

# RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 84

## EHPAD SAINT ANDRE 84 310 MORIERES LES AVIGNON

### 22 MAI 2024



## AVERTISSEMENT

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

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

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

### **1/ Les restrictions tenant à la nature du document**

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

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

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

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

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

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

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

<b>AVERTISSEMENT.....</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>
<b>1. CONTEXTE : UNE TROISIEME INSPECTION EN DEUX ANS DANS UN CONTEXTE OU LES SIGNAUX D'ALERTE SE MULTIPLIENT DEPUIS DEBUT 2024.....</b>	<b>7</b>
<b>Une troisième inspection en deux ans .....</b>	<b>7</b>
<b>Une multiplication des signaux d'alerte depuis le début de l'année 2024 .....</b>	<b>8</b>
<b>La décision de diligenter une 3<sup>ème</sup> inspection .....</b>	<b>9</b>
<b>2. INJONCTIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>Injonction 1 – Déclaration des événements indésirables .....</b>	<b>11</b>
Formulation de l'injonction – notification des mesures le 03/11/2022 .....	11
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	11
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	11
<b>Injonction 2 – Prescriptions 15 &amp; 19 &amp; 21 -MEDCO .....</b>	<b>13</b>
Formulation de l'injonction – notification des mesures le 03/11/2022 .....	13
Formulation de la prescription 15 .....	13
Formulation de la prescription 19 .....	13
Formulation de la prescription 21 .....	13
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	13
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	13
<b>Injonction 3 &amp; Recommandation 2 - Direction .....</b>	<b>16</b>
Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022 .....	16
Formulation de la recommandation .....	16
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	16
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	16
<b>.Injonction 4 - CVS.....</b>	<b>18</b>
Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022 .....	19
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	19
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	19
<b>Injonction 5 – Projet d'établissement .....</b>	<b>20</b>
Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022 .....	20
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	20
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	20
<b>Injonction 6 – Prescriptions 1 &amp; 13 &amp; 14 - Recommandation 4 – Organisation des soins.....</b>	<b>21</b>
Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022 .....	21
Formulation de la prescription 1 .....	21
Formulation de la prescription 13 .....	21

Formulation de la prescription 14 .....	21
Formulation de la recommandation 4 .....	21
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	21
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/24.....	22
<b>Injonction 7 – Bâti.....</b>	<b>29</b>
Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022 .....	29
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	29
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	29
<b>Injonction 8 – Logiciel de soins.....</b>	<b>31</b>
Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022 .....	31
Echéance de la mesure.....	31
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	31
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024 .....	31
<b>Injonction 9 – Fonctions des IDE et AS .....</b>	<b>35</b>
Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022 .....	35
Délai de mise en œuvre .....	35
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	35
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	35
<b>Injonction 10 – Prise en charge des résidents avec troubles neurodégénératifs .....</b>	<b>37</b>
Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022 .....	37
Délai de mise en œuvre .....	37
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	37
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	37
<b>Injonction 11 – Accès aux documents demandés en cours de mission .....</b>	<b>38</b>
Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022 .....	38
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	38
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	38
<b>Injonction 12 – Procédure d'admission .....</b>	<b>41</b>
Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022 .....	41
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	41
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	41
<b>Injonction 13 – Prescriptions n°22 &amp; 23 – Eau chaude sanitaire .....</b>	<b>43</b>
Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022 .....	43
Formulation de la prescription 22 & 23.....	43
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	43
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	43
<b>Prescriptions.....</b>	<b>46</b>
<b>Prescription 2 – Dossier RH.....</b>	<b>46</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	46
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	46
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	46
<b>Prescription 3 – Circuit du médicament .....</b>	<b>47</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	47
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	47
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	47

<b>Prescription 4 – Circuit du médicament .....</b>	<b>47</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	47
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	47
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	47
<b>Prescription 5 – Circuit du médicament .....</b>	<b>48</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	48
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	48
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	48
<b>Prescription 6 – Circuit du médicament .....</b>	<b>48</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	48
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	48
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	48
<b>Prescription 7 – Circuit du médicament .....</b>	<b>49</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	49
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	49
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	49
<b>Prescription 8 – Circuit du médicament .....</b>	<b>49</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	49
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	49
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	49
<b>Prescription 9 – Circuit du médicament .....</b>	<b>50</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	50
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	50
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	50
<b>Prescription 10 – Circuit du médicament .....</b>	<b>50</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	50
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	50
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	50
<b>Prescription 11 – Circuit du médicament .....</b>	<b>51</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	51
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	51
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	51
<b>Prescription 12 – Circuit du médicament .....</b>	<b>51</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022 .....	51
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi .....	51
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	51
<b>Prescription 13 – Circuit du médicament .....</b>	<b>52</b>
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	52
<b>Prescription 14 – Circuit du médicament .....</b>	<b>52</b>
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	52
<b>Prescription 15 – Circuit du médicament .....</b>	<b>52</b>
Constats et analyse de la mission d’inspection le 22/05/2024 .....	52
<b>Prescription 16 – Circuit du médicament .....</b>	<b>52</b>

Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	52
<b>Prescription 17 – Circuit du médicament .....</b>	<b>53</b>
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	53
<b>Prescription 18 – Circuit du médicament .....</b>	<b>53</b>
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	53
<b>Prescription 19 – Circuit du médicament .....</b>	<b>53</b>
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	53
<b>Prescription 20 – Circuit du médicament .....</b>	<b>53</b>
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	53
<b>Prescriptions 16&amp;17&amp;18 - PASA.....</b>	<b>54</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022.....	54
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	54
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	54
<b>Prescription 20 – Projet personnalisé d'accompagnement .....</b>	<b>55</b>
Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022.....	55
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	55
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	55
<b>Prescriptions 24&amp;25 - DASRI .....</b>	<b>56</b>
Formulation des prescriptions - notification des mesures le 03/11/2022 .....	56
Décision ARS/CD dans le cadre du suivi.....	56
Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024.....	56
<b>3. CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 1 : Courrier du 25 avril 2024 .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 2 : Lettre de mission.....</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 3 Liste des documents demandés.....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe 4 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien .....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe 5 PV des chambres .....</b>	<b>64</b>
<b>Annexe 6 Lettre d'injonction immédiate.....</b>	<b>64</b>

## 1. Contexte : une troisième inspection en deux ans dans un contexte où les signaux d'alerte se multiplient depuis début 2024

---

### Une troisième inspection en deux ans

---

Dans le cadre du programme d'inspection et contrôle des EHPAD initié par le Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées sur le thème de la qualité de la prise en charge des résidents, une mission d'inspection a été diligentée, en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique, au sein de l'EHPAD Saint-André à Morières-Lès-Avignon (84 310).

Cette mission inopinée a été effectuée sur site les 28 et 29 avril 2022 et avait notamment pour objectifs de vérifier et d'analyser :

- La gouvernance ;
- L'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents ;
- Les conditions d'hébergement ;
- La prise en charge des résidents notamment médicale ;
- Le circuit du médicament.

A l'issue de la procédure contradictoire, le 27 octobre 2022, les décisions ont été notifiées. Au regard des enjeux de sécurité et de qualité de prise en charge des résidents, une inspection conjointe a été diligentée sur site le jeudi 10 novembre 2022 afin de vérifier la mise en œuvre effective des mesures correctives dont certaines étaient d'application immédiate.

Par courrier du 6 décembre 2022, le tableau des mesures administratives complété des éléments constatés le 10 novembre par la mission d'inspection a été transmis. La persistance de dysfonctionnements à risque majeur pour les résidents était constatée. Sur les 13 injonctions, 5 ont été maintenues. Sur les 25 prescriptions, 13 maintenues.

Parmi ces mesures, certaines étaient d'application immédiate et justifiaient d'actions correctives urgentes à court terme, pour lesquelles des éléments de réponse ont été apportés les 21 décembre 2022 et 4 janvier 2023. Cela avait permis de lever l'injonction n°13 relative au risque de brûlure des résidents.

Un comité de suivi a été mis en place associant l'établissement et les deux autorités de contrôle. La 4<sup>ème</sup> réunion, le 3 avril 2024, s'est déroulée sur le site de l'établissement. Elle mettait en évidence la persistance d'injonctions (1 et 2) et la dégradation des conditions de prise en charge des résidents présents. Cette réunion a conduit les deux autorités de contrôle à demander à l'établissement et à son gestionnaire la mise en place d'un plan d'action sous 15 jours (courrier du 25 avril 2024 en annexe 1). Le président du directoire de Coallia a répondu par courrier en date du 27 mai 2024, reçu à l'ARS le 3 juin.

## Une multiplication des signaux d'alerte depuis le début de l'année 2024

Date	Typologie du signal	Faits marquants signalés
21/01/2024	Réclamation d'une famille de résident décédé au sein de l'Ehpad	Chute avec fracture du col du fémur du fait d'un défaut de positionnement du lit Alzheimer fin août 2023 Perte de poids Absence d'accompagnement pour les appareils auditifs, dentaires, lunettes Escarres sans intervention HAD et sans traitement de la douleur approprié Absence d'accompagnement de fin de vie
05/03/2024	Réclamation d'une famille de résident  Fiche d'événement indésirable générée par l'établissement [REDACTED]	Chambre sale Nursing et douche non effectués Attouchement par un membre d'une famille d'un résident Famille informée avec retard
19/03/2024	Membres DU CVS	Dysfonctionnements constatés depuis « trop longtemps » : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toilettes succinctes et aléatoires</li> <li>- Manque de suivi dans la distribution des médicaments</li> <li>- Résidents qui restent alités faute de personnel</li> <li>- Absence d'aide aux repas et d'hydratation</li> <li>- Absence de réponse aux appels malades</li> <li>- Personnels non qualifiés</li> <li>- Démission MEDCO et psychologue</li> </ul>
29/03/2024	Signalement d'une AS ne travaillant plus dans l'Ehpad	Dysfonctionnement dans la prise en charge des résidents (chutes avec blessures au traitement inadapté, suspicion de violences physiques sur résident) Climat social délétère avec agression et harcèlement de la part du personnel soignant et non soignant l'ayant obligé à quitter l'établissement.
03/04/2024	Réclamation anonyme d'une famille de résident	Personnel manquant Démission du médecin coordonnateur, de l'IDEC, du psychologue IDE présentant une alcoolisation sur son temps de travail Distribution des médicaments par une aide-soignante en l'absence d'IDE le 31 mars
09/04/2024	Réclamation d'une famille de résident	Ascenseur en panne Chambres sales Absence de réponse aux appels malades
25/04/2024	Réclamation d'une famille de résident	Absence de soins d'hygiène et de douche Absence d'accompagnement au repas et repas servi froid Absence de médecin coordonnateur, d'IDEC, de psychologue Défaut de soins ayant entraîné une hospitalisation décidée par la famille
05/03 et 14/05/2024	Réclamation d'une famille de résident	Maltraitance Absence de mesures d'hydratation Levée tardive (jusqu'à 10 h) et couché entre 16h45 et 17h15 Douches de façon irrégulière Absence de personnels

Date	Typologie du signal	Faits marquants signalés
16/05/2024	Fiche d'événement indésirable (généralisé le jour de l'événement)	Tentative de suicide par défenestration

En 4 mois, l'ARS et le Conseil départemental ont reçu 6 réclamations de familles de résidents, un courrier du conseil de la vie sociale, un signalement anonyme d'un professionnel de santé et deux fiches d'événement indésirable de la part de l'Ehpad.

Ce niveau de signaux d'alerte est complètement inédit. A titre de comparaison, l'ARS a reçu deux réclamations en 2023 et aucune en 2022 alors que l'Ehpad rencontrait déjà des difficultés d'organisation.

Ces signaux d'alerte comportent un certain nombre de points communs :

- La fragilité de la gouvernance médico-soignante (absence d'IDEC ; de MEDCO et de psychologue) ;
- La fragilité RH ;
- Les carences en terme d'hygiène environnementale et de nursing ;
- L'accompagnement inapproprié des résidents dans les actes de la vie quotidienne.

En écho de ces réclamations, la mission note que 7 résidents sont sortis de l'Ehpad depuis le début de l'année 2024 pour un retour à domicile ou une orientation vers un autre établissement.

### La décision de diligenter une 3<sup>ème</sup> inspection

L'ensemble des éléments relatifs au suivi de l'établissement, l'absence de réponse au courrier du 25 avril 2024 dans les délais impartis (la réponse est parvenue une fois l'inspection effectuée) et la multiplication des signaux d'alerte ont conduit le directeur général de l'ARS et la présidente du Conseil départemental de Vaucluse à diligenter une nouvelle inspection inopinée, sur site, le mercredi 22 mai 2024 afin de vérifier la mise en œuvre effective des mesures correctives.

Cette inspection conjointe a été menée par une équipe composée de :

Pour l'ARS Paca :

- [REDACTED], Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ;
- [REDACTED], inspecteur désigné par le Directeur Général de l'ARS Paca et coordonnateur de la mission ;
- [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique ;
- [REDACTED], personne qualifiée au titre de ses compétences techniques ;
- [REDACTED], pharmacien inspecteur de santé publique.

Pour le Conseil Départemental de Vaucluse

[REDACTED]

La lettre de mission est en annexe 2.

Conformément aux articles L 1421-2 et suivants du code de la santé publique, l'équipe d'inspection a eu accès aux locaux, lieux et installations à usage professionnel et a pu demander la communication des documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission (liste des documents en annexe 3). Des entretiens ont été réalisés avec le personnel de la structure (liste des personnes rencontrées en annexe 4).

Sont annexés les procès-verbaux de visite des chambres établis en application de l'arrêté du 31 mars 2022 (en annexe 5).

Le présent rapport comporte l'analyse des documents collectés, des constats sur site et des entretiens réalisés. Il reprend chacune des injonctions et prescriptions notifiées à l'issue de la période contradictoire soit le 27 octobre 2022 et leur évolution en cours de suivi. A la date du 22 mai 2024, toutes les mesures sont échues. Les constats réalisés sur site par la mission d'inspection sont détaillés en dessous de chacune des mesures.

Le rapport est remis au directeur général de l'ARS et à la présidente du Conseil départemental de Vaucluse, commanditaires de la mission. Les constats formulés par la mission ont vocation à servir de fondement aux mesures administratives qu'ils prendront.

## 2. Injonctions

---

### Injonction 1 – Déclaration des événements indésirables

---

#### Formulation de l'injonction – notification des mesures le 03/11/2022

---

Transmettre sans délai toute information relative aux dysfonctionnements graves dans l'établissement (Article L331-8-1 du CASF) et mettre en place une procédure de gestion des événements indésirables

**Délai de mise en œuvre :** Dès réception du rapport pour la transmission et 6 mois pour la procédure

#### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée

- Mise à jour des documents par l'établissement et formation interne du personnel par un programme de formation.
- L'établissement devra s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre de la déclaration des dysfonctionnements, de leur analyse et de la mise en œuvre d'actions correctives.

#### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

L'injonction a été levée dans le cadre du contrôle d'effectivité mais la mission de mai 2024 constate, en vie réelle, un défaut de traçabilité et de gestion des événements indésirables graves et des réclamations. Elle relève de plus que la procédure qui lui a été communiquée est incomplète puisqu'elle ne comprend que les annexes (identiques à celles fournies en novembre 2022) ce qui témoigne d'un défaut de gestion documentaire.

Depuis le début de l'année 2024, le gestionnaire a déclaré aux autorités de tutelle, 3 événements indésirables graves (agressions sexuelles, agressions entre deux résidents, tentative de suicide). Il existe donc une dynamique positive de déclaration.

Toutefois, cette dynamique de déclaration est incomplète :

- Lors de la visite des locaux, il a été constaté une dégradation majeure d'une porte du bloc colonne d'évacuation dans la salle de restauration ainsi que la panne d'un des deux ascenseurs. Ces deux événements n'ont pas fait l'objet d'une déclaration aux autorités de tarification.

Il a été mentionné lors des entretiens avec le personnel que la dégradation de la porte de la salle de restauration date de plusieurs mois (octobre 2023).

La réparation de cette porte n'est pas prévue dans le plan d'investissement 2024 tel que mentionné dans les comptes rendus du CODIR de 2024 (de janvier à avril 2024).

Ces deux événements auraient dû faire l'objet d'une déclaration en tant qu'accidents ou incidents liés à des défaillances techniques de la structure au titre de l'arrêté du 28 décembre 2016.

- Par ailleurs, lors de la consultation des dossiers médico-soignants de 11 des résidents, la mission a retrouvé une seule fiche de déclaration de chute et cette déclaration n'avait pas fait l'objet d'analyse. Pour mémoire, la HAS considère qu'un résident en Ehpad chute en moyenne 1,7 fois par an. Il n'existe donc pas de culture de gestion des risques sur ce sujet alors que les chutes sont la première cause de mortalité accidentelle chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Les chutes ont, par ailleurs, des conséquences physiques, psychologiques, sociales et réduisent la qualité de

vie des individus. Elles constituent enfin une rupture dans le parcours de vie des sujets âgés sur le plan de l'autonomie.

**Ecart 1:** Le gestionnaire ne déclare pas aux autorités de tarification l'ensemble des dysfonctionnements graves, susceptibles de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, conformément à l'article L 331-8-1 du CASF.

## Injonction 2 – Prescriptions 15 & 19 & 21 -MEDCO

---

### Formulation de l'injonction – notification des mesures le 03/11/2022

---

Recruter le médecin coordonnateur conformément à l'article D312-156 et suivant du CASF et créer pour attirer ce médecin des conditions attractives d'emploi. Dans l'intervalle, s'assurer de l'intervention régulière d'un médecin généraliste installé à proximité pour pallier l'absence de MEDCO et s'appuyer pour les fonctions de coordination sur une plateforme de télé-coordination pour permettre un appui à distance.

**Délai de mise en œuvre** : 6 mois

### Formulation de la prescription 15

---

Transmettre aux autorités le RAMA 2020 et 2021

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Formulation de la prescription 19

---

Mettre en place un protocole « douleur » couvrant la prévention, l'évaluation, la prise en compte et le traitement de la douleur et former le personnel à son appropriation dans le cadre d'une démarche de bientraitance.

**Délai de mise en œuvre** : 6 mois

### Formulation de la prescription 21

---

Mettre en place un accompagnement en soins palliatifs pour assurer à tout résident une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la douleur.

**Délai de mise en œuvre** : 6 mois

## Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée

L'Ehpad a recruté un médecin coordonnateur [REDACTED], à 0,40 ETP et donc inférieur au temps réglementaire prévu à l'article D312-156 du CASF et titulaire d'une autorisation à exercer dans la spécialité gériatrie.

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescriptions 15 ; 19 et 21 levées

## Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Lors de l'inspection du 10 novembre 2022, la mission avait constaté le recrutement d'un médecin coordonnateur. Celui-ci a donné sa démission [REDACTED]. Au jour de l'inspection, il n'y a donc plus de médecin coordonnateur au sein de l'Ehpad. La mission relève qu'avant la prise de poste de ce MEDCO, la vacance de poste a été de 8 mois ([REDACTED]).

La direction a indiqué avoir signé une convention de télécoordination [REDACTED] convention qui n'est pas mise en œuvre en raison de l'absence de relai opérationnel sur site puisqu'il n'y a au jour de l'inspection ni IDEC ni IDE titulaire. Une convention datée du 14 mai 2024 a été signée par l'association [REDACTED]. Le bénéficiaire de la prestation est indiqué comme étant l'association Coallia et pas l'Ehpad St André qui n'est jamais cité dans le texte. Cette convention n'est pas signée par le bénéficiaire. La convention précise qu'elle porte sur un temps médical de coordination de 2

journées par mois incluant une demi-journée d'interaction tous les 15 jours avec l'équipe sur site. La convention ne précise pas ni l'identité ni la spécialité du ou des médecins intervenants. Elle ne prévoit pas de réaliser à distance tout ou partie des missions du médecin coordonnateur.

La situation est d'autant plus à risque que l'organisation de la prise en charge médicale est globalement fragile :

- Tous les résidents ne disposent pas de médecin traitant. La mission n'a pu faire un bilan de la situation car l'établissement n'a pas été en capacité de fournir une liste des résidents avec le nom du médecin traitant. Lors de l'arrivée de la mission sur site, un médecin généraliste était présent. Il a indiqué suivre 8 résidents mais refuser de prendre en charge d'autres patients du fait de la désorganisation de l'Ehpad. Enfin, lors de la visite des locaux le matin, la mission a rencontré une résidente très agitée qui présentait des signes cliniques d'hyperthermie. La mission a mobilisé l'infirmière qui a contrôlé la température et confirmé l'hyperthermie. Elle a consulté le dossier médical pour contacter le médecin traitant. Un nom était indiqué dans la fiche administrative mais lorsqu'elle l'a contacté, il lui a été répondu que le médecin était en retraite depuis 2 ans. En l'absence de protocole de prise en charge de l'hyperthermie, elle a contacté le centre 15. Dans l'après-midi après une chute, la résidente a été transportée au service d'urgence du centre hospitalier de proximité. Sa température était de 40° et un diagnostic de pneumopathie a été porté. Dans son courrier du 27 mai, Coallia indique qu'il va se porter volontaire pour tester l'application [REDACTED] et a demandé à chaque famille de désigner un médecin traitant. Les deux réponses sont insatisfaisantes, la mission considère que la téléconsultation n'est qu'une solution palliative insatisfaisante pour des résidents aux multiples comorbidités et en difficulté pour exprimer leurs symptômes et connaît la difficulté à assurer la continuité de la prise en charge médicale lors de l'entrée en Ehpad. Ce sont les Ehpad qui en général mobilisent leur réseau de médecins traitants et non pas les familles qui ne connaissent souvent pas les médecins traitants locaux.
- En l'absence de médecin coordonnateur, de médecin traitant désigné, devant le refus des médecins généralistes intervenant pour leurs patients d'en prendre en charge d'autres, le seul recours pour les IDE est l'appel au centre 15 afin de disposer d'une conduite à tenir et de décider ou non de la pertinence du déplacement de [REDACTED] médecins ou d'une orientation vers les urgences.
- Ce recours obligé au centre 15 ou aux urgences pour des motifs qui parfois ne relèvent pas de l'urgence se fait de manière inadaptée. Il n'existe pas de dossier de liaison d'urgence à jour pour les résidents. Un compte-rendu de passage aux urgences en date du 25 avril 2024 pour un résident indique qu'il est « difficile de comprendre le motif de consultation aux urgences ». Le résident est adressé par le médecin traitant pour une douleur lombaire connue depuis au moins deux mois et [REDACTED]. Le patient se présente avec une ordonnance de scanner lombaire. L'urgentiste appelle le médecin traitant sans parvenir à le joindre. Il appelle l'Ehpad à 12h32 et indique « fermé pour l'instant, à rappeler ». Il rappelle à 13h12 et joint l'Ehpad mais l'IDE est en pause. Il rappelle à nouveau à 15h27 et joint l'IDE qui indique que c'est la femme du résident qui a demandé une orientation vers les urgences suite à la consultation du médecin généraliste. L'IDE ne sait pas pourquoi le patient est « là ». De ce fait, l'urgentiste décide le retour à l'Ehpad sans autre prise en charge. Cet exemple montre une désorganisation profonde de la prise en charge médicale avec un défaut de communication orale ou écrite entre IDE et médecins traitants qui entraîne pour les urgences une prise en charge chronophage et inadaptée aboutissant in fine à une absence de tout résultat pour le patient et une surcharge de travail pour le service d'urgence.

Cette situation de fragilité est à mettre en perspective avec des résidents présentant un besoin de prise en charge conséquent :

- En l'absence de traçabilité au sein des dossiers médicaux et en raison de caractère non opérationnel à date du système d'information, la mission a pris en compte les éléments du tableau blanc du bureau infirmier sur lequel les infirmiers présents indiquent leur plan de soins.
- 3 résidents ont une sonde vésicale à demeure.
- 4 résidents présentent un diabète insulino-dépendant.

- 6 résidents ont un traitement morphinique.
- 7 résidents ont des pansements dont deux au moins des pansements complexes (escarres du sacrum) sans intervention de l'HAD.
- 4 résidents sont sous oxygène.

En l'absence de MEDCO :

- Le protocole de « prise en charge de la douleur » daté du 20 janvier 2023 est inopérant car ce n'est pas un protocole anticipé. Il ne permet pas d'encadrer les « si besoin ». L'administration par l'IDE des antalgiques après évaluation de la douleur n'est pas possible y compris pour les antalgiques de palier 1;
- Le RAMA 2023 n'a pas été fourni.

La mission souligne que ses constats rejoignent les éléments de la réclamation du 21 janvier 2024 quant à la non prise en charge de la douleur et au défaut d'accompagnement de fin de vie et du courrier du CVS quant à l'absence de MEDCO.

Enfin, il est noté dans ce domaine l'absence d'appui du groupe qui ne dispose ni au niveau régional ni au niveau national de médecin coordonnateur en capacité de suppléer l'absence de MEDCO sur le terrain.

**Ecart 2 :** L'Ehpad ne dispose plus, à nouveau, de médecin coordonnateur alors que les résidents n'ont pas tous un médecin traitant ; que les résidents présentent des besoins de prise en charge médicale importants et que l'inorganisation du recours aux urgences engendre une perte de chance pour les résidents. La convention de télécoordination n'est pas signée par le bénéficiaire qui est l'association Coallia et non l'Ehpad St André, jamais cité dans le texte. Elle n'a pas débuté en l'absence de relai opérationnel au sein de l'Ehpad. La durée de la prestation ne correspond pas aux obligations réglementaires de l'article D312-156 du code de l'action sociale et des familles. Aucun élément dans la convention ne permet d'assurer que la prestation sera réalisée par un médecin disposant de la spécialité en gériatrie. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du code de l'action sociale et des familles.

**Ecart 3 :** Il n'existe pas de protocole anticipé permettant aux IDE de prendre en charge la douleur ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-5 du code de la santé publique.

**Ecart 4 :** Le RAMA 2023 n'a pas été fourni ce qui contrevient aux dispositions de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles.

## Injonction 3 & Recommandation 2 - Direction

---

### Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022

---

Recruter un directeur pour l'EHPAD de Saint André conformément à D.312-176-6 à 9 du CASF

**Délai de mise en œuvre** : 3 mois

### Formulation de la recommandation

---

Mettre en place une procédure permettant d'assurer par l'association gestionnaire un appui budgétaire et financier au directeur de la structure pour une continuité de pilotage lors du changement de directeur et communiquer à la mission d'inspection un organigramme et un document indiquant les responsabilités respectives des différents niveaux de hiérarchie régionale et nationale

**Délai de mise en œuvre** : 3 mois

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée

Une nouvelle directrice a été recrutée pour le site comme l'atteste le contrat d'embauche et sa présence sur place le jour de l'inspection.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

#### *Une directrice qui rencontre des difficultés à faire face aux dysfonctionnements du quotidien et au suivi stratégique de son établissement.*

---

Lors de l'inspection, la directrice est apparue logiquement accaparée par les dysfonctionnements du quotidien en particulier la gestion des ressources humaines qui demande une mobilisation constante pour pourvoir les postes.

De ce fait, elle est apparue en difficulté pour effectuer :

- Le suivi des mesures définitives de l'inspection de 2022. Elle a ainsi indiqué que des groupes de travail s'étaient mis en place pour répondre à la demande de plan d'actions formalisé par le courrier des autorités de tutelle en date du 15 avril 2024 alors que les actions à mettre en place sont connues depuis 2022. La réponse de l'établissement n'est pas parvenue dans les délais impartis (voir le paragraphe sur le contexte de la mission d'inspection de mai 2024) ;
- La mise en œuvre d'une stratégie d'établissement au travers d'un projet d'établissement dont l'Ehpad ne dispose toujours pas alors que cela devrait être un outil structurant dans le cadre du projet de rénovation architecturale (voir injonction 5).
- Le suivi des facteurs de risque pointés lors des inspections antérieures comme le risque de brûlures (voir injonction 13).
- Le dialogue avec les usagers de l'établissement. Lors de la réunion du 15 mai 2024 avec les équipes et les familles, sa gestion est remise en cause. Les familles expriment le fait que la directrice ne connaît pas les résidents et parlent d'absence de communication avec la direction actuelle.

### *Une directrice isolée*

---

La directrice rencontrée est en poste depuis [REDACTED] (contrat CDI adressé à la mission d'inspection).

Au jour de l'inspection, elle ne peut s'appuyer ni sur un médecin coordonnateur ni sur une IDEC ou même une IDE en CDI.

Elle annonce qu'elle va disposer prochainement d'un soutien sous la forme d'une directrice de transition, dont elle indique qu'elle est IDE de formation. Le courrier de l'association gestionnaire du 27 mai 2024 précise que cette dernière a pris son poste [REDACTED] le lendemain de l'inspection.

La mission relève que les recrutements ou positionnements en renfort de personnels au sein de l'Ehpad St André ne sont pas cohérents :

- La télécoordination alors qu'il n'y a pas de relai opérationnel sur site ;
- Une directrice de transition, IDE de formation, alors que l'Ehpad n'a pas d'IDEC (une prise de poste est annoncée [REDACTED]) ;
- Une IDE de transition en charge du déploiement de [REDACTED] alors que l'Ehpad n'a pas d'IDEC ;
- Le positionnement d'une gouvernante en formation pour [REDACTED] ;
- Le positionnement d'une AES en renfort des missions administratives des IDE.

Aucun de ces personnels n'apparaît sur des missions qui relèvent des compétences de sa formation initiale.

### *Une directrice qui ne bénéficie pas d'étayage de la part de son association gestionnaire.*

---

[REDACTED], l'ARS PACA, les Conseils départementaux des Hautes Alpes et du Vaucluse avaient eu un temps d'échange avec la directrice générale adjointe en charge du médico-social et de l'exploitation du secteur social. Cette réunion avait été organisée à la demande de l'association Coallia suite à un courrier du directeur général de l'ARS du 2 février 2023 faisant état des dysfonctionnements sur les deux Ehpad du groupe en région. La directrice générale adjointe avait annoncé une réorganisation de la gouvernance de l'association avec la nomination d'une directrice territoriale Sud-Est.

Lors de l'inspection sur site, il a été indiqué à la mission d'inspection un changement de gouvernance au niveau du groupe Coallia avec la nomination d'un directeur pour la région Sud [REDACTED]. Un organigramme de la gouvernance de la région Sud a été fourni. Il positionne un directeur régional sur 6 départements 04/05/13/30/34 et 84 et sur le secteur personnes âgées comme sur celui en charge des personnes en situation de handicap. Il n'y a pas de directeur territorial pour le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône, le poste est indiqué comme étant en cours de recrutement. Le directeur régional n'a pas assisté au comité de suivi du 3 avril 2024 mis en place par l'ARS et le Conseil départemental dans le cadre de l'inspection de 2022. Il a par contre organisé une rencontre avec les familles le 15 mai 2024 pour répondre aux doléances du conseil de la vie sociale.

Enfin, la mission constate que l'absence de médecin coordonnateur ou d'infirmier coordonnateur au niveau régional comme au niveau national ne permet pas au groupe d'étayer les établissements qui ne disposent plus de ces ressources.

Par ailleurs, alors que la directrice a pris ses fonctions [REDACTED] que les injonctions ont été émises (date 28 et 29 avril 2022) c'est seulement le 8 mars 2024 qu'elle adresse un mail d'alerte à la direction de Coallia, dans lequel elle liste les difficultés de gouvernance de l'EHPAD auxquelles elle est confrontée depuis 2 ans :

- Absence d'encadrement de l'équipe soignante (pas d'IDEC depuis plus d'1an),
- Poste vacant et non pourvu d'un infirmier,
- Absence d'utilisation de logiciel de [REDACTED]

[REDACTED], le responsable stratégie médico-sociale du groupe Coallia adresse un mail à l'ensemble de la direction (groupe et Ehpad St André) en listant les actions à mettre en œuvre.

Mais ce document est non opérationnel en raison de l'absence de l'identité des acteurs, des responsables de chaque action, des délais de réalisation, et ne permet pas de répondre à l'ensemble des injonctions et prescriptions émises dans le cadre des inspections antérieures.

Le jour de l'inspection du 22 mai 2024, la directrice de la structure a remis à la mission un plan d'action destiné à la correction des écarts. L'analyse de ce plan d'action montre l'absence de l'identité de son auteur (directrice ou groupe) et sa date d'élaboration.

Les éléments complémentaire communiqué à la mission d'inspection ne présentent pas de structuration des actions (qui ?, quand ?, Comment ?) alors que les précédents rapports d'inspection de l'ARS Paca et Conseil départemental du Vaucluse donnent des indicateurs de délai de réalisation.

En 2 ans, les carences de gouvernance identifiés n'ont toujours pas été résolues et les documents communiqués montrent l'incapacité encore aujourd'hui à faire évoluer l'organisation pour corriger les écarts fortement préjudiciables à la prise en charge des résidents de l'EHPAD Saint André.

Enfin dans son courrier de réponse du 27 mai 2024, l'association Coallia indique mettre en place une directrice de transition.

La mission d'inspection relève que :

- Le positionnement respectif de cette directrice de transition par rapport à la directrice de site n'est pas explicité ;
- Les fonctions qui lui seront attribuées ne sont pas connues ;
- Le temps d'intervention (temps plein ou temps partiel ; inscription dans le temps) et ses modalités (en présentiel ; à distance) ne sont pas connus ;
- La directrice de transition n'a pas contacté les autorités de tarification et de contrôle.

**Ecart 5:** L'EHPAD Saint André dispose aujourd'hui d'une directrice de site en titre qui dans les faits de par son isolement (trio de gouvernance absent), de l'obligation de gérer les problèmes du quotidien, du peu d'étayage apporté par l'association Coallia, n'assure pas l'organisation de la prise en charge des résidents de façon sécurisée dans un EHPAD dont les dysfonctionnements persistent au long cours. La directrice n'est pas en capacité de faire face aux missions qui lui sont déléguées par le DUD et en particulier celles relative à la gestion et à l'animation des ressources humaines (la directrice est responsable du recrutement et de l'administration des résidents). Cela contrevient à l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.

### Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place un CVS conformément à l'article D311-5 du CASF

**Délai de mise en œuvre : 3 mois**

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée

Le PV du C.V.S témoigne d'une élection réalisée le 10 octobre 2022.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La mission d'inspection n'a pu rencontrer le président du CVS en raison de l'hospitalisation de ce dernier.

La directrice de l'EHPAD Saint André a remis à la mission d'inspection toutes les réunions réalisées en 2024 entre la direction de l'EHPAD, la direction Coallia, le CVS et les familles :

- Une réunion CVS a été réalisée en date du 2 mai 2024. Le compte rendu ne mentionne pas les fonctions des personnes participant à la réunion ce qui ne permet pas à la mission d'inspection de s'assurer que la composition du CVS répond aux obligations réglementaires. 5 personnes sont présentes dont la directrice et le directeur régional. Parmi les trois autres personnes ; l'un a le même patronyme qu'une résidente présente lors de l'inspection du 22 mai. Il n'est pas indiqué la durée de la réunion. Le compte-rendu est succinct. Il y est indiqué que des familles souhaiteraient entamer des procédures de justice pour maltraitance ; que l'arrivée de l'IDEC est décalée et que les postes d'IDE et d'AS en mai seront pourvus par des remplaçants.

La mission d'inspection relève qu'en réponse aux préoccupations des usagers des réunions avec la direction de Coallia seront organisées.

- La 1<sup>ère</sup> réunion avec la direction de Coallia s'est déroulée le 15 mai 2024. Il est relevé par la mission d'inspection que le personnel de l'EHPAD était également présent (15 personnes –AS-ASH-Administratifs-animateurs). Ce compte rendu pose les difficultés rencontrées par le personnel (dégradation de la prise en charge des résidents par manque de personnel soignants, du turn-over des aides-soignants). La colère des familles y est retranscrite et énonce les dysfonctionnements (turn-over du personnel, défaillance des appels malade, médiocrité des repas, erreurs médicamenteuses). Les mots « catastrophique » et « maltraitance » sont retranscrits. Le compte-rendu indique également que la situation se dégrade de jour en jour.

Le compte rendu mentionne la présentation par le directeur de Coallia des actions à venir : un directeur de transition ; un cadre de transition ; l'arrivée d'une IDEC ; le recrutement de professionnels.

Ces actions sont confortées par la transmission d'un courrier transmis à la délégation départementale du Vaucluse daté du 27 mai 2024. Ce courrier répondant au suivi des mesures correctives définitives transmises le 25 avril 2024 à la suite de la visite du 3 avril 2024 au sein de l'EHPAD « Saint André ».

La mission d'inspection note que le groupe Coallia intervient 2 ans après la 1<sup>ière</sup> inspection qui relevait déjà des dysfonctionnements graves. Les mesures annoncées ne permettent pas d'affirmer que leur mise en œuvre soit immédiate et résolve de manière pérenne les dysfonctionnements portant sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

La mission relève donc un déficit de communication entre les usagers et l'établissement qui s'exprime dans le courrier de réclamation adressé par le CVS aux autorités de tutelle le 19 mars 2024 ; le compte-rendu d'une réunion du CVS en date du 2 mai 2024 et l'organisation de la réunion exceptionnelle du 15 mai 2024 en présence du directeur régional. Si l'établissement dispose d'un CVS, cette instance n'a pas joué son rôle en 2024 conduisant les membres du CVS à porter réclamation auprès des autorités de tutelle et le directeur régional du groupe à organiser une réunion à son niveau.

## Injonction 5 – Projet d'établissement

---

### Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022

---

Conformément à l'article L311-8 du CASF, rédiger un projet d'établissement.

Délai de mise en œuvre : 6 mois

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction maintenue en l'absence de projet d'établissement.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La directrice a indiqué que le projet d'établissement était en cours de rédaction.

En date du 3 juin 2024, l'ARS Paca a réceptionné un courrier daté du 27 mai 2024 provenant de l'association COALLIA. Il précise la nécessaire stabilisation de l'équipe afin de permettre une démarche collaborative satisfaisante.

Le groupe Coallia donne des premiers jalons de réalisation :

- Information aux résidents, membres CVS, tuteurs, familles et salariés : juin 2024
- Suivra la formation d'un Comité de pilotage composé :
  - o du directeur régional,
  - o d'un représentant de la direction,
  - o d'un représentant des professionnels par filière,
  - o des représentants du CVS,
  - o d'un représentant des instances représentatives du personnel.
- A partir de septembre des groupes de travail sur les thématiques seront réunis pour rédiger les éléments du projet d'établissement.

Le groupe COALLIA s'engage à communiquer à l'ARS Paca les avancements de ces travaux.

L'absence de ce document stratégique est d'autant plus préjudiciable que cela aurait pu être un outil structurant du projet d'investissement qui va permettre la rénovation de l'Ehpad.

Si la mission comprend qu'il est nécessaire de disposer d'une équipe stabilisée pour rédiger un projet d'établissement qualitatif, elle note que cela n'a pas été possible depuis 2022 et que les fragilités actuelles de la gouvernance médico-soignante n'augurent pas d'une stabilisation rapide.

**Ecart 6:** La mission d'inspection constate donc que l'Ehpad n'a plus de projet d'établissement depuis 2017, n'a pas été en capacité de répondre à l'injonction de 2022 sur ce point et apporte pour toute réponse un planning qui déroule les premiers jalons d'une démarche qui n'a pas débuté. L'ensemble contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.

### Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place une organisation permettant la continuité des soins.

1. Des plannings de soins assurant une continuité de présence 24h/24 des AS et une présence en journée des IDE.
2. L'évaluation de la charge en soins par l'IDEC pour une bonne répartition du travail
3. Un dossier médical et de soins permettant d'assurer la traçabilité de la prise en charge, la coordination des soins et leur continuité [REDACTED]

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport.

### Formulation de la prescription 1

---

Procéder au recrutement des postes vacants identifiés dans une liste actualisée afin de cesser les glissements de tâches. Pour les recrutements, l'établissement doit colliger le contrat de travail, les diplômes, l'extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire et la fiche de poste de chaque personne recrutée.

**Délai de mise en œuvre** : 6 mois

### Formulation de la prescription 13

---

Mettre en place un plan de formation respectant les recommandations de l'ANESM qui permette aux professionnels de l'Ehpad de faire face à la prise en charge des grands syndromes gériatriques et prenant en compte l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales concernant leur secteur d'activité

**Délai de mise en œuvre** : 6 mois

### Formulation de la prescription 14

---

Fournir aux équipes de l'EHPAD le matériel et les outils nécessaires aux missions quotidiennes

**Délai de mise en œuvre** : 3 mois

### Formulation de la recommandation 4

---

Mettre en place une procédure de gestion du risque infectieux dans l'EHPAD et la décliner sur la lingerie.

**Délai de mise en œuvre** : 6 mois

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction maintenue.

### **L'organisation de la sécurité de la prise en charge reste limitée au vu des équipements existants et des ressources humaines**

- Les plannings sont réalisés à partir d'Excel ; la direction récente souhaite leur sécurisation au moyen du logiciel métier dédié pour lequel les droits restent à ouvrir ;
- La traçabilité écrite demeure, de manière encore aléatoire, le principal mode de transmission : la direction reste dans l'attente des conclusions d'un appel d'offre national relatif au logiciel de soins, l'actuel étant limité dans son utilisation et ses accès.

### Les ressources humaines dédiées à la prise en soins:

- Les effectifs IDE (hors IDEC) sont constants [REDACTED] quotidiens, la continuité est assurée en octobre et en novembre sur une amplitude horaire globale de 6h40 à 21h; les créneaux de transmission possibles le matin à 8h, le soir à 18h.
- Les effectifs AS de jour sont répartis sur une amplitude horaire de jour globale de 7h à 20h30. Il est relevé une diminution des équipes AS de jour entre octobre et novembre [REDACTED]; le ratio du nombre de toilettes des résidents /AS tend à progresser sur les deux mois de 9 à 11 selon les jours.
- Les effectifs AS de nuit sont constants [REDACTED]; [REDACTED].

### La fragilisation des effectifs en soins est relevée et constitue un point de vigilance majeur au regard:

- Du départ annoncé d'une IDE en CDI,
- De la dégradation de l'absentéisme sur les deux mois d'octobre et de novembre: on compte en octobre 69 jours d'absentéisme pour maladie (IDE/AS) dont un accident du travail (AS), 110 jours dès le 10 /11 dont 1 AT; par ailleurs deux mi-temps thérapeutiques d'aide soignantes ont débuté ont 9/11,
- Du ratio AS/résident qui évolue vers des bornes hautes dans un contexte de climat social sensible et de sécurisation de la prise en soins défaillante, d'absentéisme pour maladie et accident du travail.

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescriptions 1 et 13 maintenues et 14 levée.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/24

La mission relève tout d'abord que 6 réclamations en sus du courrier du CVS évoque les défauts de prise en charge en lien avec la fragilité des ressources humaines.

De fait, la mission identifie plusieurs points de fragilités.

### *Un nombre de postes vacants très importants, notamment en termes de postes « clés » au sein de la gouvernance*

Au 23/05/2024, la direction de l'établissement nous a transmis la liste des postes vacants et du personnel en maladie. Il s'agit au total de 15 postes répartis comme suit :

- 10 postes vacants :
  - [REDACTED]
  - [REDACTED]
  - [REDACTED]
  - [REDACTED]
  - [REDACTED]
  - [REDACTED]
- Du personnel absent de longue durée ou à mi-temps thérapeutique :
  - o 4 postes d'aides-soignants en arrêt de travail de longue durée,
  - o 1 poste d'aide-soignant en temps partiel thérapeutique.

*Un planning ne garantissant ni la continuité, ni la qualité et sécurité des soins dispensés auprès des résidents.*

A partir des éléments transmis, la mission a réalisé une « journée type » au sein de l'EHPAD Saint André comme suit :

L'analyse de ce planning type et des éléments recueillis permet à la mission de faire les constats suivants :

- Aucune IDE actuellement en poste n'est en CDI. Un seul des deux postes est pourvu.

**Ecart 7 :** Il existe une fragilité des effectifs en personnel soignant qui se concrétise par de l'absentéisme, du turn-over et une vacance de poste chez les IDE. Cette fragilité présente un risque en termes de continuité et de sécurité des soins. L'ensemble contrevient à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

- Au cours de la journée, il existe un temps institutionnalisé de transmission à 13h30. Les entretiens menés ont mis en évidence que ce temps n'était pas mis à profit par les équipes : simples transmissions sur le transit des résidents ou absence du personnel AS sur ce temps (la directrice a indiqué que certaines AS jugeaient le temps de transmission inutile et donc ne s'y rendaient pas);

**Remarque 1:** L'absence de respect du temps de transmission formalisé ne permet pas une circulation optimale des informations et présente un risque pour la continuité de la prise en charge et la diffusion des pratiques professionnelles, d'autant que l'absence de système d'information ne permet pas une traçabilité robuste des transmissions (formalisation sur un cahier).

**Remarque 2:** Il n'existe pas de possibilité d'organiser un temps de transmission entre aides-soignants le matin (équipe de nuit vers équipe de jour). La transmission se fait en cascade : aides-soignants de nuit vers IDE vers aides-soignants de jour avec un risque de perte d'informations.

[Redacted signature area]

**Ecart 8:** L'organisation actuelle ne permet pas une circulation optimale des informations et ne garantit pas la sécurité et la continuité des prises en charge. L'analyse des plannings met en évidence une fragilité de l'équipe de jour les après-midis avec la conjugaison de deux facteurs : l'absence d'IDE (de 12h40 à 13h50) et une planification des pauses et des coupures qui peut laisser deux ou une seule AS sur la totalité de l'établissement. L'ensemble entraîne un risque de glissement de tâches vers des ASH non formés. Ce qui contrevient à l'article R4311-4 du code de la santé publique.

- Il est impossible d'analyser la continuité et de la sécurité des soins la nuit du fait de :
  - o L'absence de communication des horaires de pauses prévus sur le temps de travail de l'ASH de nuit.

**Ecart 9 :** L'absence de communication des éléments nécessaires à l'interprétation des plannings ne permet pas à la mission de s'assurer que la continuité et la sécurité des soins sont respectés et contrevient à l'article L1421-1 et suivants du code de la santé publique.

### *Des effectifs réels sous qualifiés et/ou employés en CDD*

Concernant les ressources humaines au niveau soignant, la mission identifie des postes d'AS vacants pour l'équipe de jour. Sur ces postes, de nombreux personnels (12 au planning de mai 2024) sont en poste en tant qu'AS Faisant Fonction. La mission souligne que ce constat est en contradiction avec les éléments de réponse apportés par Coallia le 27 mai qui indique « il est important de rappeler que le personnel titulaire absent a été remplacé en majorité par du personnel vacataire ou intérimaire qualifié ».

**Ecart 10:** Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés car cela impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge. Ce qui contrevient à l'article R4311-4 du code de la santé publique.

Concernant les effectifs présents au mois de Mai 2024, la mission comptabilise au niveau de l'équipe soignante:

- De jour :

IDE :

L'établissement a mis un place une AES au poste de renfort IDE afin de palier sur le plan administratif l'absence d'IDEC et d'un ETP IDE.

Par ailleurs, la mission rappelle qu'aucun des 2 postes IDE n'étant pourvu, l'établissement emploie au total : 8 personnels IDE pour pourvoir un planning à 1 ETP au mois de Mai.

**Dans ce contexte, et en l'absence totale de plan de soins et d'organisation des soins, la multiplication des infirmiers en poste impacte défavorablement la continuité, la qualité et la sécurité des soins dispensés.**

AS : effectif

- o Pour rappel, en plus des 4 postes vacants AS de jour, s'ajoutent 5 postes de personnel absents de longue durée ou à mi-temps thérapeutique : soit un total de 9 ETP à pourvoir sur le planning de Mai 2024.

Si l'établissement est en capacité de maintenir ses effectifs cibles, il emploie pour cela, un nombre de personnel vacataire très important.

La mission a comptabilisé au mois de Mai 2024 pas moins de 24 personnes.

**Dans ce contexte, et en l'absence totale de plan de soins et d'organisation des soins, la multiplication des AS et FF AS en poste impacte défavorablement la continuité, la qualité et la sécurité des soins dispensés.**

**Ecart 11 :** Les postes vacants d'IDE associés aux très nombreux postes vacants AS (postes occupés par des agents en CDD en très grand nombre : 12 AS et faisant fonction AS sur 37 personnes prévues au planning de jour en Mai 2024) ne permettent pas de garantir la continuité et la sécurité des soins prodigués aux résidents. L'ensemble contrevient à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Qualification	Type de contrat	
	CDI	CDD
AS DIPLOMEE	11	14
ASH FF AS	2	10

**Ecart 12:** Les postes vacants d'AS sont occupés par des agents en CDI non diplômés. Ceci ne permet pas d'augmenter les compétences de l'équipe soignante et impacte la qualité et la sécurité des soins prodigués aux résidents. Ce qui contrevient à l'article R4311-4 du code de la santé publique.

Au total, pour le mois de mai 2024, [REDACTED]

**Ecart 13:** La part de Faisant Fonction AS est importante et concerne plus d'un tiers de l'effectif AS. Le manque de qualification des professionnels peut conduire à un défaut de prise en charge des personnes âgées créant un manque de qualité et une insécurité des soins, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.

## *Un dispositif d'accueil du nouvel arrivant non opérationnel*

---

Concernant l'accueil des nouveaux salariés, l'établissement a transmis plusieurs documents :

- Le livret d'accueil type du groupe Coallia (mis à jour en Avril 2023)
- Une fiche d'information concernant « la journée découverte Coallia »
- 2 fiches informations participant au « kit d'intégration » (mises à jour en Mars 2023):
  - o La check-list du nouveau salarié
  - o Le parcours d'intégration

L'ensemble de ces éléments apportent des renseignements généraux, notamment sur l'aspect administratif liés à la prise de poste. Toutefois, l'ensemble des informations relatives à l'organisation de l'établissement et de ses services nécessaires au nouvel arrivant afin de faciliter son intégration n'y sont pas mentionnées. De plus, la mission relève qu'à l'intérieur de celui, le dispositif de compagnonnage décrit par l'établissement ne précise pas s'il est réalisé par un pair.

La mission souligne que dans le cadre de mouvance et d'instabilité du personnel employé au sein de l'EHPAD Saint André, cet outil apparaît comme un des outils permettant d'être le garant de l'organisation des soins. Dans ce contexte, l'absence de conformité de cet outil impacte défavorablement la qualité et la sécurité des soins dispensés aux résidents.

**Remarque 3 :** Le livret d'accueil des nouveaux salariés n'apporte pas l'ensemble des informations relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement et de ses services, nécessaires au nouvel arrivant afin de faciliter son intégration. Ceci peut par ailleurs impacter la continuité et la sécurité de prise en charge des résidents. De plus, le dispositif de compagnonnage prévu ne précise pas s'il est réalisé par un pair.

## *Des plans de soins individualisés non élaborés en équipe pluridisciplinaire et ne répondant pas à l'ensemble des besoins fondamentaux des résidents*

---

Les plans individualisés de soins de nursing sont en cours d'actualisation par la gouvernante (AMP de formation) en collaboration avec les personnels AS et ASH faisant fonction d'AS. Les IDE ne sont pas associées à cette démarche.

Selon les personnels rencontrés en entretien, les modalités permettant l'actualisation des plans de soins ne sont pas similaires (actualisation effectuée soit à partir de la fiche intitulée « habitudes de vie », par ailleurs non datée et non signée, soit lors de temps de travail entre la gouvernante et les AS/ASH-FF).

Sur les 6 plans de soins actualisés transmis, il est en particulier constaté :

- L'absence de programmation des soins de nursing la nuit (changes, collation...);
- Des données concernant en particulier les GIR, les poids, les tours hydratation, non mentionnés de façon systématique ;
- Un coucher précoce (à 17h) concernant 2 résidentes qui génère une période d'alitement élevée (15 heures entre le coucher et la réalisation de la toilette à 8h).

L'étude du document intitulé « vue globale AS du 29/05/2024 » met en évidence, 7 résidents en perte d'autonomie, couchés chaque jour entre 16h et 17h30.

	Principaux soins de nursing	Commentaires de la mission
██████ (1 <sup>er</sup> étage)	Réveil à 7 h tous les jours (TLJ) Surveillance aux repas et petit déjeuner Change complet 3 fois/jour Toilette au lit, TLJ à 8h30 Heure de coucher à 17 H	Aucun tour de change prévu de 19h30 à 8h30 Coucher précoce Absence d'information sur la poids de la résidente
██████ (3 <sup>ieme</sup> étage)	Réveil à 7 h tous les jours (TLJ) ou entre 7h et 8h Aide partielle aux repas et petit déjeuner Change complet 3 fois/jour Heure de coucher à 19h30	Aucun tour de change prévu de 19h30 à 8h30 Absence de programmation des toilettes Dernier poids relevé au 09/06/2022
██████ (1 <sup>er</sup> étage)	Réveil à 7 h tous les jours (TLJ) Surveillance aux repas et petit déjeuner Change complet 2 fois/jour (8h10 et 17h05) Toilette au lit, TLJ à 8h sauf le lundi (douche et shampoing) Tour d'hydratation 4 fois/jour Heure de coucher à 17 H	Aucun tour de change prévu de 17h à 8h10 Heure du coucher précoce Aucune information concernant les repas (aide totale, partielle, ou surveillance) Dernier poids relevé au 11/09/2023
██████ (1 <sup>er</sup> étage)	Réveil 7h TLJ Aide partielle toilette TLJ à 8 h Aide partielle à l'habillage + bas de contention Aide partielle à l'habillage + bas de contention, Tlj Surveillance repas et petit déjeuner Surveillance du repas du midi, Tlj (« mange seule au PASA ») Change anatomique matin et AM Change complet à 19h30	Prise en charge au PASA non déclinée (dont nombre de jours par semaine) Dernier poids relevé au 20/05/2022
██████ (3 <sup>ieme</sup> étage) ; résident autonome	Horaires de réveil et de coucher Réfection du lit , Tlj	Aucune surveillance des soins de nursings effectués par le résident (toilettes/douche) Poids non mentionné
██████ (3 <sup>ieme</sup> étage)	Réveil à 7 h Tlj Douche le lundi et le jeudi Aide à l'habillage Tlj Change anatomique à 8h30 et complet à 19h30 Heure du coucher à 19h30	Pas de surveillance si la toilette est effectuée par la résidente, les autres jours de la semaine Aucun poids mentionné

Lors des entretiens et dans le cadre de la visite des locaux, la mission a identifié les dysfonctionnements suivants :

- Une partie des personnels (AS et ASH-FF) en charge de rédiger les plans de soins individualisés ne sont pas en capacité d'identifier et de répondre aux besoins fondamentaux des résidents dans le respect de leur rythme de vie:
- Les appels malades ne sont pas positionnés à proximité des résidents pour leur permettre d'appeler le personnel en cas de besoin. De plus, le jour du contrôle, une partie de l'équipe a laissé les téléphones réceptionnant les appels des résidents dans leur vestiaire respectif ;

- Les petits déjeuners ne sont pas toujours distribués de manière adaptée. Le matin de l'inspection, les inspecteurs ont rencontré en chambres au niveau du 3<sup>ème</sup> étage deux résidentes qui ont toutes deux signalées des problèmes au moment du petit déjeuner : pour la première, le plateau lui a été retiré avant qu'elle ait pu prendre son petit-déjeuner et pour la seconde, le plateau lui a été laissé alors qu'elle dormait encore et le breuvage était froid à son réveil.
- Le service en plateau repas ne permet pas de garantir le maintien de la chaleur du plat principal servi en particulier aux résidents nécessitant un accompagnement soignant dans les salons d'étage ou dans les chambres ;
- La présentation des plateaux repas n'est pas soignée et appétante en particulier concernant le plat principal servi mixé (voir photos) ;
- Les résidents qui déjeunent en salle de restauration sont considérés comme suffisamment autonomes et ne bénéficient donc pas d'une aide partielle ou totale par un soignant pour le repas. Il est cependant à noter, la présence d'une résidente en perte d'autonomie fonctionnelle et pyrétiq ue en début de matinée ; cette personne a laissé la totalité de son plat mixé (cf photo ci-dessous).



Plat principal mixé ou avec viande hachée

Plateau repas servi en salle à manger

- Le recours aux compléments nutritionnels oraux n'est pas opérant (un seul résident concerné).

**Ecart 14:** Chaque résident ne dispose pas d'un plan de soins individualisés, élaboré en équipe pluridisciplinaire visant à lui garantir les soins paramédicaux, les actions de prévention en particulier concernant la nutrition, ainsi que les aides à la vie quotidienne correspondant à ses besoins fondamentaux conformément à l'article D312-155-0 du CASF.

**Ecart 15:** La périodicité insuffisante des changes planifiés ; les couchers précoces ; l'absence d'organisation permettant de servir les repas à bonne température et en respectant, pour le petit déjeuner, le rythme de vie des résidents sont des facteurs de maltraitance (au sens de l'article L119-1 du CASF) et ne permettent pas de respecter le bien-être physique et moral des résidents. Cela contrevient à l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.

### Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022

---

Effectuer les travaux de rénovation et de sécurisation du bâti et de ses extérieurs et proposer un plan de rénovation architecturale adapté

**Délai de mise en œuvre** : 1 an

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction maintenue.

Dans le cadre du suivi des mesures correctives au 3 avril 2024, les avancées du projet de rénovation architecturale sont les suivantes :

- dépôt du permis de construire, envisagé d'ici à la fin du mois d'avril 2024 ;
- signature de l'acte authentique d'achat du foncier [REDACTED] à la Mairie de la commune de Morières-les Avignon, à l'issue de l'obtention du permis de construire, purgé de tout recours ;
- appel d'offre travaux prévus au 1er trimestre 2025 ;
- démarrage des travaux en site occupé à compter d'avril 2025 : durée prévisionnelle des travaux sur 24 à 25 mois : durées des différents phasages non consolidées (construction de la cuisine, aménagement du RDC, réhabilitation par étage) ;

Maintien de l'injonction dans l'attente de l'obtention du permis de construire et de la signature de l'acte authentique

Les actions menées concernaient uniquement le plan de rénovation architecturale.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

#### Des locaux et du matériel vétustes, mal entretenus et insuffisamment sécurisés

Les constats formulés dans le cadre de l'inspection d'avril 2022 portant sur un état général de vétusté et d'entretien insuffisant des locaux demeurent.

Le jour du contrôle, il a en particulier été constaté par la mission :

- la panne de l'un des 2 ascenseurs ;
- Au sein de la salle de restaurant, la dégradation très importante d'une porte donnant accès à des colonnes d'évacuation ; porte non sécurisée avec l'absence de deux dalles de faux plafond.



- l'absence de sécurisation des escaliers et de deux des 4 chambres visitées (limiteur de fenêtre non mis en place) ;
- l'éclairage insuffisant du bureau des IDE (un seul éclairage en fonctionnement) ;
- le dysfonctionnement de la chasse d'eau des WC du PASA ;
- l'éclairage des couloirs dans les étages non adaptés aux personnes âgées (éclairage par bouton et limité dans le temps) ;
- l'absence d'aménagement des terrasses avec pour l'une d'entre elles, la présence de mobilier cassé et d'un accès extérieur non sécurisé (niveau du sol non adapté, avec risque accru de chute)



Plus globalement, les peintures des murs dans les couloirs des étages et dans les locaux dédiés à l'hygiène sont détériorées ; le mobilier des chambres est vétuste, les espaces salle de bain sont mal entretenus (carreaux de douche cassés, toilettes entartrées, bondes des lavabos sales), les chariots de ménage sont vétustes, les fauteuils roulants sont mal entretenus (présence de rouille sur les roues et manque d'hygiène), une chambre, bien qu'occupée par une résidente est utilisée comme lieu de stockage d'un lève-malade (CH 14).

**Ecart 16:** Le défaut d'entretien des locaux, du matériel d'hygiène et des dispositifs médicaux ne garantit pas la qualité et la sécurité des conditions d'accueil des résidents ce qui ne permet pas de satisfaire à l'obligation prévue à l'article L. 311-3 du CASF.

## Injonction 8 – Logiciel de soins

---

### Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre à disposition des professionnels un logiciel de soins adapté et opérant permettant d'avoir un dossier médical et de soins pour chaque résident tel que défini à l'article L311-3 du CASF

### Echéance de la mesure

---

27 avril 2023

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction maintenue.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

L'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que le médecin coordonnateur élabore un dossier type de soins (8<sup>ème</sup> alinéa).

En avril 2022, la mission d'inspection notait que le logiciel [REDACTED] était attendu par les équipes depuis mars 2021. Les médecins traitants utilisaient leur propre matériel informatique pour assurer leurs prescriptions. Il n'y avait pas de médecin coordonnateur.

L'Ehpad a recruté un médecin coordonnateur à compter du 05/09/2022. Rencontré lors du contrôle d'effectivité en novembre 2022, celui-ci avait indiqué qu'il n'avait pas accès [REDACTED] car aucun nouvel accès ne pouvait être créé et qu'il attendait de l'Ehpad un changement de logiciel métier, seule solution qui lui permette d'élaborer un dossier type de soins et de coordonner la réalisation d'une évaluation gériatrique dans de bonnes conditions.

Prenant en compte l'engagement de l'Ehpad d'assurer une traçabilité papier dans l'attente du changement de logiciel, le médecin inspecteur avait pris connaissance de 4 dossiers « papier » de résidents. L'examen de ces documents montrait que leur incomplétude ne permettait pas d'assurer la continuité et la coordination des soins (SaO2 inconstamment tracée pour les patients sous oxygène ; circonstances des décès et causes non identifiables ; impossibilité à identifier le traitement en cours pour ces résidents...).

Il était donc conclu qu'aucun des documents disponibles dans l'établissement ne permettait de disposer d'une vision globale du résident.

Le 15 mai 2023 l'établissement attestait auprès de l'ARS de l'opérationnalité [REDACTED] de son accessibilité à l'ensemble des professionnels et de son utilisation régulière. L'injonction était alors levée.

Le 22 mai 2024, la mission d'inspection a constaté que l'Ehpad était en cours de déploiement d'un nouveau [REDACTED] pour la consultation des dossiers des résidents que ce logiciel n'était plus utilisé et non opérationnel. En cours d'inspection, le même argument que précédemment (impossibilité de créer de nouveaux accès) a été avancé.

La mission relève que le déploiement [REDACTED] se déroule dans un contexte défavorable en l'absence de MEDCO, d'IDEC et d'IDE titulaires. Une accompagnante éducative et sociale (AES) a été positionnée en appui aux IDE pour participer au déploiement de la solution informatique et aider à la structuration du dossier papier en attente. Au jour de l'inspection, la mission a constaté :

- Que la gouvernante en cours de formation est en charge de récupérer les plans de soins disponibles ; de les actualiser et de les intégrer dans [REDACTED]

- Que l'AES n'a pas investi ce sujet ;
- Que l'IDE en poste ce jour-là dispose depuis le samedi précédent d'un login et d'un code d'accès dont elle a indiqué qu'ils ne fonctionnaient pas.

Dans son courrier du 27 mai 2024, Coallia indique avoir recruté une IDE de transition en charge du déploiement du système d'information.

La mission relève donc le changement à trois reprises de système d'information en trois ans sans que l'Ehpad dispose au jour de l'inspection d'un système opérationnel.

En l'absence de système d'information efficient, la mission s'est donc attachée à consulter le dossier sous format papier afin d'évaluer son opérationnalité. Il existe un dossier médical papier et des classeurs (pour les ordonnances ; pour le suivi du poids ; pour le suivi des anticoagulants oraux et celui des glycémies). Les transmissions sont notées sur un cahier au fil de l'eau.

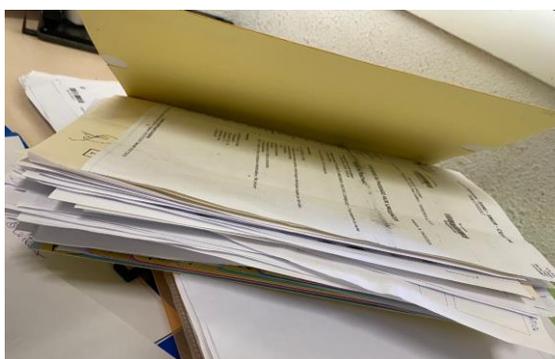
La mission relève plusieurs dysfonctionnements.

L'ancienneté des fiches administratives présentes dans le dossier médical puisque pour une des résidentes, **le médecin traitant identifié** était de fait à la retraite depuis 2 ans. Il n'existe aucun tableau permettant d'identifier les résidents qui disposent d'un médecin traitant et d'indiquer lequel.

La présence d'un classeur de **pesées** qui comprend pour chaque résident le poids tracé en janvier 2024. Postérieurement à cette date, plus aucun poids n'est tracé. La mission relève par ailleurs que l'évolution de ce poids en référence au poids antérieur de décembre 2023 apparaît erratique :

- Pour la résidente [REDACTED] un poids de 68 kgs en janvier 2024 (pesée effectuée avec fauteuil) et comparé au poids de 75 kgs en décembre. Le poids du fauteuil n'est pas connu. La perte de poids de 7 kgs en un mois si elle est réelle n'a pas engendré d'action tracée. Aucun médecin traitant n'est identifié pour cette résidente. Deux consultations par le MEDCO sont tracées en avril 2024 sans mentionner l'évolution du poids.
- Pour la résidente [REDACTED], un poids de 154 kgs en janvier et de 150 kgs en décembre (pesée avec fauteuil). Le poids repère antérieur est de 82 kgs à l'entrée en septembre 2020. La mission relève que cette prise de poids qui est un facteur d'aggravation de la dépendance pour une résidente qui a présenté plusieurs fractures n'a pas engendré d'action tracée.
- Pour la résidente de [REDACTED], un poids de 40,4 kgs en janvier et de 59 kgs en décembre. Le poids repère antérieur est de 45 kgs à l'entrée en octobre 2019. Aucune action tracée après une perte de poids du tiers du poids du corps.

La présence des **prescriptions médicales** dans des supports divers : le dossier du résident ou dans un des trois classeurs identifiés comme étant les classeurs des prescriptions de l'étage 1 ; 2 ou 3 ou dans un dossier comportant les documents non classés. Il a été indiqué à la mission que l'AES était en charge de ce classement qui avait du retard. La mission a constaté que le dossier contenait des ordonnances, des comptes rendus d'hospitalisation ou de passage aux urgences dont certains remontaient à 2021 ;



- Cette dispersion est source d'erreur : ainsi pour la [REDACTED] qui a présenté une embolie pulmonaire et pour laquelle une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) a été prescrite. Il est indiqué dans le cahier de transmission le 4 mai que l'HBPM n'a pas été réalisée le matin car la résidente a signalé avoir reçu une injection la veille à 19 heures. L'ordonnance de prescription initiale n'a été retrouvée dans aucun des supports sus nommés. Les consultations réalisées en avril 2024 par le MEDCO indiquent une injection bi-quotidienne ce qui est confirmé par l'IDE sur site le jour de l'inspection. Faute de support adapté pour l'administration (les IDE utilisent les fiches de production de la pharmacie qui n'indiquent pas les médicaments hors piluliers), cette résidente qui présentait une pathologie grave n'a donc pas reçu le traitement anticoagulant adapté ce qui présente un risque de récurrence de l'embolie. La mission relève par ailleurs que les HBPM nécessitent un contrôle de la numération des plaquettes deux fois par semaine. Le seul examen biologique retrouvé dans le dossier est un test Covid.
- Pour le [REDACTED] qui a un traitement morphinique sans que la mission n'ait pu identifier les raisons de ce traitement, il est relevé une ordonnance d'avril 2024 avec une prescription de Fentanyl® 50 et d'Oxycodone® LP 20 ; une ordonnance du 16 mai 2024 d'Oxynorm® LP et Durogésic® 50. Sur le tableau blanc, est reporté le traitement suivant : Oxycodone LP 20 et Fentanyl 50. La prescription de mai 2024 n'a donc pas été prise en compte. Le principe actif du Durogésic® 50 est le Fentanyl®. Il est probable que pour l'ordonnance du 16 mai 2024 le médecin ait modifié la forme de Fentanyl® 50 pour permettre une biodisponibilité régulière sur le nyctémère mais on constate que l'ordonnance du 16 avril 2024 n'a pas été arrêtée. Cela constitue une non adaptation de la prise en charge de la douleur chez cette résidente qui a pu l'exposer à une situation algique potentiellement majorée et constitue un acte de maltraitance. La non administration des médicaments stupéfiants prescrits le 16 mai 2024 illustre les écarts relevés et qui perdurent relatif au circuit du médicament notamment l'absence d'enregistrement de l'administration ( prescription 12), la mauvaise tenue du registre des stupéfiants (prescription 14), des anomalies dans la rédaction des prescriptions (prescription 15) et un plan de traitement inadapté et inopérant (prescription 19).

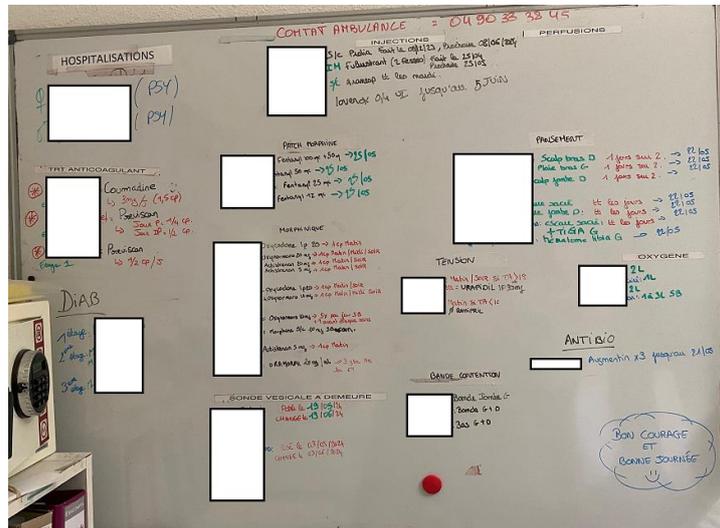
La présence **d'un carnet de suivi des glycémies et d'un classeur de suivi des anticoagulants oraux** non à jour. La mission relève que le suivi IDE se concentre sur les anticoagulants par voie orale pour lesquels un contrôle de la coagulation par INR est nécessaire. Trois résidents sont concernés dont les noms sont inscrits au tableau blanc. En sus des classeurs d'ordonnance, il existe un classeur spécifique pour ces anticoagulants (ACO) avec insertion des résultats biologiques et une feuille qui permet de tracer l'administration des ACO. Pour les trois résidents, la traçabilité de l'administration est imparfaite en avril (10 jours sur 30) et complètement absente en mai 2024. La mission relève que si cette traçabilité n'a jamais été parfaite, il y a une forte dégradation depuis le début de l'année 2024. Alors que le rythme de contrôle des ACO par INR est au moins d'une fois par mois, deux des trois résidents n'ont aucun contrôle de l'INR tracé sur les 5 premiers mois de l'année 2024. La mission relève par ailleurs l'absence de surveillance tracée pour les HBPM et l'absence de document récapitulatif des résidents sous anticoagulants (que ce soit les ACO, les nouveaux ACO ou les HBPM) qui présentent tous un risque d'hématome extradural en cas de chute avec traumatisme crânien.

**La traçabilité des consultations** du MEDCO mais pas de celles des médecins traitants. Par contre, la mission relève que les kinésithérapeutes tracent leur suivi et que les directives anticipées et les personnes de confiance sont recueillies dans plusieurs dossiers. Elle note toutefois que les consignes pour la fin de la vie de l'épouse du résident de la chambre 2 sont insérées au sein du cahier de transmission et n'ont pas été insérées dans le dossier du résident avec un risque important de perte d'informations puisque cela nécessite que l'ensemble du personnel sache où les trouver en cas de besoin.

**Plusieurs éléments ne sont pas tracés** : absence de dossier de liaison d'urgence ; absence de tableau récapitulatif des mesures de contention ou de classeur contenant les prescriptions ; absence de traçabilité des prescriptions de compléments nutritionnels oraux. L'IDE a indiqué qu'à sa connaissance un seul

résident était sous CNO ; absence de suivi des chutes (une seule fiche chute retrouvée et non analysée sur les 11 dossiers analysés par la mission d'inspection).

Interrogée, l'IDE a indiqué qu'en l'absence d'outils et de plan de soins infirmier, les IDE intervenant dans l'établissement utilisait le tableau blanc comme plan de soins. La mission note que ce support, s'il a le mérite d'exister, est hautement à risque puisqu'effaçable ou modifiable par toute personne ayant accès au bureau infirmier, soumis à la bonne volonté de mise à jour de chaque IDE et ne permettant pas de conserver une traçabilité journalière du plan de soins infirmier.



Si l'IDE utilise essentiellement ce tableau et les feuilles de production de la pharmacie, les AS ou faisant fonction n'ont pas d'outil et le seul instrument commun à tous est le cahier de transmissions dont la mission relève qu'il n'est pas paginé et que le nom et la fonction des personnes qui écrivent les transmissions ne sont pas notés.

Interrogée, la directrice a indiqué qu'il existait un plan de soins IDE sous format papier. Elle a adressé à la mission d'inspection un « plan de soins pour intérimaire », photocopie de 4 pages d'un classeur. La mission relève que ce « plan de soins » n'est pas daté et que rien ne permet d'identifier son rédacteur.

**Ecart 17:** Le dossier type de soins n'est pas construit de façon adapté et n'est pas mis à jour au fil de l'eau. Il ne permet pas d'assurer la traçabilité de toutes les actions effectuées. La multiplication des supports et leur incomplétude ne permet pas de suivre et de comprendre le parcours du résident. Il n'est pas un outil de communication, de coordination et d'information entre les différents acteurs de soins. Il n'assure pas la sécurité de la prise en charge du fait de l'absence de certains éléments et du caractère incomplet des autres. La qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge ne sont pas assurées. L'ensemble contrevient à l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles

### Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022

---

Respecter le décret de compétence des IDE, s'assurer lors de l'embauche que les personnels sont titulaires des diplômes réglementaires et sécuriser les plannings pour que chaque personnel soit positionné sur des tâches qui correspondent à sa formation

### Délai de mise en œuvre

---

Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée.

L'organisation et la complétude des dossiers administratifs est globalement améliorée.

La nouvelle direction s'attache à respecter les compétences professionnelles et les tâches correspondantes à la formation de chacun.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Lors des entretiens menés, la mission identifie que dans le cadre de sa mission au poste de « renfort IDE », l'AMP réalise des glycémies capillaires.

Après étude de son dossier administratif, il en ressort que ce personnel n'est pas diplômée AMP mais a obtenu en 2018 le diplôme d'Accompagnant Éducatif et Social (DEAES).

Bien que les deux diplômes partagent certaines similitudes, ils se concentrent sur des aspects différents de l'accompagnement et des soins Voici quelques points de comparaison entre les deux diplômes :

#### 1. **Domaine d'intervention:**

- **DEAES:** L'accompagnant éducatif et social se concentre davantage sur le rôle d'aide et de soutien moral auprès des personnes. Ses interventions visent à favoriser l'épanouissement de la personne accompagnée, par exemple, au travers d'animations à but thérapeutique.
- **Aide-Soignant:** L'aide-soignant, quant à lui, est davantage impliqué dans les soins physiques et médicaux. Il assiste les patients dans les actes de la vie quotidienne tels que l'hygiène, l'aide à la prise de médicaments, l'aide de l'infirmière lors de la réalisation de certains soins dont les pansements, etc.

#### 2. **Formation:**

- **DEAES:** La formation pour le DEAES est axée sur l'accompagnement social et éducatif.
- **Aide-Soignant:** La formation d'aide-soignant est plus spécifiquement centrée sur les soins infirmiers et médicaux. Elle inclut des cours sur l'anatomie, la pharmacologie, les gestes techniques, etc.

Cependant, l'**Accompagnant Éducatif et Social ne peut pas réaliser des glycémies capillaires**. Cette tâche ne fait pas partie du référentiel d'activités dévolues à l'AES. En effet, la mesure de la glycémie capillaire est une compétence spécifique qui relève des infirmiers au titre de leur rôle propre et donc que ceux-ci peuvent déléguer aux aides-soignants (article R4311-4 et suivant du Code de la santé publique) mais pas aux AES.

Ainsi la personne réalisant les glycémies capillaires commet une infraction punie par la loi au titre de l'exercice illégal de la profession d'infirmier (Art. L. 4314-4 du Code de la Santé Publique). Par ailleurs, l'infirmier, le cadre de santé ou la personne représentante de l'établissement qui cautionne de telles pratiques encoure également un risque pénal, pour complicité d'exercice illégal de la profession d'infirmier. Ces personnes engagent leur responsabilité juridique en cas d'accident ou d'incident dû à l'inaptitude professionnelle d'une personne chargée d'effectuer un soin en dehors du cadre de ses compétences.

**Au total, la mission constate à nouveau un non-respect des mesures notifiées le 03/11/2022 au titre du non-respect des compétences professionnelles et des tâches correspondantes à la formation et au décret de compétences de chacun.**

**Ecart 18** : Du personnel soignant non autorisé à effectuer les glycémies capillaires réalise cet acte. Chaque acteur est concerné par le respect du cadre réglementaire des professions d'infirmier et d'aide-soignant, y compris les médecins, le cadre de santé, le directeur.... L'exercice illégal de la profession d'infirmier est passible de sanctions pénales (art. L. 4314-4 du Code de la Santé Publique).

## Injonction 10 – Prise en charge des résidents avec troubles neurodégénératifs

---

### Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022

---

Prendre des mesures immédiates pour assurer la sécurité de la prise en charge telle que définie à l'article L311-3 du CASF des résidents atteints de TND par une organisation RH permettant la surveillance par le personnel dans l'attente d'une sécurisation complémentaire par une réflexion portant sur les locaux et le dispositif matériel anti-fugue

### Délai de mise en œuvre

---

Application immédiate pour l'organisation RH et 3 mois pour le reste

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée.

La sécurisation des accès et des abords de la résidence a fait l'objet de mesures correctives attestées :

- installation de clôtures séparatives du fossé jouxtant l'établissement;
- sécurisation du dispositif d'errance par déplacement des capteurs sur les portails d'accès plutôt que sur le bâtiment: le dispositif anti-fugue est devenu opérationnel.

La sécurisation des résidents dans les chambres demeure précaire et incomplète, les appels malades ne fonctionnent pas dans la totalité des chambres.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La mission confirme la sécurisation périphérique des abords de la résidence.

Toutefois, l'organisation en termes de ressources humaines ne permet pas la sécurisation de la prise en charge des résidents atteints de troubles du neuro-développement (TND) :

- La mission relève que la prise en charge par le PASA est désormais opérationnelle même si au jour de l'inspection il fonctionnait à moitié effectif du fait de l'absence, pour raison de formation, d'un des deux personnels affectés à ce dispositif.
- L'absence de MEDCO et de psychologue est un élément défavorable à la prise en charge des résidents porteurs de TND.
- La vacance de postes IDE et AS, le turn-over des IDE et des AS et la présence de personnels non diplômés sur les postes d'AS est un facteur de risque pour la qualité et la sécurité de prise en charge des résidents porteurs de TND dont la pathologie requiert de la stabilité dans leur entourage et un savoir-faire spécifique en particulier dans la prise en charge des troubles du comportement.

Du fait du défaut majeur de traçabilité médico-soignante (cf injonction n°8), la mission ne peut indiquer combien de résidents sont porteurs de TND à un stade avancé. Parmi les 11 dossiers analysés par la mission d'inspection, 2 résidents présentaient des TND à un stade avancé.

**Ecart 19:** L'absence de MEDCO et de psychologue ; le turn-over des IDE et des AS ; l'absence de diplôme parmi le personnel faisant fonction d'aides-soignants ne permet pas de sécuriser la prise en charge des résidents avec troubles neuro-évolutifs à un stade avancé ce qui contrevient à l'article L311-3 du Code l'action sociale et des familles.

## Injonction 11 – Accès aux documents demandés en cours de mission

---

### Formulation de l'injonction- notification des mesures le 03/11/2022

---

Fournir à la mission inspection l'ensemble des pièces et documents demandés en cours de mission et n'ayant pas été communiqués en particulier les 10 dossiers médicaux et de soins tirés au sort

**Délai de mise en œuvre :** A réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction levée.

L'Ehpad a fourni l'ensemble des documents demandés mais aucun de ces documents ne permet d'avoir une vision globale du résident et d'apprécier la qualité et la sécurité de la prise en charge et de son suivi (cf injonction 8 qui est maintenue)

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

A son arrivée la mission d'inspection a remis à la directrice la liste des documents demandés ainsi qu'une clé USB afin que ces éléments soient enregistrés. Il ressort que tous les documents demandés n'ont pas été remis pour le motif « Document inexistant ».

De plus, il n'existe pas de document de suivi RH. Ce document a été produit le jour de l'inspection du 22 mai 2024 à la demande de la mission d'inspection. Il fait apparaître :

-2 postes vacants IDE

-4 postes vacants AS

-4 absences longues durées AS (1 depuis avril 2023, 1 depuis février 2024 (rechute), 1 depuis novembre 2022, 1 depuis novembre 2021)

-1 AS à mi-temps thérapeutique. Depuis février 2024.

Récapitulatif des documents remis :

<b>Documents EHPAD Saint André</b>	<b>Document remis</b>
<b>Résidents</b>	
Liste des résidents présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, n° de chambre)	ok
Liste nominative des usagers décédés du premier janvier 2024 au 22 mai 2024	ok
<b>La Direction</b>	
Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur	ok
Document précisant les jours de présence du directeur	ok
Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci.	ok

<b>Pilotage, coordination et communication</b>	
Compte rendu des réunions entre le directeur et la direction régionale/nationale depuis janvier 2024	ok
Compte rendu des réunions de direction (CODIR) depuis janvier 2024	ok
La procédure de signalement et de traitement des EIG et des EIGS (comité de gestion des risques, compte rendus depuis janvier 2024 et les mesures correctives pour éviter la réitération des dysfonctionnements)	non
La procédure de signalement de réclamation des usagers et/ou de leurs familles et tableau de suivi depuis janvier 2024	non
<b>Les effectifs de personnel</b>	
Liste des postes vacants AS, IDE, psychomotricien et actions mises en place.	ok
Tableau détaillé comportant le nom, la fonction, le type de contrat (CDI ou CDD), le temps de travail et la date d'entrée dans l'établissement	non
Planning du personnel le jour de l'inspection	ok
Planning du personnel du mois en cours (jour et nuit)	ok
Planning du personnel des mois de mars et avril (jour et nuit) prévisionnels et réalisés	ok
Livret d'accueil du nouvel embauché	ok
Modalités d'accompagnement du nouvel embauché/intérimaire	ok
<b>Organisation des soins</b>	
Projet de soins ; Rapport annuel d'activités médicales	non
Protocole de gestion des urgences médicales prévoyant le recours au 15 et l'information du cadre d'astreinte	ok
Protocoles chutes, douleurs, hydratation, contentions et dénutrition	ok
Protocole des gestions des épisodes épidémiques	ok
Liste des résidents faisant l'objet d'une contention	non
Fiche de chute depuis le 1er janvier 2024	ok
Liste des résidents qui ont un plateau repas en chambre (midi et/ou soir)	non
Liste des résidents faisant l'objet d'un suivi nutritionnel renforcé	non
Procédure d'élaboration et de suivi des projets personnalisés	non
Liste des résidents disposant d'un projet personnalisé	non
Planning d'organisation des soins de nursing (toilettes, changes, hydratation) par AS/AMP/AES : semaine en cours	non
Planning d'organisation des soins infirmiers (pansements, insulines ...) : semaine en cours	non
Dossiers des résidents hospitalisés et/ou décédés ayant fait l'objet d'une hospitalisation depuis le 1er janvier 2024	ok
Ouverture d'un accès au logiciel de soins pour le médecin et l'infirmière de la mission d'inspection et mise à disposition d'un ordinateur	ok
<b>Pharmacie</b>	
Convention avec la Pharmacie	ok

Règles formalisées concernant la préparation et la distribution des médicaments, la gestion de l'armoire à pharmacie	non
La procédure du circuit du médicament incluant la prescription, la préparation des traitements (PDA et hors PDA), la livraison, l'administration, le transport, la gestion des MNU, la gestion des stupéfiants et des produits thermosensibles	non
La procédure de gestion de la dotation pour besoin urgent	non
La procédure de gestion du chariot (ou trousse) d'urgence	ok

Le 29/05/2024, la directrice a fait parvenir un certain nombre de documents complémentaires. La mission constate donc qu'il n'y a pas de blocage sur le principe de la mise à disposition des documents mais que certains documents ne sont pas transmis car inexistantes.



- Son médecin traitant n'est pas identifié.

- 
- Il s'agit d'une personne ■ résidant auparavant en résidence logement et dont la pathologie a requis une hospitalisation en géro-psycho-geriatrie ■. Cette hospitalisation conduit à l'entrée en Ehpad.
  - L'examen d'admission relève les antécédents ■ mais sans identifier le risque suicidaire alors que la personne âgée avait été hospitalisée en géro-psycho-geriatrie pour une tentative de défenestration.
  - Cette résidente est ensuite revue régulièrement par le MEDCO qui identifie à partir d'octobre 2023 des idées noires qui vont l'amener à solliciter l'établissement psychiatrique qui avait antérieurement pris en charge la résidente puis le centre 15 pour un placement en psychiatrie ou en gériatrie (qui se révèle impossible faute de place). Une consultation en centre médico-psychologique (CMP) est ensuite programmée le 19 octobre qui conduit à une nouvelle hospitalisation en psychiatrie (du 19/10 au 06/11). Fin novembre, devant les troubles du comportement et une crise d'agitation majeure le 29/11/2023, une orientation en UHR est demandée.
- La mission relève que cette résidente a fait l'objet d'une évaluation par l'équipe mobile de gériatrie le 30 janvier 2024 ■
- Enfin, le 15 mai 2024 à 20h30, la famille d'un résident intervient pour ■ ■ Le lendemain, l'Ehpad mobilise l'équipe de géro-psycho-geriatrie qui fait procéder à l'hospitalisation de la résidente en psychiatrie.
  - Aucune traçabilité des actes éventuels de la psychologue n'a été retrouvée.

Lors des entretiens, la directrice a indiqué qu'elle n'acceptait plus de nouvelles admissions au vu des difficultés rencontrées par son établissement et en l'absence d'encadrement médico-soignant.

**Ecart 20** : La mission relève que le processus d'admission ne peut être sécurisé en l'absence de MEDCO (article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles), d'IDEC, de psychologue et du refus des médecins traitants d'intervenir dans l'établissement pour prendre en charge de nouveaux résidents. L'établissement a accepté antérieurement l'admission de résidents qui ont dépassé sa capacité de prise en charge (comme la résidente de la chambre 08 dont les antécédents de défenestration n'ont pas été pris en compte).

## Injonction 13 – Prescriptions n°22 & 23 – Eau chaude sanitaire

---

### Formulation de l'injonction - notification des mesures le 03/11/2022

---

Assurer une température d'eau chaude inférieure à 50°C lors de sa délivrance en chambre de résidents ainsi que son contrôle conformément à la réglementation

**Délai de mise en œuvre :** Dès réception du rapport

### Formulation de la prescription 22 & 23

---

Transmettre le rapport d'analyse légionnelle 2021

Transmettre le protocole du programme de surveillance et de maintenance des installations de production et de distribution d'eau

**Délai de mise en œuvre :** Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Injonction et prescriptions maintenues

Les températures de l'eau chaude sanitaire mesurées dans les salles d'eau restent beaucoup trop élevées et exposent les résidents à un risque de brûlures graves.

La mise en œuvre des mesures correctives doit être attestée par la remise d'un relevé de températures exhaustif au service santé environnement de l'ARS du Vaucluse.

Injonction levée et notifiée le 03/02/22 suite aux réponses apportées par l'établissement le 21/12/22 (avec pour éléments de preuve le relevé de températures et l'attestation de remplacements des mitigeurs défailants).

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Les températures relevées au niveau des points d'eau des blocs sanitaires (lavabo) dans les chambres visitées par la mission (n°14 / 30 / 69 et 72) et au sein des toilettes communes du second étage exposent les résidents à un risque de brûlure grave. La direction n'a pu apporter d'explications sur ce point en l'absence de l'agent technique.

Des mesures de températures de l'eau chaude sanitaire ont été effectuées au niveau de certains points d'usages de pièces destinées à la toilette : lavabos, douches.

Le relevé est le suivant :

Chambre	Etage	Point d'usage	Température de l'eau chaude sanitaire relevée du 22/05/2024
████	3ème	Lavabo salle de bain	61,8°C
████	3ème	Lavabo salle de bain	60,9°C

Chambre	Etage	Point d'usage	Température de l'eau chaude sanitaire relevée du 22/05/2024
■	2ème	Lavabo salle de bain	62°C
Sanitaire commun	2ème	lavabo	59,3°C
■	1er	Lavabo salle de bain	61°C
		Douche	47°C

La température de l'eau chaude sanitaire dans les salles d'eau de ces chambres est excessive ce qui expose les résidents à des risques de brûlures graves.

En effet, une brûlure profonde de la peau , c'est :

- ▶ 5 secondes d'exposition à de l'eau à 60°C
- ▶ 30 secondes à de l'eau à 55°C
- ▶ 3 minutes d'exposition à de l'eau à 51 °C

La réglementation en vigueur<sup>1</sup> indique que la température de l'eau délivrée au robinet ne doit pas dépasser 50°C, pour limiter le risque de brûlures, dans les pièces destinées à la toilette, pour tous les établissements recevant du public.

Pour mémoire, le 22 janvier 2022, une résidente avait présenté une brûlure des membres inférieurs et de l'abdomen suite à l'exposition à l'eau chaude sanitaire de la douche. Cet événement indésirable déclaré le lendemain de sa survenue en interne avait été constaté lors de l'inspection d'avril 2022 et déclaré à l'ARS et au Conseil départemental a posteriori. Le risque de brûlure s'est donc concrétisé.

Ce risque est ancien et connu :

- L'établissement a fait l'objet d'une inspection en 2015 par une équipe du service santé environnement de la délégation de Vaucluse de l'ARS PACA. Malgré plusieurs relances, l'injonction faite à l'établissement de limiter la température de l'eau chaude sanitaire aux points d'usage des pièces destinées à la toilette n'est toujours pas levée.
- Le constat a été réitéré lors de l'inspection d'avril 2022 et formalisé par l'écart n°43 :

**Ecart 43:** La température de l'eau chaude sanitaire délivrée dans la salle d'eau de la chambre 15 dépasse la limite réglementaire et peut exposer un utilisateur à un risque de brûlures.

La mission d'inspection soulignait également que les mesures de la température de l'eau chaude sanitaire sur des points d'usage à risque représentatifs consignées dans le carnet sanitaire montraient des dépassements ■ pour les mois de janvier et de mars 2022. La température maximale de 66° était relevée au niveau de la douchette du salon de coiffure. Le rapport indiquait que les mesures n'étaient pas effectuées lors des congés du technicien qui avait indiqué ne pas disposer des compétences techniques pour régler les mitigeurs.

- Le constat de températures trop élevées dans les blocs sanitaires est réitéré lors de l'inspection du 10 novembre 2022. La mission relève que le devis mobilisant un prestataire extérieur pour le

<sup>1</sup> Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public

contrôle des températures au niveau de chaque chambre et le réglage des mitigeurs a été proposé par le prestataire le 10 octobre et signé par la direction de l'Ehpad le 10 novembre 2022. L'injonction a été maintenue. Le courrier de transmission des constats de l'inspection du 10 novembre 2022 adressé à l'Ehpad le 6 décembre 2022 prenait en compte spécifiquement ce risque. Le directeur général de l'ARS et la présidente du Conseil départemental du Vaucluse demandaient de mettre en œuvre, au plus tard dans les 15 jours qui suivent la réception de ce courrier, les mesures nécessaires pour que la température de l'eau chaude sanitaire délivrée à tous les points d'usage des pièces destinées à la toilette (lavabos, douches) soit inférieure à 50°C et adaptée à la vulnérabilité des résidents vis-à-vis du risque de brûlures. Dans l'attente de la mise en œuvre des mesures correctives qui sera attestée par nos agents, ils enjoignaient la structure, dès réception de la présente, de surseoir à toute nouvelle admission.

- Dans le cadre du suivi, l'Ehpad a transmis un relevé des températures de l'eau chaude sanitaire délivrée à tous les points d'usage des pièces destinées à la toilette qui atteste d'un retour à la norme de température inférieure à 50° et l'attestation d'un remplacement effectif des mitigeurs défectueux. Par courrier en date du 3 février 2023, l'injonction avait été levée.

Suite aux constats réalisés par la mission d'inspection le 22 mai 2024, l'Ehpad a fait l'objet d'une injonction immédiate relative à l'eau chaude sanitaire (courrier d'injonction en date du 28 mai 2024 en annexe 6).

La direction de l'Ehpad a fourni par courrier le 28 mai 2025 des éléments qui ne permettent pas de lever l'injonction :

- Le relevé des températures de l'eau chaude sanitaire n'est pas exhaustif ;
- La baisse de la température est obtenue par simple réglage du thermostat or les mitigeurs disposent d'une butée permettant de régler la température maximale ;
- La température obtenue n'est pas adaptée à l'autonomie des personnes et même parfois est supérieure à 50°C.

**Ecart 21:** Le risque de brûlures par l'eau chaude sanitaire au niveau des points d'eau des blocs sanitaires n'est pas maîtrisé. La température de l'eau n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public). Le risque identifié depuis 2015 est constaté à de nombreuses reprises malgré les mesures demandées par les autorités de contrôle. Il n'est pas maîtrisé sur le long terme et n'est pas suivi en l'absence de l'agent technique.

## Prescriptions

---

### Prescription 2 – Dossier RH

---

#### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place une procédure de contrôle et de classement de l'ensemble des pièces composant les dossiers administratifs des salariés

**Délai de mise en œuvre** : 3 mois

#### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée

Une amélioration des dossiers est réalisée, il est cependant toujours nécessaire de continuer à réaliser un contrôle d'effectivité systématique.

#### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La mission d'inspection a vérifié la composition des dossiers du personnel. Les constats indiquent que pour les dossiers consultés (30 dossiers, 15 CDI et 15 CDD), la constitution de ces dossiers ne présente pas d'écart majeur.

Cependant, la mission d'inspection réitère la recommandation de réaliser un contrôle d'effectivité systématique sur la constitution des dossiers.

## Prescription 3 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place une sécurisation de l'identification des résidents sur les boites nominatives comme le permet le logiciel de soins

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription maintenue

Transmettre le document écrit formalisant la sécurisation effective dans la durée

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La procédure a été complétée comme demandé par la mission ce qui a permis de lever la mesure (cf. écart 23 issu de l'inspection des 28-29 avril 2022).

Toutefois, il a été de nouveau constaté lors de la visite du 22 mai 2024 que toutes les boites en plastique opaque de couleur claire (détenues dans l'armoire à pharmacie munie d'un rideau métallique coulissant verticalement) contenant le traitement médicamenteux en cours, ne comportaient pas la photographie du résident.

**Ecart 22:** le fait de ne pas systématiquement compléter l'identification du résident au moyen de cette photographie limite pour ce dernier les moyens préventifs concourant à la mise en œuvre de la règle des 5 B édictée par l'HAS aux fins d'optimiser la sécurisation de la PECM.

## Prescription 4 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Afficher la dotation pour besoins urgents (composition qualitative et quantitative) datée et signée sur l'armoire.

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée antérieurement à l'inspection

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 23** : la présence d'un document décrivant la composition qualitative et quantitative de la dotation de première nécessité ou dite de besoins urgents détenue dans le tiroir du bas de l'armoire à pharmacie de l'infirmier n'a pas été observée.

## Prescription 5 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place une procédure permettant la fermeture systématique des armoires de stockage des médicament et chariots de distribution.

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription maintenue

Transmettre le document écrit formalisant la sécurisation effective dans la durée

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 24** : la présence d'une procédure écrite décrivant explicitement cette mesure de sécurité préventive n'a pas été observée.

## Prescription 6 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Détenir une armoire réfrigérée assurant le respect des conditions de stockage à des températures comprises entre 2 et 8 °C

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription maintenue

L'absence d'enregistrement quotidien rigoureux des températures affichées par le thermomètre analogique à minima maxima, présent dans le réfrigérateur de type familial, a de nouveau été constatée le 10 novembre 2022

Considérant l'incapacité à assurer de façon manuscrite cette traçabilité, il est fortement recommandé d'installer un dispositif de type professionnel permettant d'automatiser cette tâche (enregistrement en continu et alarmes)

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La présence d'un dispositif de type professionnel [REDACTED] a été observée, posé au-dessus de l'ancien dispositif non professionnel [REDACTED]. L'afficheur extérieur digital de température positionné en façade de l'appareil indiquait la valeur numérique conforme de +4,4°C.

**Ecart 25**: l'absence de sonde d'acquisition automatique en continu des niveaux de température atteint dans l'enceinte intérieure du nouveau dispositif et l'absence de relevés quotidiens manuels du suivi de ces niveaux ne permettent pas de garantir de manière certaine et prouvée l'inexistence d'excursions hors des plages de conservation spécifiées dans l'AMM ce qui objective une insuffisance de maîtrise de la chaîne du froid engendrant une incertitude sur la qualité des médicaments thermosensibles.

## Prescription 7 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Afficher la dotation du chariot d'urgence (composition qualitative et quantitative) datée et signée sur celui-ci et le sceller

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription maintenue

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La présence d'une procédure écrite décrivant explicitement cette mesure de sécurité préventive a été observée.

La procédure du circuit du médicament de ce dispositif était présente à proximité immédiate de ce dispositif de détention et mentionne en page 2/10 qu'il n'en est fait aucun usage en dehors de l'urgence et que ce chariot est scellé entre chaque utilisation ou vérification.

**Ecart 26** : alors que des liens d'inviolabilisation intègres (de couleur rouge) étaient présents et en nombre dans la pièce où se trouvait ce chariot d'urgence, il a été observé une absence de scellé intègre signifiant donc que le chariot pouvait être ouvert par un tiers non habilité sans possibilité de le savoir.

## Prescription 8 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Noter systématiquement la date d'ouverture des flacons multi doses sur le contenant.

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée antérieurement à l'inspection

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 27** : il a été observé que des flacons entamés de solutions buvables en gouttes correspondant au traitement nominatif de résidents en cours d'utilisation comportaient bien le nom du résident mais pas la date d'ouverture du conditionnement alors que la durée d'utilisation peut être limitée.

## Prescription 9 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Utiliser des contenants adaptés pour la distribution des gouttes

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée antérieurement à l'inspection

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Cet écart n'a pas été observé à nouveau lors de la visite. En effet, des petits contenants en plastique translucide et fermés par un couvercle opaque de couleur blanche sont désormais utilisés de manière appropriée pour contenir les gouttes buvables préparées par les infirmières en vue de la phase de distribution. L'identité du résident, le nom du médicament et l'heure de la prise par le résident sont inscrits de manière manuscrite sur la surface extérieure du couvercle. Une étiquette de rappel de la prise prescrite et générée par le robot de la pharmacie dispensatrice est également associée au contenant nominatif utilisé lors de la phase de distribution.

## Prescription 10 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Sécuriser le stockage du carton CYCLAMED

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée antérieurement à l'inspection

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

<p><b>Ecart 28</b> : la présence d'objets, autres que les médicaments, a été observée dans le carton CYCLAMED détenu dans l'infirmerie (sac en papier, poster enroulé).</p>
---

## Prescription 11 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

S'assurer des conditions optimales de stockage des dispositifs médicaux y compris les stériles

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription maintenue

Transmettre le document écrit formalisant la sécurisation effective dans la durée

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 29** : il a été observé une amélioration du rangement de la pièce servant de réserve pour détenir les divers dispositifs médicaux stériles à usage unique ou non stériles dont l'usage est requis pour la prise en soins des résidents. Toutefois, il a été rapporté à la mission une rupture de stock sur une référence de sonde découverte au moment du besoin pratique de son utilisation rapide.

## Prescription 12 – Circuit du médicament

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place une organisation sécurisée pour assurer la traçabilité de l'administration au plus près de la prise.

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée antérieurement à l'inspection

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 30** : la présence d'un support-type pour assurer une traçabilité en temps réel voire à défaut différée de la phase d'administration, de prise ou d'aide à la prise des médicaments par les résidents, n'a pas été identifiée dans la structure (document qualité d'enregistrement manuscrit ou par saisie clavier de la prise ou non prise pour un motif précis).

La présence d'une traçabilité standardisée et commune, donc partageable et analysable aisément et en temps réel sur place ou à distance par tous les acteurs du soin, notamment de type informatique à l'aide d'un logiciel métier approprié, type « maison » ou d'un éditeur commercial spécialisé, n'a pas non plus été observée.

## Prescription 13 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Les médicaments classés sur la liste des stupéfiants sont détenus dans l'infirmierie de manière sécurisée dans un petit coffre métallique banalisé et fermé à clef et positionné dans la partie haute de l'armoire utilisée pour ranger les casiers nominatifs des traitements des résidents en cours d'administration.

**Ecart 31** : les dimensions et la capacité de stockage trop limitées de ce coffre à stupéfiants impliquent que les boîtes des formes transdermiques plus volumineuses sont détenues dans un sac en papier posé à côté du coffre, donc accessibles facilement à des tiers non habilités qui se seraient introduits dans l'infirmierie à l'insu du personnel.

## Prescription 14 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La traçabilité de l'administration et gestion de stock des stupéfiants est réalisée de manière manuscrite sur un support papier nominatif spécifique aux EHPAD, de couleur verte et avec duplicata et triplicata carbonés de l'original, comportant un numéro de bordereau et un numéro de carnet ( [REDACTED] ).

**Ecart 32**: il a été observé que ces documents ne sont pas tous systématiquement complétés dans leur intégralité rendant imprécise la traçabilité et diminuant son intérêt en cas de besoin de vérification a posteriori. De nombreuses mentions prévues ne sont pas renseignées : prénom, sexe, date de naissance et numéro de chambre du résident, nom et prénom du prescripteur, date de l'ordonnance, cachet ou timbre de la pharmacie dispensatrice, quantité rendue et signature du pharmacien en cas de retour à la pharmacie.

## Prescription 15 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Ecart : il a été observé l'existence d'une prescription médicale de deux médicaments stupéfiants comportant une date d'établissement au 11 juin 2024 soit presque trois semaines après le jour courant alors que l'état clinique est susceptible évoluer d'ici-là rendant éventuellement inopérante la prescription médicale.

Prescription : tenir compte de l'état clinique observable du patient.

## Prescription 16 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 33**: il n'a pas été observé l'existence d'une liste préférentielle des médicaments à utiliser dans l'EHPAD pour tenir compte des impératifs gériatriques (par l'ensemble des prescripteurs intervenants).

## Prescription 17 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 34** : il n'a pas été observé l'existence d'une fiche-type pour signaler tout évènement indésirable portant sur le circuit et usage du médicament et pour tracer un retour d'expérience collégial en situation d'erreur médicamenteuse grave.

## Prescription 18 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 35**: il a été observé d'une part, dans la pièce où est rangé le chariot d'urgence, la présence d'une bouteille d'oxygène médical comprimé du prestataire [REDACTED] (résident présent dans l'EHPAD) et d'autre part, au niveau de la zone d'accueil de l'EHPAD côté bureau, d'une autre bouteille de ce type appartenant au prestataire [REDACTED] (résident quittant l'EHPAD). Ces deux bouteilles n'étaient pas arrimées.

## Prescription 19 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 36** : lors de la phase d'administration des traitements nominatifs en cours dans tout l'EHPAD durant les moments de prise séquencée, le personnel infirmier ne dispose pas de la prescription médicale originale et en vigueur au format papier et/ou électronique ni d'un plan de traitement reflétant cette prescription en vigueur et actualisée. L'opérateur se base uniquement sur l'étiquetage généré par le robot de l'officine dispensatrice figurant sur le contenant primaire des comprimés et gélules (sachet contenant chaque dose à prendre de chaque médicament).

## Prescription 20 – Circuit du médicament

---

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

**Ecart 37** : il a été observé dans une boîte servant à détenir le traitement d'un résident la présence d'un rouleau de sachets-doses issu du robot de l'officine dispensatrice alors que le traitement correspondant n'est plus en vigueur.

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Transmettre la procédure de fonctionnement du PASA, ainsi que le plan de formation des équipes spécifique au PASA et le bilan d'activité

Assurer l'ouverture du PASA et un nombre de bénéficiaires adaptés tels que prévu dans l'autorisation

Assurer un fonctionnement du PASA qui réponde aux conditions réglementaires de ce type d'activités spécialisés tel que défini à l'article D312-155-0-1 du CASF et en particulier quant à la mise en place 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

**Délai de mise en œuvre** : Dès réception du rapport (16) et 3 mois (17 & 18)

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescriptions maintenues

L'ouverture du PASA n'est pas effective.

Les mesures ont été levées en date du 06/03/2024

Le fonctionnement du PASA est établi en rythme de croisière du lundi au vendredi de 10h à 17h et compte une file active de 14 résidents; la formation d'ASG est engagée par le personnel en poste (AMP).

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

#### Une amplitude de fonctionnement non optimale

Au jour du contrôle, l'équipe d'inspection a constaté la prise en charge d'un groupe de résidents dans les locaux du PASA, le matin, avec la présence d'une seule soignante (AS/AMP, présente au planning de 10h à 17h). La seconde était en formation sur le logiciel de soins. L'après-midi, les résidents ont participé à l'animation pétanque avec la présence de la soignante du PASA qui s'est terminée en amont de l'heure de fin de prise en charge au PASA (17h).

L'effectif dédié au PASA est composé par 2 soignantes : 1 AS/AMP et une ASG.

<p><b>Ecart 38:</b> L'équipe du pôle d'activités et de soins adaptés ne dispose pas d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute et de psychologue, conformément à l'article D312-155-0-1 du CASF</p>
--

Sur les plannings des mois d'avril et de mai, il est constaté que le PASA fonctionne du lundi au vendredi, hors jour fériés avec 2 soignantes : l'AS/AMP est présente de 10h à 17h (avec une pause entre 14h et 14h20) et l'ASG de 10h à 13h30. De même, il est constaté l'absence d'AS pendant 1/2 d'heure au PASA (14h-14h30) ne permet pas d'assurer la continuité des soins.

<p><b>Remarque 4:</b> Le PASA ne fonctionne pas de 10h à 17h du lundi au vendredi, hors jours fériés, avec 2 soignantes ; les après-midis, une seule soignante est présente de 14h30 à 17h.</p>
---

Compte tenu des jours fériés et de formations des soignantes, il est constaté sur la période du 1<sup>er</sup> au 22/05/2024, un fonctionnement du PASA :

- sur 3 jours avec la présence des 2 soignantes (les 2,3 et 17/05) ;
- sur 7 jours avec la présence d'une seule soignante de 10h à 13 h30 (les 6,7,10,13,14,15 et 16/05).

Au mois d'avril, la présence des 2 soignantes est effective sur 67 % des jours d'ouverture du dispositif ; Il est également constaté un fonctionnement en horaires restreints (de 10h à 13h30) sur 7 jours (les 10,12,15,16,17,18/04).

**Remarque 5:** Le PASA ne fonctionne pas tous les jours comme prévu dans le cahier des charges national (Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012) et de plus quand il fonctionne, il le fait majoritairement avec un seul intervenant ce qui réduit le nombre de personnes prises en charge et ne permet pas d'individualiser les activités thérapeutiques. Cela contrevient au cahier des charges national.

## Prescription 20 – Projet personnalisé d'accompagnement

---

### Formulation de la prescription- notification des mesures le 03/11/2022

---

Mettre en place pour chaque résident un plan d'accompagnement personnalisé pour atteindre l'objectif d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité.

**Délai de mise en œuvre :** 6 mois

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription maintenue

Lors du 4<sup>ème</sup> comité de suivi des mesures correctives en date du 3 avril 2024, aucun élément d'information n'a été transmis concernant la programmation actualisée des projets personnalisés.

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

La mission a constaté l'élaboration d'un nombre limité de projets d'accompagnement personnalisé : 5 réalisés en date du 8/04/2024. A cette date, le plan d'actions de l'établissement prévoyait la reprise de l'élaboration des projets personnalisés à compter de la mi-mai 2024, à l'issue de la mise en place de NETSOINS et du recrutement des postes vacants.

Au jour du contrôle, le [REDACTED] n'est pas opérant (formations en cours) ; les recrutements en particulier de l'IDEC et de la psychologue ne sont pas effectifs.

Il a été constaté par l'équipe d'inspection sur plusieurs temps de la journée (le matin, en fin de matinée, en début d'après-midi) qu'aucune activité collective ou individuelle n'était proposée aux résidents.

**Ecart 39 :** la dynamique du parcours d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents par le personnel actuellement en poste n'est pas effective ; l'absence de projet d'accompagnement personnalisé contrevient à l'article L 311-3 du CASF

## Prescriptions 24&25 - DASRI

---

### Formulation des prescriptions - notification des mesures le 03/11/2022

---

Transmettre la convention de prise en charge des DASRI par un prestataire de DASRI

Mettre en place une traçabilité effective des DASRI de leur production à leur élimination ainsi qu'une mise à jour du protocole conformément à la réglementation

**Délai de mise en œuvre : 3 mois**

### Décision ARS/CD dans le cadre du suivi

---

Inspection du 10 novembre 2022 : Prescription levée pour la 24 et maintenue pour la 25

### Constats et analyse de la mission d'inspection le 22/05/2024

---

Ce thème n'a pas été abordé lors de l'inspection du 22 mai 2024.

### 3. Conclusion

---

L'inspection du 22 mai 2024 est la 3<sup>ème</sup> inspection réalisée dans l'Ehpad Saint-André en deux ans. La multiplication des inspections est motivée par le nombre et la nature des écarts constatés, leur récurrence et leur réitération dans le temps et la multiplication des signaux d'alerte (réclamations ; courrier du CVS ; signalement ; fiches d'événement indésirable). La mission souligne également l'absence de réponse dans les délais d'une demande de l'ARS et du Conseil départemental à l'établissement et à son gestionnaire de produire un plan d'actions pour traiter les dysfonctionnements identifiés (courrier du 25 avril 2024).

La gouvernance de l'établissement est défaillante de par l'absence d'un trio de gouvernance. La directrice de site est dans l'incapacité de pouvoir mener à bien ses missions et monopolisée par la gestion des difficultés du quotidien. Ce contexte d'isolement est renforcé par le manque d'appui du groupe gestionnaire Coallia. Pour corriger les dysfonctionnements constatés par les inspecteurs, les mesures prises ont été anarchiques. En attestent, les choix effectués sur le logiciel de soins (3 éditeurs en 2 ans et aucun outil encore opérationnel en mai 2024) ; en matière d'entretien des locaux ou sur la maintenance du réseau d'eau chaude sanitaire. Pourtant ce dernier risque s'était déjà traduit par une brûlure chez une résidente et avait donné lieu à une injonction réitérée fin 2022. Force est de constater que la direction du site est dans l'incapacité de maîtriser ce risque sur le moyen / long terme.

La mission a constaté l'absence de médecin coordonnateur ; d'infirmière coordonnatrice et de psychologue. En sus de cette absence totale d'encadrement médico-soignant, le refus des médecins traitants de proximité d'intervenir pour d'autres résidents que leurs patients ; l'absence d'IDE en CDI et la présence d'un tiers de personnel non diplômé parmi les aides-soignants génèrent une insécurité en termes de prise en charge médicale et soignante pour les résidents de l'établissement. La mission d'inspection relève également les taux de rotation importants des personnels infirmiers ou soignants, la réalisation d'actes relevant des missions propres de l'IDE par des personnels auxquels ils ne peuvent réglementairement être délégués et l'absence de dossier médical et soignant ou de plan de soins, que ce soit sous format papier ou informatique. Il n'existe pas d'outil opérationnel permettant de structurer la prise en charge et de disposer d'une vision globale de l'état de santé des résidents et de leurs besoins en soins. La prise en charge est empirique. Le suivi des paramètres fondamentaux des résidents comme les courbes de poids, les résultats biologiques, les prescriptions médicales n'est pas systématique, pas tracé, pas enregistré ce qui peut induire une perte de chance pour les résidents ; une non prise en charge de leurs symptômes comme la douleur ou la fièvre.

Enfin la prise en charge médicamenteuse n'est pas sécurisée avec d'importants écarts à la réglementation en matière de prescription (absence de support de prescription unique / prescription anticipée de stupéfiants) ; de stockage (chariot d'urgence) et d'administration (traçabilité insuffisante). La mission relève l'absence de procédures sur plusieurs points clés du circuit du médicament (dont l'identitovigilance) et une gestion des risques inexistante.

Si l'établissement dispose d'un CVS, cette instance n'a pas joué son rôle en 2024 conduisant les membres du CVS à porter réclamation auprès des autorités de tutelle et le directeur régional du groupe à organiser une réunion à son niveau.

La mission d'inspection a constaté que les actions mises en œuvre étaient insuffisantes ou inexistantes. Certains écarts avaient été corrigés ce qui avait été attesté lors de la 1<sup>ère</sup> inspection d'effectivité en 2022. Mais la direction de l'établissement a été dans l'incapacité de maintenir ces améliorations de façon pérenne, des écarts, qui avaient été corrigés, sont à nouveau constatés. La mission souligne que les constats réalisés sur site corroborent à la fois ceux déjà effectués en 2022 mais également les termes des signaux d'alerte reçus en 2024.

La défaillance en termes de gouvernance, les carences en termes de ressources humaines, les carences de la prise en charge en soins des résidents et des conditions d'hébergement compromettent la qualité, la sécurité, le bien-être physique et moral des résidents.

La récurrence des carences constatées, conjuguée à la dégradation de la prise en charge des résidents induit une maltraitance institutionnelle et fait peser un risque sur leur sécurité et leur santé.

A Marseille, le 19 juin 2024

[REDACTED]

Médecin inspecteur de santé publique

[REDACTED]

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

[REDACTED]

Pharmacien inspecteur de santé publique

[REDACTED]

Inspecteur désignée de l'ARS Paca

[REDACTED]  
[REDACTED] du Conseil  
départemental du Vaucluse

## **Annexes**

---

Annexe 1 : Courrier du 25 avril 2024

---





## Annexe 3 Liste des documents demandés

<b>EHPAD Saint André ( vaucluse)</b>			
	<b>Documents</b>	<b>Pour consultation</b>	<b>En copie</b>
	<b>Résidents</b>		
	Liste des résidents présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, n° de chambre)		<b>X</b>
	Liste nominative des usagers décédés du premier janvier 2024 au 22 mai 2024		
	<b>La Direction</b>		
	Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur		<b>X</b>
	Document précisant les jours de présence du directeur		<b>X</b>
	Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci.		<b>X</b>
	<b>Pilotage, coordination et communication</b>		
	Compte rendu des réunions entre le directeur et la direction régionale/nationale depuis janvier 2024		<b>X</b>
	Compte rendu des réunions de direction (CODIR) depuis janvier 2024		<b>X</b>
	La procédure de signalement et de traitement des EIG et des EIGS (comité de gestion des risques, compte rendus depuis janvier 2024 et les mesures correctives pour éviter la répétition des dysfonctionnements)		<b>X</b>
	La procédure de signalement de réclamation des usagers et/ou de leurs familles et tableau de suivi depuis janvier 2024		<b>X</b>
	<b>Les effectifs de personnel</b>		
	Liste des postes vacants AS, IDE, psychomotricien et actions mises en place.		<b>X</b>
	Tableau détaillé comportant le nom, la fonction, le type de contrat (CDI ou CDD), le temps de travail et la date d'entrée dans l'établissement		<b>X</b>
	Planning du personnel le jour de l'inspection		<b>X</b>
	Planning du personnel du mois en cours (jour et nuit)		<b>X</b>
	Planning du personnel des mois de mars et avril (jour et nuit) prévisionnels et réalisés		<b>X</b>
	Livret d'accueil du nouvel embauché		<b>X</b>
	Modalités d'accompagnement du nouvel embauché/intérimaire		<b>X</b>
	<b>Organisation des soins</b>		
	Projet de soins ; Rapport annuel d'activités médicales		<b>X</b>
	Protocole de gestion des urgences médicales prévoyant le recours au 15 et l'information du cadre d'astreinte		<b>X</b>
	Protocoles chutes, douleurs, hydratation, contentions et dénutrition		<b>X</b>
	Protocole des gestions des épisodes épidémiques		<b>X</b>
	Liste des résidents faisant l'objet d'une contention		<b>X</b>
	Fiche de chute depuis le 1er janvier 2024		<b>X</b>
	Liste des résidents qui ont un plateau repas en chambre (midi et/ou soir)		<b>X</b>
	Liste des résidents faisant l'objet d'un suivi nutritionnel renforcé		<b>X</b>
	Procédure d'élaboration et de suivi des projets personnalisés		<b>X</b>
	Liste des résidents disposant d'un projet personnalisé		<b>X</b>
	Planning d'organisation des soins de nursing (toilettes, changes, hydratation) par AS/AMP/AES : semaine en cours		<b>X</b>
	Planning d'organisation des soins infirmiers (pansements, insulines ...) : semaine en cours		<b>X</b>
	Dossiers des résidents hospitalisés et/ou décédés ayant fait l'objet d'une hospitalisation depuis le 1er janvier 2024		<b>X</b>
	Ouverture d'un accès au logiciel de soins pour le médecin et l'infirmière de la mission d'inspection et mise à disposition d'un ordinateur	X	
	<b>Pharmacie</b>		
	Convention avec la Pharmacie		<b>X</b>
	Règles formalisées concernant la préparation et la distribution des médicaments, la gestion de l'armoire à pharmacie		<b>X</b>
	La procédure du circuit du médicament incluant la prescription, la préparation des traitements (PDA et hors PDA), la livraison, l'administration, le transport, la gestion des MNU, la gestion des stupéfiants et des produits thermosensibles		<b>X</b>
	La procédure de gestion de la dotation pour besoin urgent		<b>X</b>
	La procédure de gestion du chariot (ou trousse) d'urgence		<b>X</b>

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

Directrice	[REDACTED]
IDE par intérim	[REDACTED]
AES	[REDACTED]



