de suivi des injonctions, d'un tableau détaillé de recensement des personnels de l'établissement et de la procédure relative à la continuité de la fonction de direction datant du mois d'avril 2024 et approuvée par la directrice titulaire.

La mission souligne que la directrice par intérim s'est investie rapidement dans cette mission, malgré les responsabilités qui sont les siennes au sein de son établissement de rattachement. A la lecture des différents éléments, la mission relève les points suivants :

- La directrice par intérim a pris en charge sans délai, dans un format de gestion de crise, l'organisation des plannings devant permettre une continuité de l'activité de l'établissement et de la prise en charge des résidents. Pour ce faire, elle s'est mise en contact avec l'équipe IDE et a fait le lien avec la société d'intérim pour compléter l'équipe d'AS.

- Elle a pris l'attache des cadres pour faire un point sur la situation de l'établissement. En ce sens, elle a initié le rétablissement du lien avec les équipes, qui constituait une priorité dans la bonne marche de l'établissement.
- Elle a organisé le relai auprès des soignants en nommant, parmi l'équipe d'IDE, un agent pour assurer le rôle d'IDEC, en l'absence de l'IDEC actuelle.
- Elle a construit un tableau de recensement des personnels permettant d'avoir une vision objective de la situation de chacun.
- Des réunions de cohésion doivent être organisées à la rentrée en septembre, le temps que les différents agents concernés reviennent de leurs congés.
- Par ailleurs, elle a tenu les autorités de tutelle informées des différentes actions mises en œuvre.

En ce sens, la mission souligne l'action positive de la directrice par intérim dans la situation de l'établissement qui était critique au moment de l'inspection.

Cependant, si les bases permettant d'envisager une amélioration du pilotage de l'établissement sont posées, la situation reste très fragile et ne permet pas encore de garantir le respect de la qualité et de la sécurité dans la prise en charge des résidents.

La gestion des plannings a fait l'objet d'une nouvelle organisation permettant d'assurer la continuité de l'activité de l'établissement, mais l'animation des équipes, par l'intermédiaire de temps d'échange réguliers pour aborder les problématiques de fonctionnement, doit encore être organisée. Cela nécessite une présence quotidienne, au contact des personnels.

Par ailleurs, le tableau de recensement des personnels, permettant de faire le point sur leur situation, indique que plusieurs agents parmi les soignants sont démissionnaires au 1^{er} septembre 2024 (3 AS). Cela souligne la nécessité de travailler sur le processus de recrutement et sur la stabilisation des effectifs.

Les questions relatives à l'organisation du circuit du médicament au sein de l'établissement ne sont pas levées à ce stade. Les actions prioritaires de la directrice par intérim ont concerné l'aspect des ressources humaines de l'établissement, ce qui apparaît tout à fait compréhensible. Cependant, elle indique dans sa réponse au courrier d'injonctions qu'elle a besoin d'une expertise pour travailler sur le circuit du médicament. Etant donné que l'établissement dispose d'un temps de pharmacien à hauteur de 0,5 ETP, cela interroge quant à la plus-value de cette compétence et sa capacité à se mobiliser afin d'améliorer le circuit du médicament.

En conclusion, et tout en soulignant le travail accompli par la directrice par intérim, la mission propose que les injonctions soient maintenues ainsi que la suspension de toute nouvelle admission de résident.

Equipe d'inspection ARS Grand Est :

✚ Monsieur Jérôme MARTIN, inspecteur désigné, chargé de la coordination ;



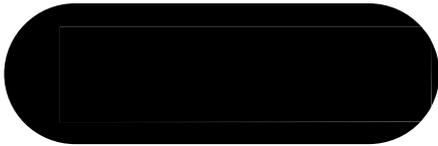
✚ Docteur Josephine MAROTTA, médecin inspecteur de santé publique ;



✚ Monsieur Grégory BILLIET, inspecteur désigné ;



✚ Madame Sylvie REMILLON, inspectrice désignée.



Equipe d'inspection Département de la Marne

✚ Monsieur Thomas FANCHIN, chef du Service des Etablissements Médico-social



✚ Monsieur Damien COLLARD, directeur de l'Autonomie ;



ANNEXE 1 : LETTRE D'ANNONCE



Direction Générale

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

Service émetteur :
Direction Inspection Contrôle Evaluation

A

Affaire suivie par :
Jérôme MARTIN

Madame la Directrice
EHPAD de la Fondation Duchatel
3, rue Walbaum,
51360 VERZENAY

Courriel :
[redacted]
ars-grandest-dice-inspection@ars.sante.fr
[redacted]

Lettre à remettre uniquement sur place, le jour de l'inspection

Objet : Mission d'inspection

Références : Les articles L.1431-2, L.1435-7, L.1421-1 à L.1421-3, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la Santé Publique (CSP),
L'article L 313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

Plusieurs signalements sont parvenus dernièrement aux services de l'ARS concernant votre établissement. De plus, des tensions importantes en matière de ressources humaines et de gestion des plannings, sont rapportées. Ces éléments portés à ma connaissance soulèvent d'importantes questions relatives à la gouvernance et à la prise en charge des résidents dont la sécurité apparaît remise en cause.

Ainsi, j'ai pris la décision de diligenter une mission d'inspection inopinée conformément aux articles L. 1421-1 à L. 1421-3, Article L. 1431-2, L. 1435-7 et suivants du Code de la Santé Publique et aux articles L313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles, relatifs au contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux.

La mission portera notamment sur l'étude de l'organisation de la gouvernance et de la prise en charge, dans le but d'objectiver la situation quant à la qualité et la sécurité des prises en soins.

La mission sera réalisée par :

- Monsieur Jérôme MARTIN, Inspecteur désigné, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation, coordonnateur de la mission ;
- Madame le Docteur Josephine MAROTTA, Médecin inspecteur de santé publique, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation ;
- Madame Sylvie REMILLON, Inspectrice désignée, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation ;
- Monsieur Grégory BILLIET, Inspecteur désigné, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation.

Les services du Département de la Marne, lesquels agiront selon leurs compétences propres en application des dispositions de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, accompagneront la mission.

La mission se déroulera le 1^{er} août 2024 de manière inopinée. Elle procédera aux investigations nécessaires au sein de votre établissement, à une visite des locaux, à l'examen de dossiers médicaux de résidents et à tous types de documents nécessaires aux investigations, ainsi qu'à des entretiens avec les différents personnels.

Vous voudrez bien mettre à disposition de l'équipe d'inspection des bureaux destinés à ces entretiens.

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Copie :
Délégation territoriale de la Marne
Département de la Marne



ANNEXE 2 : LETTRE DE MISSION



Direction Générale

Service émetteur :
Direction Inspection Contrôle Evaluation

Affaire suivie par :
Jérôme MARTIN

Courriel : [REDACTED]

Tél [REDACTED]



La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

A

Monsieur Jérôme MARTIN
Dr Josephine MAROTTA
Madame Sylvie REMILLON
Monsieur Grégory BILLIET

S/couvert de :
Monsieur Michel MULIC, Directeur de
l'Inspection, Contrôle et Evaluation

LETTRE DE MISSION

Objet : Mission d'inspection concernant l'EHPAD de la Fondation Duchâtel, situé à VERZENAY (51)
L.1431-2, L.1435-7, L.1421-1 à L.1421-3, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la Santé Publique (CSP),
L 313-13 et suivants du Code d'Action Sociale et des Familles

Contexte de la mission : Plusieurs signalements sont parvenus dernièrement aux services de l'ARS concernant l'établissement. De plus, des tensions importantes en matière de ressources humaines et de gestion des plannings, sont rapportées. Ces éléments soulèvent d'importantes questions relatives à la gouvernance et à la prise en charge des résidents dont la sécurité apparaît remise en cause.

Objet de la mission : La mission portera notamment sur l'étude de l'organisation de la gouvernance et de la prise en charge, dans le but d'objectiver la situation quant à la qualité et la sécurité des prises en soins.

Modalités : la mission sera réalisée sur place, de manière inopinée, le 1^{er} août 2024, à compter de 8h et procédera aux investigations nécessaires au sein de votre établissement, à une visite des locaux, à l'examen de dossiers médicaux de résidents et à tous types de documents nécessaires aux investigations, ainsi qu'à des entretiens avec les différents personnels.

La mission sera réalisée par :

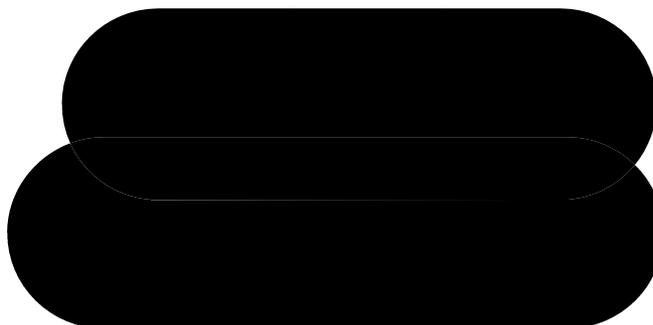
- Monsieur Jérôme MARTIN, Inspecteur désigné, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation, coordonnateur de la mission ;
- Madame le Docteur Josephine MAROTTA, Médecin inspecteur de santé publique, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation ;
- Madame Sylvie REMILLON, Inspectrice désignée, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation ;
- Monsieur Grégory BILLIET, Inspecteur désigné, Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation.

Les services du Département de la Marne, lesquels agiront selon leurs compétences propres en application des dispositions de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, accompagneront la mission.

Calendrier : le rapport d'inspection devra m'être remis dans le délai de 1 mois suivant la mission.

En cas de constatation de manquement sérieux ou de dysfonctionnement grave, la mission me rendra compte par écrit et sans délai.

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL



Direction de la Solidarité Départementale
Service Solidarité Grand Âge et Handicap

Affaire suivie par Thomas FANCHIN

tél. [REDACTED]

[REDACTED]

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Châlons-en-Champagne, le 26 juillet 2024

...

VU :

- le Code Général des Collectivités Territoriales ;
- le Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment ses articles L.133-2 et L.313-13 et suivants ;
- le Règlement Départemental d'Aide Sociale ;

CONSIDÉRANT :

- les signalements reçus concernant les conditions de prise en charge

DÉCIDE :

L'EHPAD Fondation Duchatel de Verzenay fera l'objet d'un contrôle afin de veiller au respect :

- de la dignité et des conditions d'accueil des résidents, et notamment de la prise en charge de la perte d'autonomie dans les conditions de bien-être et de soins adaptés
- des qualifications du personnel et de leur présence effective auprès des résidents
- des dispositions prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles, des engagements contractualisés et des normes professionnelles
- de la bonne utilisation des dotations financières

Ce contrôle se déroulera à l'EHPAD Fondation Duchatel de Verzenay, 3 rue de Walbaum 51360 VERZENAY

A partir du jeudi 1^{er} août 2024

Sont habilités et missionnés à sa réalisation :

Monsieur Damien COLLARD, Directeur de l'Autonomie

Monsieur Thomas FANCHIN, Chef du service des Etablissements Médico-sociaux

Monsieur Laurent DELPECH, Contrôleur tarificateur du service des Etablissements Médico-Sociaux

Madame Karine ARDOISE, Contrôleur tarificateur du service des Etablissements Médico-Sociaux

Madame Sabine MAREST, Infirmière hors classe au service Personnes Âgées

Pour le Président du Conseil départemental
et par délégation,
le Directeur général des services

[REDACTED]