

Direction générale

Département Inspection Contrôle

**PROGRAMME DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE DANS LES
ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX**

**BILAN DES INSPECTIONS D'EHPAD
2016/2017/2018 REALISE SUR LA BASE DES
DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES**

SYNTHESE DES INSPECTIONS REALISEES EN 2016, 2017 et 2018

Présentation

Dans la continuité d'un précédent travail portant sur les années 2014 et 2015, la présente synthèse concerne les mesures correctives demandées à l'issue des inspections réalisées en 2016, 2017 et 2018, dans le cadre d'un programme de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux.

Ce programme, initialement issu d'une Orientation Nationale d'Inspection Contrôle (ONIC), a été repris, à compter de 2018, dans le cadre d'une Orientation Régionale (ORIC).

Ce travail résulte de l'analyse de 48 rapports rédigés à l'aide de la grille d'inspection utilisée dans la région Pays de la Loire.

Les rapports d'inspection exploités pour ce travail concernent des établissements relevant de tous les statuts juridiques : public autonome, hospitalier ou territorial, privé associatif ou à but lucratif.

Protocole inspection

Les inspections « Prévention de la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux » sont réalisées de manière inopinée. En règle générale, elles mobilisent deux inspecteurs pendant deux jours, sur site, avec un médecin-inspecteur en cas de problématique médicale identifiée en amont. Elles peuvent être effectuées de manière conjointe avec les agents des Conseils départementaux.

Les membres de la mission visitent les locaux, réalisent des entretiens avec des professionnels de toutes catégories, des usagers, voire des membres des conseils d'administration, et examinent des documents dont la liste est jointe en annexe.

Ces inspections donnent lieu à la rédaction d'un rapport qui est adressé à l'établissement dans un délai de deux mois après la date de l'inspection. L'établissement dispose alors d'un mois pour faire connaître ses observations sur les constats et analyses de la mission, ainsi que sur les demandes de mesures correctives proposées par l'équipe d'inspection et validées par le commanditaire. La phase de dialogue avec l'établissement est close, un mois plus tard, avec l'envoi du rapport final et de l'ensemble des mesures correctives demandées, voire, le cas échéant, d'une ou plusieurs injonctions.

Objectifs de la synthèse

- Présenter le bilan de l'ensemble des demandes de mesures correctives sur trois ans, réalisé dans le cadre du programme «Prévention de la maltraitance»,
- Mettre en évidence les dysfonctionnements les plus importants des établissements,
- Capitaliser les données issues des rapports d'inspection et en tirer des enseignements,
- Fournir aux EHPAD un outil d'auto-évaluation par rapport au référentiel d'inspection.

Méthodologie

La présente étude repose sur l'analyse de 1799 demandes de mesures correctives adressées aux établissements à l'issue de 48 inspections réalisées en 2016/2017/2018, soit une moyenne de 37 par rapport.

Les demandes de mesures correctives sont examinées dans l'ordre du plan qui structure le rapport-type d'inspection, totalisant 105 items :

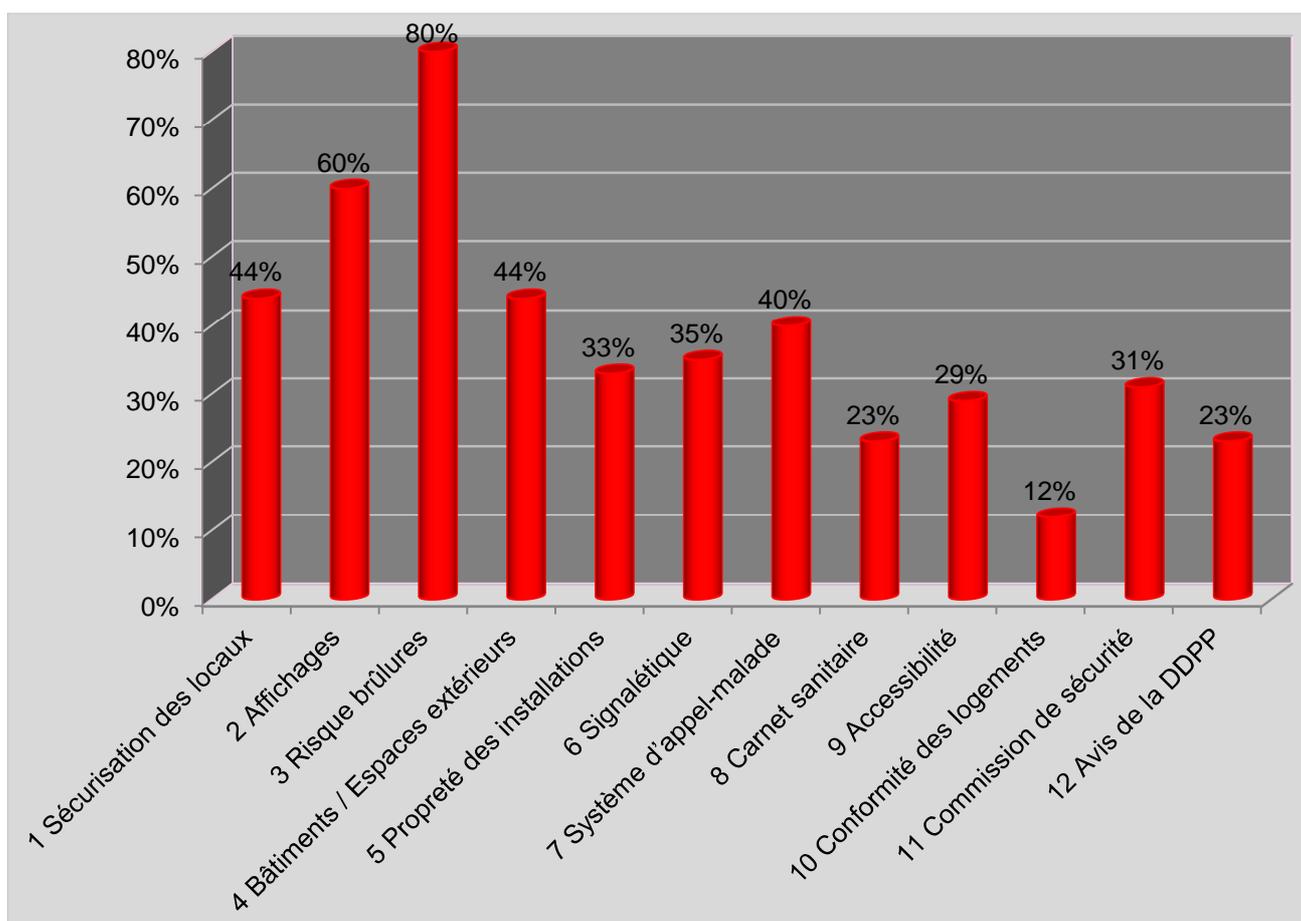
- 1) Conditions d'installation (14 items)
- 2) Conditions d'organisation (40 items)
- 3) Admission/Accueil, individualisation des accompagnements (31 items)
- 4) Soins (20 items)

Il convient de préciser que le présent bilan rend compte des demandes de mesures correctives sans établir de hiérarchie entre elles au regard des enjeux en termes de sécurité et de qualité des accompagnements.

Les demandes de mesures correctives ont pour objectif la mise en conformité avec la réglementation ou les bonnes pratiques. La récurrence de préconisations afférentes à un même item, et concernant un nombre conséquent d'établissements, permet de mettre en relief les dysfonctionnements et les risques fréquemment identifiés au sein des établissements inspectés.

1- LES CONDITIONS D'INSTALLATION

CONDITIONS D'INSTALLATION	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives
1 Sécurisation des locaux	44%
2 Affichages	60%
3 Risque brûlures	80%
4 Bâtiments / Espaces extérieurs	44%
5 Propreté des installations	33%
6 Signalétique	35%
7 Système d'appel-malade	40%
8 Carnet sanitaire	23%
9 Accessibilité	29%
10 Conformité des logements	12%
11 Commission de sécurité	31%
12 Avis de la DDPP (sécurité alimentaire)	23%



1.1 SECURISATION DES LOCAUX

Pour 44% des établissements, des demandes de mesures correctives se rapportent à la problématique de sécurisation des locaux. Sous cette rubrique sont regroupés divers constats relatifs à une insuffisante sécurisation :

- des accès (risques de sorties inopinées, de chutes dans les escaliers),
- de locaux susceptibles de contenir des produits dangereux (infirmierie, locaux techniques...)
- déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI),
- des chariots de soins ou de ménage, laissés sans surveillance dans les couloirs.

1.2 AFFICHAGES

Pour 60% des établissements, des demandes de mesures correctives ont porté sur les affichages obligatoires (charte des droits et libertés de la personne accueillie – art. L 311-4 du CASF, règlement de fonctionnement – art. R 311-34 du CASF, signalétique anti-tabac – art R 3511-6 du CSP...) ou recommandés (organigramme, comptes rendus des CVS et commissions internes...).

Plus précisément, un défaut d'affichage du règlement de fonctionnement concernait 31% des EHPAD et 25% d'entre eux n'avaient pas affiché leur organigramme.

1.3 RISQUE BRULURES

Pour près de 80% des établissements, des demandes de mesures correctives ont été émises en matière de prévention du risque de brûlures aux points d'usage. La survenue d'événements indésirables graves liés à une température excessive de l'eau au niveau des douches et des lavabos a incité les équipes d'inspection à renforcer ce point de contrôle.

La prévention de la prolifération des légionelles dans les réseaux d'eau chaude des établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées nécessite de maîtriser la production et la distribution de l'eau chaude à une température minimale de 50-55°C en tous points du réseau. Cependant, il importe de sécuriser les points d'eau pour prévenir le risque de brûlures.

A cet effet, la priorité consiste à équiper les douches individuelles et collectives de mitigeurs thermostatiques non déverrouillables par l'utilisateur [préréglés à 38-40°C] pour supprimer tout risque de brûlures (cf. note ARS PdL spécifique sur le sujet « Eau chaude sanitaire et risques de brûlures _Recommandations aux établissements médico-sociaux », et instruction DGCS/SPA/DGS/EA4/2019/39 du 15 février 2019 relative à la prévention du risque de brûlure par eau chaude sanitaire et du risque de légionellose dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes handicapées).

Pour les lavabos, la plupart des mitigeurs installés disposent d'une bague de réglage permettant de limiter la course du mitigeur côté chaud, et ainsi de limiter la température de l'eau au point d'usage (en dessous de 50°C température maximale autorisée).

1.4 BATIMENTS/ESPACES EXTERIEURS

Les demandes de mesures correctives, adressées à près de 44% des établissements inspectés, ne se rapportent pas à des non-conformités majeures des bâtiments, mais davantage à la nécessité d'améliorer l'aspect ou l'entretien des locaux (décoration, isolation acoustique...). Il peut s'agir également de demandes portant sur l'amélioration des espaces extérieurs (entretien des espaces verts, jardin thérapeutique...).

1.5 PROPRETE DES INSTALLATIONS

Pour 33 % des structures, des demandes de mesures correctives ont porté sur la traçabilité du ménage (13%), une propreté insuffisante des locaux (6%), des problèmes d'odeur (6%) ou de rangement (8%).

1.6 SIGNALÉTIQUE

Pour 29% des EHPAD, des demandes de mesures correctives ont concerné la signalétique interne et, pour 6% d'entre eux, la signalétique externe (au niveau de la commune).

Par ailleurs, il a été constaté à trois reprises que les établissements utilisaient de manière erronée les termes de chambre mortuaire ou funéraire (lesquels relèvent d'une réglementation spécifique), pour désigner la salle de recueillement mise à disposition des familles après un décès.

1.7 SYSTEME D'APPEL-MALADE

Les inspecteurs ont procédé à un ou plusieurs tests de manière aléatoire au cours des visites, afin de vérifier à la fois l'opérationnalité du système d'appel-malade et les délais de réponse. Sur la base des constats effectués, 40% des établissements ont fait l'objet de demandes de mesures correctives (vérification du fonctionnement du système, rappel des consignes etc.). Afin d'objectiver les constats, une demande d'extraction, sur un jour donné, des informations relatives aux délais d'acquittement, a été également formulée auprès des établissements possédant l'application informatique le permettant.

1.8 CARNET SANITAIRE

Les constats d'absence de carnet sanitaire (cf. arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles), ou d'un défaut de mise à jour, voire d'absence d'analyses d'eau, sont à l'origine des demandes de mesures correctives adressées à 23% des structures inspectées.

1.9 ACCESSIBILITE

Les demandes de mesures correctives, adressées à 29% des établissements, résultent soit de l'absence de réalisation du diagnostic accessibilité, soit de l'absence de transmission d'un agenda d'accessibilité programmée à la Préfecture, soit encore de défauts d'accessibilité constatés sur place par les inspecteurs (ex : demande d'installation de mains courantes).

1.10 CONFORMITE DES LOGEMENTS (SUPERFICIES, DOUCHES ETC.)

Des demandes de mesures correctives ont été adressées à 12,5% des établissements pour cause de non-conformité des logements aux recommandations architecturales (cf. arrêté du 26 avril 1999). Les non-conformités relevées portent sur une proportion de chambres doubles trop élevée (4% des sites), des problèmes de non-respect de l'intimité de résidents dans des chambres doubles (6% des sites) ou bien sur des surfaces de chambres inférieures aux prescriptions actuelles et un équipement sanitaire insuffisant. Certains EHPAD cumulent les non-conformités précitées.

La proportion d'établissements non-conformes est significativement inférieure à celle qui avait été constatée en 2016 (24%).

1.11 COMMISSION DE SECURITE

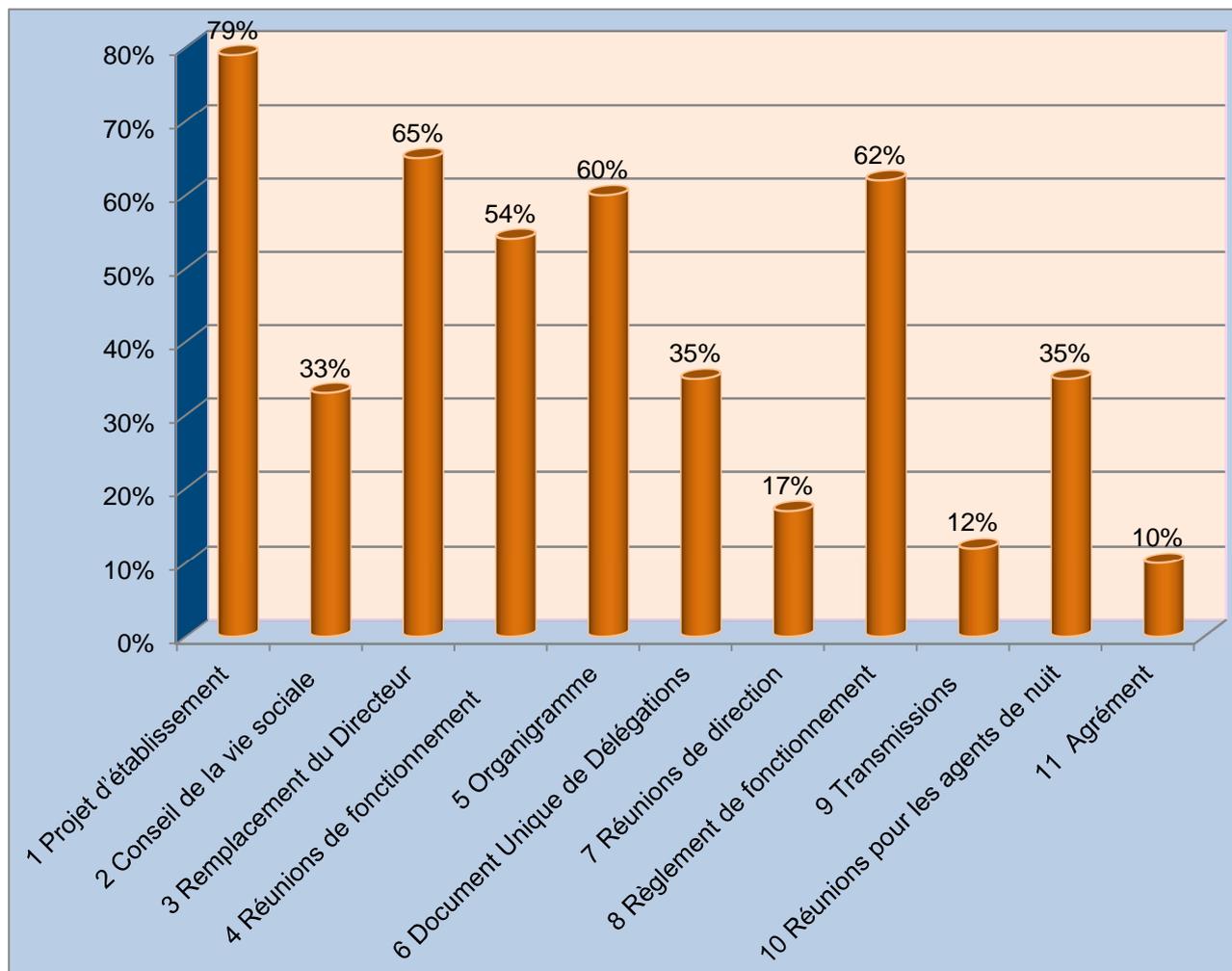
Dans le cadre de cet item, 31% des établissements ont été destinataires d'au moins une demande de mesure corrective. Il s'agit pour 5 EHPAD de demandes de communication du PV de la commission de sécurité (demande levée pour 2 EHPAD suite à la phase contradictoire), de demandes d'attestation de levées des prescriptions de la commission de sécurité (4 EHPAD) ou bien d'autres recommandations (mise à jour du registre de sécurité, désignation d'un référent incendie, formation incendie, dégagement d'une issue de secours, report d'alarme incendie).

1.12 AVIS DE LA DDPP (Direction Départementale de la Protection des Populations)

Il a été demandé à 23% des EHPAD de communiquer les éléments de preuve concernant la levée des non-conformités établies par la DDPP lors du contrôle des cuisines

2- LES CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

Partie 2-1 : Conditions d'organisation et de fonctionnement (gouvernance)	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives
1 Projet d'établissement	79%
2 Conseil de la vie sociale	33%
3 Remplacement du Directeur	65%
4 Réunions de fonctionnement	54%
5 Organigramme	60%
6 Document Unique de Délégations	35%
7 Réunions de direction	17%
8 Règlement de fonctionnement	62%
9 Transmissions	12%
10 Réunions pour les agents de nuit	35%
11 Agrément	10%



2.1-1 PROJET D'ETABLISSEMENT

Près de 80% des établissements se sont vu notifier des demandes de mesures correctives concernant le projet d'établissement. Elles portent principalement sur l'élaboration ou l'actualisation du projet d'établissement (40%), et sur sa communication aux fins d'appropriation par le personnel (8%). Il convient de préciser que le présent item intègre également des demandes d'élaboration de projets de service spécifiques pour les unités accueillant des personnes désorientées ou de prise en compte de cette problématique dans le projet d'établissement (32%).

2.1-2 CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Un tiers des établissements a reçu une demande de mesure corrective relative au CVS.

Les demandes ont porté essentiellement sur la conformité du fonctionnement du CVS à la réglementation (articles L 311-6, D 311-16 à 22 du CASF), mais aussi sur des aspects plus qualitatifs (préparation des réunions et communication insuffisantes, sujets de vie quotidienne peu ou pas abordés etc.).

75% des EHPAD ont un CVS qui se réunit trois fois par an, conformément à ce que prévoit la réglementation (versus la moitié lors du dernier bilan réalisé en 2016), 15% d'entre eux ont un CVS qui ne se réunit que 2 fois par an, et pour les 10% restant, le CVS est à réactiver. En outre, 8% des demandes de mesures correctives ont porté sur l'élaboration d'un règlement intérieur du CVS.

2.1-3 SUPPLEANCE DU DIRECTEUR

Pour 56% des établissements, il a été demandé de formaliser les modalités de **remplacement** des directeurs pendant leurs périodes d'absence et celles de l'astreinte de direction pour 8% d'entre eux.

2.1-4 REUNIONS DE FONCTIONNEMENT

Pour 54% des établissements, une ou plusieurs mesures correctives ont été demandées, concernant l'organisation de réunions de fonctionnement (25%), l'accroissement du rythme de ces réunions (17%), la mise en place de réunions spécifiques pour les services autres que le soin (6%) ou bien la formalisation de comptes rendus (6%).

Les réunions de transmission font fréquemment office de réunions de service, ce qui peut, par confusion de leurs objets, générer un défaut de structuration de la communication institutionnelle.

2.1-5 ORGANIGRAMME

Pour 60% des établissements, une demande de mesure corrective a porté sur l'organigramme (30% affichage, 17% complétude, 13% élaboration).

2.1-6 DOCUMENT UNIQUE DE DELEGATIONS

Des demandes de mesures correctives relatives aux délégations de signatures ont été adressées à plus de 35% des établissements. Il s'agit pour l'essentiel de préconisations ayant trait à la formalisation du Document Unique de Délégations, en particulier dans les EHPAD relevant de la fonction publique territoriale.

2.1-7 REUNIONS DE DIRECTION

Les missions d'inspection ont formulé, pour 17% des établissements, des observations concernant les réunions de direction, soit pour un défaut d'effectivité, soit pour une absence de formalisation et/ou de traçabilité.

2.1-8 REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Concernant le règlement de fonctionnement, il a été demandé à 62% des EHPAD inspectés de l'actualiser, ou de le compléter (31%), ou de l'afficher (31%).

2.1-9 TRANSMISSIONS

Pour 12,5% des établissements inspectés, une demande de mesure corrective a été adressée à la structure, ayant trait :

- à l'absence de transmissions orales le soir et/ou le matin,
- à une participation limitée aux aides-soignantes,
- à un manque de structuration.

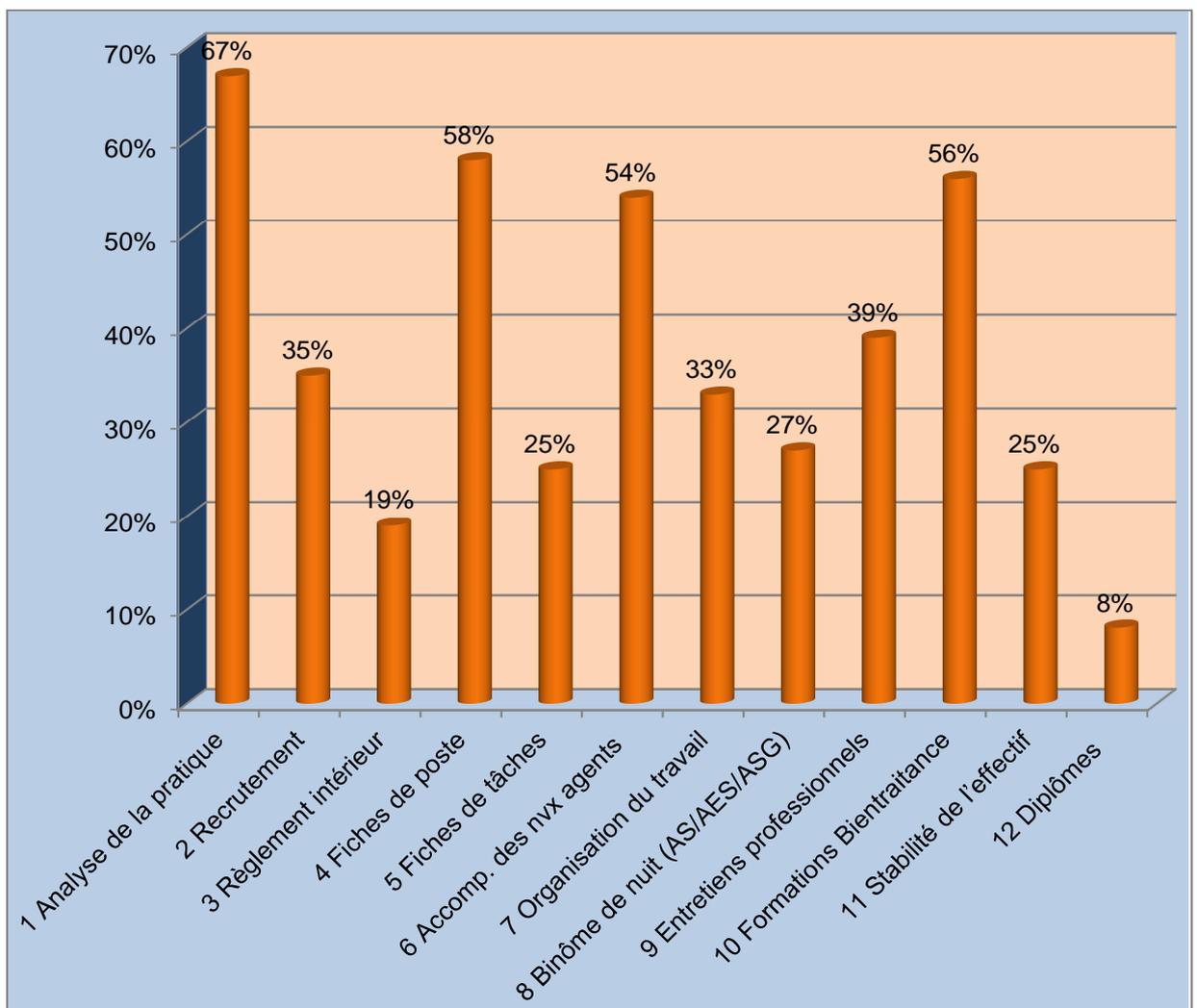
2.1-10 REUNIONS POUR LES AGENTS DE NUIT

35% des établissements ont reçu une demande de mesure corrective motivée par l'absence de temps de réunion spécifiques aux agents de nuit (15%) ou de temps de réunion de ceux-ci avec les agents de jour (20%). Or, les temps de régulation sont nécessaires, notamment pour harmoniser les pratiques (ex : politique de réveil...), dans une logique d'individualisation des accompagnements.

2.1-11 AGREMENT

10% des établissements ont été destinataires d'une demande de mesure corrective concernant l'agrément (dépassement de la capacité autorisée).

Partie 2-2: Conditions d'organisation et de fonctionnement (RH/fonctions supports)	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives
1 Analyse de la pratique	67%
2 Recrutement	35%
3 Règlement intérieur	19%
4 Fiches de poste	58%
5 Fiches de tâches	25%
6 Accompagnement des nouveaux agents	54%
7 Organisation du travail	33%
8 Binôme de nuit (AS/AES/ASG)	27%
9 Entretiens professionnels	39%
10 Formations Bienveillance	56%
11 Stabilité de l'effectif	25%
12 Diplômes	8%



2.2-1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PROFESSIONNELS (ANALYSE DE LA PRATIQUE)

Les 2/3 des EHPAD se sont vu notifier des demandes de mesures correctives concernant l'importance de mettre en place des prestations d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à la structure.

Les psychologues salariés des EHPAD peuvent être amenés à assurer un soutien psychologique des équipes, hors analyse de pratique, mais ils ne disposent le plus souvent que d'une quotité de temps limitée, qu'ils consacrent en priorité aux résidents et aux familles.

2.2-2 RECRUTEMENT

Une demande de mesure corrective portant sur l'élaboration ou l'actualisation d'une procédure de recrutement a été notifiée à 35% des établissements.

2.2-3 REGLEMENT INTERIEUR

Dans 19% des EHPAD inspectés, une demande de mesure corrective a porté sur l'élaboration (17%) ou l'actualisation (2%) d'un règlement intérieur.

2.2-4 – 2.2.5. FICHES DE POSTE/FICHES DE TACHES

Pour 58% des EHPAD, des demandes de mesures correctives ont porté sur l'élaboration de fiches de poste et pour 25% d'entre eux sur la formalisation de de fiches de tâches. Ces documents organisationnels faisaient défaut ou étaient insuffisamment précis.

La confusion fréquente entre fiches de poste et fiches de tâches, déjà observée dans les synthèses de 2013 et de 2016, reste d'actualité.

Concernant plus particulièrement les fiches de tâches, elles constituent un outil organisationnel nécessaire, notamment pour les nouveaux professionnels ou les agents de remplacement sur certains postes (IDE, AS/AES/ASG, Agents hôteliers etc.)

2.2-6 ACCOMPAGNEMENT DES NOUVEAUX AGENTS

Cet item a trait à la formalisation d'une procédure prévoyant les modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels (titulaires, remplaçants, stagiaires, contractuels) et à l'effectivité d'une période de travail en doublure. Des demandes de mesures correctives portant sur la formalisation d'une procédure sur ce thème ont été formulées en direction de 46% des établissements.

2.2-7 ORGANISATION DU TRAVAIL

Dans 1/3 des établissements inspectés, des demandes de mesures correctives ont porté sur l'organisation du travail (charge de travail, évaluation d'une nouvelle organisation de travail, clarification du rôle des agents, développement d'un management participatif, harmonisation des pratiques professionnelles, amélioration du repérage de comportements inappropriés...)

2.2-8 PRESENCE D'UN BINOME AVEC AS/AMP OU AES (ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL), LA NUIT

A des fins d'harmonisation des pratiques, il a été demandé à 17% des établissements de varier la composition des binômes de nuit.

La présence d'un agent diplômé (AS/AES) au sein du binôme de nuit fait partie des recommandations de l'ARS pour des raisons de sécurité. En effet, avec l'évolution de la population accueillie (augmentation des problèmes de dépendance, de troubles du comportement etc.), l'organisation de la nuit, en termes de prise en charge et de surveillance, génère des risques encore sous-évalués à ce jour.

Or, pour 6% des établissements, les binômes étaient parfois constitués uniquement d'ASH (congéés, arrêts-maladie etc.). Pour 4% des structures, un seul agent assurait la veille nocturne, notamment pour des raisons de taille critique insuffisante.

2.2-9 ENTRETIENS PROFESSIONNELS

Pour 40% des établissements inspectés, les demandes de mesures correctives ont porté sur la thématique des entretiens professionnels. La plupart de ces préconisations ont trait à la mise en œuvre de ce dispositif (30%). Par ailleurs, il a été demandé de faire réaliser les entretiens par un seul cadre hiérarchique (6%), par l'encadrant direct (2%) ou de revoir l'organisation du processus (2%)

Pour précision, la périodicité des entretiens professionnels est annuelle dans le secteur public (entretiens d'évaluation) et, a minima, biennale dans le secteur privé.

2.2-10 FORMATIONS

56% des établissements ont reçu une demande de mesure corrective portant sur la mise en place de formations (essentiellement sur les thématiques bientraitance et/ou connaissance des publics accueillis).

En règle générale, les EHPAD ont déjà proposé des formations sur ce(s) sujet(s). Les préconisations des missions d'inspection ont pour objectif d'amener les établissements à poursuivre, voire intensifier l'offre de formation, afin de susciter un questionnement collectif autour des pratiques professionnelles, et ainsi accroître le niveau de qualité des prestations d'accompagnement.

2.2-11 STABILITE DE L'EFFECTIF

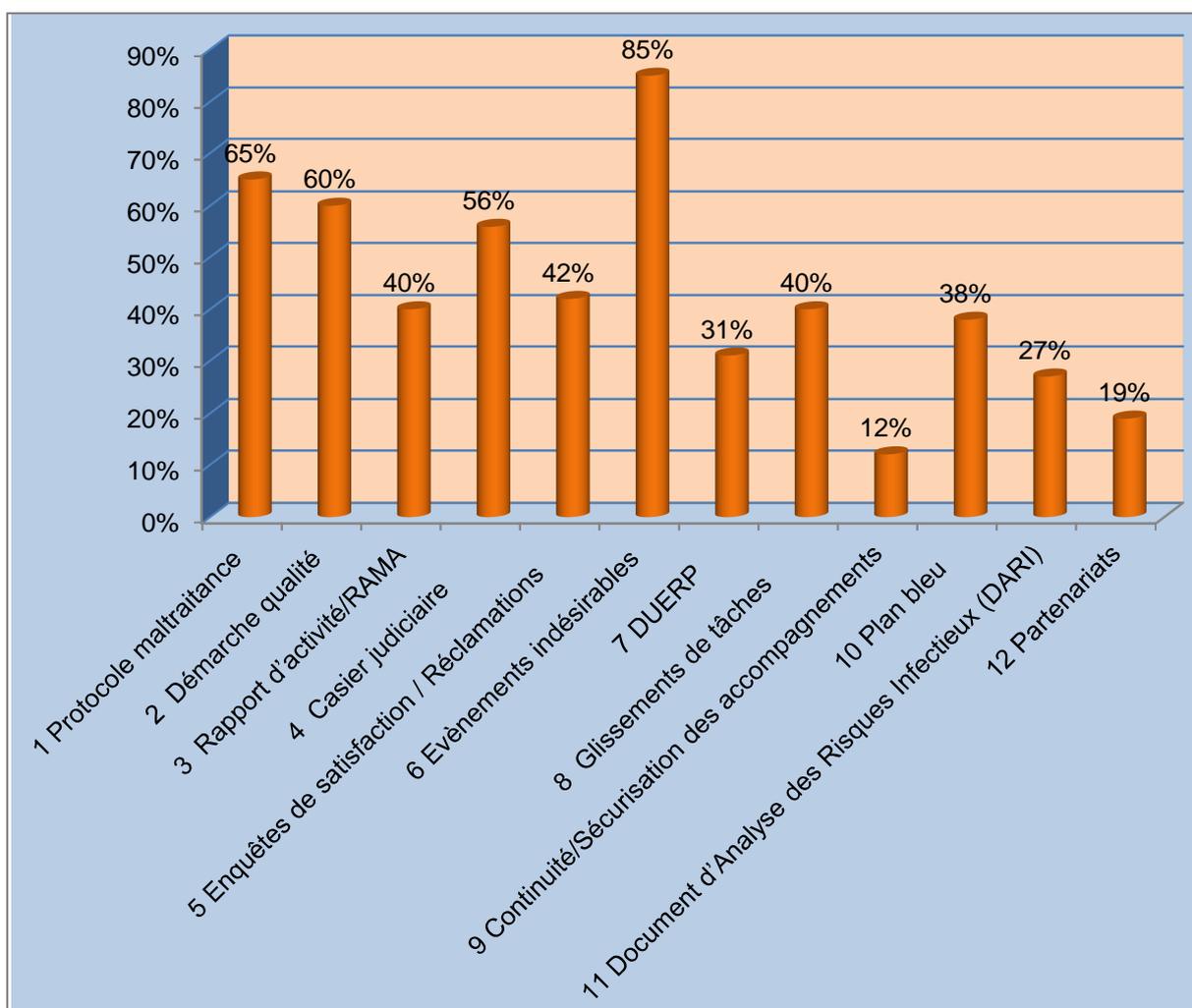
Les critères d'appréciation de la stabilité des effectifs s'appuient notamment sur les indicateurs relatifs à l'absentéisme, l'ancienneté du personnel, la rotation des agents, la proportion de contractuels. Il a été demandé à 25% des établissements inspectés de veiller à stabiliser leurs effectifs et de pouvoir produire des données et indicateurs sociaux. Ces derniers éléments ont, par ailleurs, vocation à être intégrés dans le rapport annuel d'activité.

2.2-12 DIPLOMES

A l'exception d'un directeur ne disposant pas du diplôme nécessaire, tous les directeurs des EHPAD inspectés étaient détenteurs du diplôme requis par la réglementation (articles D312-176-6 à D312-176-10 du CASF). Il a donc été demandé à ce responsable de s'engager dans un parcours de formation de niveau 1 (Bac + 5).

25% des établissements ont été destinataires d'une demande de mesure corrective relative à l'absence de diplômes dans les dossiers administratifs des professionnels

Partie 2.3 : Conditions d'organisation et de fonctionnement (démarche qualité/gestion des risques)	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives
1 Protocole maltraitance	65%
2 Démarche qualité	60%
3 Rapport d'activité/RAMA	40%
4 Casier judiciaire	56%
5 Enquêtes de satisfaction / Réclamations	42%
6 Evènements indésirables	85%
7 DUERP	31%
8 Glissements de tâches	40%
9 Continuité/Sécurisation des accompagnements	12%
10 Plan bleu	38%
11 Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI)	27%
12 Partenariats	19%



2.3-1 PROTOCOLE MALTRAITANCE

65% des établissements n'ont pas élaboré de protocole spécifique de prévention et de traitement des situations de maltraitance.

Cette proportion est sensiblement identique à celle qui avait été observée lors de la précédente synthèse.

2.3-2 DEMARCHE QUALITE

Pour 60% des EHPAD inspectés, des demandes de mesures correctives ont porté sur la démarche d'amélioration continue de la qualité. Elles concernaient plus particulièrement le pilotage de la démarche qualité ou la formalisation d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (32%), l'actualisation ou la complétude de ce plan (28%).

La communication institutionnelle autour de la démarche qualité (ex : rapport d'activité retraçant la démarche d'évaluation continue etc.) reste très souvent à développer.

Cependant, il est à noter que l'appui du réseau QualiREL, l'augmentation des temps de qualicien, et l'évolution des systèmes d'information concourent à la diffusion de cette culture de la qualité.

2.3-3 RAPPORT D'ACTIVITE/RAPPORT D'ACTIVITE MEDICALE ANNUEL

Pour 40% des EHPAD inspectés, des demandes de mesures correctives ont porté sur le rapport d'activité. Il a été demandé à 3% des EHPAD inspectés d'élaborer un rapport d'activité et à 37% de le compléter avec un chapitre relatif à l'état d'avancement de la démarche qualité et/ou de données et indicateurs sociaux.

Par ailleurs, 8% des établissements se sont vu délivrer une demande de mesure corrective afférente à l'élaboration du rapport d'activité médicale annuel (RAMA)

2.3-4 CASIER JUDICIAIRE

56% des établissements ont été destinataires d'une demande de mesure corrective ayant trait aux bulletins n°2 (établissements publics) ou n°3 (établissements privés) du casier judiciaire national. Pour tous ces établissements, il manquait un ou plusieurs extraits de casier judiciaire dans les dossiers administratifs des personnels.

2.3-5 ENQUETES DE SATISFACTION / RECLAMATIONS

42% des établissements ont reçu des demandes de mesures correctives relatives à l'évaluation de la satisfaction des usagers. Il est préconisé, a minima, une enquête de satisfaction globale tous les deux ans, en direction des usagers et de leur famille.

Au regard de la synthèse de 2016, il est constaté une évolution attestant d'une meilleure mesure de la satisfaction des usagers par rapport à la qualité des prestations (préconisations adressées à 52% des EHPAD en 2016).

Pour ce qui concerne le recueil des réclamations, 48% des structures ont fait l'objet d'une demande de mesure corrective. Il leur a été demandé d'inscrire le

droit de formuler une réclamation dans le règlement de fonctionnement, d'en prévoir les modalités via une procédure, et d'en assurer la traçabilité (réclamations orales et écrites).

2.3-6 EVENEMENTS INDESIRABLES

85% des établissements ont fait l'objet d'une demande de mesure corrective relative au dispositif de gestion des événements indésirables. D'une manière générale, les EHPAD disposent d'un système de signalement des événements indésirables ; les points à améliorer ont trait principalement à l'analyse de ces événements, aux retours opérés en direction des salariés et à la formalisation d'un bilan périodique, au minimum annuel. Le degré d'appropriation du dispositif par les agents, et l'engagement de l'encadrement dans une dynamique de gestion non punitive de l'erreur, restent à améliorer.

2.3-7 DUERP (DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS)

31% des établissements se sont vu notifier une demande de mesure corrective parce qu'ils n'avaient pas réalisé ou actualisé le DUERP ou, pour certains d'entre eux, parce qu'ils n'avaient pas intégré l'évaluation des risques psycho-sociaux dans le document.

2.3-8 GLISSEMENTS DE TACHES

40% des établissements ont reçu une demande de mesure corrective ayant trait à la problématique des glissements de tâches. Malgré l'accroissement global du niveau de qualification des agents affectés aux soins dans les EHPAD, il subsiste des situations dans lesquelles des agents non diplômés effectuent des toilettes. Il a cependant été observé que, pour un grand nombre d'établissements, les organisations veillaient à affecter, dans les services de soins, des agents souhaitant s'engager dans un parcours qualifiant (AS/AES) ou disposant déjà d'une formation dans le secteur du service d'aide à la personne. Par ailleurs, il a été relevé que les toilettes à effectuer en binôme étaient de plus en plus souvent identifiées dans les plannings/plans de soins réalisés sous la supervision des équipes IDE.

2.3-10 CONTINUITE/SECURISATION DES ACCOMPAGNEMENTS

12,5% des établissements ont reçu une demande de mesure corrective relative à la continuité et/ou à la sécurisation des accompagnements. Il s'agit principalement de présence soignante insuffisante dans les établissements, particulièrement le weekend sur certains horaires, surtout dans les unités protégées. Il en résulte que les accompagnements des résidents les moins autonomes sont parfois réduits (leviers non effectués, couchers anticipés...)

2.3-11 PLAN BLEU

La quasi-totalité des établissements contrôlés dispose d'un plan bleu permettant de faire face au risque canicule. Des demandes de mesures correctives ont été adressées à 38% des EHPAD, soit pour qu'ils prennent en compte d'autres risques dans le cadre de la formalisation d'un plan global de gestion de crise (19%), soit pour qu'ils actualisent (11%) ou élaborent leur plan bleu (2%). Dans les autres structures (6%), il a été demandé de mettre en place des relevés de température d'air en prévention du risque canicule.

2.3-12 DOCUMENT D'ANALYSE DES RISQUES INFECTIEUX (DARI)

Pour 27% des établissements, il a été demandé aux établissements d'élaborer un DARI, et pour 4% de procéder à son actualisation.

2.3-13 PARTENARIATS

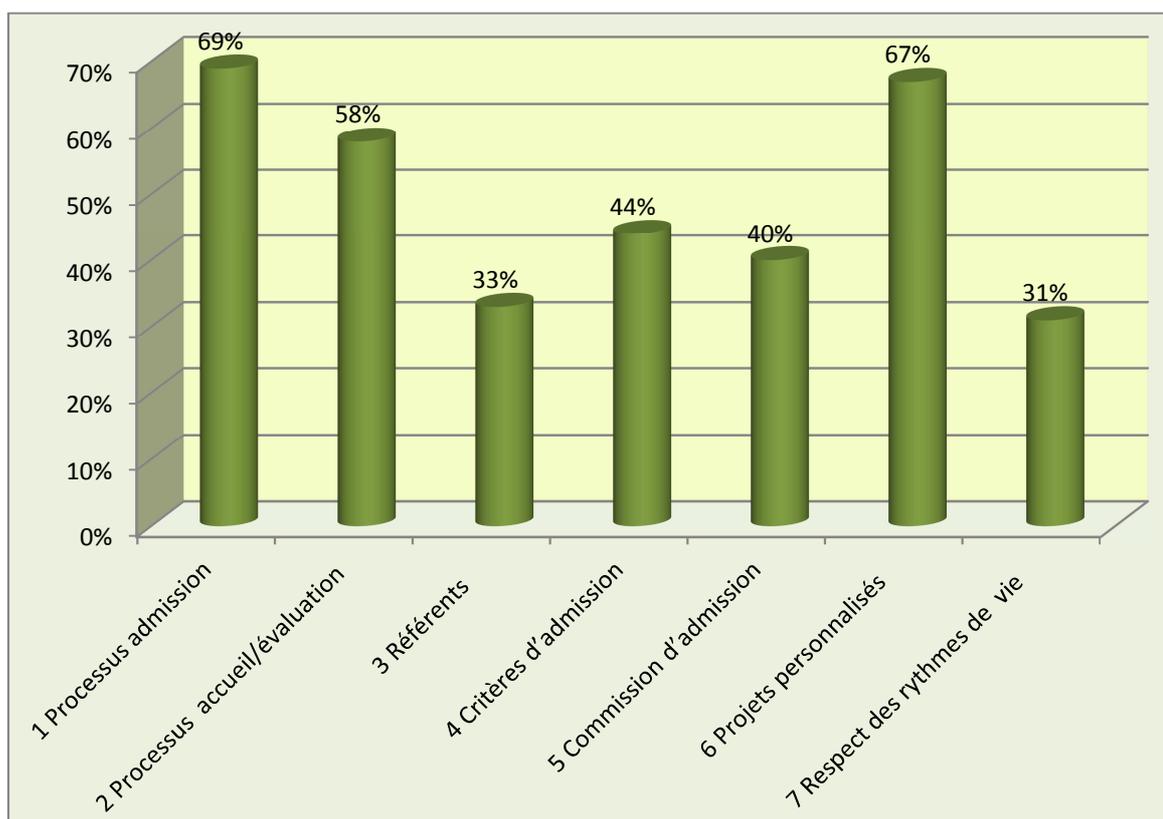
Des demandes de mesures correctives relatives à des partenariats à construire ou à développer ont concerné 19% des EHPAD.

Il s'agit principalement de demandes de formalisation des coopérations les plus significatives, telles que celles nouées avec l'HAD, les services de soins palliatifs, le secteur psychiatrique, les EHPAD du même territoire.

L'importance de tisser des partenariats avec le secteur psychiatrique reste toujours d'actualité, eu égard à la proportion croissante d'événements indésirables générés par des troubles géro-psi-chiatriques.

3 L'INDIVIDUALISATION DES ACCOMPAGNEMENTS :

Partie 3.1 : L'individualisation des accompagnements (admission/accueil/projet personnalisé).	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives.
1 Processus admission	69%
2 Processus accueil/évaluation	58%
3 Référents	33%
4 Critères d'admission	44%
5 Commission d'admission	40%
6 Projets personnalisés	67%
7 Respect des rythmes de vie	31%



3.1-1 PROCESSUS ADMISSION

69% des structures ont été destinataires de demandes de mesures correctives se rapportant à un défaut de formalisation de la procédure d'admission. La phase d'admission comprend différentes étapes : gestion de la liste d'attente, visite préalable de la structure, remise d'une plaquette d'informations, entretien avec le directeur ou un agent missionné à cet effet, recherche du consentement de la personne, information afférente à la personne de confiance.

Dans la phase de préadmission, il est recommandé de rencontrer les futurs résidents soit à leur domicile, soit dans l'établissement de santé dans lequel ils sont hospitalisés. Cette bonne pratique se développe, les trois quarts des établissements inspectés y recourant (seulement 25% de demandes de mesures correctives).

3.1-2 PROCESSUS ACCUEIL/EVALUATION

58% des structures ont été destinataires de demandes de mesures correctives se rapportant à un défaut de formalisation de la procédure d'accueil.

La phase d'accueil comporte les modalités de remise des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, charte des droits et des libertés de la personne accueillie, information sur le dispositif des personnes qualifiées) et l'organisation du jour d'arrivée (désignation de référents etc.).

S'agissant du dispositif des personnes qualifiées, des demandes de mesures correctives ont été adressées à 46% des établissements. Des lacunes en termes de communication ont notamment été relevées (absence d'affichage de la liste, de mention dans le livret d'accueil, liste non actualisée...). Un manque de traçabilité a également été pointé pour ce qui concerne la remise du contrat de séjour, du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie. En revanche, la quasi-totalité des contrats de séjour contrôlés étaient signés par les résidents ou leurs représentants légaux.

Il convient de noter qu'il est désormais vérifié si une information concernant les directives anticipées est effectuée lors de la phase admission/accueil.

Pour ce qui est de la formalisation d'une évaluation pluridisciplinaire de l'intégration des personnes, il est constaté que les nouveaux résidents sont vus le plus souvent par le/la psychologue de l'EHPAD dans le mois suivant leur admission. Or, cela ne constitue qu'un élément du bilan gériatrique global qui doit être réalisé de manière pluridisciplinaire. A cet effet, des demandes de mesures correctives ont visé 23 % des EHPAD.

Par ailleurs, concernant plus spécifiquement la réalisation d'un bilan bucco-dentaire, il a été demandé à 19% des structures de veiller à sa mise en œuvre effective.

3.1-3 REFERENTS

La mise en place d'un système de référents relève à la fois des processus admission/accueil et projets personnalisés. La désignation de référents professionnels auprès des résidents favorise la dimension relationnelle, le dialogue, notamment avec les familles, assure une traçabilité des besoins et donc une plus grande individualisation de la prise en charge. 33% des EHPAD inspectés n'avaient pas mis en place le système de référents dans le cadre de l'intégration des nouveaux résidents.

3.1-4 LES CRITERES D'ADMISSION

Il est demandé aux établissements de formaliser, dans une procédure, les critères d'admission (géographiques, sociaux, compatibilité des profils avec le projet d'établissement etc.) pour des raisons de transparence institutionnelle vis-à-vis des usagers et des familles. 44% des EHPAD ont reçu une demande de mesure corrective en ce sens. La formalisation de critères d'entrée et de sortie, spécifiques aux unités pour personnes désorientées, fait également partie des demandes mentionnées ci-dessus.

3.1-5 LA COMMISSION D'ADMISSION

Dans 40% des établissements inspectés, il a été demandé de mettre en place une commission d'admission pluridisciplinaire. Il a été relevé que l'absence de médecin coordonnateur dans certains établissements ne permettait pas un fonctionnement satisfaisant de cette commission.

3.1-6 PROJETS PERSONNALISES

67% des établissements inspectés ont reçu une demande de mesure corrective relative à la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident.

Il a été demandé à 25% des EHPAD de formaliser une procédure, et à 19% d'entre eux de réaliser une élaboration pluridisciplinaire des projets personnalisés.

En termes de contractualisation, des demandes de mesures correctives portant sur la formalisation d'un avenant annuel au contrat de séjour ont concerné 37,5% des établissements.

Force est de constater que les établissements ont des difficultés à traduire les projets personnalisés en objectifs opérationnels évaluables, à les actualiser régulièrement, et à en assurer le suivi. D'ailleurs, ces projets ne font que rarement l'objet d'un avenant au contrat de séjour, tel que préconisé par l'ANESM, même si des évolutions sont notables au regard de la précédente synthèse de 2016.

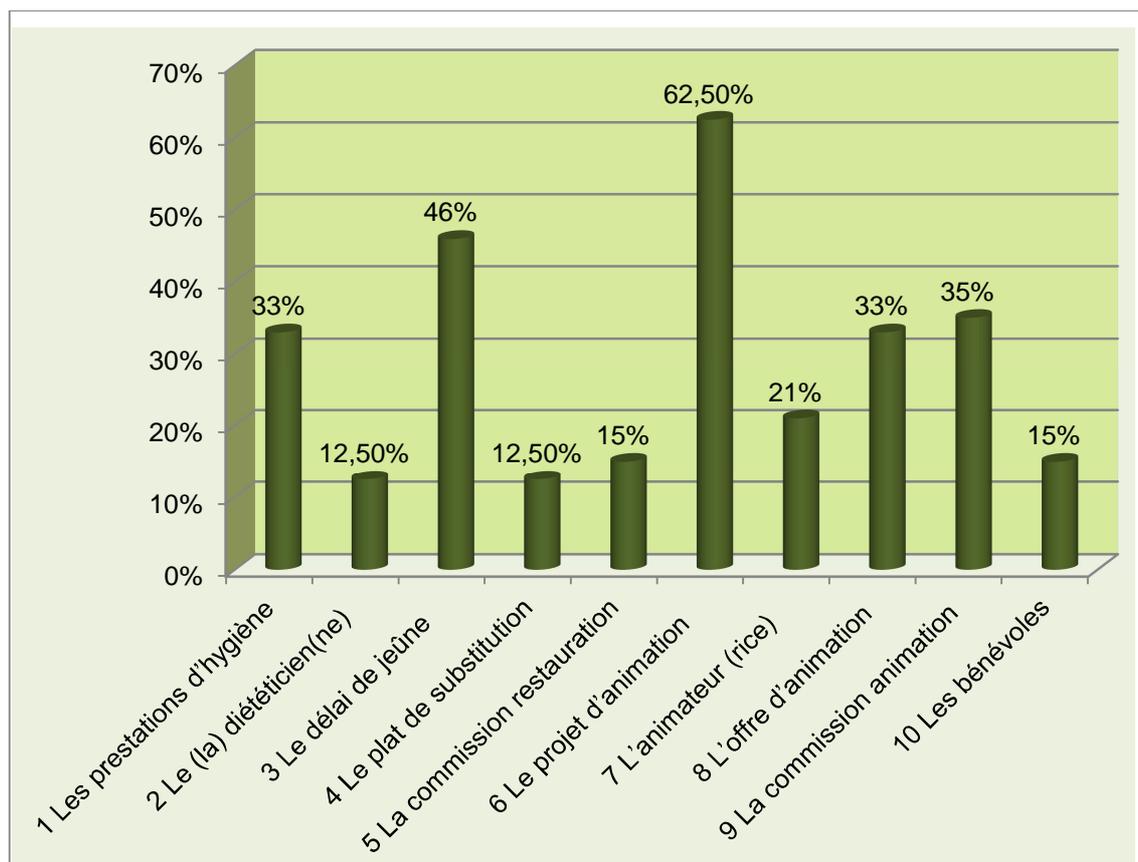
3.1-7 RESPECT DES RYTHMES DE VIE

31% des établissements inspectés ont été destinataires d'une demande de mesure corrective relative à l'individualisation des accompagnements. Pour 12% d'entre eux, il s'agit de décliner les projets personnalisés dans les plans de soins.

Pour 17% des structures, il a été demandé de repérer et de respecter les souhaits des résidents pour ce qui concerne leur rythme de vie et notamment les horaires de lever, de coucher. En parallèle, une attention particulière au maintien de l'autonomie des résidents doit être apportée. En particulier, les missions ont demandé de réévaluer des horaires de coucher de résidents dépendants dans plusieurs EHPAD.

Les sujétions inhérentes à une organisation collective constituent des freins à la capacité des équipes à apporter une réponse individualisée aux résidents. A l'instar de ce qui avait été observé en 2016, l'individualisation du respect des rythmes de vie procède encore trop souvent d'initiatives individuelles, et non d'une organisation de travail. Toutefois, des améliorations, dues notamment à l'informatisation des plans de soins, ont été constatées.

Partie 3.2 Les prestations d'hygiène – l'animation – l'alimentation –	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives.
1 Prestations d'hygiène	33%
2 Diététicien(ne)	12,5%
3 Délai de jeûne	46%
4 Plat de substitution	12,5%
5 Commission restauration	15%
6 Projet d'animation	62,5%
7 Animateur (rice)	21%
8 Offre d'animation	33%
9 Commission animation	35%
10 Les bénévoles (charte de bénévolat)	15%



3.2-1 LES PRESTATIONS D'HYGIENE

Des demandes de mesures correctives ont été adressées à 33 % des établissements concernant les prestations d'hygiène. Sous cette rubrique, il s'agit essentiellement de l'absence de protocoles bains/douches (21%), et pour le reste (12%) de la fréquence moyenne des douches. Dans ces structures, la fréquence observée est voisine de 15 jours, tandis que la moyenne généralement relevée en EHPAD est d'une semaine.

3.2-2 LE (LA) DIETETICIEN(NE)

L'absence de supervision de la qualité nutritionnelle par un(e) diététicien(ne) a fait l'objet de demandes de mesures correctives auprès de 12,5% des structures.

3.2-3 LE DELAI DE JEÛNE

Des demandes de mesures correctives sont formulées dès lors qu'un délai supérieur à 12h est constaté entre la fin du diner et le début des petits déjeuners et qu'aucune collation nocturne n'est proposée systématiquement. Pour 46% des établissements, ce délai n'est pas respecté.

3.2-4 LE PLAT DE SUBSTITUTION

Malgré une identification précise des goûts culinaires des résidents, il importe que les établissements soient en capacité de proposer un plat de remplacement. Le défaut de plat de substitution a donné lieu à des demandes de mesures correctives pour 12,5% des établissements.

3.2-5 LA COMMISSION RESTAURATION

La mise en place de commissions restauration ou commissions menus constitue une bonne pratique sur le plan de l'implication des usagers et de l'expression de leurs souhaits en matière d'alimentation. Ces commissions, ouvertes à tous et se réunissant plusieurs fois par an, permettent, en règle générale, de mobiliser largement les résidents. Cependant, 15% des structures en étant dépourvues, ont reçu des demandes de mesures correctives en ce sens.

3.2-6 L'ANIMATEUR

Pour ce qui concerne la professionnalisation de l'animation, le défaut de diplôme adéquat a donné lieu à des demandes de mesures correctives adressées à 21% des EHPAD.

3.2.7 LE PROJET D'ANIMATION

Les demandes de mesures correctives portent sur l'absence de formalisation d'un projet d'animation dans 62,5% des structures. Ce projet constitue une partie intégrante du projet d'établissement. Il doit être évalué régulièrement, et permettre aux résidents de bénéficier d'animations diversifiées (collectives, individuelles, adaptées aux besoins des résidents).

La contribution de professionnels, en appui de l'animateur, aux diverses activités, est un facteur de réussite de la mise en œuvre du projet d'animation.

3.2.8 L'OFFRE D'ANIMATION

Des demandes de mesures correctives ont été adressées à un tiers des établissements. Il s'agit, au premier titre, de développer les animations individualisées, en particulier pour les personnes ne pouvant bénéficier des animations collectives. Il est également demandé que les résidents des unités pour personnes désorientées soient le plus possible associés aux animations de l'EHPAD. Le développement de partenariats intergénérationnels a aussi fait l'objet de préconisations. Par ailleurs, des demandes ont été formulées pour étoffer l'offre d'animations et améliorer la continuité de la prestation en l'absence de l'animateur en titre. Certains EHPAD organisent des activités le matin, voire le weekend, ce qui constitue une plus-value en termes d'accompagnement.

3.2.9 LA COMMISSION ANIMATION

La mise en place d'une commission spécifique participe de l'expression collective des usagers pour ce qui concerne leurs souhaits en termes d'animation. Des demandes de mesures correctives ont été formulées en ce sens auprès des établissements qui n'en étaient pas dotés (35%).

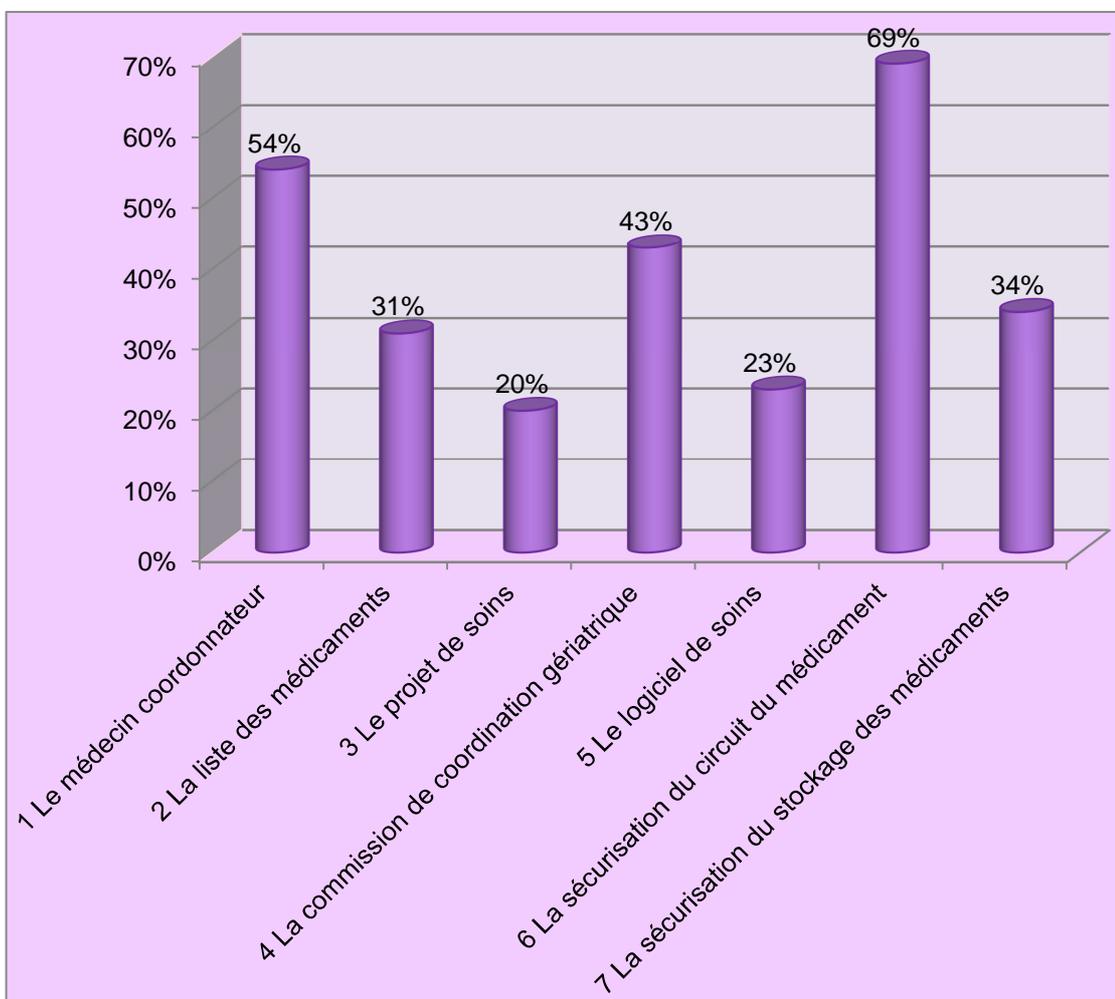
3.2.10 LES BENEVOLES (CHARTRE DU BENEVOLAT, CONVENTIONS...)

15% des demandes ont porté sur la formalisation d'une charte de bénévolat ou sur la conclusion de conventions entre les associations qui organisent les interventions des bénévoles (cf. article L. 312-1 du CASF).

31% des établissements ont reçu une demande de mesure corrective pour développer un réseau de bénévoles susceptibles de venir en appui aux professionnels de l'animation.

4. LE SOIN

Partie 4.1 : Soins	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives
1 Médecin coordonnateur	54%
2 Liste des médicaments	31%
3 Projet de soins	20%
4 Commission de coordination gériatrique	43%
5 Logiciel de soins	23%
6 Sécurisation du circuit du médicament	69%
7 Sécurisation du stockage des médicaments	34%



Au préalable, il convient de préciser que parmi les 48 inspections réalisées sur la période de référence (2016/2017/2018), 35 inspections (soit 73% des inspections) ont été effectuées en présence d'un médecin, en raison de problématiques médicales identifiées en amont.

L'analyse des demandes de mesures correctives concernant les soins a donc été réalisée sur cette proportion de 35 inspections, et sur la base de 20 items composant la grille inspection relative aux soins (partie 4).

4.1-1 LE MEDECIN COORDONNATEUR

Les missions d'inspection ont formulé des demandes de mesures correctives auprès de 54% des établissements, soit du fait de l'absence de médecin coordonnateur, soit en raison d'une insuffisance de temps de présence du médecin coordonnateur, lequel est défini par la réglementation (D. 321-156 du CASF). Cette problématique est liée à la difficulté de recrutement de ceux-ci, dans un contexte de démographie médicale insuffisante.

Il est à noter que le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD, élargit encore son champ d'intervention et ses missions (*réalisation de l'évaluation gériatrique à l'admission, prescription médicale en l'absence du médecin traitant...*), réaffirmant son rôle au regard de la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD.

4.1-2 LA LISTE PREFERENTIELLE DES MEDICAMENTS

L'élaboration de la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement est de plus en plus intégrée dans les pratiques des médecins coordonnateurs, même si 31% des établissements ont reçu une demande de mesure corrective à ce titre.

Il convient d'observer que cette liste n'est plus obligatoire depuis le décret du 5 juillet 2019. De façon générale, les médecins coordonnateurs rencontrés lors des entretiens sont sensibilisés à la prévention du risque iatrogène et à la nécessaire adaptation des prescriptions médicamenteuses aux impératifs gériatriques. La vérification des prescriptions médicamenteuses est réalisée quasi-systématiquement lors de la visite médicale d'admission du résident, mais mériterait d'être formalisée davantage, périodiquement, et lors des modifications de l'état de santé du résident. De même, le rôle du pharmacien d'officine « référent », concourant à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents, nécessiterait d'être davantage formalisé, étant précisé qu'une évolution des textes est attendue.

4.1-3 LE PROJET DE SOINS

Dans le cadre de l'analyse du projet d'établissement, un défaut de projet de soins a été pointé pour 20% des établissements.

Concernant le projet de soins de l'EHPAD, le médecin coordonnateur est chargé réglementairement « *d'élaborer, coordonner et évaluer la mise en œuvre du projet de soins* ». En pratique, les projets de soins, quand ils existent, ont été élaborés de façon concertée en binôme IDE référente/médecin coordonnateur, sous l'impulsion du directeur de l'établissement.

Quant aux projets de service spécifiques aux unités accueillant des personnes désorientées (UPAD, PASA), les missions d'inspection constatent qu'ils sont peu formalisés. Ils méritent pourtant une attention particulière du médecin coordonnateur et de la psychologue pour répondre aux besoins spécifiques des personnes qui y sont accueillies.

Enfin, le RAMA constitue un outil de référence qui permet de nourrir le projet de soins et d'évaluer les actions menées dans le domaine des soins. Seuls 8% des établissements ont reçu des demandes d'actions correctives portant sur l'élaboration du RAMA parmi les 48 établissements analysés (cf. 2.3.3).

4.1-4 LA COMMISSION DE COORDINATION GERIATRIQUE

Dans 43% des établissements, la commission de coordination gériatrique n'avait pas été mise en place.

Le nouveau décret a fixé à une par an le nombre de réunions de la commission de coordination gériatrique, au lieu de deux précédemment.

Au-delà des échanges ponctuels entre médecin coordonnateur et professionnels libéraux autour des dossiers et problématiques spécifiques des résidents, cette commission constitue l'unique lieu annuel d'échanges, formalisé avec les professionnels libéraux et salariés autour du projet de soins de l'établissement. C'est l'occasion de sensibiliser les professionnels aux recommandations de bonnes pratiques gériatriques et d'améliorer ainsi la coordination des professionnels salariés et libéraux autour du résident.

Même si les médecins coordonnateurs ont exprimé fréquemment des difficultés à réunir les médecins libéraux, des expériences de commissions de coordination gériatrique « réussies » ont pu être constatées lors de visites d'inspection. La qualité du binôme médecin coordonnateur /IDE référente, sous l'impulsion du directeur, crée des conditions favorables au fonctionnement de cette commission.

4.1-5 LE LOGICIEL DE SOINS

Des demandes de mesures correctives ont concerné l'absence ou des insuffisances relatives au logiciel de soins pour 23% des structures : il s'agissait de choix de logiciels de soins non performants, logiciels non adaptés aux pratiques des équipes soignantes en EHPAD hospitaliers, difficultés de connexion, manques de tablettes permettant aux soignants de tracer les actes de soins réalisés en temps réel...

Parmi les difficultés constatées, la réticence des professionnels libéraux à utiliser le logiciel de soins est récurrente et entraîne une charge de travail supplémentaire pour l'équipe soignante ainsi que pour le médecin coordonnateur chargé de veiller à la complétude des dossiers médicaux. Il est, par ailleurs, constaté régulièrement des retranscriptions d'observations de médecins, prescriptions ou adaptations thérapeutiques par les IDE, pratiques professionnelles non réglementaires qui les engagent en termes de responsabilité et qui génèrent des risques pour les résidents.

4.1-6 LA SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

69% des établissements ont été concernés par des demandes de mesures correctives relatives au circuit du médicament. Les préconisations ont porté majoritairement sur l'administration des médicaments et ont concerné surtout des délégations de tâches aux AS et ASH insuffisamment sécurisées par les IDE, ainsi que des manquements dans la traçabilité des médicaments administrés.

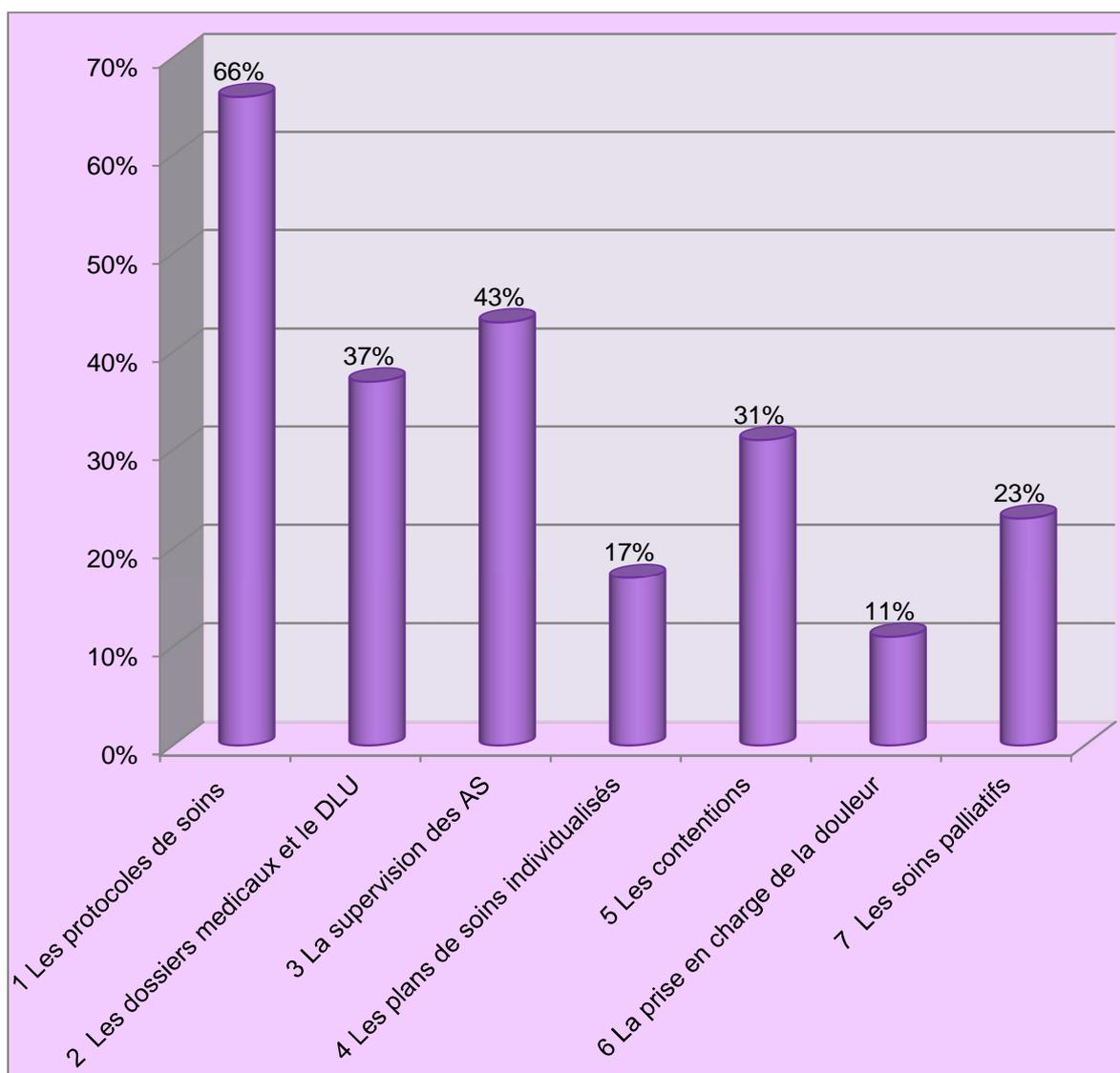
Les missions d'inspection constatent le manque de procédure formalisant les différentes étapes du circuit du médicament et définissant la responsabilité des agents dans ce domaine sensible. De plus, la formation continue des équipes soignantes sur les risques inhérents aux erreurs médicamenteuses est à développer.

Depuis 2018, un programme ciblé d'inspections médico-pharmaceutiques en EHPAD permet de vérifier le respect de la réglementation et des bonnes pratiques sur les volets médical et pharmaceutique (prise en charge médicamenteuse des résidents).

4.1-7 LA SECURISATION DU STOCKAGE DES MEDICAMENTS

Pour 34% des établissements, les demandes de mesures correctives concernaient la sécurisation du local de pharmacie et des chariots de distribution de médicaments.

Partie 4.2 : Soins	% d'établissements ayant reçu une ou plusieurs demandes de mesures correctives
1 Protocoles de soins	66%
2 Dossiers médicaux et le DLU	37%
3 Supervision des AS	43%
4 Plans de soins individualisés	17%
5 Contentions	31%
6 Prise en charge de la douleur	11%
7 Soins palliatifs	23%



4.2-1 LES PROTOCOLES DE SOINS

Pour apprécier la qualité des protocoles de soins, les critères suivants ont été retenus :

- réponses aux impératifs gériatriques en EHPAD (les chutes, la douleur, la contention, la dénutrition, les soins palliatifs/fin de vie, les fausses routes...);
- élaboration de façon concertée pluridisciplinaire ;
- qualité des documents (formalisation, validation, actualisation) ;
- accessibilité ;
- niveau de diffusion et d'appropriation par les équipes.

66% des établissements ont été destinataires de demandes de mesures correctives relatives à cette thématique. Les manquements concernaient l'ensemble des critères cités. Les constats les plus fréquents sont le niveau d'appropriation faible des soignants interrogés et une absence de réunions d'échanges autour de ces recommandations de bonnes pratiques. En revanche, ces documents sont de plus en plus facilement accessibles via les espaces documentaires des logiciels de soins.

Dans les EHPAD sanitaires, il est observé fréquemment un volume important de protocoles hospitaliers ne répondant pas toujours aux besoins spécifiques des équipes soignantes des EHPAD.

4.2-2 LES DOSSIERS MEDICAUX ET LE DLU (Dossier de Liaison d'Urgence)

37% des demandes de mesures correctives concernaient les dossiers médicaux, les manquements portant aussi bien sur le non-respect de la confidentialité que sur l'insuffisance de structuration.

Le passage à l'informatique contribue à une nette amélioration de l'organisation et de la structuration du dossier médical. Le DLU devient l'outil de référence pour les établissements, permettant de garantir la continuité de la prise en charge en cas d'urgence. Sa forme reste papier pour les établissements ne disposant pas de logiciel de soins. Le niveau de remplissage et d'actualisation des DLU reste cependant dépendant des médecins généralistes intervenant à l'EHPAD et de leur adhésion à l'utilisation du logiciel de soins.

4.2-3 LA SUPERVISION DES AS

Des demandes d'actions correctives concernant la supervision à exercer par les IDE sur l'équipe d'AS ont été adressées à 43% des établissements. Il s'agit de demandes portant sur un meilleur repérage des conduites professionnelles inappropriées, ainsi que sur la mise en place de toilettes évaluatives permettant d'élaborer et d'adapter le plan de soins individualisé du résident. Les établissements ont bien repéré l'enjeu de la coordination des équipes soignantes ; à ce titre, le poste d'IDE référente est pourvu dans la plupart des structures.

4.2-4 LES PLANS DE SOINS INDIVIDUALISES

L'élaboration des plans de soins individualisés des résidents a fait l'objet de demandes d'actions correctives pour 17% des établissements. Ces outils constituent des « guides journaliers » aux actes des personnels soignants mais ne sont pas systématiquement mis en place pour chacun des résidents. Cependant, des améliorations ont été constatées dans le domaine des plans de soins et de leur traçabilité (système de validation des tâches), notamment grâce à l'informatisation.

4.2-5 LES CONTENTIONS

Pour 31% des structures, des mesures correctives ont été demandées concernant les contentions. Elles avaient trait à l'absence de prescription médicale pourtant réglementaire quel que soit le type de contention (y compris les barrières de lit sur demande), à des prescriptions illimitées, ou à des contentions reconduites systématiquement sans réévaluation de la pertinence pour le résident.

La surveillance des effets secondaires, qui reste peu tracée dans le plan de soins du résident, et l'absence de protocole « contention », font partie des constats principaux.

Les missions d'inspection ont observé globalement, une amélioration des pratiques dans le domaine des contentions, de plus en plus limitées en EHPAD, mais la formation des équipes et la présence d'ergothérapeutes auprès des soignants sont à poursuivre.

Enfin, de façon plus globale, l'absence de réflexion d'équipe sur le sujet de la limitation de la liberté du résident, au regard des risques encourus est encore constatée.

4.2-6 LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Les missions d'inspection ont constaté que les personnels étaient attentifs à la prise en charge de la douleur en EHPAD : repérage, évaluation et surveillance des actions mises en œuvre. Les demandes d'actions correctives (11% des établissements) sont liées à un manque de formalisation du dispositif, particulièrement pour ce qui concerne la traçabilité du suivi de la douleur.

4.2-7 LE SUIVI DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES RESIDENTS

La surveillance de l'état nutritionnel des résidents constitue une préoccupation importante des établissements. Aucune demande de mesure corrective n'a été émise s'agissant des modalités de suivi du poids des résidents, qui font l'objet de tableaux de suivis actualisés.

Il est à noter que la partie 4 de la grille d'inspection relative à l'organisation des soins a été complétée, en 2019, par des items dédiés à la dénutrition (pratiques formalisées de repérage de la dénutrition dès l'admission, surveillance).

4.2-8 LES PARTENARIATS (CONVENTIONS OFFICINES)

Conscients des enjeux relatifs au circuit du médicament, notamment en termes de sécurité, les établissements ont engagé une pratique de conventionnement avec les officines. L'absence de contractualisation entre la ou les officines assurant l'approvisionnement des médicaments et l'EHPAD a donné lieu à des demandes de mesures correctives pour 4% des établissements.

4.2-9 LES SOINS PALLIATIFS

23% des EHPAD ont fait l'objet de mesures correctives portant sur la formalisation des partenariats avec les services et équipes mobiles spécialisés en soins palliatifs, ainsi que sur la diffusion de bonnes pratiques en interne.

Les soignants expriment, en effet, la complexité des prises en charge des résidents en fin de vie nécessitant un travail en équipe pluridisciplinaire et l'intervention de professionnels expérimentés (HAD, réseaux de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs). Dans ce cadre, la place de la psychologue de l'établissement est à renforcer pour accompagner les soignants.