

**RAPPORT D'INSPECTION
CONSEIL DEPARTEMENTAL DE VAUCLUSE
ARS PACA**

**EHPAD LA DURANCOLE
308 RUE ANDRE JEAN BOUDOY
84000 AVIGNON**

22 OCTOBRE 2024



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

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

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

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

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

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

→ Cette dérogation 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.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
1. CONTEXTE ET PRESENTATION DE LA MISSION D'INSPECTION	4
2. LES LOCAUX	5
2.1. Description des locaux.....	5
2.2. Déroulement de la visite	6
3. LA GOUVERNANCE	15
3.1. Continuité de direction.....	15
3.2. Diplôme, délégation de pouvoir, fiche de poste de la directrice	16
3.3. Pilotage opérationnel de la direction	16
3.4. Gestion des risques	18
4. LES RESSOURCES HUMAINES	19
4.1. Dossiers administratifs des personnels.....	19
4.2. Effectifs : types de contrats, analyse du turn-over, étude des plannings, taux d'encadrement.....	19
5. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE DES RESIDENTS	24
5.1. Les profils des résidents	24
5.2. La politique d'admission.....	24
5.3. Le projet général de soins.....	24
5.4. Le circuit du médicament	29
5.5. Les projets de soins et de vie individualisés.....	29
5.6. L'organisation des soins	30
CONCLUSION FINALE	31
ANNEXES	33
Annexe 1 : Lettre d'annonce.....	33
Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection	33
Annexe 3 : Procès-verbaux de visite de trois chambres occupées	33
Annexe 4 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien	33

1. Contexte et présentation de la mission d'inspection

Suite à la réception de signaux alarmants, le Directeur Général de l'ARS PACA et la Présidente du Conseil départemental ont décidé de diligenter, en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que des articles L6116-2, L1421-1 et L1435-7 du code de la santé publique, une mission d'inspection inopinée au sein de l'EHPAD La Durançole, situé 308 rue André-Jean BOUDOY 84140 AVIGNON.

Cette mission s'est effectuée sur site le mardi 22 octobre 2024 et avait notamment pour objectif, de vérifier et d'analyser :

- La gouvernance ;
- L'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents ;
- La prise en charge médicale et soignante des résidents.

Elle a été menée par une équipe composée de :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS PACA ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission, ARS PACA ;
- Monsieur [REDACTED], élève-inspecteur de l'action sanitaire et sociale, associé à la mission au titre de ses compétences techniques, ARS PACA ;
- Madame [REDACTED] médecin territorial, Direction de l'Autonomie, Conseil départemental de Vaucluse ;
- Madame [REDACTED], chef du service tarification contrôle de la Direction de l'Autonomie, Conseil départemental de Vaucluse.

L'EHPAD La Durançole (n° FINESS ET : 84 002 0093) est géré par l'association La Croix-Rouge (N° FINESS EJ : 75 072 1334).

Il a ouvert ses portes suite à la construction de locaux neufs et à la réalisation d'une visite de conformité conjointe le 26 décembre 2023.

Conformément à la décision de création de l'EHPAD n°2018-062 du 21 août 2018, l'EHPAD est autorisé pour 97 lits répartis comme suit :

- 80 lits d'hébergement permanent habilités à l'aide sociale ;
- 7 lits d'hébergement temporaires dont 3 lits d'hébergement d'urgence, habilités à l'aide sociale ;
- 10 lits d'hébergement permanent pour personnes handicapées vieillissantes habilités à l'aide ;

Il est indiqué dans l'autorisation que la labellisation d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 14 places sera prévue dans les conditions réglementaires.

La mission d'inspection a suivi la méthodologie suivante :

- Arrivée sur site à 9h ;
- Visite des locaux, conduites d'entretiens et consultation de documents sur place ;
- Réunion en fin de journée avec [REDACTED] l'EHPAD en présentiel et [REDACTED] de la Croix-Rouge au téléphone pour faire part de nos premiers constats et du déroulé de la journée.

Le personnel a été disponible et la mission a pu accéder aux locaux et aux informations demandées.

La mission a inspecté trois chambres dont les procès-verbaux (en annexe 3) ont été communiqués aux usagers, les parties communes et les espaces extérieurs. Elle a recueilli des éléments formalisés et s'est entretenue avec des membres du personnel (liste en annexe 4).

Le présent rapport comporte l'analyse des documents collectés, des constats faits sur site et une synthèse des informations issues des entretiens réalisés.

Suite aux constats sur place relatifs aux risques de brûlures et aux risques de chute par défenestration, le Directeur général de l'ARS PACA et la Présidente du Conseil départemental ont adressé le 5 novembre 2024 une injonction immédiate à l'EHPAD de prendre des mesures correctrices sous 8 jours.

Les écarts et remarques formulés par la mission dans le présent rapport ont vocation à servir de fondement aux mesures administratives que prendra le Directeur général de l'ARS PACA et la Présidente du Conseil Départemental de Vaucluse, en complément de la mesure d'urgence précédemment citée.

2. Les locaux

L'établissement dispose d'une capacité de 97 places, dont :

- 80 places en hébergement permanent ;
- 10 places en hébergement permanent pour personnes handicapées vieillissantes ;
- 7 places d'accueil temporaire pour personnes âgées dépendantes ;
- et d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.

Les places sont réparties comme suit :

Rez-de-chaussée :

- Unité Alzheimer, pour 15 chambres individuelles ;
- Unité de vie pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV), pour 10 chambres individuelles.

Premier étage :

- 35 chambres individuelles (101 à 135), dont deux réservées à la présence d'un accompagnant et une à l'hébergement temporaire, réparties sur deux unités ;
- Un PASA de 14 places, non installées au jour de l'inspection.

Deuxième étage :

- 39 chambres individuelles (201 à 239) organisées en deux unités de vie (19 et 20 chambres respectivement).

2.1. Description des locaux

Le bâtiment appartient à la Croix-Rouge. Il est construit sur 3 niveaux :

Au rez-de-chaussée :

- Le hall d'entrée et l'accueil de l'établissement ;
- Les locaux réservés au personnel dans une aile sécurisée par un digicode : 6 bureaux, deux salles de réunion, 3 salles d'archives, une bagagerie, des sanitaires et un atelier de maintenance servant également de réserve de matériel ;
- La salle de restauration ;
- La cuisine ;
- Un vestiaire ;
- Une salle de soins ;
- Une infirmerie pour la préparation et le stockage des médicaments ;
- L'unité PHV (10 chambres) ;
- L'unité Alzheimer (15 chambres) ;
- Des espaces réservés au personnel : salle de restauration du personnel, salle de repos, local de représentation du personnel, salle de stockage ;

- Une lingerie et buanderie.

Au premier étage :

- Locaux accessibles aux résidents :
 - 35 chambres simples ;
 - Deux salles d'activité ;
 - Un salon / salle de repas ;
 - Un salon de convivialité.
- Locaux réservés aux professionnels :
 - 3 salles de stockage ;
 - Un local ménage et un local linge sale ;
 - Un poste de soins ;
 - Une salle de kinésithérapie / psychomotricité.
 - Une réserve (équipements, protections, linge) ;
 - Une salle de repos ;
 - Un bureau ;
 - Une chaufferie et un groupe froid ;

Au deuxième étage :

- Locaux accessibles aux résidents :
 - 39 chambres simples ;
 - Deux salles d'activité ;
 - Un salon / salle de repas ;
 - Deux salons de convivialité.
- Locaux réservés aux professionnels :
 - 3 salles de stockage ;
 - Un local ménage et un local linge sale ;
 - Un poste de soins ;
 - Une réserve (équipements, protections, linge) ;
 - Une salle de repos ;

Les plans des locaux ont été transmis à l'équipe d'inspection. Ils contiennent une légende indiquant les espaces accessibles à chaque catégorie de personnel, en fonction de la sécurisation prévue (digicode ou accès grâce à un passe). Les locaux sont propres et bien entretenus. Les différentes portes comprennent une signalétique adaptée à la fonction de la pièce desservie.

2.2. Déroulement de la visite

L'entrée de l'établissement se fait par un portail reliant le parking visiteurs, situé à l'extérieur, et le parking réservé au personnel. Les visiteurs peuvent sonner au visiophone pour s'identifier avant d'accéder à l'établissement.

2.2.1. Rez-de-chaussée

La visite des locaux a été effectuée sans membre de l'établissement. Les codes d'accès aux espaces sécurisés ont été communiqués à l'équipe d'inspection par les professionnels présents à son arrivée.

Les locaux ont été livrés au mois de décembre 2023 et sont neufs. La mission n'a pas constaté de vétusté ou d'usure du bâtiment. Des inquiétudes ont cependant été remontées par une enquête [REDACTED] en date du 30 septembre 2024, commanditée à la suite d'un départ de feu qui a fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable grave reçu par les autorités le 10 septembre 2024. Le rapport fait état de 38 observations, notamment un ampérage largement supérieur aux niveaux attendus dans les locaux d'habitation, entraînant des risques d'incendie ou d'électrisation des personnes. En attendant la mise en conformité du bâtiment, des personnels [REDACTED] sont mobilisés pour assurer une présence à chaque étage. Ils étaient présents lors de l'inspection.

A son arrivée à 9h, l'équipe d'inspection ne reçoit pas de réponse à la sonnerie de l'accueil. Le portail s'ouvre cependant avant que l'équipe ait pu s'identifier, comme le sas d'entrée, constitué de deux portes automatiques.

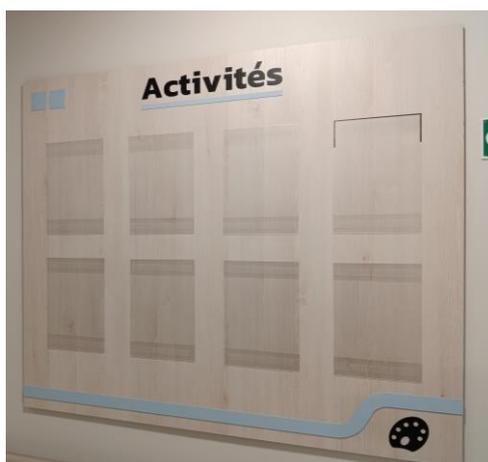
Ecart 1 : L'absence de réponse au portail, l'ouverture automatique du sas d'entrée et l'absence de personnel dans le hall ne permet pas d'assurer l'accueil des visiteurs et la sécurité des résidents comme prévu dans l'article L311-3 1° du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Aucun professionnel n'est présent dans le hall, mais un chien se déplace librement. Il s'agit du chien [REDACTED]. Ce dernier a été maintenu dans l'espace [REDACTED] pour le reste de la journée.

Ecart 2 : La présence d'un chien en liberté et non surveillé dans les parties communes de l'établissement ne permet pas d'assurer le respect des dispositions de l'article L311-9-1 du CASF, qui autorise la présence d'animaux domestiques des résidents et « *sous réserve de leur capacité à assurer les besoins physiologiques, comportementaux et médicaux de ces animaux et de respecter les conditions d'hygiène et de sécurité définies par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.* »



L'équipe d'inspection constate que le planning d'animation affichés dans le couloir de la salle de restauration est vide, il ne donne pas de visibilité sur la réalisation et les natures des activités mises en œuvre au profit des résidents. L'absence d'animations est confirmée par les professionnels interrogés.



Remarque 1 : En ne proposant pas un programme d'activités, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (*Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad*), ANESM, décembre 2011.

L'équipe d'inspection a pu visiter l'unité de vie pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV), dont l'entrée se fait librement depuis la salle à manger. Plusieurs chariots d'entretien ont été trouvés dans les couloirs, comportant des produits d'entretien à risques accessibles aux résidents. [REDACTED]

Lors de la visite des locaux de l'unité de vie protégée (UVP), l'équipe d'inspection a constaté que le chariot de soins AS n'était pas fermé à clé ; un flacon de solution hydroalcoolique était posé sur le dessus du chariot ; un flacon contenant un produit nettoyant (Argos carrelays-Argonet) se trouvait dans le chariot (porte coulissante ouverte).

Ecart 3 : En ne sécurisant pas l'accès à des produits toxiques dans des unités accueillant des personnes porteuses de troubles neuro-évolutifs sévères l'établissement ne remplit pas les conditions de sécurité permettant d'accueillir des personnes vulnérables contrevenant à l'article L311-3 du CASF.



Les portes des chambres de l'unité protégée ne disposent pas de dispositif anti-intrusion permettant de sécuriser les chambres des résidents.

Les locaux réservés au personnel (salle de repos, cuisine, espaces de stockage, buanderie et lingerie...) ne sont pas verrouillés et sont accessibles aux résidents par le jardin. [REDACTED]



Ecart 4 : Les locaux réservés au personnel non surveillés et non sécurisés ne permettent pas d'assurer la sécurité des résidents (L311-3 CASF).

2.2.2. Premier étage

L'équipe d'inspection a pu constater une absence globale de sécurisation des locaux, notamment concernant les espaces de stockage et ouvertures vers l'extérieur.

Plusieurs fenêtres non sécurisées, qui s'ouvrent en entier et donnent sur le parking des employés :

- il a été constaté que les deux fenêtres dans le couloir étaient ouverte et ne comprennent pas de système de sécurisation, dont l'une qui donne sur le balcon de la salle de kinésithérapie ;



Deux chambres occupées ont été visitées au premier étage, avec l'accord des résidents. Les procès-verbaux dressés font état de l'absence de sécurisation de la fenêtre, ainsi que d'une température de l'eau chaude sanitaire trop élevée, pour les deux chambres. Les températures relevées à la douche et au lavabo sont comprises entre 55,3°C et 56,7°C.

Ecart 5 : Les températures relevées dans les douches et lavabos des chambres visitées représentent un risque de brûlure grave et immédiate contrevenant à l'article L311-3 du CASF.

Les appels malades ont été testés et fonctionnent. Cependant, aucun professionnel n'est intervenu lors de leur activation et ceci malgré les tests effectués dans les 3 chambres par l'équipe de la mission d'inspection.

Ecart 6 : L'absence de réponse aux appels malades par le personnel ne permet pas de répondre aux besoins immédiats des résidents et à leur sécurité contrevenant à l'article L311-3 du CASF.

Il a été constaté la présence de produits d'entretien non étiquetés immédiatement accessibles aux résidents et laissés sans surveillance :

- Sur les chariots d'entretien entreposés dans les couloirs ;
- Dans deux salles de stockage pour lesquelles le système de verrouillage était désactivé.

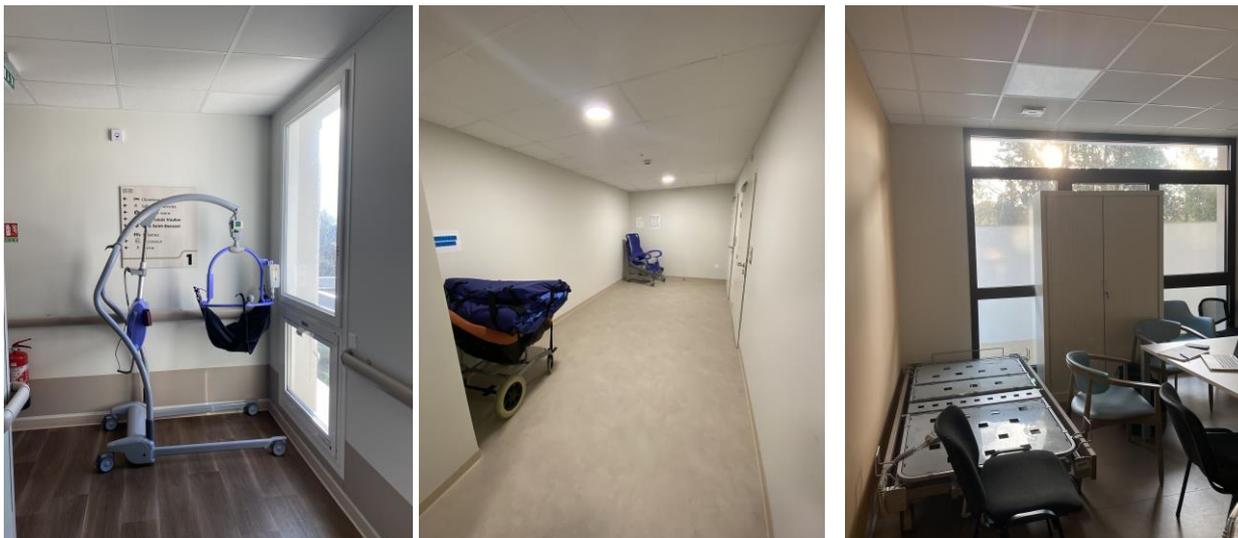
Ecart 7 : L'accès à des produits d'entretien parfois non identifiés, et le manque d'un système sécurisé de stockage des produits d'entretien ne garantissent pas la sécurité d'accueil des résidents prévue à l'article L.311-3 du CASF.



Un poste de soins est présent au premier étage, mais n'est pas utilisé et ne contient pas de matériel de soins.



Un lève-malade est entreposé dans le couloir du premier étage. Plus généralement, de nombreux chariots et objets encombrants sont entreposés dans les couloirs alors que l'établissement dispose de nombreux espaces de stockage spacieux et vides.



Remarque 2 : La présence d'objets encombrants (tels que les chariots d'entretien, lève-malades et lits médicalisés) dans les couloirs et les salles de réunion représente des risques de chute et d'entrave à la déambulation pour les usagers.

2.2.3. Deuxième étage

Sur les 39 chambres du deuxième étage, l'équipe d'inspection a relevé 22 chambres vides, dont aucune n'était verrouillée. Plusieurs d'entre elles étaient entrouvertes, et un résident a été rencontré sortant de l'une d'elles, qui contenait un balcon, pendant le ménage de la sienne.

Parmi ces chambres vides et non verrouillées :

- Les chambres 233 et 235 contiennent des fils électriques dénudés :

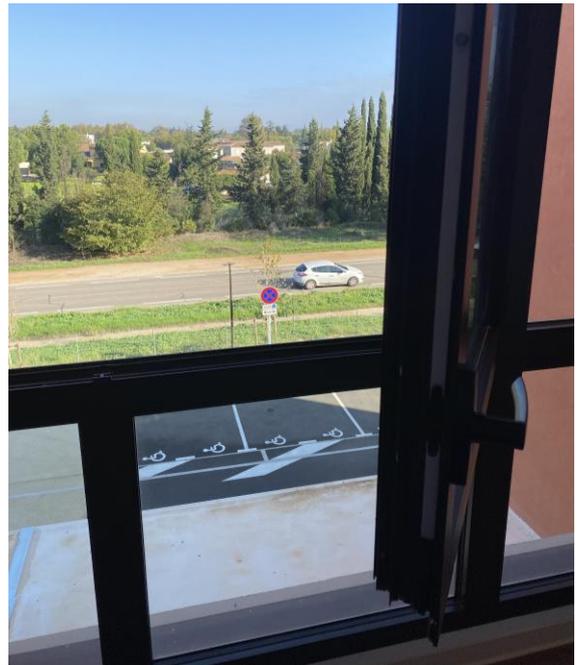


- Dans les salles de bain de plusieurs chambres vides, ainsi que dans plusieurs salles de stockage non verrouillées, des trappes étaient ouvertes avec de la laine de verre et une machinerie apparente :



Ecart 8 : Les nombreuses chambres vides non verrouillées et accessibles aux résidents avec les différents risques présents (fils électriques avec risques d'électrisation, fenêtres et balcons entraînant un risque de chute, température de l'eau entraînant un risque de brûlure...) représentent un danger pour la sécurité des résidents (L311-3 CASF).

Les fenêtres des parties communes du deuxième étage ne sont pas sécurisées. Dans le couloir, elles s'ouvrent intégralement et donnent sur le parking des employés.



Un canapé est placé devant la fenêtre du salon de convivialité, permettant un accès facilité à une fenêtre non sécurisée, donnant également sur le parking des employés :



Une porte réservée au personnel donnant sur le toit et permettant de relier les deux ailes ainsi que les deux étages n'est pas fermée. Le passage sur le toit n'est pas sécurisé pour empêcher la chute :



Ecart 9 : L'absence de sécurisation de nombreuses fenêtres, balcons et espaces extérieurs au 1^{er} et au 2^{ème} étage ne permet pas garantir la sécurité des résidents en empêchant les chutes, contrevenant à l'obligation de sécurité prévue à l'article L.311-3 du CASF. Ce manque de sécurisation est d'autant plus important qu'un résident est décédé par défenestration au moins de juillet 2024.

Au cours de la visite du deuxième étage, deux résidents ont été entendus [redacted] appeler et pleurer à 10h40. [redacted] aucun personnel soignant n'a été rencontré lors de la visite. Ces résidents n'ont pas été pris en charge pendant au moins 20 minutes, jusqu'au départ de l'équipe d'inspection à 11h.

Remarque 3 : L'absence de réponse aux appels (cris et pleurs) des résidents par du personnel soignant, ne permet pas de répondre aux besoins des résidents et en particulier à la prise en charge de la douleur de façon adaptée et conforme au guide d'amélioration des pratiques professionnelles de la HAS « Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique » de janvier 2023, qui préconise de « traiter immédiatement » les douleurs aiguës, ni de prendre en charge la souffrance psychique de la personne conformément à la recommandation de bonne pratique de la HAS « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement » de mai 2014.

Une salle de soin est également présente au deuxième étage. Celle-ci n'est pas utilisée et n'est pas accessible, à cause des chariots d'entretien stationnés devant.



Un escalier de secours au deuxième étage était verrouillé lors de la visite de la mission, dans une aile où l'ascenseur est réservé au personnel et sécurisé par un digicode.



Remarque 4 : Le verrouillage des escaliers de secours et l'absence d'une autre sortie en cas d'urgence représente un risque en cas d'incident. Il est rappelé les nombreux dysfonctionnements relevés dans l'installation électrique, qui entraînent un risque d'incendie majoré.

3. La gouvernance

3.1. Continuité de direction

L'EHPAD La Durançole démarra son activité le 26 décembre 2023.

██████████, un premier directeur de site occupa le poste (absent ██████████). Pendant son absence et dans l'attente d'un recrutement, la directrice de la filière ██████████ assura l'intérim ██████████.

██████████, une directrice d'appui fût recrutée, elle exerça ██████████. Elle fût remplacée par la directrice territoriale ██████████ dans l'attente du recrutement d'un directeur ou d'une directrice de site.

██████████, la directrice actuellement en poste a été recrutée. Elle est absente depuis le mois de ██████████ (██████████). Sa responsable hiérarchique, la directrice de territoire est également absente ██████████.

██████████, une directrice territoriale basée ██████████ a été missionnée pour assurer la direction de l'EHPAD. Elle est absente ██████████.

A compter de cette absence, ██████████, la directrice de la filière ██████████ assure l'intérim de direction. Cette directrice a une compétence nationale, elle est responsable des 35 EHPAD et des 34 SSIAD ██████████.

Remarque 5 : Le turn-over de direction est élevé. Cette instabilité représente un facteur de risque pour l'organisation de la prise en charge au sein de l'EHPAD et ne permet pas d'assurer une continuité de direction de l'EHPAD.

Le jour de l'inspection, le mardi 22 octobre 2024, ██████████ La mission a demandé au secrétariat de transmettre par mail à la direction compétente de la Croix-Rouge la lettre d'annonce. Ce document a été transmis à ██████████. L'inspection a donc été réalisée

avec les agents présents. [REDACTED]

La directrice de la filière [REDACTED] a indiqué qu'elle se rendait sur site 2 à 3 jours par semaine. La semaine de l'inspection, elle devait se rendre à l'EHPAD La Durançole le vendredi [REDACTED] soit un jour dans la semaine.

Le personnel a été interrogé sur les modalités de communication mises en place à distance [REDACTED]

[REDACTED] Ces modalités ne sont pas connues et aucun document n'a permis d'attester de leur existence.

Les temps de présence sur place de la directrice par intérim du site ne sont pas formalisés, les modalités de communication au quotidien avec les équipes sur place ne sont pas définies, les équipes ne disposent pas d'une feuille de route en son absence.

Remarque 6 : l'absence de communication des modalités de présence et de saisine de la directrice par intérim aux équipes et à l'équipe de cadres de l'EHPAD ne permet pas de justifier d'une organisation formalisée de pilotage de l'EHPAD et ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée des usagers en l'absence de présence sur site de la directrice par intérim.

3.2. Diplôme, délégation de pouvoir, fiche de poste de la directrice

Le contrat de travail de la directrice [REDACTED] a été transmis, mais pas son diplôme. Le contrat de travail et le diplôme de la directrice par intérim n'ont pas été transmis.

Ecart 10 : L'établissement n'a pas transmis les diplômes de la directrice par intérim et de la directrice [REDACTED]. Cela ne permet pas de s'assurer de la qualification de ces directrices (certification de niveau I), conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.

Le document unique de délégation de pouvoirs, tel que mentionné à l'article D312-176-5 du CASF, de la directrice territoriale à la directrice d'établissement a été transmis. Il date du 13 mai 2024.

Remarque 7 : le document unique de délégation de pouvoirs n'est pas signé par la directrice de l'établissement et n'a pas de durée de validité, ce qui ne permet pas de justifier de sa mise en œuvre effective.

3.3. Pilotage opérationnel de la direction

Une fiche de poste non nominative de directrice de l'EHPAD a été transmise. Il s'agit d'une fiche emploi nationale pour les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) gérés par la Croix-Rouge. Les missions du directeur ou de la directrice sont : d'assurer la gestion économique, financière et logistique de l'établissement ; de manager et accompagner l'équipe sous sa responsabilité, de définir et mettre en œuvre le projet d'établissement ; de piloter la démarche qualité, garantir la sécurité des soins et/ou des pratiques, assurer le confort et le bien-être des bénéficiaires ; et représenter l'établissement et développer les activités.

3.3.1. Management, accompagnement des équipes et réflexion pluridisciplinaire

Concernant la gestion économique, financière et logistique de l'établissement, le management et l'accompagnement des équipes, le pilotage de la démarche qualité et la garantie de sécurité des soins et/ou des pratiques, le pilotage s'est concrétisé par :

- un comité de direction (CODIR) sous la responsabilité de la directrice de filière [REDACTED], les participants ne sont pas mentionnés.
- Deux réunions d'équipes (comptes-rendus du [REDACTED]), les participants ne sont pas mentionnés.

- Une réunion pilotée par le directeur général adjoint [REDACTED] a également eu lieu (compte-rendu transmis) sans précision sur les participants.

Remarque 8 : La réunion une seule fois du CODIR depuis l'ouverture de la structure et sa formalisation incomplète ne permettent pas d'assurer un pilotage opérationnel et partagé de la structure.

Remarque 9 : Depuis l'ouverture, une seule réunion pluridisciplinaire séparée en deux groupes a été mise en place en dehors des temps quotidiens de transmissions ([REDACTED]). Cela ne permet ni une réflexion pluridisciplinaire d'amélioration continue de la qualité ni une bonne transmission des informations nécessaire à la coordination au sein de l'EHPAD.

3.3.2. Projet d'établissement

Concernant plus spécifiquement la mission de définition et de mise en œuvre du projet d'établissement confiée à la direction, l'EHPAD n'a pas de projet d'établissement, ni de projet dédié à l'unité personnes handicapées vieillissantes, ni de projet dédié à l'accueil temporaire et d'urgence ni au PASA.

Ecart 11 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.

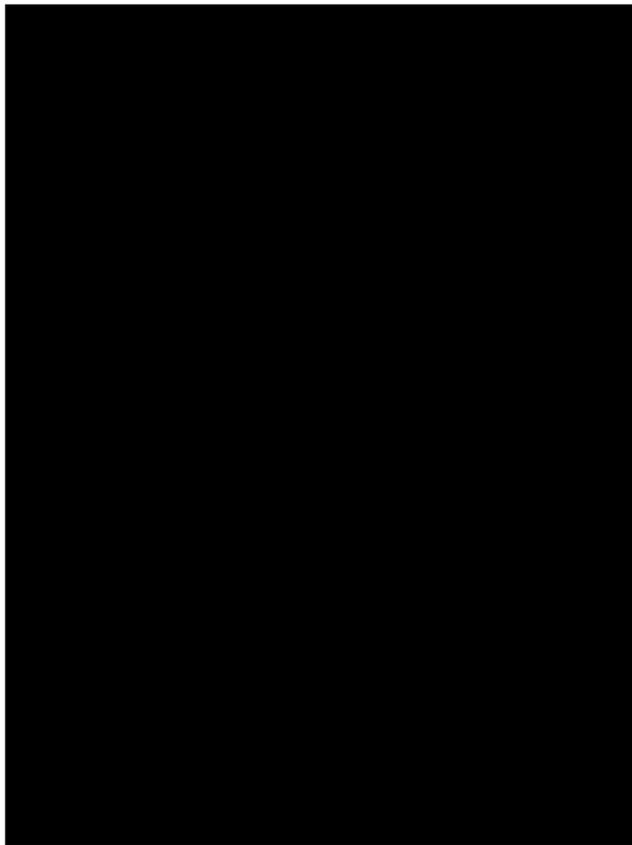
3.3.3. Conformité à l'autorisation médico-sociales de fonctionnement

La mission a constaté que l'établissement était en sous-activité ([REDACTED] résidents pour 97 lits), qu'il n'y avait pas de résident accueilli en accueil temporaire ou d'urgence, que le PASA n'était pas en activité. [REDACTED] a indiqué qu'il ouvrirait en 2025.

Ecart 12 : l'établissement ne respecte pas l'autorisation médico-sociale pour laquelle il est financé (décision n°2018-062 du 21 août 2018). Il est en sous-activité, n'a pas ouvert son PASA et n'accueille pas de résidents en accueil temporaire ou d'urgence.

3.3.4. Respect de la vie privée et du secret médical

Ont aussi été constatés par la mission l'affichage d'ordonnances nominatives sur le mur dans le bureau [REDACTED] ce qui contrevient au respect de la réglementation et à la sécurité des pratiques.



Ecart 13 : Des informations médicales nominatives sont affichées dans le bureau [redacted]. Cela contrevient à l'article L1110-4 du code de la santé publique qui protège les données médicales des résidents et l'article L311-3 du CASF qui protège l'intimité et la vie privée des résidents.

3.4. Gestion des risques

Le plan de gestion des risques (plan bleu) a été transmis. Il s'agit du modèle national, décliné pour l'EHPAD La Durançole.

La fiche de déclaration des événements indésirables graves (EIG) a été transmise (modèle national Croix-Rouge). La procédure de gestion des événements indésirables graves a été transmise (modèle national Croix-Rouge). L'établissement a fourni le tableau de recensement et de gestion des événements indésirables graves. Dans le tableau il est indiqué que chaque EIG a fait l'objet d'une visioconférence dans les jours qui ont suivi, il n'y a pas de compte-rendu des actions réalisées.

Les événements indésirables graves sont recensés mais l'établissement ne trace pas son action et n'analyse pas ces EIG dans le cadre de réunion pluridisciplinaire.

Remarque 10 : L'absence de retour d'expérience suite à la gestion de l'EIG ne permet pas de mettre en œuvre des mesures correctives afin d'améliorer la qualité et la sécurité des résidents. Cette action fait partie des critères de l'évaluation de la qualité déterminés par la Haute Autorité de Santé (objectif 3.13).

Dans le cadre des documents recueillis par la mission, [redacted] a fourni un projet de note précisant la mise en place de la gestion des plaintes et réclamations à partir du 1^{er} janvier 2025.

Remarque 11 : Au jour de l'inspection, il n'y a pas de système de recueil, de gestion et d'analyse des plaintes et des réclamations au sein de l'EHPAD. Cette pratique est recommandée par la HAS et notamment en mai 2012 dans l'ouvrage « le déploiement de la bientraitance, guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD » et elle fait partie des critères de l'évaluation de la qualité déterminés par la Haute Autorité de Santé (objectif 3.12).

Les astreintes de direction les soirs et week-ends sont assurées par deux cadres de la structure et la secrétaire. Elles ne sont jamais assurées par [REDACTED]. La continuité de direction les soirs et week-ends est confiée à la secrétaire toutes les trois semaines, mais cette mission ne fait pas partie de sa fiche du poste (fiche emploi [REDACTED] transmise).

Remarque 12 : L'absence de formalisation de l'astreinte de direction via les fiches de postes et les documents de procédure met en évidence un risque quant à la sécurisation de la continuité de direction de l'EHPAD.

En conclusion de cette sous-partie concernant la gouvernance, la mission observe qu'il n'y a pas de pilotage opérationnel de l'EHPAD sur place ou à distance. Cette absence de coordination, de management, de pilotage constitue un risque pour la sécurité et le bien-être des résidents.

4. Les ressources humaines

4.1. Dossiers administratifs des personnels

Sur les 18 dossiers d'employés embauchés en contrat à durée indéterminée (CDI), un seul contient :

- Contrat de travail daté et signé par les deux parties ;
- Diplôme ;
- Extrait de casier judiciaire.

Parmi eux, 5 ne contenaient pas de contrat de travail à jour à la date de l'inspection, 2 ne contenaient pas de diplôme et 5 ne contenaient pas d'extrait de casier judiciaire.

Un dossier vide présentait un post-it avec la mention « Manque tout ».

La mission a également contrôlé les dossiers des agents ayant été embauchés en contrat à durée déterminée (CDD), en intérim ou en CDI ayant démissionné. Sur ces 61 dossiers étudiés, un seul est complet (contrat de travail, diplôme et extrait de casier judiciaire).

Ecart 14 : L'absence de diplômes et la mise à jour globale insuffisante des dossiers des employés ne permet pas de garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L.312-1-II du CASF.

Ecart 15 : En ne disposant pas d'extrait de casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement n'est pas en mesure de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables et de justifier qu'il satisfait aux dispositions de l'article L133-6 du CASF.

4.2. Effectifs : types de contrats, analyse du turn-over, étude des plannings, taux d'encadrement

4.2.1. Effectifs

Au jour de l'inspection [REDACTED], le poste de [REDACTED] est à la vacance.

Au niveau administratif, les postes suivants sont pourvus :

- [REDACTED] secrétaire, accueil, admission et facturation ;
- [REDACTED] correspondant RH (ressources humaines) ;
- [REDACTED] de comptable.

Au niveau des services généraux :

- [REDACTED] d'ouvrier moyen généraux.

Le tableau des effectifs de l'établissement se présente ainsi, pour les personnels intervenant auprès des résidents :

Au 22/10/2024 CDI	ETP*	Ratio d'encadrement pour 57 résidents
Aide-soignant (AS) / Aide médico-psychologique (AMP) JOUR	[REDACTED]	[REDACTED]
AS/AMP NUIT	[REDACTED]	[REDACTED]
IDE	[REDACTED]	[REDACTED]
IDEC	[REDACTED]	[REDACTED]
Psychologue	[REDACTED]	[REDACTED]
Animatrice	[REDACTED]	[REDACTED]
Educateur spécialisé	[REDACTED]	[REDACTED]
Aide de vie	[REDACTED]	[REDACTED]

*ETP : équivalent temps plein.

Le tableau des effectifs des professionnels contractuels se décline comme suit :

Au 22/10/2024 CDD	ETP
Responsable RH	[REDACTED]
AS/AMP NUIT	[REDACTED]
IDE	[REDACTED]
Ouvrier Moyens Généraux	[REDACTED]

L'unité PHV dispose d'une équipe dédiée, répartie ainsi :

- [REDACTED] d'Educatrice spécialisée présente du lundi au vendredi ;
- [REDACTED] d'AS pour assurer une présence quotidienne.

Au niveau de l'unité protégée, est observée la présence de 2 AS par jour, pour la prise en charge de 11 résidents au jour de l'inspection. L'unité dispose de 15 places au total.

A noter que l'établissement fait appel au prestataire [REDACTED] pour les missions relatives au ménage et à la lingerie, et au prestataire [REDACTED] pour la confection des repas.

Aussi, pour la prestation ménage et lingerie, les professionnels sont répartis ainsi :

- [REDACTED] ETP de responsable hôtellerie ;
- [REDACTED] ETP d'ASH.

Pour la prestation cuisine :

- [REDACTED] ETP de chef cuisinier ;
- [REDACTED] ETP équipe cuisine.

4.2.2. Analyse du turn-over

Sur la période du 1^{er} janvier au 1^{er} août 2024, il a été mis fin à 28 contrats à durée indéterminée (CDI), sur 54 CDI, sur les postes suivants :

[REDACTED]

[REDACTED]

51,85 % du personnel en CDI a eu une fin de contrat sur la période du 1^{er} janvier au 1^{er} août 2024, soit plus de la moitié des professionnels ayant signé un CDI.

Le taux de turnover représente 19 %, soit un taux supérieur aux données recueillies dans la région PACA.

Sur la période du 1^{er} janvier au 1^{er} août 2024, il a été signé 52 contrats à durée déterminés (CDD), sur les postes suivants :

[REDACTED]

Remarque 13 : L'instabilité de l'équipe est susceptible d'impacter la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers.

4.2.3. Etude des plannings

Concernant l'absentéisme :

Sur le mois de [REDACTED], au niveau de l'équipe d'[REDACTED], on peut noter :

- 30 jours d'absences pour maladie ;
- 4 jours d'absences injustifiées ;
- 15 jours d'accident du travail.

Sur le mois de [REDACTED], au niveau de l'équipe [REDACTED], on peut noter :

- 23 jours d'absences pour maladie ;
- 9 jours d'accident du travail.

Sur le mois de [REDACTED], au niveau de l'équipe [REDACTED], on peut noter :

- 3 jours d'absences injustifiées

[REDACTED] sont présentes par jour, sauf 1 journée ou 1 seule [REDACTED] était présente.

Sur [REDACTED] jours, les ratios d'encadrement des AS de jour, hors unité protégée (11 résidents) et hors UPHV (6 résidents), soit 40 résidents, sont les suivants :

[REDACTED]

Sur [REDACTED] jours, les plannings des AS de nuit, font ressortir :

[REDACTED]

Au niveau de l'unité protégée, on observe la présence de 2 AS par jour, pour la prise en charge de 11 résidents. L'unité dispose de 15 places au total.

Pour l'unité PHV, le planning du mois de [REDACTED] fait état des présences suivantes :

[REDACTED]

[REDACTED]

Sur le mois [REDACTED], au niveau de l'équipe d'[REDACTED], on peut noter :

- 7 jours d'absences pour maladie ;
- 2 jours d'absences injustifiées.

2 [REDACTED] sont présentes par jour, sur les [REDACTED] jours du mois.

Sur [REDACTED] jours, les ratios d'encadrement des AS de jour, hors unité protégée (11 résidents) et hors UPHV (6 résidents), soit 40 résidents, sont les suivants :

[REDACTED]

- [REDACTED].

Sur [REDACTED] jours, les plannings des AS de nuit, font ressortir :

[REDACTED]

Au niveau de l'unité protégée, on observe la présence de 2 AS par jour, sur 29 jours au mois [REDACTED], et 1 AS par jour sur 2 jours, pour la prise en charge de 11 résidents. L'unité dispose de 15 places au total.

Pour l'unité PHV, le planning du mois d'[REDACTED] fait état des présences suivantes :

[REDACTED]

Remarque 14 : Il existe une fragilité des effectifs en personnel soignant (IDE, AS) avec des taux d'encadrement qui varient. Cette fragilité présente un risque en termes de continuité et de sécurité des soins.

Remarque 15 : En [REDACTED], il est noté l'absence de personnel soignant sur 8 journées au sein de l'unité personnes handicapées vieillissantes ; et l'absence de personnel éducatif sur 25 journées.

4.2.4. Attractivité : modalités de recrutement, accueil des nouveaux arrivants

Il existe un livret d'accueil national de présentation de la Croix Rouge Française. Ce livret n'est pas suffisant pour permettre un accueil des nouveaux arrivants. [REDACTED].

Remarque 16 : l'absence de procédure du nouvel arrivant ne favorise pas une prise de poste efficace et, au regard du turn-over, ne permet pas de garantir la bonne continuité de prise en charge des résidents.

4.2.5. Formations, analyse de la pratique professionnelle

Le programme prévisionnel de formation 2024 se décline ainsi :

- Sauveteur Secouriste du Travail (SST) ;
- AFGSU 2 : Gestes et soins d'urgence de niveau 2 ;
- Recyclage AFGSU 2 ;
- Incendie en entreprise : extincteur et évacuation ;
- IDEC ;
- Habilitation électrique.

Les formations IDEC et habilitation électrique n'ont pas été valorisées en heures dans le programme.

Aussi, au 22 octobre 2024, seule la formation SST a été réalisée.

Pour l'année 2025, le programme prévisionnel de formation se présente comme suit :

FC				PUBLIC
Intitulé de la formation	Individuelle OU Collective	Nbre d'heures par stagiaire	Nombre de stagiaires <u>par session</u>	Emploi(s) concerné(s)
AFGSU 1	collective	14	3	RH/OMG/Secrétaire
AFGSU 2	collective	21	10	ASD/IDE/IDEC/EDUC SPE/AIDE DE VIE/AMP
Savoir manipuler des extincteurs	collective	3	8	ASD/IDE/AIDE DE VIE/AMP
Accompagner la personne atteinte de la maladie alzheimer	collective	21	2	AS
tuteur de stage	collective	21	4	AS/AMP/IDE
EXPLOITATION DU LOCAL SSI	collective	4	5	OMG/IDEC/SECRETAR IRE/RH/EDUC SPE
Prevention des accidents dans la vie courante	collective	4	6	IDE/AS/EDUC SPE
SST	collective	14	7	EDUC SPE/IDE/AS/OMG/R H
LA PREVENTION DE LA DENUTRITION CHEZ LA PERSONNE AGEE	collective	7	3	IDE/AIDE DEVIE/AMP

A noter que la formation « Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer » est une action de priorité faible, et la formation « La prévention de la dénutrition chez la personne âgée » est une action de priorité moyenne bien que la majorité des autres formations soient identifiées une priorité forte.

Les formations permettant aux professionnels d'appréhender, d'identifier et de répondre aux besoins des résidents accueillis ne sont pas priorisées. Malgré la spécificité des différents accompagnements de l'EHPAD (unité protégée, unité PHV, PASA, accueil d'urgence, accueil temporaire notamment), aucun soignant n'a bénéficié d'une formation en lien avec la prise en charge des résidents.

Remarque 17 : L'EHPAD ne respecte pas les préconisations nationales de bonnes pratiques relatives à la mise en place d'un plan de formation à destination de ses salariés. Ainsi l'absence de formation ne permet pas à la mission de s'assurer que l'ensemble des professionnels soient formés à une prise en charge adaptée des usagers (HAS, 2008, p.18, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention », p.21 « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance »).

Remarque 18 : L'EHPAD n'a pas mis en place de sessions d'analyse de la pratique professionnelle.

En conclusion de cette sous-partie concernant la gestion des ressources humaines, l'établissement a connu un turn-over des postes de direction, tout comme des postes de direction territoriale. Cette instabilité de direction s'additionne à un taux de turnover important du personnel soignant, à un fort absentéisme, à l'absence de procédure pour les nouveaux arrivants et à un plan de formation restreint. Ces constats sont aggravés par les lacunes de complétude des dossiers administratifs du personnel dans lesquelles ils manquent les contrats de travail, les diplômes ou la vérification du casier judiciaire des salariés.

Ce turn-over et cet absentéisme ont abouti à une organisation fluctuante puisque le nombre de professionnels par jour auprès des résidents varient et certains jours, l'unité PHV n'a pas bénéficié de personnel soignant.

Remarque 19 : Il est constaté un manque de pilotage des ressources humaines caractérisé par des lacunes de complétude des dossiers administratifs du personnel, l'absence de plan pluriannuel de formation, l'absence de procédure des nouveaux arrivants malgré le turn-over, l'absence de soignants positionnés auprès des personnes handicapées vieillissantes (UPHV) pendant 8 jours sur les 2 mois étudiés.

5. La prise en charge médicale et soignante des résidents

5.1. Les profils des résidents

Au jour du contrôle, ■ résidents sont pris en charge au sein de l'établissement et réparti comme suit :

- ■ sur une capacité de 10 lits au sein de l'Unité pour Personne Handicapées Vieillissantes (UPHV),
- ■ à l'Unité de Vie Protégée (UVP) pour une capacité de 15 lits,
- ■ en secteur ouvert (■ résidents hébergés au 1^{er} étage et ■ au 2^{ème} étage).

Les GIR ont été effectués ou actualisés par ■ dans le courant du mois de juillet 2024.

Remarque 20 : il n'est pas mentionné sur la liste des résidents, le niveau de dépendance concernant la dernière résidente admise au sein de l'établissement, ■

5.2. La politique d'admission

Au jour du contrôle, le taux d'occupation de l'établissement en hébergement permanent est de 64,4% avec ■ résidents présents dont ■ sont sous tutelle ou curatelle.

Depuis l'ouverture de l'établissement au 26/12/2023, ■ résidents ont été admis au sein de l'établissement ; ■ d'entre eux sont décédés soit un taux de décès à hauteur de 25,6%.

Les admissions des ■ résidents actuellement hébergés ont été effectuées majoritairement sur les mois de janvier (■), mai (■) et juin (■) 2024.

Depuis la fin du mois de juin 2024, le nombre de nouvelles admissions est limité (■ en juillet, ■ en août et ■ en septembre).

Aucune nouvelle admission est programmée au jour du contrôle. Le compte-rendu de ■ indique une reprise possible des admissions après réception du rapport de ■ (■).

Le compte-rendu du CODIR du ■ reporte de fait la programmation prévisionnelle des nouvelles admissions à compter du mois de novembre (compte tenu des problèmes de sécurisation des locaux).

Comme mentionné précédemment, les admissions en hébergement temporaire classique et d'urgence ne sont pas opérantes.

5.3. Le projet général de soins

Il est constaté l'absence d'un projet général de soins intégré au projet d'établissement, déclinant notamment les modalités d'organisation et de fonctionnement des 2 unités de vie dédiées aux personnes atteintes de troubles neuro-évolutifs et à celles en situation de handicap vieillissant.

Ecart 16 : En ne disposant pas d'un projet général de soins intégré au projet d'établissement, le gestionnaire contrevient à l'article D311-8 du CASF.

5.3.1. La prise en soins et l'accompagnement des résidents atteints de troubles neuro-évolutifs

Le fonctionnement du Pôle de Soins et d'Activités Adaptés (PASA) n'est pas opérant depuis l'ouverture de l'établissement.

L'effectif de l'établissement ne dispose pas d'auxiliaire médical (ergothérapeute ou psychomotricien) ni d'assistant de soins en gérontologie (ASG).

Ecart 17 : Conformément à l'arrêté d'autorisation, le gestionnaire n'a pas mis en place le dispositif PASA, et n'a pas recruté les profils de professionnels comme attendu à l'article D312-155-0-1 du CASF.

Ecart 18 : aucun projet de fonctionnement du PASA n'a été transmis lors du présent contrôle définissant notamment les objectifs et les modalités de prises en soins thérapeutiques et sociales des résidents tels que définis à l'article D312-155-0-1 du CASF.

Ecart 19 : En ne proposant pas un programme d'activités pour les résidents du PASA, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF qui dispose que le pôle d'activités et de soins adaptés propose durant la journée des activités individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des résidents. Le programme d'activités doit être élaboré par un ergothérapeute ou un psychomotricien, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

L'unité de vie protégée (UVP) d'une capacité de 15 lits en chambre individuelle accueillie au jour du contrôle 11 résidents (dont ■ sont en GIR2 et ■ en GIR3).

Cette unité fonctionne depuis le 2 mai 2024.

Une demande d'avis médical est sollicitée auprès du médecin coordonnateur pour les admissions ou les sorties de l'UVP.

Remarque 21 : l'établissement ne dispose pas de procédure d'admission et/ou de sortie de l'UVP. Les critères ne sont pas connus du personnel ■■■■■ dédié à cette unité.

■■■■■ assurent les prises en soins des résidents de 7h30 à 20h (■■■■■ de 7h30 à 19h30 et ■■■■■ de 8h à 20h). La nuit, ■■■■■ est présente au sein de l'unité de 19h45 à 7h45 (2 temps de pause : de 23h30 à 0h30 et de 3h à 4h).

Actuellement, les 7 agents affectés à la prise en charge des résidents en journée et la nuit ont la qualification d'aide-soignant diplômé.

Remarque 22 : le plan de formation prévisionnel transmis ne prévoit pas pour les soignants de l'UVP de formation qualifiante (de type ASG) et/ou de formations dédiées aux prises en soins des troubles neuro-évolutifs. Il est rappelé que le cahier des charges, élaboré en 2021 par l'ARS-PACA précise que les personnels intervenant au sein de toute unité de vie protégée devront être spécifiquement formés :

- à la prise en charge des maladies neurodégénératives et des pathologies psychiatriques,
- à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie,
- aux thérapies non médicamenteuses.

La CRF a transmis une fiche-métier qui concerne le métier d'AS au sein des établissements médico-sociaux et sociaux de la Croix-Rouge française.

Remarque 23 : Les AS de l'unité de vie protégée ne disposent pas de fiche de poste adaptée à leurs missions.

L'équipe de l'UVP ne bénéficie pas d'un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien. Il est rappelé que dans le cadre de leurs compétences respectives, le psychomotricien ou l'ergothérapeute assure l'évaluation et la prise en soins des résidents atteints de troubles neuro-évolutifs ainsi que le soutien des professionnels

Remarque 24 : l'absence de psychomotricien ou d'ergothérapeute ne permet pas d'assurer le maintien de l'utilisation des capacités des résidents atteints de troubles neuro-évolutifs.

Les soignants respectent le rythme de vie des résidents : le petit-déjeuner et les soins de nursing sont réalisés à compter du réveil du résident, possiblement jusqu'à 11H.

Lors de la visite les locaux, les [REDACTED] en poste assuraient les soins de nursing auprès de 2 résidents ; 4 résidents étaient assis dans le salon de l'unité sans proposition d'activités.

Des activités sont mises en place les après-midis avec la participation de [REDACTED] ; aucun planning prévisionnel n'est établi. L'achat de matériel pour effectuer les activités est demandé par les soignants et a été évoqué lors de la réunion du CODIR du [REDACTED].

Remarque 25 : L'absence d'organisation des activités collectives et individuelles au sein de l'UVP ne permet pas d'assurer l'accompagnement thérapeutique des résidents et représente un risque pour leur bien-être. En ce sens, l'établissement ne tient pas compte des recommandations du « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » de la Haute autorité de santé publié en mai 2018.

5.3.2. La coordination médicale et le suivi médical des résidents

Un médecin, [REDACTED], intervient en télécoordination auprès de l'établissement sur la base d'un mi-temps (le lundi après-midi, le mercredi et le vendredi), [REDACTED].

Il donne un avis médical sur les demandes d'admissions qui sont déposées sur Via Trajectoire Grand âge (VTGA).

Il s'est déplacé [REDACTED] pour sécuriser le circuit du médicament, consolider les dossiers médicaux, élaborer les plans de soins individuels et rencontrer les équipes.

Les liens en visioconférence avec l'IDEC et les infirmières se font deux à trois fois par semaine autour du temps de la relève de mi-journée pour les besoins médicaux et infirmiers urgents des résidents.

Le médecin coordinateur a participé à l'élaboration avec l'IDEC et les IDE des protocoles et procédures portant sur la déshydratation, la douleur et le risque suicidaire.

Compte tenu de la carence de médecins traitants libéraux qui se déplacent dans l'établissement, le médecin salarié assure le suivi médical de 55 résidents sur les 58. Au jour du contrôle, seulement 3 résidents ont un médecin libéral prescripteur, en présentiel.

Le médecin coordonnateur intervient donc en tant que prescripteur en téléconsultation essentiellement pour la poursuite des traitements des maladies chroniques, la prescription des bilans sanguins suite aux observations des infirmières sur l'état clinique des résidents et les prescriptions de soins urgents en l'absence d'une nécessité absolue d'examen clinique. En dehors de ces tâches les soins médicaux sont réalisés suite à appel au centre 15 pour un transfert vers les urgences.

Ecart 20 : le médecin coordonnateur réalise des missions de médecin prescripteur en distanciel au détriment de ses missions de coordination prévues à l'article D312-158 du CASF.

Il a été annoncé [REDACTED], l'arrivée à compter du [REDACTED], d'un médecin libéral sur la base de 2 temps d'intervention par semaine (1 en présentiel, et 1 en visioconférence). Une liste d'une dizaine de résidents à prendre en charge de façon prioritaire a été établie. Il est envisagé de dédier une IDE

à l'accompagnement de ce médecin libéral. L'engagement écrit de ce médecin sur la base de ces modalités d'intervention n'a pas été communiqué.

Remarque 26 : Au jour du contrôle, l'engagement d'un médecin libéral prescripteur reste à confirmer.

Le recrutement d'un médecin coordonnateur en présentiel est envisagée mais aucun document ne justifie de cette recherche active. Conformément à la réglementation, le temps de coordination médicale pour un établissement avec un GMP supérieur ou égal à 800 dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places est de 0.6 ETP.

Ecart 21 : le temps de travail du médecin coordonnateur et la modalité quasi-exclusive de travail à distance ne permettent pas la réalisation des missions du médecin coordonnateur et représentent un risque dans la prise en charge des usagers de l'EHPAD, conformément aux articles D.312-156 et D 312-158 CASF.

L'analyse des 5 dossiers médicaux et de soins de résidents sur TITAN indique en particulier les éléments informatifs sur l'état de santé, la prescription médicale, la surveillance des dernières constantes.

Au jour du contrôle, une seule résidente était hospitalisée. Son dossier montre une traçabilité de sa dernière admission, ré hospitalisation sur une complication [REDACTED] après le retour en EHPAD. Le personnel infirmier a contacté l'hôpital pour s'informer de l'évolution de l'état de santé de la personne.

5.3.3. Les procédures et protocoles de prise en charge portant sur les grands thèmes gériatriques

Les protocoles de soins nationaux de la Croix-Rouge sur les grands thèmes gériatriques sont accessibles dans la banque documentaire de la CRF. [REDACTED] le personnel ne se les ai pas appropriés.

Les protocoles transmis concernent principalement les thématiques suivantes : la dénutrition, la contention, les chutes et le circuit du médicament.

Le Médecin-coordonnateur a également transmis les procédures et protocoles de soins suivants :

- La Check list des actions à mener à l'admission d'un nouveau résident [REDACTED] comportant des évaluations ciblées (GIR- Braden...);
- La prise en charge de la déshydratation par le personnel et le protocole anticipé de la conduite à tenir pour le personnel infirmier ;
- La prise en charge de la douleur et procédure anticipées traitement de la douleur pour le personnel infirmier ;
- La procédure de prise en charge des risques suicidaires.

Le protocole de prise en charge de la fin de vie correspond à un fiche repères datant de 2013, intitulée « personnes en fin de vie-soins palliatifs et accompagnement » rédigée à l'attention des professionnels de la Croix-Rouge Française.

Remarque 27 : il n'y a pas de protocole de prise en charge et d'accompagnement de la fin de vie comme préconisé dans la recommandation de la HAS « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD » de 2018.

Concernant la dénutrition, le relevé des poids et des indices de masse corporelle (IMC) est réalisé à l'entrée ainsi que lors de l'évaluation mensuelle. Les poids sont notés dans le logiciel métier. L'analyse des variations pathologiques n'est pas réalisée.

Au jour du contrôle, 6 résidents bénéficient de compléments alimentaires oraux (CNO).

Remarque 28 : le suivi des résidents dénutris ou présentant des risques de dénutrition n'est pas opérant. Cela ne tient pas compte des recommandations de la HAS « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » de 2021.

Les chutes ont fait l'objet d'un recueil de l'identité du résident et de la modalité de la chute sur la période [REDACTED], soit 47 en 6 mois. L'analyse ne porte pas sur les conséquences et les actions correctives éventuelles.

Remarque 29 : l'analyse des chutes ne porte pas sur les conséquences et les actions correctives éventuelles en désaccord avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2009 « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », de 2006 « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée » et les recommandations mondiales 2022 pour la prise en charge et la prévention des chutes chez la personne âgée.

Au jour de la visite, concernant les contentions, 6 résidents bénéficient d'une ou de 2 barrières de lit (à leur demande). L'objectif de l'équipe est de limiter au maximum les contentions par l'adaptation des lits au sol.

Les procédures de prévention des risques infectieux ne sont pas fournies (prévention primaire pour les personnels, prévention secondaire pour les infections respiratoires, gastro intestinales, cutanées).

Ecart 22 : l'établissement n'a pas défini sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux comme attendu par l'instruction du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social.

5.3.4. Partenariats et conventions

Les conventions fournies sont celles avec le laboratoire d'analyses médicales, la pharmacie et [REDACTED] (hospitalisation à domicile).

L'établissement n'a pas fourni de convention avec l'équipe mobile de gérontopsychiatrie mais le personnel a mentionné des interventions de cette équipe au sein de l'établissement.

Suite aux différents entretiens et consultation de dossiers de résidents, il est noté l'absence de lien avec les structures d'accueil des personnes handicapées vieillissantes en amont de leur admission respectives à l'EHPAD.

Remarque 30 : l'établissement n'a pas conventionné avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux de proximité hormis avec l'association d'hospitalisation à domicile.

5.3.5. La gestion des urgences

Un document intitulé conduite à tenir en situation d'urgence, à destination des IDE et AS en EHPAD élaboré par l'ARS Ile de France a été transmis par le gestionnaire ; ce document répertorie 20 symptômes (exemples : hémorragie, hypoglycémie, perte de connaissance, douleurs thoraciques...) associés à 20 fiches (ou conduite à tenir).

Remarque 31 : le protocole de gestion des urgences n'est pas réalisé.

Il a été constaté que les dossiers de liaison d'urgence sont regroupés dans des classeurs avec la dernière ordonnance afin d'être photocopiables à tout moment au départ du patient vers un centre hospitalier ; aucun événement indésirable n'a été noté concernant l'utilisation de ces documents malgré l'utilisation intense du 15 et des services d'urgence dans les mois suivant l'ouverture et en l'absence d'intervention de médecin traitant au lit des résidents.

Les retours d'hospitalisation font l'objet d'une saisie manuelle de l'ordonnance de sorties [REDACTED] dans le logiciel métier.

Un défibrillateur automatique est présent dans le hall à proximité de l'entrée de l'établissement. Interrogé sur son fonctionnement, le personnel n'a pas su nous l'expliquer.

Remarque 32 : le personnel n'est pas formé à l'utilisation du défibrillateur.

5.4. Le circuit du médicament

Les ordonnances sont saisies dans [REDACTED] par le médecin coordonnateur en télé coordination. Les prescriptions sont transmises via le logiciel métier vers une pharmacie de proximité qui livre les médicaments de façon hebdomadaire.

Une vérification des doses à administrer est réalisée avant la délivrance au patient par les IDE.

La détermination d'une liste préférentielle de médicaments en accord avec les prescripteurs libéraux intervenant dans l'EHPAD n'a pu être établie faute de médecins traitants présents.

Les médicaments stupéfiants sont conservés dans un coffre sécurisé. Le coffre contient le cahier de suivi nominatif, les toxiques, mais également des bijoux.

Remarque 33 : les bijoux des résidents sont entreposés dans le coffre des produits à stupéfiants, ce qui n'est pas leur place.

La programmation de la vérification périodique de la dotation des médicaments dans la mallette d'urgence n'est pas réalisée et tracée.

L'aspirateur de mucosité n'est pas disponible dans la salle de soins aux côtés de la mallette d'urgence au jour du contrôle. Il aurait été utilisé pour un résident dans une chambre, la mission n'a pas constaté son existence.

Ecart 23 : l'absence de suivi du contenu de la mallette d'urgence et l'insuffisance de matériel permettant le maintien des fonctions vitales dans l'attente d'une prise en charge par les services de secours, ne permettent pas de garantir la sécurité de prise en charge des résidents et contreviennent aux dispositions de l'article D.344-5-6 du CASF.

5.5. Les projets de soins et de vie individualisés

Les plans de soins des résidents ont été élaborés et/ou actualisés au mois de juillet dernier en collaboration en particulier avec le [REDACTED] et une [REDACTED].

Remarque 34 : aucun temps de travail en équipe pluridisciplinaire n'est dédié à l'évaluation des projets individualisés de soins ; les points urgents à traiter sont abordés lors des transmissions ciblées de 14h30.

Sur les 5 dossiers étudiés, les résidents disposent d'un plan de soins (sur 24h) déclinant les soins de nursing et infirmiers à mettre en œuvre (toilette, change, hydratation, soins buccodentaires, bas de contention, aides aux repas, surveillance de nuit... pour les AS ; pansement, surveillance de la tension artérielle, évaluation de la douleur, distribution des traitements médicamenteux... pour les IDE).

La procédure de réalisation et de suivi du projet personnalisé, transmise à l'équipe d'inspection a été élaborée et validée par le département qualité de la CFR en date du 02/12/2019.

Cette procédure a pour objectif de définir et fixer la démarche méthodologique d'élaboration et de suivi d'un projet personnalisé pour une personne accompagnée par un établissement ou un service de la filière Personne âgée et Domicile (PADOM) de la Croix-Rouge française.

Dans les faits, cette procédure n'est pas appliquée car aucun résident n'a de projet personnalisé.

Ecart 24 : Aucun résident ne dispose d'un projet de vie personnalisé, adapté à ses besoins et élaboré en équipe pluridisciplinaire. Cela constitue un manquement à l'article D312-155-0 du CASF et cela ne permet pas d'individualiser l'accompagnement des personnes accueillies.

5.6. L'organisation des soins

5.6.1. Les modalités de fonctionnement de l'infirmier

Une seule salle de soins (ou infirmerie) située au RDC de l'établissement est utilisée par les IDE et les AS.

L'établissement dispose de salle de soins satellites dans les étages qui ne sont pas utilisées par le personnel soignant dont en particulier par les AS (cf. constats réalisés dans la partie relative à la visite des locaux).

Le matériel de soins des AS ainsi que les téléphones sans fil des agents en pause ou en repos sont entreposés au sein de l'infirmier ; ce qui génère de nombreux passages par les aides-soignantes tout au long de la journée.

Un tableau blanc est utilisé pour noter les traitements de morphiques. La mission note que ce support, est hautement à risque puisqu'effaçable ou modifiable par toute personne ayant accès à l'infirmier, soumis à la mise à jour de chaque IDE et ne permettant pas de conserver une traçabilité journalière du plan de soins infirmier.

L'équipe d'inspection a noté l'existence de plusieurs classeurs comme par exemple, celui concernant le suivi des résidents diabétiques sous insuline. Il a été constaté que les résultats des dextros et des doses d'insuline ne sont pas complétés tous les jours ; [REDACTÉ] a expliqué que les jours où les résultats ne sont pas mentionnés sur la fiche de suivi du classeur, la traçabilité a été effectuée directement sur [REDACTÉ]

Remarque 35 : l'organisation des soins mise en place regroupant les IDE et les AS au sein d'une même salle de soins, avec la présence de téléphone sonnant de façon itérative, avec de multiples supports de travail (classeurs, tableau blanc) ne permet pas de garantir la continuité des tâches effectuées par les IDE et l'effectivité de la traçabilité des actes de soins.

5.6.2. Les transmissions

Un temps de transmissions ciblées IDE/AS est assuré quotidiennement de 14h30 à 15h, avec notamment la présence en semaine de l'IDEC.

Au jour du contrôle et en particulier au moment des transmissions, [REDACTÉ] au logiciel de soins [REDACTÉ] n'a pas été opérant, obligeant [REDACTÉ] à noter les transmissions en format papier pour les retranscrire ultérieurement sur [REDACTÉ]. L'équipe d'inspection a également constaté les difficultés d'accès au logiciel de soins lors de la consultation des dossiers médicaux et de soins des résidents. [REDACTÉ]

Il est indiqué dans le compte-rendu de direction du 10 septembre 2024 qu'aucun plan d'action immédiat n'est acté pour solutionner les dysfonctionnements du logiciel [REDACTÉ].

Les dossiers médicaux sont saisis sur le logiciel métier [REDACTÉ] avec des sauvegardes papiers en cas de panne du logiciel métier.

Les actes de soins sont tracés par les soignants via leur tablette, lorsque l'accès au logiciel [REDACTÉ] est opérant.

Remarque 36 : les difficultés de connexion au logiciel de soins ne garantissent pas la traçabilité des actes de soins effectués par les soignants.

La traçabilité des actes ou des observations réalisées par l'équipe d'ASH se fait grâce à des tablettes via un logiciel opérationnel mais propre à l'équipe des ASH.

Ecart 25 : L'utilisation de plusieurs supports de traçabilité (dysfonctionnements du logiciel [REDACTED] documents papier, classeurs, tableau blanc, logiciel différent pour les ASH) génère un risque majeur de perte d'informations. Cela ne permet pas de garantir la continuité des soins et la sécurité de la prise en charge des résidents (L311-3 CASF).

5.6.3. La gestion des appels malades

Comme mentionné dans la partie de ce rapport destinée à la visite des locaux, lors de la visite des chambres (3 sur 2 étages différents), l'équipe d'inspection a constaté l'absence de réponse aux appels malades malgré le report sur les dispositifs portables des soignants.

Les appels malades des résidents sonnent sur les téléphones de l'équipe d'encadrement ([REDACTED] notamment).

Les transmissions sont interrompues de façon itérative par des appels malades déclenchant une alerte générale sur tous les récepteurs d'appels des professionnels présents générant une nuisance sonore très délétère pour la prise en compte des observations.

[REDACTED] avait un téléphone mais que celui-ci n'était pas le téléphone dédié à son étage.

Remarque 37 : la configuration actuelle des téléphones sans fil du personnel ne permet pas d'apporter une réponse aux besoins des résidents suite à leurs appels.

Conclusion finale

L'EHPAD La Durançole a ouvert le 26 décembre 2023 et a pour gestionnaire la Croix-Rouge Française.

Dans le cadre de l'inspection conjointe menée par les services du Conseil départemental de Vaucluse et ceux de l'Agence Régionale de santé, de nombreux dysfonctionnements relatifs à la direction de l'établissement, aux ressources humaines, aux soins et au bâti ont été identifiés.

La mission constate une absence de gouvernance opérationnelle. D'une part cela se matérialise par l'absence de directeur de site au jour de l'inspection, par l'absence de continuité de direction [REDACTED] et par l'absence de formalisation du pilotage de l'EHPAD. D'autre part ce manque de gouvernance s'observe à travers l'absence de comités de direction, de projet d'établissement, de respect de l'autorisation médico-sociale de l'EHPAD, de sécurisation des locaux, de management des équipes et de réflexions pluridisciplinaires. Ces défaillances représentent un risque quant à la prise en charge sécurisée des usagers en s'ajoutant à l'absence d'analyse et de suivi des dysfonctionnements graves et l'absence de recueil des réclamations des résidents et de leurs proches.

Concernant la sécurisation des locaux en particulier, le bâtiment, appartenant à la Croix-Rouge et construit à neuf, comporte des risques graves pour la sécurité des résidents. La température de l'eau chaude sanitaire est trop élevée ce qui est susceptible de générer des risques de brûlures. Les fenêtres, les balcons et les issues de secours dans les étages ne sont pas sécurisées [REDACTED]. Les défaillances électriques ont causé un départ d'incendie et n'ont pas été résolues au jour de l'inspection.

A ce manque de direction s'ajoute une organisation fluctuante des équipes soignantes puisque le nombre de professionnels par jour auprès des résidents varie, comptant même sur plusieurs jours de [REDACTED] aucun soignant à l'unité pour personnes handicapées vieillissantes ; et une gestion

des ressources humaines lacunaire ne permettant pas de s'assurer des diplômes et de l'honorabilité du personnel engagé.

Au turn-over, à l'absentéisme et à l'absence de formations métier, il faut confronter la traçabilité confuse de l'établissement. Plusieurs sources d'informations, plusieurs supports et plusieurs logiciels sont utilisés et génèrent un risque d'erreur ou de perte d'informations en défaveur de la qualité de la prise en charge voire de la sécurité des résidents.

La prise en compte des besoins individuels et du bien-être des résidents n'a pas fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire. Aucun résident ne dispose d'un projet de vie personnalisé. L'établissement n'a mis en place aucun planning d'activités.

Au-delà de ce manque d'activités et d'individualisation de la prise en charge, il a été constaté une absence de réponse des équipes soignantes aux demandes des résidents en chambre, qui sont faites par le biais des appels malades ou par des cris. Les dysfonctionnements du système d'appel malades génèrent d'une part, des réponses aux besoins des résidents non satisfaisantes et d'autre part, un environnement non propice à une bonne organisation des soins et des relèves au sein de l'infirmerie.

Concernant plus particulièrement les soins des résidents, la mission constate que le médecin coordonnateur n'est pas en mesure d'assurer l'ensemble des missions de coordination médicale qui lui sont dévolues. Il assure le suivi médical de la majorité des résidents. Par ailleurs, l'élaboration et l'appropriation par les soignants des protocoles de soins sur les grands thèmes gériatriques sont à consolider.

La mission relève également l'absence de projet global de soins intégrant en particulier les objectifs et les modalités de fonctionnement des deux unités de vie dédiées (UVP et UPHV) et du PASA qui n'est pas opérationnel et l'absence de programme d'activités thérapeutiques non médicamenteuses.

L'ensemble de ces constats sont de nature à compromettre la sécurité de la prise en charge des résidents.

A Avignon, le 3 décembre 2024

L'inspectrice de l'action
sanitaire et sociale

Signé

L'inspectrice de l'action
sanitaire et sociale

Signé

Le médecin territorial

Signé

La cheffe de service
tarification contrôle

Signé

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'annonce

Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection

Annexe 3 : Procès-verbaux de visite de trois chambres occupées

Annexe 4 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien



Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10