

# Rapport

## Inspection du 27 JUILLET 2023

### EHPAD « Clair Logis »

248 CHEMIN DES ROSIERS

SCLOS DE CONTES

06390 CONTES

[REDACTED]



**MAISON DE L'AUTONOMIE**

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b>	<b>5</b>
<b>2. Contexte</b>	<b>6</b>
a. <i>Un EHPAD de 58 places autorisées multi-inspecté</i>	6
b. <i>Une gestion familiale qui passe de trois à un établissement</i>	7
<b>3. La persistance de la déficience de la gouvernance compromet la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents</b>	<b>8</b>
a. <i>Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une gouvernance de l'établissement déficiente</i>	8
b. <i>Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, constat est fait de l'apparition de nouveaux facteurs de fragilité malgré la nomination d'un directeur en titre</i>	8
Un directeur disposant des diplômes réglementaires mais sans expérience dans le secteur médico-social et avec une délégation de gestion limitée	8
L'absence de médecin coordonnateur sur site et d'IDEC	9
<b>4. La gestion des EI est organisée de manière formelle mais ineffective sur le terrain</b>	<b>10</b>
a. <i>Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une défaillance de la politique de gestion des risques</i>	10
b. <i>L'établissement a établi une procédure mais ne l'applique pas sur le terrain ce qui ne permet pas d'améliorer la qualité de la prise en charge</i>	11
<b>5. La persistance d'une politique de ressources humaines défaillante compromettant la qualité, la continuité de la prise en charge ainsi que la sécurité des résidents</b>	<b>13</b>
a. <i>Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une gestion RH déficiente</i>	13
Concernant les dossiers du personnel	13
Concernant la formation des personnels	14
Concernant l'analyse des plannings	14
b. <i>Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, la gestion RH demeure déficiente</i>	14
Analyse des dossiers RH	14
Analyse des plannings	15
<b>IDE</b>	15
<b>AS</b>	16
Pluridisciplinarité	16
Absence d'entretien d'évaluation	17
Une organisation des animations à améliorer	17
<b>6. Les échanges avec les usagers et leur famille ont débuté</b>	<b>18</b>
a. <i>Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une absence de fonctionnement des modalités d'échange avec les familles</i>	18

<i>b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les modalités d'échange avec les résidents et leur famille restent fragiles.....</i>	18
<b>7. Les conditions d'hébergement continuent à présenter de nombreux facteurs d'insécurité .....</b>	<b>19</b>
<i>a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait de nombreux facteurs de risque .....</i>	19
Fonctionnement des appels malades.....	19
Non-respect des mesures d'hygiène .....	19
Insécurité des locaux .....	19
<i>b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les facteurs de risque pour la sécurité des résidents persistent et de nouveaux ont été identifiés .....</i>	20
Fonctionnement des appels Malade, DECT .....	20
Le risque infectieux n'est pas maîtrisé. ....	21
Insécurité des locaux .....	22
<b>8. L'organisation des soins reste défailante .....</b>	<b>23</b>
<i>a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'un défaut de coordination et d'organisation des soins.....</i>	23
L'organisation des soins .....	23
La coordination des soins .....	24
La gestion des compléments alimentaires .....	25
La sécurisation du circuit du médicament.....	25
<i>b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les dysfonctionnements persistent .....</i>	25
L'organisation des soins .....	25
Les projets de vie, projet de soins, ne sont pas partagés.....	28
La nutrition et la gestion des compléments alimentaires .....	28
<b>9. Une prise en charge en UVP toujours inopérante.....</b>	<b>29</b>
<i>a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'un défaut de coordination et d'organisation des soins de l'UVP .....</i>	29
L'absence d'intégration dans le projet d'établissement .....	29
La prise en charge des patients de l'UVP.....	29
<i>b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les dysfonctionnements persistent .....</i>	30
Les locaux sont insuffisamment sécurisés pour la population accueillie .....	30
Le personnel n'est pas formé et en nombre insuffisant.....	30
L'organisation de la prise en charge est défailante comme le montrent les troubles du comportement constatés sur site.....	31
<b>10. Une prise en charge au sein du PASA qui reste insatisfaisante .....</b>	<b>32</b>
<i>a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'un fonctionnement insatisfaisant du PASA</i>	

L'absence d'intégration au projet d'établissement .....	32
<i>b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les dysfonctionnements persistent .....</i>	<i>32</i>
<b>11. Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<i>Annexe 1 : Lettre de mission et lettre d'annonce .....</i>	<i>35</i>
<i>Annexe 2 : La liste des documents demandés .....</i>	<i>36</i>
<i>Annexe 3 : La liste des personnes rencontrées .....</i>	<i>40</i>
<i>Annexe 4 spécifique au circuit du médicament – Courrier adressé le 12/07/2023 au directeur de l'établissement .....</i>	<i>41</i>
<i>Annexe 5 : Courrier d'injonction immédiate .....</i>	<i>42</i>

# 1. Introduction

Dans le cadre d'un 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, le directeur général de l'ARS PACA et le Président du Conseil départemental des Alpes-Maritimes ont décidé de diligenter, en application de l'article L313-1,3 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L 1421-1, L 1435-7 du code de la santé publique, une mission d'inspection conjointe au sein de l'EHPAD Clair logis situé au 248 chemin des Rosiers 06390 à Contes.

Cette mission s'est déroulée sur site et de façon inopinée à partir du jeudi 27 juillet 2023 (lettre de mission en annexe 1) et a notamment pour objectifs de vérifier et d'analyser les suites de la mise en œuvre des mesures correctives de l'inspection sur site du 20 avril 2022 qui portaient sur :

- La gouvernance ;
- L'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents;
- Les conditions d'hébergement ;
- La prise en charge soignante et médicale des résidents ;
- La gestion des événements indésirables.

Elle a été menée par une équipe composée de :

- Pour l'ARS Paca :

[Redacted text block]

- Pour le Conseil départemental des Alpes-Maritimes :

[Redacted text block]

L'analyse s'est fondée sur les constats réalisés sur site, l'analyse des documents demandés (annexe 2) et les entretiens avec le personnel rencontré (annexe 3).

Les écarts et remarques formulés par la mission ont vocation à servir de fondement aux mesures administratives que prendront le Directeur général de l'ARS Paca et le Président du Conseil départemental des Alpes-Maritimes, commanditaires de la mission, à l'issue de la procédure contradictoire.

## 2. Contexte

### a. Un EHPAD de 58 places autorisées multi-inspecté

L'établissement avait fait l'objet d'une inspection conjointe le 4 septembre 2018 afin de « vérifier la qualité des espaces et des locaux » et « les conditions de fonctionnement, notamment au regard de la prise en charge et la sécurité des résidents ». L'équipe d'inspection avait alors constaté 10 écarts et formulé 45 remarques. Elle avait relevé que « certaines conditions (de fonctionnement) étaient susceptibles de générer un risque de nature à compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies ». La directrice en poste à l'époque avait mis en place un plan d'action pour remédier à ces dysfonctionnements.

Le 4 mars 2022, l'ARS était réquisitionnée par le procureur de la République qui requérait de :

- « - Bien vouloir prendre connaissance des auditions de témoins relatant des faits de maltraitance sur les résidents de l'EHPAD le Clair logis sis 248 chemin des Rosiers, 06390 CONTES ;
- Procéder à tout acte relevant de votre compétence afin d'évaluer ladite structure (protocoles de soins, diététique, entretiens avec les employés, entretiens avec les résidents) ;
- Nous remettre un rapport en rapportant toutes anomalies relevées et éventuelles maltraitances constatées pas vos services. ». vérifier la possibilité de le préciser

Le 20 avril 2022, l'ARS PACA et le Conseil départemental des Alpes-Maritimes diligentaient une nouvelle inspection conjointe suite à cette réquisition. La mission d'inspection avait comme indiqué dans la conclusion du rapport d'inspection « constaté des dysfonctionnements sur l'ensemble des points inspectés à savoir la gouvernance, les conditions d'hébergement, la prise en charge des résidents, le circuit du médicament et la gestion des évènements indésirables.

*De manière générale, la gouvernance de l'EHPAD est déficiente : une directrice non diplômée, un infirmier coordinateur non diplômé, un médecin coordonnateur et une équipe soignante récente. L'ensemble de ces éléments entraîne des glissements de tâches, une culture professionnelle insuffisante et un défaut d'organisation des soins qui ne permettent pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents, leur sécurité ainsi que leur bien-être physique et moral.*

*Plusieurs écarts ou remarques importants avaient déjà été relevés lors de l'inspection du 4 septembre 2018, et non suivis d'actions correctives. A ce titre, la surveillance des résidents fait défaut bien que le système d'appel malade fonctionne. Plusieurs tests sont restés infructueux et les soignants ne disposent pas des bons DECT. L'équipe a été témoin d'une chute d'une résidente particulièrement inquiétante qui n'a pas donné lieu à une mobilisation du personnel, faute de surveillance, ni à une analyse et déclaration de la chute.*

*De plus l'EHPAD ne s'est pas approprié la culture de la gestion des risques et des évènements indésirables graves, associés ou non aux soins ce qui met en jeu la santé et la sécurité des résidents. L'EHPAD ne dispose pas de procédure et n'a pas mis en œuvre les moyens permettant de s'assurer que le personnel puisse les repérer, les signaler et participer aux réflexions sur leurs corrections.*

*A cela s'ajoute une prise en charge en soins dysfonctionnelle, l'EHPAD ne disposant pas d'une organisation structurée de coordination. Les fondamentaux en termes de prise en charge des grands syndromes gériatriques, de nutrition et de lutte contre la dénutrition et de troubles neurodégénératifs ne sont pas acquis. Le circuit du médicament n'est pas sécurisé et fait peser un risque potentiel sur la santé des résidents.*

*Les locaux de l'EHPAD manquent d'entretien et présentent un risque pour la sécurité des résidents, notamment les escaliers dans lesquels une chute mortelle a eu lieu, sans que celle-ci ait été déclarée aux autorités.*

*L'ensemble de ces éléments et le fait que l'EHPAD n'a pas mis en œuvre les mesures correctives induites suite à l'inspection de septembre 2018 sont de nature à considérer que la prise en charge des résidents est compromise et la qualité et la sécurité des soins non assurés. »*

## b. Une gestion familiale qui passe de trois à un établissement

La famille [REDACTED] gérait historiquement trois EHPAD dans les Alpes-Maritimes, Héliovital, l'Eau Vive et Clair Logis.

Le 26 septembre 2014, le gestionnaire informait l'ARS et le Conseil départemental des Alpes-Maritimes d'un avis d'expulsion des bailleurs pour l'EHPAD « Héliovital » situé à Saint André de la Roche ce qui va conduire à la fermeture du site de Saint André de la Roche et au transfert des résidents sur le site de l'EHPAD « Clair Logis ».

Secondairement, l'EHPAD « L'Eau Vive » sera cédé au groupe Emera.

Au jour de l'inspection en 2023, la famille est désormais gestionnaire d'un seul établissement, l'EHPAD « Clair logis ».

Au vu de ce contexte et de la réitération des dysfonctionnements, le rapport qui suit est bâti de la façon suivante :

- La mission d'inspection a repris la structuration du rapport de 2022 ;
- Elle a rappelé dans chaque chapitre les écarts constatés et les injonctions émises ;
- Pour chaque injonction, il a été indiqué si celle-ci avait été levée ou maintenue dans le cadre du suivi de l'inspection de 2022 sur la base des documents transmis par la structure avant le 27 juillet 2023 ;
- Elle a ensuite fait part des constats réalisés sur site et sur la base de l'analyse des documents fournis suite à l'inspection du 27 juillet 2023.

### 3. La persistance de la déficience de la gouvernance compromet la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une gouvernance de l'établissement déficiente

**Ecart 1** : La direction ne dispose pas des compétences nécessaires à la conduite d'un EHPAD, n'étant pas titulaire d'une certification de niveau I enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation professionnelle, ayant reçu les délégations mentionnées aux troisième à septième alinéas de l'article D. 312-176-5 et qui, selon les situations :

- a) Dirige ou administre l'un des groupements mentionnés à l'article L. 312-7 ;
  - b) Dirige un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux répondant cumulativement, sur au moins trois exercices comptables clos consécutifs, au moins à deux des trois seuils fixés à l'article R612-1 du code de commerce ;
  - c) Dirige le siège social, en application de l'article R. 314-87, d'un organisme gestionnaire autorisé.
- L'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'art. D 312-176-6 du CASF.

**Injonction 1** : Conformément à l'article D 312-176-6 du CASF, la direction doit disposer des compétences nécessaires à la conduite d'un EHPAD. La gérance de l'établissement doit se mettre en conformité avec le CASF en régularisant la situation de la direction.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 1 a été levée.

\*\*\*

**Ecart 4** : Les soignants de la structure n'ont pas, de manière continue, une personne physiquement présente à qui se référer en cas de difficulté. Cette défaillance de la gouvernance est porteuse de risques pour la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

**Injonction 5** : L'établissement doit réorganiser les temps de présence du personnel dit de gouvernance, à savoir la directrice, le MEDEC et l'IDEC, afin de faire en sorte que le personnel soignant de la structure ait une personne physiquement présente à qui se référer en cas de difficulté.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 5 a été levée.

- b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, constat est fait de l'apparition de nouveaux facteurs de fragilité malgré la nomination d'un directeur en titre

**Un directeur disposant des diplômes réglementaires mais sans expérience dans le secteur médico-social et avec une délégation de gestion limitée**

- Le directeur [REDACTED] dispose du diplôme nécessaire (master 2) pour diriger un EHPAD. Suite à une reconversion professionnelle, cette direction d'EHPAD est son premier poste dans le secteur médico-social.

- Par ailleurs, une adjointe de direction (ancienne directrice de l'EHPAD clair logis non diplômée) est présente sur site, sa fonction par rapport au directeur en titre n'est pas définie. Elle ne dispose pas de fiche de poste.
- Il est constaté par ailleurs qu'il n'existe pas de secrétariat de direction ni d'agent d'accueil.

**Remarque 1'** : L'absence de fiche de poste de la directrice adjointe et ainsi une répartition mission non définie entre le directeur et la directrice adjointe ne permet à l'établissement d'assurer un pilotage sécurisé de la structure.

- Bien que le Codir soit mis en place suite à la dernière inspection, celui-ci est inopérant car il y a une absence de « trio de direction ». Il est constaté la présence d'une convention liant l'établissement à l'association [REDACTED]. Cette convention met en évidence la mise en place de « 44 séances de travail sur 12 mois, d'audits d'élaboration d'un plan d'action » sans définir la durée de ces séances et un temps de travail effectif du médecin « télé-coordonateur » désigné. Au vu des constats et des entretiens réalisés par la mission le jour du contrôle, il est constaté un non-respect des attendus des missions du médecin coordonnateur conformément à l'article D 312,-158 du CASF et le non-respect du temps de présence du médecin « télé-coordonateur » conformément à l'article D 312-156 du CASF. Le médecin en télé-coordonateur ne participe donc pas au CODIR
- Il est constaté par la mission, le jour de l'inspection que l'IDEC en poste est en arrêt maladie depuis plusieurs semaines et qu'il a été déclaré qu'il était démissionnaire. Il ne participe donc pas non plus au CODIR

**Ecart 1'** : L'absence d'IDEC et de MEDEC au CODIR ne permet pas à la direction de l'Ehpad d'effectuer des CODIR de direction du fait de l'absence des professionnels en charge de piloter et coordonner les soins et actes médicaux, ce qui représente un risque dans la prise en charge des résidents

- L'EHPAD a rédigé son projet d'établissement par l'intermédiaire du psychologue. La rédaction reste formelle dans la mesure où il n'y a pas eu de groupe de travail, de consultation d'équipe, ni de concertation avec les familles et les salariés et donc l'absence de fiches actions.

**Remarque 2'** : L'absence de rédaction du rapport selon une démarche collaborative empêche l'appropriation du projet d'établissement (P.E) par l'ensemble du personnel et ne respecte donc pas les recommandations de l'HAS.

## L'absence de médecin coordonnateur sur site et d'IDEC

Un taux de rotation élevé des MEDCO avec un relai par une télé-coordination à distance

- La mission relève que lors de l'inspection de 2022, l'intervention du MEDCO était apparue fragile avec un enchaînement de CDD à la demande du médecin, montrant un faible investissement sur le poste à court et moyen terme (1<sup>er</sup> CDD du 9 au 31 décembre 2021, 2<sup>nd</sup> CDD du 4 janvier au 28 février 2022, enfin 3<sup>ème</sup> CDD du 7 mars au 31 mai 2022) ;
- L'intervention de ce médecin coordonnateur faisait suite à l'intervention de deux autres médecins depuis 2020 (Dr S. de 2020 jusqu'au 30 novembre 2021 ; Dr D. en 2020) ;
- Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, la mission constate l'absence de MEDCO sur site et la mise en place d'une télé-coordination à distance dont l'opérationnalité est limitée en l'absence d'IDEC et du fait de l'absence d'IDE titulaires sur la moitié des effectifs. Le neuropsychologue

est au jour de l'inspection le relai pour la télé-coordination à distance, ce qui ne correspond pas à la convention co-signée par la présidente de [REDACTED] la gestionnaire de l'association ainsi que le directeur de l'EHPAD. La mission relève que cette disposition, déjà dégradée puisque s'agissant d'un professionnel de santé non infirmier, prend fin le lendemain de l'inspection du fait de la fin de contrat du neuropsychologue.

Un taux de rotation élevé des IDEC puis l'absence d'IDEC

- De même, la mission relève lors de l'inspection l'absence de l'IDEC en poste, en arrêt maladie et dont le contrat devait prendre fin sous peu car démissionnaire;
- Elle note que comme pour le MEDCO, il y a un taux de rotation élevé sur cette fonction, avec trois IDEC depuis 2020 ([REDACTED] puis [REDACTED] et enfin [REDACTED].);
- Elle souligne que la qualité de la coordination mise en place par le dernier IDEC avait semblé très fragile à la mission d'inspection de 2022 faute de qualification et d'expérience dans le domaine de la coordination des soins.

Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, la mission relève que les fonctions de coordination reposent sur le neuropsychologue en poste dont le départ est annoncé le 28 juillet 2023 et qui n'est pas un professionnel du soin infirmier et une AS référente.

**Ecart 2'** : Le taux de rotation élevé sur les fonctions de médecin coordonnateur et d'infirmier coordonnateur ; le positionnement sur les fonctions d'IDE de personnel sans qualification et sans expérience de poste, le recours à la télé-coordination pour la fonction médicale sans relai sur site faute d'IDEC, d'effectif stable d'IDE ou d'effectif en nombre suffisant représentent autant de facteurs de risque pour la qualité, la sécurité et la continuité des soins. Ces facteurs de risque sont une des explications des dysfonctionnements constatés : absence de coordination avec l'HAD ; absence de repérage des résidents complexes ; absence d'accompagnement des personnels nouvellement arrivants ; repérage des chutes, de la douleur et du risque d'escarre limité...

Le non-respect des missions du médecin coordonnateur ainsi que du temps de travail réglementaire attendu du médecin coordonnateur conformément aux articles D 312,-158 du CASF et l'article D 312-156 du CASF, ainsi que l'absence d'IDEC du fait de son arrêt maladie ne permet pas d'assurer une prise en charge médicale et soignante sécurisée des résidents de l'EHPAD

#### 4. La gestion des EI est organisée de manière formelle mais ineffective sur le terrain

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une défaillance de la politique de gestion des risques

**Ecart 6** : L'absence de procédures formalisées en matière de signalement ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels.

**Ecart 8** : La mission constate que l'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et ne permet pas de garantir notamment que les dysfonctionnements dans la prise en charge des résidents font l'objet d'un repérage et d'un signalement systématique de la part des personnels.

**Ecart 14 :** Suite à la chute en question, la direction de l'EHPAD n'a pas adressé de formulaire d'évènement indésirable grave à l'ARS alors même que les dysfonctionnements constatés doivent faire l'objet d'une déclaration et d'une analyse des causes.

**Injonction 7 :** Rédiger et diffuser auprès des personnels une procédure de signalement des évènements indésirables graves.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 7 a été levée.

\*\*\*

**Ecart 7 :** L'absence de comité de gestion des risques ne permet pas l'analyse des dysfonctionnements et donc d'identifier leurs causes et a fortiori la mise en place d'actions correctrices permettant d'éviter la réitération des dysfonctionnements.

**Ecart 9 :** La mission constate que l'absence de stratégie et d'organisation de la gestion des risques au sein de l'EHPAD Clair Logis rend l'application de cette politique inopérante.

**Ecart 10 :** La mission d'inspection constate que l'absence d'une politique de gestion des risques active peut conduire à mettre en jeu la santé et la sécurité des résidents.

**Injonction 8 :** Mettre en place un comité de gestion des risques.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 8 a été maintenue.

b. L'établissement a établi une procédure mais ne l'applique pas sur le terrain ce qui ne permet pas d'améliorer la qualité de la prise en charge

La mission constate la formalisation de la procédure de signalement des évènements indésirables et confirme sur site l'absence de mise en place d'un comité de gestion des risques.

Toutefois, il n'y a pas d'appropriation sur le terrain par le personnel et la gouvernance. La mission d'inspection a constaté lors des entretiens que la procédure n'était pas connue et que le personnel ne s'était pas approprié le sens de la démarche de déclaration des EI.

La mission d'inspection a fait le choix d'explorer la thématique « chutes » pour évaluer la politique de gestion des risques de l'établissement :

- En raison de l'EIG déclaré antérieurement, chute dans un escalier de secours ayant entraîné le décès du résident ;
- En raison de l'importance en termes de santé publique d'une bonne gestion des chutes.

Pour mémoire, le plan national anti chutes rappelle l'enjeu majeur que constitue les chutes puisque « chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès, la première cause de mortalité accidentelle, et de plus de 130 000 hospitalisations. Les chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et réduisent la qualité de vie des

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

Toute chute grave entraînant une hospitalisation, une immobilisation prolongée ou une intervention chirurgicale doit être déclarée en tant qu'EIGS puisque génératrice d'un déficit fonctionnel permanent (art R. 1413-67 et suivants du code de la santé publique). La déclaration a pour but de déclencher un processus d'analyse des causes et de mise en œuvre d'actions correctives.

Lors du déplacement de la mission d'inspection sur site, les médecins ont pu constater :

- Que la liste des chutes générée par le logiciel [REDACTED] est incomplète. La mission a été dans l'obligation pour repérer les chutes de consulter les fiches chutes des dossiers résidents, les éléments de transmission qu'ils soient médicaux ou soignants, les comptes rendus de passage aux urgences ou d'hospitalisation. Cette incomplétude ne permet pas de disposer d'une incidence des chutes au sein de l'EHPAD et donc ne permet pas la cotation de ce risque. Elle ne permet pas ni au médecin coordonnateur ni au médecin traitant d'évaluer ce risque individuellement pour chaque résident et d'identifier les résidents multi chuteurs. Ainsi, pour Madame [REDACTED], une chute tracée le 17 mars 2023 dans les transmissions n'a pas amené à la rédaction d'une fiche chute alors même que la résidente avait chuté un mois avant ce qui la fait entrer dans les résidents à risque de chutes à répétition. L'état des chutes sur [REDACTED] identifie 5 chutes depuis le début de l'année 2023.
- Que les chutes graves ne sont pas déclarées :
  - o [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] Pour cette résidente et cet EIGS, il n'y a pas eu de déclaration. Cet évènement conduit à constater une insuffisance de surveillance des résidents, le personnel IDE ou AS ou ASH ne traçant pas les chutes et n'ayant pas été en capacité de repérer la gravité d'une chute qui a entraîné une fracture.
  - o [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]. Aucune de ces chutes n'a fait l'objet d'une déclaration. La mission d'inspection n'a pas retrouvé d'analyse des causes ni identifié d'actions mises en œuvre.
- Que l'analyse des causes n'est pas effectuée :
  - o [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED].
  - o [REDACTED] la mission relève 7 fiches chutes depuis avril 2022 et trois chutes depuis janvier 2023 sans que l'on puisse disposer d'une analyse des causes de ces chutes à répétition ni savoir quelles mesures ont été prises.

**Ecart 3'** : L'établissement ne respecte pas son obligation de déclaration des EIGS conformément à l'article R 1413-68 du code de santé publique. L'analyse des dossiers de plusieurs résidents montre que les chutes graves avec fracture et hospitalisation ne sont pas déclarées alors qu'elles sont pourvoyeuses d'une aggravation de la dépendance. Il n'effectue pas d'analyse des causes et ne met pas en œuvre d'actions correctrices à titre individuel pour les résidents multi chuteurs ou avec chutes graves ni à titre global au sein de l'établissement. Enfin, la traçabilité incomplète des chutes ne lui permet pas de coter le risque de chutes ni pour chaque résident ni pour l'EHPAD. L'ensemble de ces

éléments montre que la sécurité des résidents n'est pas assurée alors même que l'inspection de 2022 avait enjoint l'établissement de déclarer les chutes graves et que l'établissement avait dû faire face à un décès suite à une chute.

**Ecart 4'** : L'absence de signalement d'une chute pour [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] met en évidence une défaillance dans la surveillance opérée par le personnel IDE, AS et ASH de l'établissement.

## 5. La persistance d'une politique de ressources humaines défaillante compromettant la qualité, la continuité de la prise en charge ainsi que la sécurité des résidents.

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une gestion RH déficiente

Concernant les dossiers du personnel

**Ecart 2** : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir que les prestations sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées conformément à l'article L312-1-II du CASF. De plus, en ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.

**Injonction 2** : Conformément à l'article L312-1-II du CASF, l'établissement doit garantir des prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.  
L'établissement doit transmettre une copie des diplômes qui n'ont pas été présentés.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 2 a été levée.

\*\*\*

**Injonction 3** : L'établissement doit transmettre une copie du bulletin du casier judiciaire national qui n'a pas été présenté, afin de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 3 a été levée.

\*\*\*

## Concernant la formation des personnels

**Ecart 3** : L'absence de formations continues ne permet pas aux professionnels d'être soutenus dans la prise en charge complexe des personnes âgées et de développer et enrichir leurs compétences individuelles et collectives conformément aux recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS). En ne mettant pas en œuvre une politique de formation active sur des thématiques essentielles, l'établissement ne met pas en place une organisation suffisante permettant d'assurer une prise en charge bien traitante des personnes vulnérables dont il a la responsabilité. L'absence de mise à jour des projets de vie, du projet de soins et le manque de traçabilité nuit à la continuité et à la cohérence de la prise en charge des personnes âgées.

**Injonction 4** : Mettre en place un plan de formation des personnels.

Une convention a été signée avec un organisme d'accompagnement à la gestion des ressources humaines, mais aucun éléments transmis n'atteste de la réalisation effective de formation.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 4 a été maintenue.

\*\*\*

## Concernant l'analyse des plannings

**Ecart 5** : Dans ce contexte, la mission constate que la prise en charge des résidents ne peut être ni adaptée ni sécurisée. Un manque de personnel soignant qualifié génère un risque sur la sécurité des résidents.

**Injonction 6** : Conformément à l'article D312-158 du CASF, l'établissement doit être en capacité d'assurer des soins aux résidents. L'établissement doit réorganiser les temps de présence des équipes soignantes de jour, afin d'assurer la sécurité des résidents accueillis.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 6 a été maintenue du fait de l'absence de transmission de pièces justifiant de la réorganisation des temps de présences des équipes soignantes.

### b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, la gestion RH demeure déficiente

#### Analyse des dossiers RH

La mission d'inspection a pris connaissance des dossiers administratifs des personnels présents au planning le jour de l'inspection :

- Deux personnels sont sans dossier administratif. De ce fait l'établissement ne peut pas attester de leur qualification (diplômes absents) ni de la vérification de leur casier judiciaire.
- Absence de fiche de poste pour l'animatrice comme la directrice adjointe.
- Absence de traçabilité pour des formations suivies.

- Plus de 40% des documents attestant de la réalisation d'une visite par la médecine du travail sont manquants.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 2, concernant les dossiers RH avait été levée mais l'inspection sur site constate que l'ensemble des dysfonctionnements n'a pas disparu (des diplômes sont toujours manquants).

**Ecart 5'** : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, ainsi que de dossiers administratifs complets, l'établissement ne peut garantir que les prestations sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées conformément à l'article L312-1-II du CASF.

## Analyse des plannings

L'analyse de la mission d'inspection repose sur le seul planning fourni par l'établissement indiqué comme étant prévisionnel sur le mois de juillet 2023 mais qui est selon le directeur le planning réalisé. 49 résidents sont présents le jour de l'inspection.

### IDE

L'effectif des IDE présente une fragilité importante avec une intervention de vacataires porteuse de risques.

L'établissement dispose de deux postes pourvus sur les [REDACTED] à l'effectif.

Pour une capacité de 58 places et 49 résidents présents au jour de l'inspection, le planning de juillet 2023 montre :

- [REDACTED] IDE sont présentes 4 jours dans le mois (S08 / D09 / J13 / M18), alors que cela constitue l'objectif cible de l'établissement ;
- [REDACTED] ;
- 8 jours dans le mois soit pour 25 % des journées de juillet, c'est un IDE en contrat court ou en intérim qui intervient dont deux n'interviendront qu'une seule fois dans le mois. Et parmi ces 8 jours d'intervention, durant 6 jours l'IDE intérimaire ou vacataire est la seule IDE de l'établissement. Ainsi, le jour de l'inspection, la mission a rencontré une seule IDE, intervenant dans le cadre d'un intérim, confrontée à une prise de poste difficile :
  - o Absence d'IDEC ;
  - o Absence d'infirmier titulaire ;
  - o Absence de livret d'accueil ;
  - o Absence d'accès au système d'information [REDACTED] alors même qu'une possibilité existe pour les IDE remplaçants puisque le login et le mot de passe ont été utilisés par les médecins de la mission d'inspection ;
  - o Accompagnement par l'AS référente pour sa prise de poste.
- En cours de journée, la mission a pu constater les difficultés rencontrées par l'IDE :
  - o En matière de plan de soins IDE. Celui-ci a été visualisé sur [REDACTED] en l'absence de connexion et d'édition papier, l'IDE n'en avait pas connaissance ;
  - o Dans la distribution et l'administration des médicaments. En l'absence d'accès au plan d'administration des médicaments du SI, elle se basait sur un classeur papier contenant une fiche d'administration par résident. La mission a pu constater que certaines de ces fiches étaient obsolètes. Ainsi, pour Madame [REDACTED] le Brintellix® 10 mg, indiqué dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs, est présent sur la prescription dans [REDACTED] présent dans le rouleau de dispensation nominative individuelle fourni par la pharmacie mais absent de la fiche d'administration papier qui est datée du 27 mai 2023 ;
  - o En matière d'identitovigilance, malgré le trombinoscope mis à disposition, en particulier du fait du décalage entre la réalité des chambres occupées par les résidents et les n° de chambres identifiés par le SI ;
  - o En matière de prise en charge en soins des résidents complexes. Si elle identifiait l'intervention de l'HAD pour deux résidentes, elle ne connaissait pas le périmètre de

leur intervention. De même, si elle identifiait une résidente avec gastrostomie, elle n'avait pas connaissance de la résidente avec colostomie. Il a été indiqué à la mission par l'AS référente que les soins pour cette dernière étaient effectués par les AS. Pour mémoire, l'[Article R4311-7](#) du Code de santé publique indique que « l'appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie » sont du domaine de compétence de l'IDE ;

- En matière de traçabilité de la distribution des médicaments et de formalisation des transmissions devant l'impossibilité d'accéder au logiciel [REDACTED]

**Écart 6'** : L'intervention d'un seul IDE la majorité des journées de juillet 2023 (87%) avec dans 25 % des cas un IDE non titulaire engendre une insécurité des soins des résidents en l'absence de coordination et d'accompagnement à la prise de poste pour le personnel non titulaire : glissement de tâche avec soins de stomie effectués par des AS qui peuvent être faisant fonction ; non repérage des résidents complexes ; défaut de visibilité et d'articulation sur l'intervention de l'HAD ; défaut d'accès au SI métier et utilisation de données périmées.

## AS

- L'établissement positionne une aide-soignante en tant qu'aide-soignante référente (ancienne IDE d'un pays étranger non membre de l'Union européenne).
- Dans la première équipe, sur [REDACTED].
- Dans la deuxième équipe, [REDACTED].
- Dans l'équipe de nuit, 5 [REDACTED] tous titulaires.

Le planning montre :

- Un fonctionnement qui ne respecte pas équipe et contre-équipe faute de ressources suffisantes dans chacune d'entre elles.  
[REDACTED]
- La présence sur 6 journées de faisant fonction uniquement donc l'absence de tout aide-soignant titulaire (les 18, 19, 22, 23, 24, 27 Juillet 2023) soit 19 % des journées.
- Un nombre de nursing qui varie de 12 à 16 en fonction du nombre d'AS présentes alors que certains résidents sont très dépendants (leur nombre n'a pu être évalué en l'absence d'actualisation du GIR).
- Le cumul de facteurs de risque pour la qualité et la sécurité des soins, le 18 juillet 2023, il n'y a que 3 AS et aucune n'est diplômée.
- Le positionnement du 17 au 28 juillet 2023 d'une AS faisant fonction d'ASG pour le fonctionnement du PASA.
- [REDACTED].

L'écart 5 et l'injonction 6 suite à l'inspection de 2022 sont donc maintenues.

**Écart 7'** : La mission constate un manque de personnel sur les missions d'aide-soignant (4 AS au maximum pour 49 résidents présents et une capacité à 58). De surcroit, 58% du personnel aide-soignant est dépourvu de diplôme. Sur 19% des journées analysées par la mission, il n'y a que des faisant fonction. Dans ce contexte, la mission constate que la prise en charge soignante des résidents ne peut être ni adaptée ni sécurisée. Un manque de personnel soignant qualifié génère un risque sur la sécurité des résidents.

## Pluridisciplinarité

Elle est limitée :

- Interventions des masseurs kinésithérapeutes libéraux
- Disparition des vacances d'orthophoniste.
- Absence de diététicien, d'ergothérapeute ou de psychomotricien.

- Fin du contrat du neuropsychologue le lendemain de l'inspection sur site, ceci pour une hypothétique reprise à temps partiel à la rentrée. Celui-ci effectuait de multiples tâches, notamment administratives (par exemple rédaction du P.E, des projets de vie...), qui dépassait ses attributions propres.

Elle n'est pas mise en œuvre :

- Absence de staff ou de réunions d'échange entre IDE ; AS et le neuropsychologue.
- Absence de dossiers ou contrats pour les vacances externes.

Elle génère des glissements de tâche

- Le manque de titulaires sur les poste infirmiers entraine des glissements de tâche vers les AS ou faisant fonction d'AS (soins de colostomie par exemple)
- L'absence de MEDCO entraine des glissements de tâche vers l'AS référente (en charge de la nutrition mais également de décider de l'utilisation des compléments alimentaires)
- L'absence d'organisation de la gouvernance entraîne des glissements de tâche vers le psychologue, pour des missions diverses.

**Ecart 8'** : La pluridisciplinarité est très limitée. Elle n'est pas mise en œuvre. Elle génère des défauts de prise en charge et des glissements de tâches qui sont facteurs d'insécurité et de défaut de qualité dans les soins aux résidents.

## Absence d'entretien d'évaluation

L'équipe d'inspection note l'absence persistante de d'entretiens d'évaluation démontrant une absence de politique d'accompagnement des salariés sur le volet R.H.

Une note interne sur le sujet a bien été diffusée aux salariés. Cependant, les entretiens ne sont toujours pas programmés.

**Ecart 9'** : L'absence d'entretien d'évaluation des salariés est préjudiciable à la mise en place d'une communication interne, à leur reconnaissance, leur montée en compétence et donc à la qualité du service en général.

## Une organisation des animations à améliorer

Une animatrice diplômée a été recrutée.

La salle Snoezelen ne fonctionne toujours pas. L'équipe d'inspection a pu constater que les aménagements n'ont pas été réalisés

Dans le cadre du suivi de l'inspection de 2022, la prescription 7 sur ce sujet avait été maintenue.

L'absence d'ouverture sur l'extérieur (sorties extérieures ou ouvrir de l'EHPAD à la vie locale) est constatée.

**Remarque 3'** : Si le recrutement d'une animatrice diplômée représente un gage d'amélioration de la qualité pour les animations, la mission constate que certains outils thérapeutiques ne sont pas utilisés (la salle Snoezelen ne fonctionne toujours pas) et qu'aucune sortie à l'extérieur n'est organisée.

## 6. Les échanges avec les usagers et leur famille ont débuté

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'une absence de fonctionnement des modalités d'échange avec les familles

**Ecart 12** : La mission constate une absence de vie sociale dans l'établissement expliquée par les manquements suivants :

- l'absence d'instance permettant aux résidents et aux familles de s'exprimer sur le fonctionnement de l'établissement.

En conséquence, cette absence de vie sociale porte atteinte aux droits et libertés des résidents et de leurs familles et favorise un risque de glissement pour ces derniers.

**Injonction 10** : Faire fonctionner le Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Dans le cadre du suivi de l'inspection, l'injonction 10 a été levée.

- b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les modalités d'échange avec les résidents et leur famille restent fragiles.

La mission note la mise en place du CVS le 17 avril 2023, mais aucun élément n'atteste de l'organisation d'autres CVS dans les 12 derniers mois.

Des difficultés de fonctionnement de l'instance subsistent, aucun élément n'atteste de son fonctionnement en 2022. Il n'existe pas d'enquête de satisfaction des résidents ou familles.

Du fait de la rédaction unilatérale par l'établissement des projets de vie individuels, de l'absence de signature par les résidents et leur famille, les personnes de confiance ne sont pas désignées.

Les fêtes avec les familles sont cependant organisées. Cependant, le taux de participation des familles n'est pas connu.

**Ecart 10'** : L'absence d'organisation des 3 CVS par année, conformément à l'article D311-3 du CASF et de la désignation des personnes de confiance est préjudiciable à la qualité de la prise en charge des résidents.

## 7. Les conditions d'hébergement continuent à présenter de nombreux facteurs d'insécurité

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait de nombreux facteurs de risque

### Fonctionnement des appels malades

**Ecart 13 :** La non-réponse de l'équipe soignante aux sollicitations des appels malades présente un danger grave pour la santé et la sécurité des résidents de l'EHPAD. La constatation de la chute par l'équipe d'inspection a permis de mettre en exergue le fait que le personnel n'était pas formé et contrôlé sur l'utilisation des DECT. L'équipe en place n'a pas pris conscience de la gravité de la situation. Si l'équipe d'inspection n'était pas passée après la chute de cette résidente et sollicité le personnel soignant, cette dernière aurait pu rester au sol plusieurs minutes sans aucune aide.

**Injonction 11 :** Les personnels soignants doivent avoir sur eux des DECT en état de marche.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 11 maintenue.

\*\*\*

### Non-respect des mesures d'hygiène

**Ecart 15 :** Une salariée signalait des symptômes rhinopharyngés, était encore en civil dans la salle de soins du 1<sup>er</sup> étage et ne portait pas de masque chirurgical ; elle n'a pas pratiqué de test de dépistage COVID avant sa prise de poste. Elle présente donc un risque de contamination des résidents de l'EHPAD.

**Injonction 12 :** Le personnel doit respecter les instructions et les bonnes pratiques pour la prévention des risques de transmission croisée des maladies infectieuses en EHPAD.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 12 maintenue.

\*\*\*

### Insécurité des locaux

**Remarque 19 :** Les escaliers ne sont pas sécurisés et présentent un danger pour les résidents du fait du risque de chute.

**Recommandation 15 :** Mener une réflexion sur la sécurisation des escaliers qui sont trop facilement accessibles pour des résidents déambulants ou avec une démarche présentant un risque de chute élevé.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, recommandation 15 maintenue.

\*\*\*

**Remarque 20** : L'organisation de la prise en charge nocturne n'est pas satisfaisante au regard de l'organisation architecturale et la disposition des locaux et présente des risques pour la sécurité des résidents, tel qu'en témoigne l'évènement indésirable sus cité.

**Recommandation 16** : Revoir l'organisation de la prise en charge nocturne et la disposition des effectifs soignants.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, recommandation 16 maintenue.

\*\*\*

**Remarque 22** : L'EHPAD ne dispose pas d'un accès sécurisé, que ce soit au niveau de l'enceinte ou de la porte d'entrée ce qui engendre un risque de fugue important.

**Recommandation 18** : Sécuriser l'accès à l'EHPAD.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, recommandation 18 levée.

\*\*\*

**Remarque 23** : Une bonne partie des chambres inoccupées n'était pas fermée à clef ; d'ailleurs dans certaines d'entre elles les lits étaient défaits. De plus, dans certaines chambres à priori vides car sans aucun nom sur la porte, il y avait dans les faits des résidents à l'intérieur. Enfin, la numérotation des chambres était incohérente, ne suivant pas un ordre numérique croissant (1,2,3 etc.).

**Recommandation 19** : Tenir les portes des chambres vides fermées à clé et revoir la numérotation et la signalétique des chambres.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, recommandation 19 maintenue.

b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les facteurs de risque pour la sécurité des résidents persistent et de nouveaux ont été identifiés

### Fonctionnement des appels Malade, DECT

La mission a pu constater sur site :

- Que malgré l'acquisition de DECT, les modalités et les délais d'intervention du personnel sont insatisfaisants. Les inspecteurs ont relevé un délai de plus de 10 minutes entre l'activation de l'appel malade de la chambre 04 et l'intervention de l'aide-soignante. Pour mémoire, un délai d'environ 7 minutes est communément admis comme raisonnable.
- Que certains appels malades ne fonctionnent pas. La mission a testé certains des appels malades en lien avec la visite des chambres. Au rez-de-chaussée, à la chambre 05, il a été activé à 09h54, une aide-soignante est venue à 10h06 mais pour une autre chambre. Nous l'avons interrogée sur le fait que nous avions activé l'appel malade de la chambre 05 et elle nous a indiqué que son DECT

n'avait pas signalé d'appel pour cette chambre, nous avons vérifié sur son DECT et effectivement l'appel n'était pas affiché. Par ailleurs, au 1er étage, chambre 111 qui est une chambre double, un appel malade est arraché et pour le 2ème lit, il n'y en avait pas.

- La totalité des appels malades présents dans les chambres inspectées étaient par terre et inaccessibles pour les résidents.

**Ecart 10'** : La non-réponse de l'équipe soignante aux sollicitations des appels malades ainsi que le non-fonctionnement et la non-accessibilité des appels malades présente un risque important pour la santé et la sécurité des résidents de l'EHPAD.

## Le risque infectieux n'est pas maîtrisé.

La mission a pu constater sur site :

- Que le personnel ne porte toujours pas de vêtement de travail de façon systématique. La mission a ainsi pu rencontrer l'aide-soignante intervenant au PASA en tenue civile. Elle a indiqué à la mission alors qu'elle participait à la prise en charge des résidents avant l'ouverture du PASA, que le personnel du PASA conservait sa tenue civile. Pour mémoire, la tenue vestimentaire est un des éléments d'hygiène de base dans la politique de prévention du risque infectieux tant à destination des résidents, du personnel que de l'environnement.
- Que les sols sont collants à l'exception du 2<sup>ème</sup> étage, ce qui avait déjà été souligné dans l'inspection de 2022, ce qui est en faveur d'une utilisation inappropriée des produits d'entretien ;
- Que des DASRI sont entreposées dans les salles de bain dans deux des 4 chambres inspectées et qui accueilleraient les deux résidentes prises en charge en HAD. La mission a constaté ce stockage y compris pour la résidente qui partage sa chambre avec une 2<sup>ème</sup> résidente qui utilise la salle de bain pour effectuer sa toilette. Dans cette salle de bain, il est également retrouvé un sachet plastique qui contient des déchets non infectieux et qui est non fermé. Il s'agit donc de stockage de DASRI dans un local propre, non identifié comme lieu de stockage de DASRI, utilisé à d'autres fins (toilette), parfois dans des contenants non appropriés. Ce stockage est inapproprié alors que l'EHPAD dispose à proximité immédiate de la chambre concernée en rez-de-chaussée d'un local de stockage vide et dispose d'un local de stockage des DASRI à l'extérieur du bâtiment ;
- Que le local d'entreposage des DASRI n'était pas fermé lors de l'inspection. Lors de l'arrivée de la mission d'inspection à 9 heures, la mission note l'encombrement devant l'armoire à DASRI qui jouxte l'accès livraison. Il est relevé que le cadenas de l'armoire à DASRI est déverrouillé et accroché sur la porte. L'armoire est vide, évoquant un enlèvement récent, alors que lors de l'inspection, plusieurs cartons DASRI pleins sont retrouvés dans les salles de bain de deux chambres de résidentes.

**Ecart 12'** : Le local d'entreposage des DASRI n'est pas sécurisé. Le stockage des DASRI au sein d'un local propre contrevient à la réglementation ([guide DASRI 2009](#)). Ces éléments engendrent un risque infectieux pour les résidents et pour le personnel.



## Insécurité des locaux

La mission relève l'absence de réflexions et de mesures prises pour lever les écarts relevés en 2022 :

- Aucun escalier n'est sécurisé que ce soient les escaliers principaux ou les issues de secours. Tous sont accessibles sans barrières ;
- La porte à code de l'Unité de vie protégée (UVP), qui normalement ne peut s'ouvrir sans la saisie d'un code, dysfonctionnait le jour de l'inspection et ainsi, l'accès ou la sortie de l'UVP était possible juste en poussant la porte ;
- En parallèle, la porte d'entrée de l'EHPAD est restée ouverte une grande partie de la journée et ce malgré le défaut de la porte de l'UVP ;
- Le portail de l'accès à l'EHPAD s'ouvre automatiquement lorsqu'un véhicule se présente sans vérification par caméra de la présence d'un résident à proximité ;
- Plusieurs chambre vides (232, 105, 208...) dont certaines en UVP, ne sont pas fermées à clefs,
- Les locaux de stockage et certains placards techniques (dont les placards électriques) ne sont pas fermés à clefs, de même certains locaux sont sans lumière.
- Le listing des résidents présents le jour de l'inspection remis à la mission et comportant les numéros de leur chambre s'est avéré erroné. En effet, sur la base d'un échantillonnage, environ 70 % des chambres, n'étaient pas occupées par la personne indiquée sur la liste transmise par la direction. Exemple : le résident de la chambre n° 04 au rez-de-chaussée devait être selon la liste à la chambre 206 au 2ème étage et la résidente de la chambre n° 05 du rez-de-chaussée devait être à la chambre n° 125 au 1er étage. Ce défaut de cohérence entraîne un risque d'identitovigilance notamment dans les soins et en cas d'évacuation.
- Les fenêtres des chambres et des parties communes, ne sont pas sécurisées (absence d'entrebâilleur ou de limiteur d'ouverture) ;
- Le jardin thérapeutique de l'unité protégée n'est pas exploitable car il présente des sols irréguliers et des nids de poule et n'a pas été aménagé. Il est utilisé comme lieu de pause par le personnel.
- Au 2ème étage, une terrasse est accessible à l'ensemble des résidents. La porte vitrée ne ferme plus et une fois sur cette terrasse, il y a une échelle en place qui donne accès au toit sans aucune sécurisation.

**Ecart 13'** : La sécurité des locaux dans sa globalité (accessibilité à des zones dangereuses, accès à l'UVP, sortie de l'établissement, accessibilité aux locaux de stockage et techniques, présences de DASRI dans les salles de bains des chambres, mauvaise numérotation des chambres, fenêtres non sécurisées, accès la terrasse du 2ème étage etc...) entraine un risque important pour la sécurité des résidents de l'EHPAD.

Placard technique accessible



Terrasse dangereuse, pas exploitable



## 8. L'organisation des soins reste défaillante

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'un défaut de coordination et d'organisation des soins

### L'organisation des soins

**Ecart 16** : L'établissement n'a pas mis en place les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM en matière de soutien, d'organisation et de coordination des professionnels qui sont :

- de développer l'observation au quotidien de l'état général et nutritionnel des personnes, l'utilisation d'outils d'évaluation, le recueil formalisé et la transmission des informations, parmi lesquelles figurent celles concernant les troubles psychologiques et comportementaux et l'état nutritionnel, et plus globalement toute observation devant induire un ajustement des pratiques ;
- d'organiser périodiquement des réunions de travail guidées par une réflexion éthique intégrant les risques de maltraitance ;
- d'organiser les modalités d'un travail en équipe qui prennent en compte en particulier les événements inhabituels et les situations complexes ;
- d'identifier la nécessité de mettre en place des groupes de paroles ou d'analyse des pratiques ;
- de conduire la rédaction de protocoles et diffuser les protocoles internes existants, par exemple sur les activités structurées à but thérapeutique, les médicaments, la toilette, l'habillement, mais aussi sur des situations qu'il convient de prévenir ou de traiter (crise, agitation aiguë, apathie...)
- de favoriser l'analyse et l'adaptation des pratiques en accueillant ponctuellement des compétences spécifiques en fonction des problématiques rencontrées (équipe mobile de gériatrie, de soins palliatifs, HAD, neurologue, gériatrie-psycho)
- d'identifier les points de coordination « critiques » impliquant des professionnels de métiers différents, tels que tous les acteurs intervenant autour du repas (médecin coordonnateur, diététicien, ergothérapeute, infirmier, aide-soignant...).

**Injonction 13** : Mettre en place les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 13 maintenue.

\*\*\*

## La coordination des soins

**Ecart 17** : S'agissant d'une des missions réglementaires du médecin coordonnateur, l'équipe d'inspection constate l'absence de réunion de cette commission de coordination gériatrique depuis plus d'un an, a fortiori en constatant l'importance des écarts aux bonnes pratiques de prescription médicamenteuse gériatrique, notamment en matière de neuroleptiques et de somnifères. C'est d'autant plus regrettable qu'une fiche de protocole de 2015 sur la prévention des chutes expose clairement les risques liés à la prise de ces médicaments et leur effet de sommation chez les personnes âgées.

**Injonction 14** : Mettre en place la commission de coordination gériatrique.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 14 maintenue.

\*\*\*

**Ecart 18** : Pour la partie médicale :  
Les objectifs et démarches sont identiques pour les 3 projets de soins.  
Les actions ne sont que des actions générales (évaluer l'état cutané, la déshydratation ; évaluer l'autonomie de la personne ; proposer la mise à jour des vaccinations...) et non adaptées à chaque résident : ce sont les mêmes actions pour les 3 résidents.  
Les évaluations sont inexistantes.  
Pour le côté psychologique :  
Ils sont adaptés en fonction des résidents mais sont succincts en matière d'actions et d'évaluation.  
Les projets de soins sont donc incomplets, ce qui présente un risque pour la prise en charge des résidents et leur continuité des soins, notamment au regard de la nécessité pour l'ensemble du personnel soignant d'en connaître les éléments.

**Injonction 15** : Réaliser les projets de soins détaillés en équipe pluridisciplinaire, les personnaliser et les adapter à chaque résident, les évaluer régulièrement.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 15

\*\*\*

**Ecart 19** : les projets ne présentent pas d'histoire de vie, d'anamnèse. Les actions sont globales, non détaillées ni adaptées, ce qui ne permet pas à l'équipe de l'EHPAD de connaître le résident pris en charge et d'adapter son intervention en fonction de ses habitudes de vie et attendus. L'objectif d'un projet de vie n'est donc pas rempli.

**Injonction 16** : Réaliser les projets de vie à partir d'une d'histoire de vie, d'une anamnèse en mettant en place des actions adaptées à chaque résident

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 16 maintenue.

\*\*\*

## La gestion des compléments alimentaires

**Ecart 11** : L'absence de cohérence entre les déclarations faites et les constats (renouvellement indiqué comme mensuel, et commande réalisée de manière bi annuelle) cumulé au manque de traçabilité des données interroge quant à la gestion du besoin des résidents et à la disponibilité réelle ou non des quantités nécessaires.

**Injonction 9** : Revoir la procédure d'attribution et distribution des compléments alimentaires

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 9 levée.

\*\*\*

## La sécurisation du circuit du médicament

**Ecart 20** : Des feuilles blanches volantes, faisant même office de « prescription » ont été vues, comme celle de [REDACTED] portant la mention d'administration de Rocéphine injectable. L'ordonnance de prescription manuscrite ou informatique n'a pas été trouvée, pourtant le flacon de Rocéphine injectable était bien présent sur le chariot de distribution des médicaments.

**Injonction 17** : L'administration par un soignant d'un traitement à un résident en l'absence de prescription médicale datée et signée, est interdite. R.5132-3 et R.4311-7 du CSP.

Dans le cadre du suivi de l'inspection, injonction 17 levée.

**Injonction 18** : Le circuit du médicament doit entièrement être revu afin de corriger tous les écarts et remarques émis ; un plan d'actions avec échéancier court doit être élaboré et transmis à l'ARS.

Les éléments de réponse transmis par la direction de l'établissement montrent une amélioration dans le processus de sécurisation de la prise en charge pharmaceutique, néanmoins au regard du nombre de recommandations qui ne sont pas levées, l'injonction 18 reste maintenue.

Une analyse détaillée avait été adressée au directeur de l'établissement le 12 juillet et est en annexe 4.

b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les dysfonctionnements persistent

## L'organisation des soins

Comme en 2022, la mission d'inspection souligne la disponibilité des 5 médecins traitants et du psychiatre libéral qui tracent leurs examens et consignes. Elle note la diminution relative des prescriptions et doses de psychotropes par rapport à la précédente inspection. Elle relève que l'intervention du psychiatre libéral permet de faire face aux difficultés de prise en charge d'un certain nombre de résidents orientés par le centre hospitalier Sainte-Marie.

Toutefois, plusieurs points de défaillance ont été documentés par la mission d'inspection :

- Une absence de politique d'admission avec un défaut de procédure et de réflexion sur les critères d'admission et d'adéquation entre les soins proposés par la structure et les besoins en soins des résidents :
  - o La mission d'inspection a documenté la présence d'un [REDACTED]  
[REDACTED] La mission relève que le dispositif d'Appui à la Coordination a été mobilisé le 10 juillet 2023 devant le constat de l'inadéquation de l'hébergement proposé mais que cela aurait pu être évité par la vérification de l'âge de ce résident qui relève d'une orientation sur le secteur du handicap. Pour ce résident, sorti de SSR avec le détail des aides à la vie quotidienne à mettre en place, rien n'apparaît sur le dossier [REDACTED] La mission relève également que des séances de kinésithérapie ont été mises en place après un bilan réalisé le 19 juillet soit 15 jours après l'entrée ;
  - o Deux résidentes prises en charge en HAD sans traçabilité de cette prise en charge ni dans les dossiers « papier » ni dans le système d'information [REDACTED] ;
  - o Deux résidents avec gastrostomie ou colostomie alors que la continuité des soins infirmiers est impossible à réaliser en l'absence d'IDEC et face au recours à l'intérim ou aux CDD (cf chapitre sur les IDE).

**Ecart 14'** : L'absence de politique d'admission conduit l'EHPAD à héberger des résidents qui ne correspondent pas à ses capacités de prise en charge en soins (absence de validation de l'âge à l'entrée ; absence de réflexion sur la capacité de prise en charge de résidents complexes et de démarche pour une orientation vers une structure plus adaptée de type USLD par exemple pour la résidente porteuse d'une gastrostomie). Cet élément compromet la qualité et la sécurité de la prise en charge.

- Une absence d'évaluation gériatrique d'entrée puis en cours de séjour depuis le départ du MEDCO avec une suppléance partielle par le neuropsychologue qui réalise des tests des fonctions supérieures. Il s'agit d'une des missions réglementaires du médecin coordonnateur qui "coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses". Cette évaluation doit être « réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin » et ses conclusions sont transmises au médecin traitant. Elle permet d'établir un bilan du résident à son entrée dans l'établissement, de rechercher ses facteurs de risque et donc de préparer le plan de soins personnalisé, le suivi médical et de prévenir les complications. La mise en place de la télé-coordination n'a pas permis dans le cas présent de suppléer à l'absence de MEDCO sur site. La mission relève ainsi que les synthèses d'évaluation médicale présentes dans [REDACTED] ressortent avec un nombre important d'écarts indiquant que les évaluations ou les réévaluations n'ont pas été effectuées.

**Ecart 15'** : L'établissement ne réalise pas l'évaluation gériatrique prévue par l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles dans les missions du médecin coordonnateur. En ne réalisant pas cette évaluation, il n'est pas en capacité d'établir un bilan du résident à son entrée, de rechercher ses facteurs de risque et donc de préparer le plan de soins personnalisé, le suivi médical et de prévenir les complications. Il n'est pas non plus en capacité d'évaluer l'évolution des besoins du résident en cours de séjour.

- Une absence de plan de soins. Lors de la visite des locaux par la mission d'inspection, les inspecteurs ont constaté en rez-de-chaussée :
  - o [REDACTED] un résident alité, criant pour demander à boire, ne pouvant atteindre la carafe posée sur la table de nuit et ne disposant pas de verre ;
  - o [REDACTED] prise en charge en HAD, [REDACTED], inconfortable dans sa position demi-assise face à un petit déjeuner intact, posé sur une

tablette devant elle à 10 heures du matin. Ni la réfection du lit ni les soins du nursing n'étaient réalisés pour cette résidente qui présentait un faciès douloureux et geignait. Interrogée, l'AS qui intervenait sur la chambre voisine a indiqué qu'elle attendait que sa collègue se libère pour réaliser la toilette en binôme. L'AS référente a indiqué qu'il n'y avait pas de plan de soins pour les nursings et que la priorité était donnée aux résidents du PASA qui devaient être sur site à 10 heures. La mission relève que cette résidente est indiquée comme étant en GIR 2 dans son dossier alors que sa perte d'autonomie pour se déplacer, se relever dans le lit, boire et manger est totale.

**Ecart 16'** : L'absence de plan de soins pour la réalisation des nursings est préjudiciable au bien-être physique et moral des résidents. En priorisation les aides à la toilette des résidents du PASA, l'établissement ne prend pas en compte les besoins fondamentaux des résidents complexes dont l'autonomie est très altérée et qui sont donc entièrement dépendants des aides apportées par les soignants.

- Une multiplication des supports de traçabilité et d'information : logiciel [REDACTED] ; dossier papier sur deux sites : dans le bureau infirmier ou dans l'UVP pour les résidents de cette unité ; classeur des contentions sans tableau récapitulatif des résidents sous contention au jour J ; classeur de suivi nutritionnel ; classeur non à jour des fiches d'administration des médicaments...

**Ecart 17'** : La multiplication des supports de traçabilité et leur incomplétude ne permet pas d'assurer la continuité de la prise en charge entre les médecins amenés à intervenir d'une part et entre les IDE qui n'ont pas de temps de transmission entre eux et un accès limité au système d'information pour les vacataires. Par la perte d'informations qui est ainsi engendrée, la sécurité de la prise en charge ne peut être assurée.

- Un défaut de coordination des intervenants extérieurs : la commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place malgré la télé-coordination à distance. La convention de télé-coordination ne prévoit pas que le médecin télé-coordonateur assume cette mission.
- Une prise en charge des escarres de la douleur sans traçabilité :
  - o Lors de la visite des locaux, le médecin inspecteur a repéré deux résidentes pour lesquelles une intervention de l'HAD était mise en place ;
  - o Cette intervention n'apparaît ni dans le dossier papier ni dans le dossier informatisé. La convention d'intervention n'a pas été retrouvée ;
  - o Pour la résidente [REDACTED] présente dans l'établissement depuis [REDACTED], les médecins relèvent la traçabilité par le médecin traitant d'un arrêt de la marche depuis l'automne 2022 en lien avec [REDACTED]. Il n'y a pas dans le dossier papier comme dans le dossier informatisé de convention pour cette prise en charge. La consultation de la fiche de prescription permet de retrouver une prise en charge de la douleur [REDACTED]. Toutefois, le dossier ne permet pas de retrouver d'évaluation récente de la douleur ;
  - o Pour la résidente [REDACTED] II n'existe pas de traçabilité des soins réalisés ni de l'évolution des escarres ni de la prise en charge de la douleur (sauf une mention le 25 mars de résidente « très douloureuse » et d'administration d'un gramme de paracétamol.

- Aucune traçabilité ni coordination avec l'intervention de la HAD Nice et région intervenant pour 2 résidents avec pansements long et complexe (escarre) et découvert par hasard lors de l'inspection,
- Visualisation [REDACTED] du « Plaies et escarres avec protocole » : cumul des résidents concernés depuis 2020, sans mise à jour des seuils actuels.

**Ecart 18'** : L'absence de traçabilité des évaluations de la douleur chez des résidentes porteuses d'escarres de surcroît sur plusieurs sites ne permet pas d'assurer que l'établissement s'assure que toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée comme cela est prévu au titre de l'article L1110-5 du Code de la santé publique.

### Les projets de vie, projet de soins, ne sont pas partagés.

Les projets de vie comme les projets de soins sont rédigés par le psychologue, cette rédaction n'est pas partagée par le reste de l'équipe, et celle-ci n'est pas relue par les soignants. (IDE, médecin en télé coordination...). La rédaction des projets de vie individuels est à reprendre dans sa totalité, Aucun objectif n'est renseigné, ni aucun moyen mesurable, quantifiable décliné. Ce qui ne permet pas de réévaluation dans le temps. Il en est de même pour les projets de soins qui n'ont pas à être rédigés par le psychologue, Ils ne comprennent eux aussi, ni objectifs, ni moyens.

**Ecart 19'** : les projets de vie comme de soins ne sont pas élaborés et rédigés de façon pluri-professionnelles, ce qui ne permet pas aux soignants le meilleur accompagnement des résidents.

### La nutrition et la gestion des compléments alimentaires

La mission relève par rapport à l'inspection de 2022 l'arrêt des interventions de l'orthophoniste libérale et la persistance de l'absence de diététicienne.

En l'absence de MEDCO et d'IDEC, la mission d'inspection n'a pu déterminer qui était en charge de la prescription des régimes spéciaux et des textures des repas. Elle a constaté que l'AS référente était en charge du suivi nutritionnel. Elle dispose pour les pesées d'un matériel limité (1 unique balance) et ne dispose pas de protocole écrit pour fixer les conditions de pesées. Elle tient à jour un tableau de suivi des poids avec comparaison sur le mois M-1 et consigne les résultats de l'albuminémie.

A nouveau, les médecins ont pu constater des discordances dans le suivi nutritionnel pour une patiente [REDACTED]. On relève une perte de 4 kgs entre les mois de juin et juillet, sans visibilité sur la dynamique de la courbe de poids sur le mois précédent et avec une albuminémie normale. Son nom apparaît dans la liste des résidents sous compléments alimentaires affichée au sein du bureau infirmier mais sans prescription de ces compléments sur le dossier [REDACTED].

Un échange entre un membre du personnel et l'AS référente sur la distribution des compléments alimentaires a montré que cette dernière adaptait seule cette distribution faute d'avis médical.

L'ensemble de ces éléments amène à maintenir l'écart 11 du rapport de 2022 et à remettre l'injonction 9 du tableau des mesures du fait du manque d'opérationnalité des actions mises en œuvre.

## 9. Une prise en charge en UVP toujours inopérante

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'un défaut de coordination et d'organisation des soins de l'UVP

### L'absence d'intégration dans le projet d'établissement

**Ecart 21** : Il n'est pas intégré dans le projet d'établissement les spécificités de fonctionnement et d'organisation liées à la population accueillie souffrant de symptômes psycho-comportementaux. Il ne comprend pas un volet spécifique portant sur :

- les moyens de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne, sociale, citoyenne, de maintenir un bon état général ;
- les moyens de prévenir l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux (ou de les prendre en charge) grâce à un cadre de vie chaleureux, alliant sécurité et liberté, un accompagnement attentif et respectueux, des activités adaptées ;
- l'organisation de l'unité de vie ainsi que du PASA et leur articulation avec le reste de la structure ;
- l'adaptation au rythme de vie des personnes accueillies grâce à la souplesse des horaires et du fonctionnement dans la vie quotidienne ;
- les outils de veille et les modalités d'une évaluation régulière des capacités, besoins et attentes des personnes accueillies ;
- la place des aidants ;
- l'adhésion des associations de familles à ce volet.

De même, il n'y a pas de volet consacré à l'identification des indications d'admission des personnes en fonction des capacités de l'établissement, de ses perspectives d'évolution, et des complémentarités susceptibles d'être mises en œuvre sur le territoire avec d'autres structures sanitaires ou médico-sociales.

**Injonction 19** : Élaborer un projet d'établissement comportant un projet de soins intégrant l'ensemble des volets participant à la bonne prise en charge et au bien-être des résidents, avec la spécificité de ceux présentant des maladies de type Alzheimer.

Dans le cadre du suivi de l'inspection de 2022, l'injonction 19 était maintenue du fait de l'incomplétude du projet de soins. Le projet d'établissement n'est donc pas conforme aux attendus de l'HAS.

### La prise en charge des patients de l'UVP

**Ecart 22** : L'absence d'un soignant dédié à l'UVP de manière continue met en péril la sécurité des résidents et ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité.

**Injonction 20** : S'agissant d'une unité fermée, la présence permanente d'un personnel est requise ; en cas de retard ou d'absence inopinés, l'IDEC doit être prévenu (cela n'était pas le cas) et une procédure de suppléance (maintien en poste ou suppléance par un autre personnel) doit être mise en place

Dans le cadre du suivi de l'inspection de 2022, l'injonction 20 était maintenue du fait de l'absence de pièces justifiant de l'effectivité de la mesure.

## b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les dysfonctionnements persistent

La mission d'inspection s'est présentée à 9 h 30 au sein de l'unité de vie protégée.

### Les locaux sont insuffisamment sécurisés pour la population accueillie

- Ouverture de la porte de l'unité de vie protégée possible de l'intérieur comme de l'extérieur tout au long de la journée, malgré plusieurs tentatives de réparation par l'agent d'entretien. Plusieurs tentatives de sortie de la part d'une résidente. Ce point a été traité dans le paragraphe relatif aux locaux.
- L'architecture de l'UVP ne permet aucune surveillance de la pièce principale depuis les chambres, ce qui accentue l'insécurité des résidents quand seule la faisant fonction d'AS est présente et occupée aux toilettes des résidents
- Il n'est pas noté d'amélioration dans la décoration de cette unité pour favoriser la réminiscence ou l'orientation temporo spatiale
- Le jardin thérapeutique est insécure car sans accompagnement du personnel et le sol est déformé (dénivelés ou replis des plaques de gazon synthétique). Son accès n'est pas libre puisque sa porte d'accès se trouve dans la salle à manger qui est fermée à l'arrivée de la mission d'inspection (porte et volets) et non dotée d'un dispositif d'ouverture automatique par détection de présence .de fait, aucun des résidents n'est dans ce jardin non aménagé et non ombragé, dont l'accès dépend du personnel. La boucle de déambulation n'est donc pas favorisée, source potentielle de stress et angoisse chez les résidents.
- Les WC collectifs sont non conformes : un WC sans lumière et avec une sonnette d'appel inaccessible. Le dérouleur de papier du deuxième WC est vide.

**Ecart 20'**: La sécurité des locaux de l'UVP (accès à l'UVP, sécurité de déambulation dans le jardin thérapeutique ; WC communs ; absence de possibilité pour le personnel de surveiller la salle commune depuis les chambres...) entraîne un risque important pour la sécurité des résidents de l'EHPAD. La décoration n'est pas adaptée aux personnes présentant des troubles neuro-évolutifs.

### Le personnel n'est pas formé et en nombre insuffisant

- [REDACTED]
- L'AS faisant fonction interrompt les toilettes pour la distribution de boissons à 10 h 15, elle quitte l'unité à 11 h 30 pour participer aux transmissions et est alors remplacée par une ASH.
  - Il est à noter que le personnel de l'UVP tourne chaque semaine désormais, en alternance avec l'hébergement traditionnel.

- [REDACTED]
- L'animatrice arrivera dans l'UVP à 11 h 30. Elle indique à la mission d'inspection être en train de réaliser un atelier musicothérapie qui consiste à faire écouter aux résidents des chansons des années 80 avec un petite enceinte portable reliée en Bluetooth à son téléphone. Comme les cris et les insultes continuent, et qu'il n'y a pas de salle d'activités dédiée, la pertinence de cet atelier est à revoir.
  - Selon ses dires, elle devait enchaîner avec un atelier de gymnastique douce, dont personne ne profitera puisqu'il est l'heure d'installer les résidents en salle à manger.
  - Aucune animation ne sera réalisée l'après midi

- Au repas, il y a deux AS faisant fonction pour 13 résidents au total, dont quatre sont à aider totalement pour la prise alimentaire et dont deux sont régulièrement à aller chercher car quittant la table

**Ecart 21'** : Le personnel de l'UVP n'a pas de compétence (pas d'ASG) ni de formation particulière. Le jour de l'inspection, il s'agissait de surcroît de faisant fonction d'AS. Le planning ne favorise pas le positionnement des mêmes personnels sur l'unité ce qui ne favorise pas le repérage de ces personnels par les résidents. La présence d'un seul personnel en journée ne permet pas une prise en charge adéquate ce qui s'est traduit lors de l'inspection par des troubles du comportement des résidents laissés à eux-mêmes. Les activités proposées ne correspondent pas aux besoins de prise en charge des résidents présentant des troubles neuro-évolutifs.

### L'organisation de la prise en charge est défailante comme le montrent les troubles du comportement constatés sur site

- Présence de 9 résidents livrés à eux-mêmes dans le séjour de l'UVP, avec un niveau sonore non négligeable dû aux disputes et insultes de certains résidents, sans aucun personnel présent pour les calmer et les occuper.
- Les fiches individuelles de nursing, rangées dans un classeur sur le chariot des toilettes, ne sont pas datées. Elles sont inexploitable puisqu'il est juste mentionné « aide à la toilette » ou « aide à l'habillage » ; il n'y a aucun déroulement chronologique, ni aucune référence aux soins d'hygiène bucco-dentaire ou à la présentation du résident aux WC à heures fixes. Il n'est pas possible pour l'équipe de contrôle de savoir qui rédige ces fiches de nursing, si elles sont réévaluées en fonction du girage des résidents, si elles favorisent le respect de l'autonomie résiduelle.
- La prévention de la dénutrition :
  - Il n'y a pas de protocole de pesée ; de fait, la pesée mensuelle des résidents est inexploitable du fait du risque d'erreurs et de fausses variations entre deux mesures. L'absence de médecin coordonnateur et l'absence d'implication du médecin en télé-coordination sur ce point compromet gravement la prévention et la correction de la dénutrition, qui semble se faire au petit bonheur la chance à coup de compléments nutritionnels oraux administrés sans prescription retrouvée le jour du contrôle.
  - Il en est de même pour les régimes transformés, il n'est pas possible de connaître l'antériorité de leur administration faute de prescription, ni d'apprécier leur réévaluation, ce d'autant que l'orthophoniste libérale qui intervenait auparavant, ne vient plus dans l'établissement. Il n'est pas possible d'apprécier les méthodes d'enrichissement des plats par le cuisinier ni les consignes qui lui sont données à ce sujet. Il n'y a aucune traçabilité dans les dossiers individuels, ni protocole de prise en charge spécifique.
  - La présentation à l'assiette n'est pas améliorée depuis le dernier contrôle : absence de jeux de couleurs et contrastes, pas d'utilisation de moules en silicone pour donner des formes aux aliments mixés qui sont toujours servis en vrac dans des ramequins.
  - Il n'y a pas de menu de substitution et [REDACTED] ne touchera pas à son entrée par dégout.

**Ecart 22'** : L'absence de fiches individuelles de soins en regard de la grille AGGIR du résident ne permet pas de respecter l'autonomie résiduelle, d'autant plus dans un contexte de turn over du personnel. La prise en charge n'est pas individualisée, l'hygiène bucco-dentaire et la présentation régulière aux WC ne sont pas respectées.

**Remarque 4'** : La prévention de la dénutrition n'est pas suffisamment mise en œuvre au sein de l'UVP alors que les résidents avec troubles neuro-évolutifs sont très exposés à ce risque.

## 10. Une prise en charge au sein du PASA qui reste insatisfaisante

- a. Lors de l'inspection du 20 avril 2022, constat avait été fait d'un fonctionnement insatisfaisant du PASA

### L'absence d'intégration au projet d'établissement

**Ecart 23** : Le PASA fonctionne sans psychomotricien ou ergothérapeute contrairement aux exigences de l'article D 312-155-0-1 du CASF. En ne respectant pas le cahier des charges national et régional et en ne mettant pas à disposition du PASA le nombre de soignant qualifié nécessaire, le gestionnaire ne se donne pas les moyens de faire fonctionner ce dispositif pourtant nécessaire à la prise en charge des résidents atteints de troubles du comportement consécutifs à une maladie neuro dégénérative. Cela présente une perte de chance pour les résidents pouvant y prétendre.

**Injonction 21** : Recruter le personnel prévu dans le cahier des charges du PASA.

Dans le cadre du suivi de l'inspection de 2022, l'injonction 21 avait été levée.

\*\*\*

**Ecart 24** : Dans le projet d'établissement présenté, le PASA n'est pas intégré, ce qui aurait permis de définir les profils de personnes éligibles ; le programme des activités, de leurs objectifs et des évaluations rattachées ; le personnel qui interviendra au PASA ; les formations envisagées ; les organisations de coordination entre l'EHPAD et le PASA.

**Prescription 7** : Élaborer dans le projet d'établissement, un volet spécifique pour le fonctionnement du PASA.

Dans le cadre du suivi de l'inspection de 2022, la prescription 7 avait été maintenue.

- b. Lors de l'inspection du 27 juillet 2023, les dysfonctionnements persistent

Le jour de l'inspection : le cahier des charges du PASA est non respecté.

- Le PASA fonctionne avec une aide-soignante qui n'est pas ASG du fait des congés
- Le planning indique que le PASA a fonctionné 10 jours dans le mois
- Il n'y a ni psychomotricien ni ergothérapeute. Le neuropsychologue quitte l'établissement le lendemain de l'inspection.
- Il n'existe pas de chapitre dédié au PASA au sein du projet d'établissement.

**Ecart 23'** : le non-respect du cahier des charges du PASA conformément à l'article D 312-155-0-1 du CASF, tant au niveau de l'absence de qualification ou de recrutement des professionnels intervenant au sein de cette unité que son absence de fonctionnement, montre que l'établissement ne respecte pas son autorisation

## 11. Conclusion

L'Ehpad Clair logis est un Ehpad familial de 58 places situé à Contes. Le gestionnaire, qui possédait initialement trois établissements, en a cédé un et a regroupé les deux autres sur le site de Clair Logis.

Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> inspection réalisée par l'ARS et le Conseil départemental après celle de 2018 puis celle de 2022.

Une direction est en place, avec un directeur diplômé mais disposant d'une marge de manœuvre réduite par rapport au gestionnaire. La mission d'inspection a constaté des améliorations formelles (projet d'établissement ; projets de vie) mais qui ne se traduisent pas de manière effective dans un meilleur fonctionnement de l'institution au service de la qualité de la prise en charge des résidents.

Les constats sur site montrent la persistance voire l'aggravation des dysfonctionnements constatés antérieurement et l'apparition de nouveaux facteurs de fragilité :

- La sécurité des locaux, dont l'inspection de 2022 avait mis en évidence les lacunes sur plusieurs points, n'est toujours pas assurée ce qui représente pour les résidents un risque d'intrusion, de fugues et de chutes important. La gestion des DASRI montre une non maîtrise du risque infectieux.
- En l'absence de MEDCO sur site et d'IDEC, la procédure d'admission des résidents est inopérante et amène à accueillir des personnes dont la prise en charge ne doit pas être réalisée en Ehpad. La mission a constaté l'accueil depuis le 4 juillet 2023 d'une personne âgée de 36 ans, en situation de handicap et sans demande de dérogation d'âge ce qui ne respecte pas les conditions d'autorisation de l'établissement.
- Les ressources humaines présentent de multiples facteurs de fragilité : les effectifs IDE sont pourvus à 50%. Les IDE vacataires ne font l'objet d'aucun accompagnement lors de leur prise de poste ce qui met en danger la sécurité des soins. Les effectifs AS sont insuffisants avec un nombre important de personnels non diplômés (58%). La mission relève un manque de pluridisciplinarité.
- L'organisation et la coordination des soins ne sont plus assurées en l'absence de médecin coordonnateur sur site et d'infirmier coordonnateur alors que l'établissement a recours à une coordination à distance inopérante du fait notamment de l'absence d'IDEC et de la vacance de 50% des effectifs IDE. La mission a pu constater les conséquences sur les résidents avec une insuffisance de la prise en charge de la douleur ; la survenue d'escarres ; la survenue de chutes graves non déclarées auprès des tutelles et pour lesquelles la prévention, la détection, la prise en charge sont déficientes.
- La prise en charge en unité de vie protégée ne correspond pas aux attendus du cahier des charges régionales ce qui représente un risque pour la qualité et la sécurité des soins des résidents avec troubles neuro-évolutifs et leur bien-être physique et moral.

Ces constats ont conduit le directeur général de l'ARS et le président du Conseil départemental à prendre une injonction immédiate d'arrêt des admissions (courrier en annexe 5).

L'ensemble de ces éléments et le fait que l'Ehpad n'a pas mis en œuvre les mesures correctives prescrites suite à l'inspection de 2022 amènent à considérer que la prise en charge des résidents est compromise et la qualité et la sécurité des soins non assurés.

Fait le 11 aout 2023,

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Médecin inspecteur de santé  
publique

[REDACTED]

Pharmacien inspecteur de santé  
publique

[REDACTED]

Inspecteur de l'action  
sanitaire et sociale

[REDACTED]

Inspecteur ARS

[REDACTED]

Médecin inspecteur de santé  
publique

[REDACTED]

Chef du service  
établissements et services  
médico-sociaux

Chargée de suivi EHPAD

Médecin territorial

## Annexe 1 : Lettre de mission et lettre d'annonce

## Annexe 2 : La liste des documents demandés

Liste des documents à récupérer immédiatement à l'arrivée sur site en perspective de la visite des locaux et des entretiens :

- Planning IDE, IDEC, AS, ASH, MEDEC du jour de l'inspection
- Liste et Nombre de pensionnaires présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, date de naissance et GMP) en spécifiant ceux dans l'UVP
- Plan des locaux

Liste des documents à demander à la direction de l'établissement à l'arrivée sur site pour mise à disposition de la mission d'inspection pour consultation sur place :

- Diplômes du personnel : medco, idec, ide, as, ash, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP
- Contrat de travail (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP
- Si un médecin est présent au sein de la mission d'inspection, 5 dossiers médicaux tirés au sort parmi l'ensemble des dossiers des résidents de l'UVP

Liste des documents à demander à la direction de l'établissement pour remise à la mission d'inspection au terme de la visite :

<b>Documents</b>
<b>Organigramme nominatif de la structure</b>
<b>Procédure d'astreinte</b>
<b>La Direction</b>
<b>Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur</b>
<b>Document Unique de Délégation pour le Directeur salarié.</b>
<b>Document précisant les jours de présence du directeur</b>
<b>Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci.</b>
<b>Tableau arrivée et départ du poste de directeur sur les 5 dernières années (nom, prénom, motif de départ)</b>
<b>Pilotage, coordination et communication</b>

<b>Documents</b>
<b>Projet d'établissement</b>
<b>Le livret d'accueil</b>
<b>3 derniers Comptes rendus des réunions entre le directeur et le directeur régional (privé lucratif) / PV du conseil d'administration (ehpad public autonome) / conseil de surveillance ( public rattaché à un ES) / et l'association gestionnaire (privé associatif)</b>
<b>3 derniers Comptes rendus des réunions de direction (CODIR)</b>
<b>3 derniers PV du Conseil de la Vie Sociale</b>
<b>3 derniers PV de la Commission des menus</b>
<b>La procédure de signalement et de traitement des EIG et des EIGS (comité de gestion des risques, compte rendus et les mesures correctives pour éviter la réitération des dysfonctionnements)</b>
<b>La procédure de gestion des réclamations des usagers et/ou de leurs familles</b>
<b>Les effectifs de personnel</b>
<b>Tableau détaillé du 22février 2022* du personnel comportant le nom, la fonction, le type de contrat (CDI ou CDD), le temps de travail et la date d'entrée dans l'établissement pour IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)</b>
<b>Planning du personnel du mois en cours (jour et nuit) : IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)</b>
<b>Planning du personnel du mois précédent* (jour et nuit) prévisionnel et réalisé :IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, diététicien, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)</b>
<b>Traçabilité de la transmission des extraits de casiers judiciaires de tous les salariés ("bulletin n° 3")</b>
<b>Traçabilité des rendez-vous de chaque salarié avec la médecine du travail</b>
<b>Fiche de poste du personnel (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)</b>
<b>Plan de formation en interne/externe sur les 5 dernières années</b>
<b>Protocole dérogatoire</b>

<b>Documents</b>
Liste des agents intégrés dans le protocole régional AS-AES-AMP et le nom de leur tuteur
Document spécifique à chaque agent dans le dispositif écrit indiquant le nom du tuteur et sa fonction
Les évaluations signées par les agents concernés menées par l'IDEC à l'aide de la fiche transmise par l'ARS
Fiche de poste du personnel (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)
Un document précisant à quel niveau de qualification / professionnalisation sont l'/les agent(s) intégré(s) dans le dispositif
La fiche de poste datée et signée des agent(s) intégré(s) dans le dispositif qui doit préciser le périmètre et exclure la distribution de médicament et le travail de nuit
Plan de formation en interne/externe sur les 5 dernières années

**Spécifique à l'UVP**

<b>Documents</b>	<b>Remis (à cocher si remis)</b>
Liste des résidents de l'UVP le jour de l'inspection	
Le planning des effectifs dédiés à l'UVP le jour de l'inspection (pour le jour et pour la nuit) et la semaine en cours	
Le temps d'animateur, de psychologue, de psychomotricien et/ou d'ergothérapeute dédié à l'UVP (et le diplôme de ces intervenants)	
Le rapport annuel d'activité (n-1) et le rapport médical annuel du MEDCO (pour prise en compte de la partie relative à l'UVP)	
La procédure d'admission à l'UVP et la procédure de sortie	
Le planning des activités pour les résidents de l'UVP / la fiche descriptive de ces activités / le bilan (année n-1 et en cours)	
La liste des formations suivies par le personnel dédié et celles qui portent pour l'ensemble du personnel de l'EHPAD sur la connaissance et la prise en charge des maladies neurodégénératives (année n-1)	
Les projets personnalisés de 5 résidents (tirés au sort par la MI)	
A remettre au médecin (ou en cas d'absence sous enveloppe pli médical confidentiel)	

Documents	Remis (à cocher si remis)
<ul style="list-style-type: none"><li>- les documents de liaison d'urgence avec photocopie de l'ordonnance en cours pour l'ensemble des résidents de l'UVP</li><li>- le compte rendu du document d'admission pour 5 résidents tirés au sort</li></ul>	

### Annexe 3 : La liste des personnes rencontrées

[REDACTED]	Directeur de l'EHPAD
[REDACTED]	Adjointe de Direction
[REDACTED]	Neuro Psychologue
[REDACTED]	Animatrice

Annexe 4 spécifique au circuit du médicament – Courrier adressé le  
12/07/2023 au directeur de l'établissement

## Annexe 5 : Courrier d'injonction immédiate