

# RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 06

## EHPAD LES JARDINS D'INES [REDACTED] CAGNES SUR MER

INSPECTION SUR SITE LE 4 DECEMBRE 2024

[REDACTED]



MAISON  
DE L'AUTONOMIE

## AVERTISSEMENT

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

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

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

### 1/ Tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

### 2/ Concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

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

→ dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle

→ portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,

→ faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »

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

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

## Table des matières

---

<b>AVERTISSEMENT</b> .....	<b>2</b>
<b>1. CONTEXTE</b> .....	<b>6</b>
a) <b>Présentation de la mission d’inspection</b> .....	<b>6</b>
b) <b>Présentation de l’établissement - Autorisation</b> .....	<b>7</b>
c) <b>Contexte de l’inspection</b> .....	<b>8</b>
5 réclamations entre 2022 et 2024.....	8
Une inspection sur site de l’EHPAD le 25 février 2022 .....	8
Un signalement anonyme en avril 2024 .....	8
Un contrôle sur pièces à partir du 16 avril 2024.....	8
Une médiatisation en novembre 2024 .....	9
<b>2. LES LOCAUX : UN FORT POTENTIEL AVEC DES POINTS D’INSECURITE</b> .....	<b>10</b>
a) <b>L’extérieur</b> .....	<b>10</b>
b) <b>L’intérieur</b> .....	<b>10</b>
c) <b>L’Unité de Vie Protégée (UVP)</b> .....	<b>13</b>
<b>3. UNE GOUVERNANCE MARQUEE PAR UN TAUX DE ROTATION IMPORTANT</b> .....	<b>15</b>
a) <b>Une nouvelle équipe après un turn-over important et des périodes de vacances</b> .....	<b>15</b>
b) <b>Une gouvernance dont le pilotage n’est pas formalisé</b> .....	<b>15</b>
c) <b>Les documents institutionnels ne sont pas suffisamment investis</b> .....	<b>15</b>
d) <b>Les instances obligatoires ne sont pas réunies</b> .....	<b>16</b>
e) <b>Le climat social est fragilisé par le turn over</b> .....	<b>16</b>
f) <b>Une gestion des risques qui reste imparfaite</b> .....	<b>16</b>
<b>4. DES RESSOURCES HUMAINES FRAGILES SUR DE NOMBREUX ASPECTS</b> .....	<b>18</b>
a) <b>L’établissement bénéficie d’une prise en charge pluridisciplinaire</b> .....	<b>18</b>
b) <b>Une fragilité déjà constatée lors des inspections précédentes</b> .....	<b>18</b>
c) <b>Un planning type qui reste insécur la nuit</b> .....	<b>19</b>
d) <b>L’analyse des plannings prévisionnels et réalisés confirme la grande fragilité RH</b> .....	<b>19</b>
e) <b>Une fragilité des ressources humaines confirmée le jour de l’inspection</b> .....	<b>22</b>
f) <b>Le suivi des ressources humaines n’est pas à la hauteur des attendus</b> .....	<b>23</b>

<b>5. UN ETABLISSEMENT DONT LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOIGNANTE EST DURABLEMENT FRAGILE .....</b>	<b>27</b>
<b>a) Le MEDCO et l'IDEC dont l'arrivée est récente sont investies .....</b>	<b>27</b>
Le médecin coordinateur .....	27
L'IDEC .....	27
<b>b) Un dossier patient informatisé, du matériel adapté mais une traçabilité insuffisante .....</b>	<b>28</b>
<b>c) Les admissions ont perduré malgré les difficultés importantes auxquelles l'établissement a été et est toujours confronté .....</b>	<b>28</b>
<b>d) La gestion des chutes et contentions, pointée comme un point de fragilité lors de l'inspection de 2022, s'est améliorée .....</b>	<b>29</b>
<b>e) La prise en charge des nursings est insuffisamment individualisée .....</b>	<b>30</b>
L'organisation du travail pour la réalisation des soins de nursing est insuffisante .....	30
Les plans de soins ne sont pas à jour .....	30
L'analyse des bonnes pratiques professionnelles n'est pas mise en place .....	31
<b>f) La prévention, le diagnostic et la correction de la dénutrition ne sont pas satisfaisantes .....</b>	<b>31</b>
Le suivi du poids s'améliore depuis peu .....	31
L'organisation des repas ne favorise pas la convivialité .....	32
L'accompagnement à la prise des repas est insuffisant .....	32
La commission des menus n'est pas en place .....	33
Les troubles de la déglutition sont dépistés .....	34
<b>g) Un signalement sur des dysfonctionnements de prise en charge que l'inspection ne peut pas confirmer</b>	<b>34</b>
<b>6. LE CIRCUIT DU MEDICAMENT EST INSECURE.....</b>	<b>36</b>
<b>a) Prescriptions et fiches de traitement.....</b>	<b>36</b>
<b>b) Préparation des traitements .....</b>	<b>36</b>
<b>c) Stockage des médicaments .....</b>	<b>39</b>
<b>d) Administration des traitements.....</b>	<b>43</b>
<b>7. CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 1 : Lettre de mission / lettre d'annonce .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection.....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien .....</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 4 : Procès-verbaux de visite des chambres .....</b>	<b>52</b>

**Annexe 5 : Point de situation suite à la consultation des dossiers médicaux-soignants des trois résidents dont les situations ont fait l'objet d'une médiatisation.....53**

## 1. Contexte

---

### a) Présentation de la mission d'inspection

---

A la suite de signalements transmis à l'Agence Régionale de Santé PACA, il a été décidé de diligenter, en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que des articles L6116-2, L1421-1 et L1435-7 du code de la santé publique, une mission d'inspection au sein de l'EHPAD les Jardins d'Inès, situé 10, impasse des Arums à Cagnes sur Mer.

Cette mission s'est effectuée sur site, de manière inopinée à partir du 4 décembre 2024 (lettre d'annonce et de mission en annexe 1) et a eu notamment pour objectif, de vérifier et d'analyser :

- la gouvernance ;
- l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents ;
- les conditions d'hébergement ;
- la prise en charge médico-soignante des résidents ;
- la gestion des événements indésirables ;
- le circuit du médicament.

Elle a été menée par une équipe composée de :

Pour l'ARS :

[REDACTED]

Pour le Conseil Départemental des Alpes-Maritimes :

[REDACTED]

Conformément aux articles L1421-2 et L1421-3 du code de la santé publique, l'équipe d'inspection a pu avoir accès aux locaux, lieux et installations à usage professionnel et a demandé la communication de documents (liste des documents demandés en annexe 2) nécessaires à l'accomplissement de sa mission. La liste des personnes rencontrées est en annexe 3. Les procès-verbaux des visites de chambres établis au titre de l'arrêté du 31 mars 2022 sont en annexe 4.

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, commanditaires de la mission, à l'issue de la procédure contradictoire.

## b) Présentation de l'établissement - Autorisation

L'EHPAD « Les Jardins d'Inès » est un établissement privé à but lucratif du [REDACTED]). Il [REDACTED] sur le département des Alpes Maritimes.

Autorisé, par arrêté conjoint du 30 mai 2007, pour 91 places d'hébergement permanent, dont 19 habilitées à l'aide sociale, il dispose de 3 places d'hébergement temporaire.

L'établissement comprend une unité de vie protégée (UVP) de 26 lits.

Les PMP et GMP ont été validés en 2018. [REDACTED]

Au jour du début du contrôle, l'établissement accueillait 66 résidents, soit un taux d'occupation de 70 %.

### Fiche établissement

Nom de l'EHPAD	LES JARDINS D'INES		
Nom de l'organisme gestionnaire	[REDACTED]		
Numéro FINESS géographique	06 001 409 9		
Numéro FINESS juridique	92 001 891 8		
Statut juridique	SAS (société à action simplifiée)		
Adresse mail fonctionnelle de la direction de l'établissement	[REDACTED]		
Adresse mail professionnelle du directeur de l'établissement	[REDACTED]		
Option tarifaire	Partielle sans PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
	HP	[REDACTED]	[REDACTED]
	HT	[REDACTED]	[REDACTED]
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	[REDACTED]		
Nombre de résidents hébergés dans l'EHPAD au jour de l'inspection		[REDACTED]	
PMP Validé	[REDACTED]	[REDACTED]	
GMP Validé	[REDACTED]	[REDACTED]	
Dernier PV de la commission de sécurité	[REDACTED]	[REDACTED]	

## c) Contexte de l'inspection

---

### 5 réclamations entre 2022 et 2024

---

Quatre réclamations émanent de la même personne.

Ces réclamations portent sur un vol de bijoux ; le défaut de climatisation et à deux reprises sur le circuit du médicament (traitement non distribué).

### Un contrôle sur site de l'EHPAD le 25 février 2022

---

Ce contrôle a été réalisé par le Conseil départemental dans le cadre du programme systématique d'inspection de tous les EHPAD du département mené en 2022.

Elle mettait en évidence :

- Une fragilité des ressources humaines (nombreux soignants en CDD ; soignants non diplômés ; fragilité particulière pour le personnel de l'UVP où les AS étaient des faisant fonction) ;
- Un déficit de culture de la gestion des risques ;
- Un temps de MEDCO insuffisant ;
- Une prévention et une prise en charge de la dénutrition insuffisantes ;
- Une gestion inappropriée des chutes et de la contention ;
- Des fiches de nursing ne permettant pas aux AS de réaliser une prise en charge adaptée et individualisée des résidents.

3 injonctions avaient été formalisées qui portaient sur la fragilité RH en nombre et en qualification pour deux d'entre elles et les critères d'admission en UVP pour la 3<sup>ème</sup>.

Au point de situation effectué au suivi à 12 mois, deux des trois injonctions étaient levées.

### Un signalement anonyme en avril 2024

---

Le 10 avril 2024, l'ARS est destinataire d'un mail anonyme, provenant [REDACTED]

Ce mail indique l'arrêt pour burn-out de la directrice ; l'absence de soutien du groupe [REDACTED] ; la fragilité des ressources humaines et la désorganisation des soins.

Ce signalement a été pris en compte dans le cadre du contrôle sur pièces ci-dessous.

### Un contrôle sur pièces à partir du 16 avril 2024

---

Ce contrôle a été effectué par l'ARS dans le cadre du programme d'inspection et contrôle des EHPAD initié par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées sur le thème de la qualité de la prise en charge des résidents.

La conclusion du rapport était la suivante :

« L'EHPAD Les Jardins d'Inès est un établissement privé à but lucratif [REDACTED]. Il dispose de deux UVP de [REDACTED] places et d'une unité grands dépendants (UGD), dédiée aux personnes fragilisées dépendantes motrices. C'est une structure coopérante, qui a transmis les documents demandés dans les délais impartis.

L'examen des pièces produites montre un trio de gouvernance récent, [REDACTED]. La mission relève l'absence de délégation de pouvoirs de la directrice et un turn-over de direction important sur les cinq dernières années. Par ailleurs, la commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, compte tenu de l'absence de médecin coordonnateur au sein de la structure de 2022 à 2023. De plus, l'établissement devra veiller à mettre en place des réunions de CODIR. Les outils de la loi de 2002 sont utilisés. Toutefois, on note que la fréquence des réunions et la composition des membres du CVS ne sont pas conformes. Le livret d'accueil, quant à lui, ne dispose pas des annexes obligatoires et ne mentionne pas la démarche relative aux directives anticipées.

En matière de gestion des risques, l'établissement a communiqué plusieurs documents types du groupe, relatifs au signalement des événements indésirables. Imprécis et non adaptés aux spécificités de l'établissement, ils permettent cependant de distinguer les EI et EIGS, des dysfonctionnements graves et autres maladies à déclaration obligatoire. Par ailleurs, bien que le taux d'incidence des chutes en 2023 soit inférieur à la moyenne nationale, l'absence de déclaration systématique des chutes graves avec hospitalisation et/ou chirurgie en tant qu'EIGS met en évidence une non-appropriation de la culture de signalement et de la gestion du risque par les équipes. La mission rappelle la nécessité d'identifier les causes des chutes observées afin de mettre en place un plan d'actions adapté.

Concernant les ressources humaines de l'EHPAD, il est souligné plusieurs facteurs de fragilité : la vacance de [REDACTED] postes au jour du contrôle, [REDACTED] IDE et [REDACTED] AS ; un nombre important d'Auxiliaires de vie faisant fonction d'aide-soignant et l'inscription dans un processus de valorisation des acquis de l'expérience pour seulement deux d'entre eux ; un manque de personnel de nuit sur les plannings du mois d'avril qui met en évidence un risque pour la sécurité des résidents et notamment ceux hébergés au sein des 2 UVP (charge de travail conséquente avec un seul personnel pour les [REDACTED] résidents des 2 UVP). D'autre part, il est relevé la présence d'un psychologue à l'effectif et le recrutement en cours d'un ergothérapeute. »

Le tableau des mesures comportait deux injonctions concernant les ressources humaines de l'établissement. A la date de l'inspection sur site, les mesures sont toujours en cours.

## Une médiatisation en novembre 2024

---

Le 20 novembre 2024, l'ARS et le Conseil départemental sont [REDACTED] [REDACTED] disposer d'éléments (courriers ; échanges de mail) remis en son journal sous forme d'une clé USB.

Il évoque deux décès qui auraient pu être évités :

- Un décès pour absence de surveillance nocturne sur une patiente, Mme ..., atteinte de pneumopathie d'inhalation.
- Un décès pour occlusion en décembre 2023 de Mme ..., pour absence de surveillance des selles et absence d'administration des laxatifs malgré les prescriptions.

Ces éléments, potentiellement constitutifs d'événements indésirables graves liés aux soins, n'ont pas été déclarés à l'ARS.

La récurrence des constats de fragilité sur l'EHPAD, en particulier quant aux ressources humaines et la gravité des faits évoqués par le journaliste, non déclarés à l'ARS, vont déclencher l'inspection sur site du 4 décembre.

## 2. Les locaux : un fort potentiel avec des points d'insécurité

### a) L'extérieur

L'établissement dispose d'un espace extérieur en rez de chaussée agréable, aménagé et avec une vue dégagée. Le jour de l'inspection, cet espace (jardin et terrasse) était librement accessible pour les résidents mais il n'est pas sécurisé.

**Ecart 1** : La hauteur du grillage extérieur est inégale le long du jardin, très basse en certains points ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents (risque de fugue et d'intrusion) au titre de l'article L311-3 du CASF.

**Ecart 2** : L'escalier extérieur, accessible directement pour les résidents depuis la terrasse et le jardin n'est pas sécurisé et présente des risques de chute ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents (risque de fugue et d'intrusion) au titre de l'article L311-3 du CASF.



### b) L'intérieur

L'établissement est en R+3, le rez de chaussée est dédié aux salles de vie commune et aux bureaux. Chacun des étages accueille les lieux de vie privés des résidents. L'ensemble est lumineux, agréable et propre le jour de l'inspection.

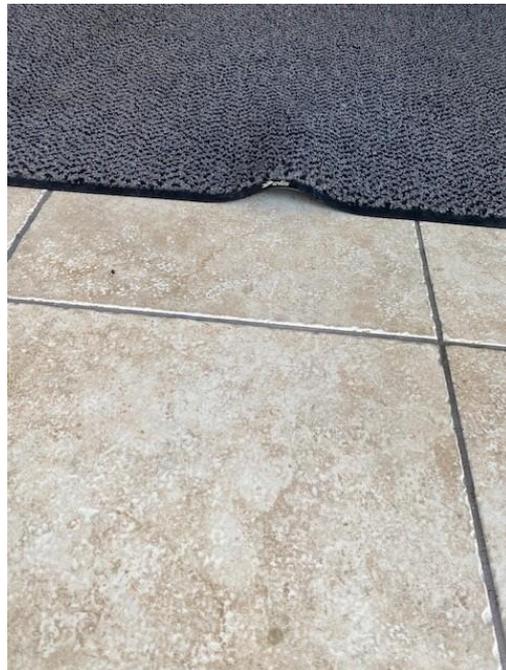
Au 1<sup>er</sup> étage, l'accès à l'UVP est protégé par un digicode. Au niveau des deux autres étages, l'accès aux escaliers est possible pour tous, ce qui représente un risque de chutes pour les résidents.

**Ecart 3** : Les escaliers ne sont pas sécurisés aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> étage, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

**Ecart 4** : Certains lieux de stockage sont ouverts et accessibles à tous (cf photos ci-dessous), présentant un risque pour les résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

**Remarque 1** : Les mains courantes sont mal vissées dans certaines zones et le tapis à l'accueil, mal positionné, présentent un risque de chute.





**Remarque 2 :** Au niveau des chambres, la mission relève un mobilier parfois hétérogène avec une insuffisance (armoires) pour le stockage des affaires personnelles des résidents.

### c) L'Unité de Vie Protégée (UVP)

---

L'unité de vie protégée est située au 1<sup>er</sup> étage de l'établissement.

Dans le cadre du contrôle sur site de 2022, le Conseil départemental relevait la capacité importante de l'USA (26 lits) et un espace extérieur (terrasse) qui ne permet pas la déambulation.

Dans le cadre du contrôle sur pièces de 2024, l'établissement indique à l'ARS disposer d'une unité de soins Alzheimer de 26 places avec deux espaces de 13 lits. Il est relevé dans le compte-rendu de CVS du 29 juin 2023, que le « projet UVP débute, la séparation des deux unités par une porte sécurisée étant en cours ».

Au jour du contrôle, les inspecteurs relèvent une seule unité protégée ou unité de soins Alzheimer de 26 lits comportant un salon et une salle à manger distincts et une terrasse non investie. La porte qui devait permettre le cloisonnement de l'USA en deux unités de 13 places n'est pas installée et elle est toujours à l'état de projet. Le planning RH est commun à l'ensemble du 1<sup>er</sup> étage.

- Certains appels malades de l'UVP sont non fonctionnels ou mal entretenus.



- La terrasse de l'UVP est non entretenue, non investie et peu utilisée. Son mobilier est en mauvais état. La barre de seuil entre l'intérieur et l'extérieur est un facteur de risque de chute.



**Ecart 5** : La taille de l'UVP ; le dysfonctionnement des appels malades ; le défaut d'entretien de la terrasse et de son mobilier alors que c'est le seul espace de déambulation extérieur ne permettent pas de respecter la sécurité des résidents ni leur bien-être physique et moral, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

### 3. Une gouvernance marquée par un taux de rotation important

#### a) Une nouvelle équipe après un turn-over important et des périodes de vacances

Constat : La nouvelle équipe de direction (Directrice, adjointe, IDEC, MEDCO), [REDACTED] est appréciée par les salariés entendus. Les entretiens indiquent une entente mutuelle au sein du trio de gouvernance qui est encore renforcée par l'arrivée récente d'une adjointe de direction.

Cette gouvernance a été marquée par un turn-over important. Depuis 2023, [REDACTED] directeurs, [REDACTED] MEDCO et [REDACTED] IDE se sont succédés.

**Ecart 6** : Le changement fréquent de l'équipe de direction engendre une instabilité dans la gestion de l'établissement. Ce turn-over fragilise la coordination médicale et soignante et concerne les trois niveaux de direction et de coordination ce qui dans une période de grande fragilité RH impacte directement l'organisation de la prise en charge des résidents et donc leur sécurité ce qui contrevient à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Constat : Les fonctions supports au niveau régional sont régulièrement présentes sur l'établissement afin d'accompagner la nouvelle direction dans sa prise de poste. Les constats et mesures des rapports d'inspection de 2022 et 2024 ont été portés à la connaissance de la directrice mais pas à celle du MEDCO ou de l'IDEC.

**Remarque 3** : La nouvelle équipe de gouvernance ne dispose pas d'une vision complète des difficultés antérieures rencontrées par l'établissement.

#### b) Une gouvernance dont le pilotage n'est pas formalisé

Constat : Les CODIR réalisés au sein de l'établissement ne font l'objet d'aucune traçabilité. Ce point avait déjà été relevé dans le cadre du contrôle de 2022. Cela ne permet pas d'assurer une bonne transmission des informations lorsqu'un des membres du CODIR est absent ni d'assurer le bon suivi des décisions qui y sont prises.

**Remarque 4** : En l'absence de comptes rendus Codir, il est difficile d'évaluer et de suivre les actions à réaliser.

#### c) Les documents institutionnels ne sont pas suffisamment investis

Constat : La mission relève une évolution positive par rapport à l'inspection de 2022 (projet d'établissement non à jour). Toutefois, le projet d'établissement actuel n'est pas décliné sur le terrain. A titre d'exemple, il présente deux UVP de 13 places (une seule unité de 26 places le jour de l'inspection) et une unité Grands dépendants qui n'existe pas.

**Remarque 5** : Le projet d'établissement ne correspond pas au mode de fonctionnement de l'EHPAD dans la réalité.

Constat : Le livret d'accueil n'est pas actualisé.

**Remarque 6** : Les noms des personnes mentionnées dans le livret d'accueil doivent être actualisés afin de communiquer une information exacte et pertinente aux résidents et familles.

#### d) Les instances obligatoires ne sont pas réunies

Une commission de coordination gériatrique (CCG) absente du fait de la vacance durable de poste de MEDCO et de l'arrivée récente de la titulaire.

Constat : Aucune Commission de Coordination Gériatrique (CCG) ne s'est réunie en 2024.

**Ecart 7** : La réunion de la CCG une fois par an est obligatoire selon la réglementation en vigueur au titre de l'article D.312-158 du CASF

Le CVS est inactif. Le contrôle sur pièces de 2022 notait déjà « la mission n'a pas été en mesure de s'assurer que le conseil de la vie sociale est actif puisque l'établissement n'a transmis qu'un seul compte-rendu daté du 29/06/2023, pour lequel les représentants des familles restaient à élire, bien que le quorum soit atteint. De plus, il est relevé dans le livret d'accueil du résident la carence de poste des représentants de groupement de personnes accompagnées ainsi que celle des représentants légaux ou personnes chargées de mesures juridiques. Des élections devront, de ce fait, être rapidement organisées afin de mettre en conformité la composition des membres du CVS. »

Toutefois, la mission d'inspection relève que pour répondre au questionnement des familles dans le contexte médiatique de novembre 2024 ciblant l'EHPAD, la direction a organisé une rencontre avec les familles pour faire le point. Lors de cette rencontre, la directrice a indiqué aux familles la mise en place des réunions du CVS en 2025. Les familles ne sont réunies qu'en cas de crise.

**Ecart 8** : L'absence de réunion du CVS constitue un non-respect des obligations réglementaires stipulées par l'article L 311-6 du Code de l'action sociale et des familles et limite la dynamique participative au sein de l'établissement. Le Comité de la Vie Sociale (CVS) doit se réunir au moins trois fois par an ce qui n'a pas été le cas en 2024.

#### e) Le climat social est fragilisé par le turn over

Constat : Il y a un manque d'information et de communication général qui impacte les salariés. Le turn over des fonctions de direction et de coordination se double d'un turn over des personnels (cf chapitre sur les ressources humaines).

**Remarque 7** : Le manque d'information et de communication fragilise le climat social et ne participe ni à la bonne intégration des nouveaux collaborateurs ni à l'instauration d'un climat de confiance alors que le turn over est important

#### f) Une gestion des risques qui reste imparfaite

Constat : Il a été constaté une amélioration dans la déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG) depuis l'arrivée de la nouvelle Directrice. Cependant, le personnel ne semble pas suffisamment formé sur le sujet et n'est pas systématiquement intégré au RETEX. De plus le turn over du personnel est préjudiciable à la gestion des risques, le personnel vacataire ne s'impliquant pas dans la démarche.

De plus, il a été observé que l'établissement transmet aux autorités, en amont des déclarations d'EIG, des pré-signallements dépourvus de détails concrets qui ne sont pas informatifs et ne permettent pas aux autorités de contrôle de disposer des éléments nécessaires pour analyser la gravité de la situation signalée. Le pré signallement n'est pas prévu dans la réglementation. Pour mémoire, le délai de transmission des EIG et EIGS avait fait l'objet d'un écart et d'une prescription dans le cadre du contrôle sur pièces de 2024.

**Remarque 8 :** Le turn-over important des salariés implique une récurrence plus importante des formations aux EIG / EI. Les pré-signallements transmis n'apportent pas d'informations suffisantes aux autorités et ne permettent pas d'évaluer correctement les mesures prises par l'EHPAD en réponse à ces événements.

## 4. Des ressources humaines fragiles sur de nombreux aspects

---

### a) L'établissement bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire

---

- La prise en charge médicale est assurée par le médecin coordonnateur (0. ■ ETP) et pour chaque résident par le médecin traitant. Chaque résident a son propre médecin traitant distinct du médecin coordonnateur. La charge de travail se répartit essentiellement entre ■ médecins généralistes (MG) qui prescrivent ■ et qui y tracent leurs interventions. Un médecin psychiatre intervient sur site une demi-journée le mardi tous les 15 jours et qui peut être sollicitée dans l'intervalle de ses interventions par le médecin coordonnateur en cas de besoin.
- ■ masseurs kinésithérapeutes interviennent à titre libéral soit pour des prises en charge individuelles soit pour des prises en charge de groupe. Ils réalisent systématiquement un bilan d'entrée pour les résidents. Leurs interventions sont complétées par celles du moniteur d'activité physique adapté (deux fois par semaine) ; interventions qui ont été mises en place à la suite de la recommandation 8 de l'inspection du CD 06 en date du 25 février 2022. L'établissement dispose d'une salle d'activité dédiée équipée de barres parallèles et de deux vélos. Cette salle est claire et agréable. Une activité de groupe rassemblant cinq résidents s'y déroulait le jour de l'inspection.
- La psychologue est présente ■. Elle pratique les entretiens individuels avec les résidents et reçoit les familles, et peut accompagner les salariés en tant que de besoin.
- L'orthophoniste est mobilisée à hauteur ■. Elle réalise à la fois les bilans pour troubles de la déglutition et les rééducations post AVC.
- L'ergothérapeute intervient à hauteur ■ (lundi ; mardi ; mercredi matin).
- Il n'y a pas de diététicienne sur site. L'appui est réalisé par la diététicienne du groupe.
- Enfin, la mission relève que le parcours professionnel antérieur du médecin coordonnateur (CHU de Nice et clinique ■) lui facilite la mobilisation des ressources du territoire : l'équipe mobile de gériatrie avec une articulation qui facilite l'entrée directe des résidents en service sans passage par les urgences du CH d'Antibes ; la clinique ■ et l'HAD mobilisée pour les soins complexes dont les pansements.

### b) Une fragilité déjà constatée lors des inspections précédentes

---

Lors de l'inspection sur site du 25 février 2022, le Conseil départemental avait relevé ■ personnels non diplômés sur les ■ personnels positionnés au planning en tant qu'AS ou en tant qu'auxiliaire de vie. Il notait qu'aucune des ■ AS affectées à l'unité de vie protégée n'était diplômée et que toutes les ■ étaient en CDD. Enfin, le personnel de nuit était composé de deux personnes, vacataires et dont les diplômes n'étaient pas précisés.

Lors du contrôle sur pièces du 16 avril 2024, l'ARS constatait « plusieurs facteurs de fragilité : la vacance de ■ postes au jour du contrôle, ■ IDE et ■ AS ; un nombre important d'Auxiliaires de vie faisant-fonction d'aide-soignant et l'inscription dans un processus de valorisation des acquis de l'expérience pour seulement

deux d'entre eux ; un manque de personnel de nuit sur les plannings du mois d'avril qui met en évidence un risque pour la sécurité des résidents et notamment ceux hébergés au sein des 2 UVP (charge de travail conséquente avec un seul personnel pour les 26 résidents des 2 UVP) ».

### c) Un planning type qui reste insécure la nuit

Le planning type ayant évolué depuis le contrôle sur pièces de 2024, le nouveau planning type a été établi ci-dessous

Ce planning montre :

- Un tuilage des personnels qui permet d'organiser des transmissions orales le matin entre l'AS de nuit en charge de l'UVP et l'IDE (30 minutes de chevauchement) et le soir entre les AS de jour, l'IDE et l'AS de nuit (3/4 d'heures de chevauchement entre AS et 1 heure entre IDE et AS de nuit).
- Une présence continue d'une IDE entre 7 heures et 19 heures 45.
- L'organisation de pauses en décalé ce qui permet d'assurer une présence en continu d'au moins un personnel par étage.
- La superposition des temps de pause de l'ASH et de l'AS de l'UVP la nuit qui laisse le 3<sup>ème</sup> personnel, une AS, seule pour l'ensemble de l'établissement, secteur fermé et secteur ouvert. La mission rappelle que seuls 3 postes de nuit sont couverts sur les 5 ETP (4 AS et 1 ASH) théoriques de nuit, renseignés par l'établissement dans le planning cible fourni lors du contrôle sur pièces de 2024. La mission relève que le nombre de postes de nuit ne permet en aucun cas de réaliser la partition de l'UVP de 26 places en deux UVP de 13 places.
- Des effectifs actuellement qui sont « sur le planning cible » adaptés au nombre de résidents accueillis à l'instant T mais qui ne correspondent pas à la capacité d'accueil de l'établissement.

**Ecart 9** : Le nombre et l'organisation des pauses du personnel positionné la nuit ne permettent pas d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents tant sur le secteur ouvert (2 étages) que fermé (1 étage), ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

### d) L'analyse des plannings prévisionnels et réalisés confirme la grande fragilité RH

Les plannings de novembre 2024, prévisionnel et réalisé et le planning de décembre 2024 ont été fournis par l'établissement.

- **Les IDE**

Pour mémoire, l'objectif cible du planning de l'établissement est de [REDACTED] IDE pour un effectif de 66 résidents au jour de l'inspection.

[REDACTED]

[REDACTED] personnels sont inscrits au planning.

En décembre 2024, [REDACTED] IDE sont prévus tous les jours au planning sauf pour les journées du 24 et du 25 décembre (un seul IDE). La mission relève que deux IDE en CDI sont en arrêt de travail sur les trois en CDI que compte l'établissement. Cinq infirmiers sont inscrits au planning qui n'apparaissent pas au planning de novembre soit un turn-over de 42 %.

**Ecart 10** : La mission note que l'EHPAD arrive à atteindre son objectif cible par un recours massif aux infirmiers en contrat à durée déterminée ou en intérim. [REDACTED] L'instabilité de l'équipe infirmière est un facteur de fragilité important comme le montrent les dysfonctionnements du circuit du médicament ou l'insuffisance de la traçabilité et retentit sur la qualité et la sécurité de la prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

- **Les aides-soignants de jour**

Pour mémoire, l'établissement indique un effectif cible de [REDACTED] AS par jour pour [REDACTED] résidents présents au jour de l'inspection.

Au jour de l'inspection, [REDACTED] personnels étaient présents sur [REDACTED] au planning et positionnés sur des fonctions d'AS

AS de jour	Planning prévisionnel Nov 2024	Planning réalisé Nov 2024	Planning prévisionnel Déc 2024
Nombre de jours avec [REDACTED] personnels	2 jours 7%	6 jours 20%	16 jours 52%
Nombre de jours avec [REDACTED] personnels	22 jours 73%	14 jours 46%	11 jours 35%
Nombre de jours avec [REDACTED] personnels	6 jours 20%	8 jours 27 %	3 jours 10%
Nombre de jours avec [REDACTED] personnels	0 jour	2 jours 7 %	1 jour 3%
<hr/>			
Nombre de jours où il n'y a pas de personnel diplômé	7 jours 23%	6 jours 20%	3 jours 10%
Nombre de jours où il y a [REDACTED] personnel diplômé	17 jours 57%	17 jours 57%	11 jours 35%
Nombre de jours où il y a [REDACTED] personnels diplômés	6 jours 20%	7 jours 23%	12 jours 39%
Nombre de jours où il y a [REDACTED] personnels diplômés	0 0%	0 0%	5 jours 16%
<hr/>			
Nombre de personnes inscrites au planning	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] Dont [REDACTED] sont présentes au planning de Nov 2024 50% de turn over
Nombre de personnes inscrites au planning et indiquées comme diplômées	[REDACTED] 16%	[REDACTED] 17%	[REDACTED] 39% de diplômés

La mission relève un cumul de fragilité sur la fonction aide-soignante en journée :

- [REDACTED] » pour les [REDACTED] résidents ;

- Le personnel est majoritairement non diplômé avec des journées sans aucun personnel diplômé (20% en novembre 2024 et 10% en décembre 2024) ;
- Il n'y a aucune journée en novembre 2024 où l'EHPAD est en capacité de former des binômes « 1 AS diplômé et un AS non diplômé ou en formation » et 16 % des journées en décembre 2024 ;
- Le nombre de personnels inscrits au planning est important avec un turn over de 50% entre novembre et décembre 2024.

Cette fragilité est aggravée par la fragilité des auxiliaires de vie. Ainsi sur le planning réalisé du mois de novembre 2024 :

- Le planning cible de ■ Auxiliaires de vie est atteint 6 fois : 20%
- Présence de ■ Auxiliaires de vie sur 5 jours : 17%
- Présence de ■ Auxiliaires de vie sur 10 jours : 33%
- Présence de ■ Auxiliaires de vie sur 9 jours : 30%.

**Ecart 11** : Le personnel aide-soignant de jour est insuffisant en nombre et en qualification d'autant que le planning des auxiliaires de vie montre que le planning cible n'est atteint que dans 20% des cas avec un risque de glissement de tâches des auxiliaires vers les aides-soignants. Cette situation est particulièrement préoccupante pour la prise en charge des résidents grands dépendants (■ résidents en GIR 1 au nursing plus complexe) ou pour ceux présentant des troubles neuro-évolutifs (■ résidents de l'unité de vie protégée) qui nécessitent un savoir-faire spécialisé. L'ensemble de ces points de fragilité fait courir un risque pour la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

**Ecart 12** : Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés car cela impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge et ne respecte pas l'article R4311-4 du Code de la santé publique.

- **Les aides-soignants de nuit**

Pour mémoire, l'établissement indique un effectif cible ■■■■■■■■■■■■ pour 66 résidents présents au jour de l'inspection.

<b>AS et Auxiliaires de vie de nuit</b>	Planning prévisionnel Nov. 2024	Planning réalisé Nov. 2024	Planning prévisionnel Déc. 2024
Nombre de jours avec ■ personnels	20 nuits 67%	20 nuits 67%	20 nuits 65%
Nombre de jours avec ■ personnels	10 nuits 33%	10 nuits 33%	0
Nombre de jours avec ■ personnels	0 nuit	0 nuit	11 nuits 35%
Nombre de nuits où il n'y a pas de personnel diplômé	12 nuits 40%	12 nuits 40%	15 nuits 48%
Nombre de nuits où il y a ■ seul personnel diplômé	17 nuits 57%	17 jours 57%	16 nuits 52%
Nombre de nuits où il y a ■ personnels diplômés	1 nuit 3%	1 nuit 3%	0 nuit 0%
Nombre de personnes inscrites au planning	16	16	11

<b>AS et Auxiliaires de vie de nuit</b>	Planning prévisionnel Nov. 2024	Planning réalisé Nov. 2024	Planning prévisionnel Déc. 2024
Nombre de personnes inscrites au planning et indiquées comme diplômées	█ 19%	█ 19%	█ 9% de diplômés

La mission relève un cumul de fragilité sur la fonction aide-soignante la nuit :

- █ ; l'effectif réel est de █ personnels pour 10 nuits de novembre dans un EHPAD qui comporte trois étages dont un entièrement dédié aux résidents atteints de troubles neuro-évolutifs ; la mission relève que le planning de décembre atteint voir dépasse l'objectif cible pour toutes les nuits ;
- Le personnel est majoritairement non diplômé avec des nuits sans aucun personnel diplômé (40% en novembre 2024 et 48% en décembre 2024) ;
- Le nombre de personnels inscrits au planning est important ce qui entraîne une instabilité importante d'une des deux équipes où seule l'auxiliaire de vie est titulaire.

**Ecart 13** : Le personnel aide-soignant de nuit est insuffisant en nombre et surtout en qualification alors que ce personnel ne dispose pas de la possibilité de recourir ni à une IDE ni à l'IDEC. Cette situation est particulièrement préoccupante pour la prise en charge des résidents grands dépendants (█ résidents en GIR 1 au nursing plus complexe) ou pour ceux présentant des troubles neuro-évolutifs (█ résidents de l'unité de vie protégée) qui nécessitent un savoir-faire spécialisé et une continuité de la prise en charge qui ne peut être assurée quand l'effectif de nuit est à deux soignants. L'ensemble de ces points de fragilité fait courir un risque pour la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF

La mission identifie plusieurs facteurs qui peuvent expliquer cette fragilité :

- Planning en 12 heures de présence mais 10 heures rémunérées ;
- Absence de plan de soins individuel (non encore mise à jour) et collectif (permettant à chaque personnel de planifier son intervention) ;
- Absence de fiche de poste permettant de préciser les missions de chacun ;
- Absence pendant plusieurs mois de coordination (médicale et infirmière) ;
- Fragilité croisée qui concerne les fonctions IDE ; AS et auxiliaires de vie.

### e) Une fragilité des ressources humaines confirmée le jour de l'inspection.

Le jour de l'inspection, le 4 décembre 2024, les constats réalisés par l'équipe démontrent la fragilité de l'organisation de la prise en charge.

En effet, à la remise du planning, █ salariés sont prévus sur le planning de nursing pour la journée du 4 décembre 2024 parmi lesquels :

- █ sont issus d'une agence d'intérim. Une aide-soignante ne s'est pas présentée, réduisant le nombre de soignants réellement présents à 6 ;
- █ est diplômé et vacataire depuis deux jours ;
- █ sont auxiliaires de vie en cours de VAE en CDI.

Le jour de l'inspection, le seul soignant diplômé est donc un vacataire en poste depuis deux jours. Ce dernier était présent au deuxième étage accueillant ■ résidents sur (pour ■ lits).

De plus, la réalisation d'entretiens avec les salariés a permis de mettre en avant l'absence d'accompagnement formalisé des vacataires au sein de l'EHPAD. Il n'existe pas de procédure d'arrivée permettant au salarié de connaître ses tâches et les résidents à prendre en charge. Ce sont les salariés en poste, non diplômé, qui se charge de répartir les soins et donner les indications de prise en charge aux nouveaux arrivants.

**Ecart 14** : La présence d'un seul salarié diplômé et vacataire dans l'équipe d'aide-soignant n'est pas suffisante pour assurer une prise en charge de qualité et sécurisée. De plus, il n'existe pas de procédure d'arrivée et d'accompagnement du nouveau salarié, même vacataire. La transmission orale d'informations liées à la prise en charge des résidents par l'équipe non diplômée en poste, se basant sur l'habitude, présente une charge supplémentaire et un risque d'erreur ne permettant pas de garantir une prise en charge de qualité et sécurisée ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

#### f) Le suivi des ressources humaines n'est pas à la hauteur des attendus

- Un suivi du turn over et de l'absentéisme mettant en exergue une situation de fragilité à renforcer.

La direction de l'EHPAD a remis à l'équipe d'inspection un tableau intitulé « Indicateurs RH » comprenant des données sur le turn over et sur l'absentéisme.

Les informations sur le turn over des contrats à durée indéterminée sont incomplètes et ne peuvent donner lieu à une analyse puisque seuls les mois de février, juillet, août, septembre et octobre 2024 sont complétés et de manière partielle pour certains. De plus, la méthode de calcul précisée du taux d'absentéisme n'est pas conforme.

Le tableau sur l'absentéisme des contrats à durée indéterminée est incomplet pour l'ensemble des mois de l'année et pour les différents types de postes.

**Ecart 15** : Le suivi du turn-over et de l'absentéisme est incomplet et donc inexploitable pour analyser les causes et travailler sur un plan d'actions corrective permettant de sécuriser la prise en charge des résidents par le recrutement et la stabilisation de personnels qualifiés ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

- Un manque de stabilité du personnel soignants.

La liste des effectifs du mois de novembre 2024 dédiés aux soins démontre une large majorité de contrats à durée déterminée. En effet, sur ■ salariés tout poste confondu, ■ sont en CDD soit 71 %.

**Ecart 16** : La prédominance de contrats à durée déterminée chez le personnel soignant présente un risque pour la prise en charge des résidents. L'instabilité peut engendrer un manque d'investissement et une méconnaissance ou mauvaise connaissance de l'organisation du travail. De plus, elle ne permet pas de créer une cohésion de travail dans les équipes. Le turn over des équipes présente un risque pour la continuité des soins et leur sécurité ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.



**Ecart 19** : 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.

A noter que pour tous les dossiers, des fiches « métiers » et des fiches « horaires » sont présentes et signées par les salariés. Il s'agit de fiche-type élaborés par le groupe sans descriptif adapté au fonctionnement et à l'organisation des méthodes de travail de l'EHPAD.

**Remarque 9** : L'absence de fiche de poste à jour et descriptive dans les dossiers ne permet pas au personnel de prendre connaissance de leurs missions et responsabilités ce qui est susceptible d'engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (recommandation HAS : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008)

**Ecart 20** : De manière générale, l'absence de complétude rigoureuse de l'ensemble des dossiers administratifs des professionnels ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents.

- Une absence d'animation au sein de l'EHPAD

Un nouvel animateur a été recruté le 2 décembre 2024 faisant suite à une période de carence. L'EHPAD n'est plus inscrit dans un projet d'animation et d'ouverture vers l'extérieur (arrêt des rencontres intergénérationnelles). Le projet d'animation doit être rédigé. Le jour de l'inspection, l'animateur est présenté par la direction comme en poste et travaillant sur la planification. Pour autant, l'équipe d'inspection n'a pas rencontré l'animateur qui semblait absent, ce qui a été confirmé par un salarié en poste. De plus, les entretiens avec les salariés ont permis de constater que le recrutement de ce nouvel animateur n'était pas connu de tous, certains indiquant que l'animateur a démissionné, faisant référence à l'ancien.

Enfin, le tableau mural d'animation est vide et aucune animation n'a eu lieu le jour de l'inspection. Les soignants interrogés indiquent réaliser des animations selon leurs capacités et envies.

**Remarque 10** : L'absence d'animation au sein de l'EHPAD impacte négativement la qualité de la prise en charge des résidents.

- La formation du personnel est insuffisante

Le plan de formation 2024 réalisé a été remis à l'équipe d'inspection.

Ce dernier laisse apparaître que sur les 7 formations réalisées en 2024 :

- 1 concerne la bientraitance et l'éthique « être référent bientraitance et éthique » : suivi par une Auxiliaire de vie en parcours VAE dont le statut est « inscrit » et non pas « présent »
- 3 ont concerné le pilotage et la gestion de la performance ainsi que les risques psychosociaux, suivis par la directrice ;
- 1 a concerné la sécurité alimentaire (HACCP) suivi par un personnel n'apparaissant plus dans les plannings,
- 2 ont concerné les risques incendies, suivis par 10 personnels soignants ou auxiliaires de vie.

Ce plan ne prévoit donc pas ou peu de formation relative à la prise en charge des résidents tel que les troubles cognitifs, la bientraitance, gestes et postures...

**Remarque 11** : Le plan de formation ne permet pas à la mission de s'assurer que tous les professionnels sont formés à la prise en charge de personnes âgées dépendantes, aux nouvelles problématiques rencontrées et développent et enrichissent leur compétence individuelle et collective conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ceci est d'autant plus important du fait du turn over des personnels et de l'absence de diplôme de plusieurs salariés.

## 5. Un établissement dont la prise en charge médico-soignante est durablement fragile

---

### a) Le MEDCO et l'IDEC dont l'arrivée est récente sont investies

La mission d'inspection a pu rencontrer les deux professionnelles qui [REDACTED]. Elles sont apparues investies et motivées. Elles ont intégré le CODIR qui se déroule le mardi matin à 10 heures. Elles font part à la fois d'une bonne cohésion dans l'équipe de gouvernance et d'une amélioration du climat social même si celui-ci a été impacté par la médiatisation récente. Elles ont indiqué avoir de bonnes relations avec les familles.

### Le médecin coordonnateur

---

La mission relève que le médecin coordonnateur est diplômé en gériatrie et dispose d'une solide expérience dans ce domaine avec un parcours professionnel au sein du service [REDACTED] du CHU de Nice puis au sein de la clinique [REDACTED] dont un jour de télétravail depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2024.

Dès son arrivée, elle a identifié un certain nombre de points de fragilité et a priorisé les actions à mener :

- Mise en place d'une réunion de transmission tous les jours à 14 heures en présence de l'IDEC ; des IDE ; de la psychologue et des AS.
- Mise en place d'une réunion pluridisciplinaire une fois par semaine qui permet d'aborder, pour tous les résidents, des thèmes transversaux (chutes ; contention ; suivi nutritionnel ; thèmes d'actualité comme la vaccination grippe) et qui présente une opportunité pour des mini-formations en lien avec le thème abordé.
- Evaluation gériatrique à l'entrée de chaque nouveau résident (examen clinique ; examen biologique ; évaluation par le kinésithérapeute, l'orthophoniste et la psychologue).
- Amélioration de la traçabilité.
- Revue des chutes et des mesures de contention.

Elle souhaite poursuivre par :

- Une revue des prescriptions de psychotropes avec l'appui du médecin psychiatre qui se fait pour les entrants puis au fil de l'eau.
- Une mise en place des thérapies non médicamenteuses.
- L'évaluation gériatrique de tous les résidents et pas seulement les entrants.

Le médecin est apparue impliquée, motivée et confiante dans les capacités de l'établissement à aller de l'avant. La mission relève que l'ensemble des GIR ont été actualisés en octobre ou novembre 2024 à une seule exception près (GIR d'avril 2024).

L'intervention au sein de l'établissement de médecins traitants distincts du médecin coordonnateur permet de garantir un regard croisé sur l'état de santé des résidents et permet d'assurer une meilleure continuité de prise en charge sur les différents jours de la semaine.

### L'IDEC

---

L'IDEC ne dispose pas d'expérience antérieure dans le domaine médico-social mais d'une expérience d'encadrement (en crèche puis en HAD).

Comme le MEDCO, elle s'est donnée comme priorité de stabiliser les équipes et perçoit des signes d'évolution positive (une vacataire IDE qui pourrait accepter un CDD ; [REDACTED] vacataires AS qui feraient de même ; une bonne proportion de personnels en cours de VAE parmi les non diplômés).

Sa deuxième priorité est la mise à jour des plans de soins. Elle pourrait bénéficier dans ce travail de l'appui d'un AS référent en provenance d'un autre EHPAD du groupe (elle indique que cela pourrait se faire dès la semaine suivant la date de l'inspection sur site).

En parallèle à ces deux priorités, elle se dit attentive à insuffler des pratiques de bientraitance (appel par le nom de famille sauf exception ; vouvoiement ; prise de photos uniquement avec les tablettes à usage professionnel).

Son investissement dans ce domaine pourrait également bénéficier de l'arrivée récente de l'adjointe de direction qui va prendre en charge une partie de l'élaboration des plannings.

## b) Un dossier patient informatisé, du matériel adapté mais une traçabilité insuffisante

L'établissement dispose [REDACTED] en tant que support de son dossier patient informatisé.

Ergonomique, il est utilisé par l'ensemble des médecins (médecin coordonnateur et médecins traitants) à une exception près (comme indiqué supra, c'est alors le médecin coordonnateur qui retranscrit les prescriptions. Des accès à distance sont ouverts pour les prescripteurs.

La mission a pu constater :

- Un équipement en matériel informatique avec des postes fixes, des portables et pour les IDE et les AS des tablettes présentes sur les chariots de soin ; cet équipement facilite l'accès au logiciel métier et ouvre la possibilité d'une traçabilité en temps réel ;
- Une bonne traçabilité des consultations médicales et des intervenants para médicaux ;
- Une traçabilité irrégulière et insuffisante des soignants (IDE et AS) du fait en particulier du nombre important de personnels intervenant pour des périodes de courte durée (CDD ou intérim) ; l'IDEC a indiqué qu'améliorer la traçabilité faisait partie de ses priorités et que l'ouverture des droits d'accès était systématique à l'arrivée de ces personnels.

**Ecart 21** : Le niveau de traçabilité des actes réalisés par les soignants ne permet pas au jour de l'inspection de garantir la continuité informationnelle, c'est-à-dire de s'assurer que les bonnes données concernant les résidents sont mises à disposition des autres professionnels (contre-équipe ; personnel d'encadrement ; personnel assurant d'autres fonctions). Cela ne permet pas de garantir la sécurité de la prise en charge prévue à l'article L311-3 du CASF.

## c) Les admissions ont perduré malgré les difficultés importantes auxquelles l'établissement a été et est toujours confronté

L'établissement utilise une fiche d'admission qui formalise les avis du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordonnatrice avant la prise d'une décision finale par la direction.

Il n'y a pas au jour de l'inspection de commission d'admission qui permette au-delà du recueil de l'avis sur la fiche d'admission un échange oral entre le MEDCO, l'IDEC et la direction. La psychologue ne participe pas au processus d'admission.

Le 4 décembre 2024, 66 résidents sont présents pour une capacité totale de l'établissement de 94 places.

[REDACTED]

Enfin, [REDACTED] e [REDACTED]  
« affirme avoir, dès mars 2024, suspendu les admissions, le temps de stabiliser la situation ». La mission relève que 5 admissions ont été réalisées entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 2024 alors que l'EHPAD ne disposait ni de MEDCO, ni d'IDEC et était dans une situation de grande fragilité RH.

La mission relève également que depuis [REDACTED], l'établissement a procédé à 7 admissions. Le MEDCO a indiqué être très attentif aux besoins en soins des résidents et adapté le profil des entrants aux capacités de l'EHPAD. [REDACTED]

**Ecart 22** : La poursuite des admissions dans un EHPAD qui présente de nombreux points de fragilité en termes RH et qui a fonctionné pendant plusieurs mois sans médecin coordonnateur et sans infirmière coordonnatrice est porteuse de risques pour les résidents et contrevient à l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles.

#### d) La gestion des chutes et contentions, pointée comme un point de fragilité lors de l'inspection de 2022, s'est améliorée

L'analyse des chutes a été effectuée sur la période du 1<sup>er</sup> octobre au 4 décembre 2024 qui correspond à celle au cours de laquelle le MEDCO et l'IDEC sont présentes.

Pour mémoire, l'incidence moyenne est évaluée par al HAS à 1,7 chute par lit et par an (de 0,6 à 3,6) pour les résidents d'EHPAD.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf) )

L'analyse montre :

- 29 fiches chutes sur la période concernant 19 résidents soit par extrapolation un taux de chutes de 1.85 par an et par lit donc proche de la moyenne nationale ;
- 7 résidents sont multi-chuteurs ;
- Des fiches de traçabilité des chutes bien renseignées ;
- Une analyse systématique et rapide des fiches chutes par le MEDCO avec préconisations d'actions correctives présentées ensuite en staff ;
- Un passage aux urgences pour 6 cas pour contrôle d'imagerie ;
- Une hospitalisation en gériatrie pour bilan de chutes à répétition chez une des résidents qui a chuté 8 fois en l'espace de 30 jours ;
- Une information de l'entourage inconstante (tracée dans 8 des fiches analysées) y compris lors de chutes nécessitant un passage aux urgences ;
- Un rappel de la conduite à tenir effectué en réunion de synthèse pour sensibiliser les équipes à l'importance d'informer la famille et aux critères de gravité qui nécessitent un avis médical et/ou une orientation vers les urgences.

Les mesures de contention concernent au jour de l'inspection 12 résidents soit 18% d'entre eux. Les mesures font l'objet d'une prescription médicale à jour (validité de 3 mois) et sont réévalués de façon pluridisciplinaire en réunion de synthèse. Le consentement du résident ou de sa famille est tracé.

Les prescriptions concernent essentiellement des barrières de lit (11/12 cas) et dans une moindre mesure une ceinture pelvienne (2/12 dont une personne qui fait l'objet d'une double mesure de contention au lit et au fauteuil).

La traçabilité des évaluations de ces mesures montre une volonté de réduction des mesures de contention avec la recherche de mesures alternatives notamment quand les mesures sont prescrites pour compenser une hypotonie axiale. Dans un cas, les barrières de lit sont prescrites à la demande de la résidente qui souhaite être sécurisée.

**Remarque 12** : Les mesures de contention concernent au jour de l'inspection 12 résidents soit 18% d'entre eux.

**Remarque 13** : L'information de l'entourage en cas de chutes est inconstante (tracée dans 8 des fiches analysées) y compris lors de chutes nécessitant un passage aux urgences.

#### e) La prise en charge des nursings est insuffisamment individualisée

### L'organisation du travail pour la réalisation des soins de nursing est insuffisante

Le personnel soignant est réparti par étage. L'organisation cible est de deux aides-soignants.

L'organisation du travail ne repose pas sur un rationnel éprouvé :

- Un étage est dévolu à la prise en charge des résidents porteurs de troubles neuro-évolutifs mais ne bénéficie pas d'une organisation particulière ; le personnel présente les mêmes facteurs de fragilité que sur les autres étages ; il n'est pas spécifiquement formé à la spécificité de la prise en charge de ces résidents ;
- Le « secteur grand dépendant » identifié dans le projet d'établissement n'est pas décliné sur le terrain ; cette organisation spécifique n'était pas connue des personnels interrogés ;
- Les aides-soignants ne disposent pas d'une attribution précise des tâches à effectuer ni du séquençage des tâches à accomplir :
  - o Il n'a pas de liste à sa disposition spécifiant l'ordre de prise en charge des résidents pour les toilettes.
  - o Les toilettes des résidents ne sont pas réalisées en fonction de leurs habitudes de vie, l'IDEC précise que les AS tiennent compte des rendez-vous, des séances de kinésithérapie.
  - o De même, il n'existe pas de liste des toilettes à faire en binôme.

Le jour de l'inspection, 4 résidents du troisième étage étaient toujours alités à 10h35. Ni le nursing ni le nettoyage des chambres n'avait été réalisé. Une résidente mal voyante avait réalisé sa toilette seule sans supervision et déposé sa protection souillée à même le sol de la salle de bain, elle était dépourvue de protection « pull up » car suite à sa demande, un personnel lui avait répondu qu'il n'en avait pas sur le chariot et qu'il lui en amènerait un plus tard. Ces constats témoignent d'un retard de prise en charge qui génère une période d'alitement prolongé : la nuit ; le matin jusqu'au moment du nursing qui peut donc être tardif et l'après-midi avec des couchers précoces à partir de 16 heures ce qui a des conséquences en termes de perte d'autonomie ; de risque de fausses routes (pour les repas pris au lit) et en termes de risque d'escarre.

Ce déficit d'organisation est d'autant plus préjudiciable que l'EHPAD recourt massivement à l'intervention d'intérimaires ou de personnels en CDD et/ou de personnels non diplômés qui ne disposent pas de fiches de poste ni de fiches de tâches personnalisées en fonction du poste occupé.

### Les plans de soins ne sont pas à jour

Les plans de soins présents [REDACTED] sont succincts. Cette remarque avait déjà été réalisée lors de l'inspection réalisée en 2022 par le Conseil Départemental.

L'IDEC indique que les plans de soins individuels vont être révisés, un aide-soignant référent basé sur un autre établissement du groupe doit intervenir sur la structure pour l'aider à les réactualiser.

**Ecart 23** : Un défaut d'organisation des soins a été constaté par la mission : l'absence de liste indiquant l'ordre de prise en charge des résidents pour leur toilette ainsi que la non-actualisation des plans de soins ne permet pas à l'équipe d'avoir une vision globale de la prise en charge du résident, d'intégrer leur rythme de vie et de planifier les soins en fonction du degré de dépendance. Cela contrevient à l'article R4311-1 du Code de la santé publique et à l'article L311-3 du CASF.

## L'analyse des bonnes pratiques professionnelles n'est pas mise en place

Etant arrivée récemment, l'IDEC n'a pas encore pu mettre en place une analyse des bonnes pratiques professionnelles.

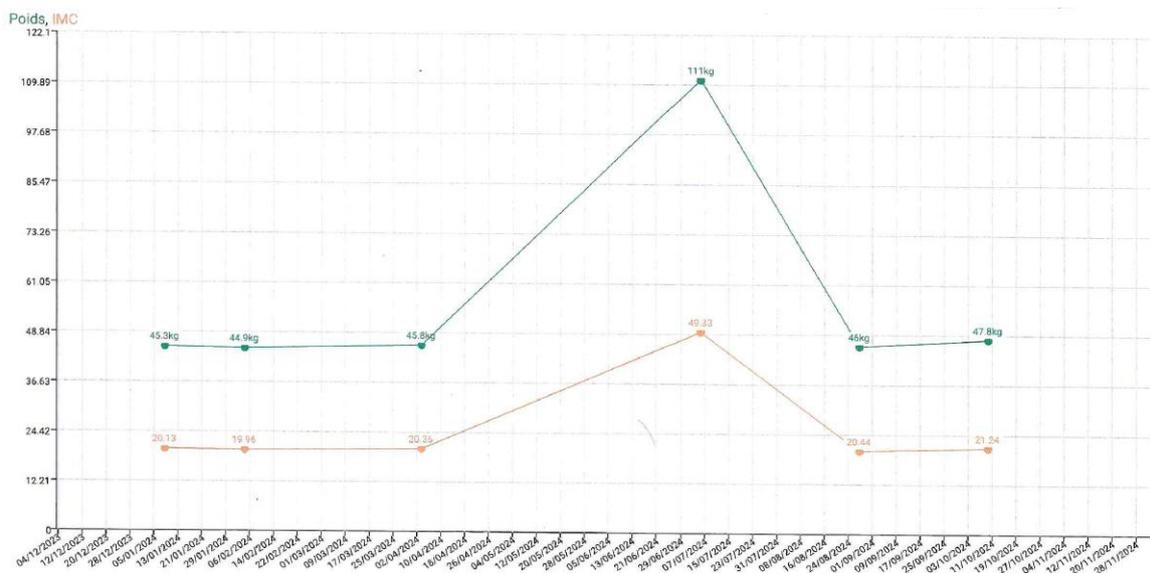
**Remarque 14** : Au regard du nombre de personnels soignants non diplômés et de vacataires, il est important de pouvoir contrôler et analyser les pratiques professionnelles lors des soins afin de pouvoir identifier et rectifier les pratiques non conformes et améliorer leurs connaissances et compétences et sécuriser les soins, il en va de même pour le personnel diplômé. En mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques formalisé par écrit (grille d'évaluation), l'établissement se conformera aux bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes ».

### f) La prévention, le diagnostic et la correction de la dénutrition ne sont pas satisfaisantes

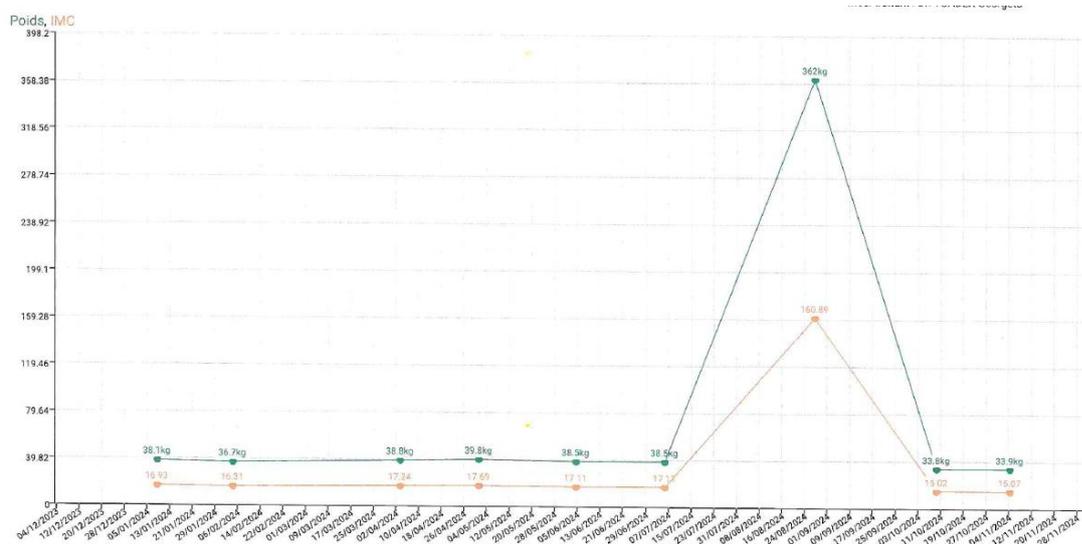
#### Le suivi du poids s'améliore depuis peu

La MEDEC précise que les résidents sont pesés mensuellement avec une traçabilité des poids sur le logiciel Netsoins, que la cuisine a le listing des résidents en régime hyperprotéiné, qu'elle a réalisé une sensibilisation auprès du personnel sur les compléments nutritionnels oraux (CNO) et qu'une recherche des goûts est réalisée,

L'analyse de la courbe de poids des résidents du 4 décembre 2023 au 4 décembre 2024 montre des disparités dans le suivi des poids et de l'IMC : absence de poids et d'IMC pour la plupart des résidents entre aout et septembre 2024 ; absence de poids pour une quinzaine de résidents pendant deux périodes de deux mois ; des poids incohérents (exemple : un poids en juillet 2024 de 111kg pour une personne dont le poids est habituellement inférieur à 50 kg ; 362 kg en août 2024 pour une personne âgée de 94 ans ; dénutrie avec un indice de masse corporelle inférieur à 20 sur l'année écoulée : le poids aberrant n'est pas contrôlé ; aucune pesée fiable n'est effectuée sur les mois juillet ; août et septembre 2024...). Ces exemples montrent à la fois que le suivi du poids n'était pas régulier mais également qu'en l'absence de coordination médico-soignante, les courbes de poids n'étaient pas analysées.



Exemple 1 de courbe de poids aberrante



Exemple 2 de courbe de poids aberrante

Toutefois, depuis l'arrivée de la MEDEC et de l'IDEC, la mission relève une reprise des pesées et un suivi nutritionnel qui est de nouveau efficient.

### L'organisation des repas ne favorise pas la convivialité

Les petits déjeuners sont pris en chambre et depuis la crise COVID les diners sont également pris en chambre par tous les résidents à de très rares exceptions près (7 repas en salle à manger le soir). La direction a identifié ce point comme défavorable et travaille à le rectifier en se heurtant à des habitudes qui sont devenues bien ancrées pour le personnel comme pour les résidents. La directrice a indiqué avoir mobilisé la psychologue pour inverser cette tendance.

Les auxiliaires de vie montent les plateaux repas en chambre.

### L'accompagnement à la prise des repas est insuffisant

A 12h30, la mission d'inspection a pu examiner la prise des repas en chambre sur le troisième étage. 5 résidents étaient concernés.

- Un résident valide et mis à l'isolement car testé positif à la grippe le matin attendait son déjeuner mais visiblement l'information n'avait pas circulée, c'est la mission d'inspection qui a averti le personnel pour qu'un plateau repas lui soit amené.
- Un résident bénéficiait de l'aide au repas apportée par sa famille
- Un seul personnel avait la charge de l'aide aux repas pour 3 résidentes : deux résidentes étaient alitées avec le plateau posé sur l'adaptable et le plat principal était en train de refroidir.
- La personne faisant fonction d'AS terminait l'aide au repas de la troisième résidente Mme F. La mission relève que ce repas était composé d'une salade d'endives aux noix, d'un plat principal mixé, d'un morceau de fromage et d'une mousse au chocolat. Or pour cette personne, il est noté dans son dossier de soins qu'elle est en régime haché hyperprotidique ce qui ne correspond pas au contenu du plateau qui comprend une entrée et un fromage qui relève d'un régime normal et un plat principal qui relève d'un régime mixé. De plus, elle n'avait mangé que la compote alors qu'elle est dénutrie.

Enfin, la mission relève que la présentation du plat mixé était peu engageante.



La mission d'inspection n'a pas eu connaissance d'une liste de résidents prenant leur repas en chambre réalisée par le MEDEC et l'IDEC.

La mission relève que le suivi nutritionnel avait fait l'objet de constats générant des prescriptions lors de l'inspection réalisée par le Conseil départemental en 2022. L'insuffisante organisation de l'aide au repas ; l'absence d'individualisation des régimes alimentaires et d'adaptation des textures avaient été notées.

Comme le rappelle la HAS dans sa recommandation de 2021, « le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies, à une diminution de la qualité de vie et, plus particulièrement chez les personnes âgées, à une augmentation du risque de dépendance. Il s'installe une spirale délétère entre les causes et les conséquences de la dénutrition. » Le suivi de l'état nutritionnel et la mise en place de mesures correctives pour les résidents qui le nécessite est donc un élément essentiel de la qualité de la prise en charge en EHPAD.

**Ecart 24** : Le défaut d'organisation relatif aux repas impacte la prise en charge des résidents en n'assurant pas un service de qualité : dîners en chambre d'une majorité des résidents, régime alimentaire qui ne correspond pas à la prescription médicale, incohérence sur un même plateau des textures proposées, plats principaux froids car tous les plateaux des résidents en chambre sont déposés par les auxiliaires de vie alors que le personnel participant à l'aide aux repas est en nombre insuffisant, suivi du poids insuffisant pendant plusieurs mois. L'absence de suivi de l'état nutritionnel et de mise en place de mesures correctives pour les résidents qui le nécessitent ne permet pas d'assurer un accompagnement individualisé de qualité et contrevient à l'article L311-3 du CASF

### La commission des menus n'est pas en place

**Remarque 15** : L'avis n°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005, recommande la participation des personnels infirmiers, aides-soignants, de la direction et du MEDEC à cette instance. Cette instance doit permettre en premier lieu l'expression des résidents mais également la validation des menus en respectant l'équilibre nutritionnel, la mise en place d'une démarche qualité, l'établissement d'une communication entre les services soignants, le personnel hôtelier et le personnel de cuisine.

## Les troubles de la déglutition sont dépistés

---

Une orthophoniste intervient une demi-journée par semaine le lundi matin, elle prend en charge le dépistage des troubles de la déglutition.

La mission a également noté la possibilité de mobiliser la diététicienne du groupe.

Toutefois, comme cela a été noté plus haut, si les textures ne sont pas conformes aux prescriptions et si l'accompagnement au repas n'est pas adapté, la sécurité de la prise en charge lors des repas n'est pas assurée.

### g) Un signalement sur des dysfonctionnements de prise en charge que l'inspection ne peut pas confirmer

[REDACTED]

Comme cela a été présenté dans le paragraphe d'introduction, il indique avoir reçu une clé USB contenant des documents et des mails et disposer [REDACTED]

- Un décès pour absence de surveillance nocturne sur une patiente, [REDACTED] atteinte de pneumopathie d'inhalation ;
- Un décès pour occlusion [REDACTED], pour absence de surveillance des selles et absence d'administration des laxatifs malgré les prescriptions.

[REDACTED] un focus sur la prise en charge de M Z au sein de l'établissement. La fille de ce résident, désormais transféré dans un autre établissement, indique :

- Des défauts de nursing ;
- Une non-administration de certains médicaments ;
- Une perte de poids d'au moins 15 kilos (78 kgs à l'entrée et 64 kgs à l'entrée dans son nouvel EHPAD) ;
- Des entaillures et des hématomes attribués à des actes de maltraitance.

Pour les trois dossiers, la mission d'inspection dispose des noms des résidents. Les faits remontant à une période antérieure à l'arrivée du MEDCO et de l'IDEC, le dossier médico-soignant des trois résidents a été consulté par le médecin et l'infirmière de la mission.

La mission relève tout d'abord que les éléments rapportés pour la prise en charge de Mmes X et Y qui sont relatés comme ayant été rapportés par le MEDCO auraient dû s'ils sont exacts faire l'objet d'une déclaration d'événement indésirable lié aux soins (du fait de leur gravité, le décès et de leur évitabilité selon les propos rapportés). [REDACTED]

Elle constate ensuite le manque de traçabilité des actes soignants sur la période indiquée (décembre 2023) ce qui ne permet pas de disposer de l'ensemble des éléments nécessaires à l'analyse. Elle note enfin qu'il s'agit de deux résidents de grand âge, présentant un état somatique fragile, ayant fait l'objet dans les deux cas d'une hospitalisation récente et pour lesquelles aucun élément disponible ne permet ni d'affirmer le défaut de soins ni d'affirmer le caractère évitable du décès.

Pour la prise en charge de M Y, les dysfonctionnements relatifs au nursing et au circuit du médicament sont des éléments constatés lors de l'inspection sur site et qui sont traités par ailleurs. Les faits allégués de maltraitance ont été pris en compte par la direction de l'établissement et ont conduit à une consultation médicale qui ne les a pas confirmés. Aucun élément du suivi du poids au sein de l'établissement ne permet d'attester d'une perte de poids d'au moins 15 kgs. Le suivi du poids de ce résident est irrégulier et comporte

des données aberrantes. Les données de l'EHPAD et celles renseignées par l'article de presse sont discordantes.

L'analyse médico-soignante complète est en annexe 5.

## 6. Le circuit du médicament est insécure

---

Le pharmacien inspecteur de santé publique s'est attaché à suivre l'ensemble du circuit du médicament, prescription, préparation des traitements dans des piluliers par une officine de pharmacie de Cagnes sur mer, stockage et administration par les IDE et les AS.

La gestion des stocks, les stupéfiants et les médicaments pour urgences ont également été contrôlés.

L'infirmerie, la « pharmacie » et le local urgence sont positionnés côte à côte au rez-de-chaussée ; ils sont fermés à clés en dehors de la présence du personnel médical et/ou infirmier. Les aides-soignantes de nuit n'ont accès qu'à l'infirmerie. Les locaux sont clairs, propres et bien tenus.

### a) Prescriptions et fiches de traitement

---

Les prescriptions médicales sont établies dans l'infirmerie sur le logiciel [REDACTED] s'en suit l'émission d'une feuille de traitement. Elles portent les mentions réglementaires ainsi que des informations complémentaires sur le résident comme son numéro de chambre, les allergies, l'écrasement des comprimés, le régime alimentaire.

Les prescriptions sont envoyées à [REDACTED] de la pharmacie, mais aussi par mail et en l'absence d'accusé de réception de la pharmacie, le personnel IDE de l'EHPAD appelle la pharmacie.

Les IDE s'appuient, au moyen de tablettes informatiques disposées sur les chariots de distribution des médicaments, sur la feuille de traitement informatisée pour la préparation et la distribution des médicaments.

### b) Préparation des traitements

---

La pharmacie dispensatrice des traitements [REDACTED]

Le pharmacien titulaire de l'officine est assisté d'un pharmacien adjoint et de trois préparateurs en pharmacie. Elle est ouverte 6j/7 de 8h30 à 19h30.

**Ecart 25** : La convention entre l'EHPAD [REDACTED] n'a pas été communiquée lors de l'inspection.

La pharmacie prépare les doses à administrer des résidents de l'EHPAD au moyen [REDACTED] qui est un logiciel de traçabilité complet des médicaments en piluliers, c'est-à-dire les médicaments dans le pilulier, hors du pilulier et en si besoin. Par un scan du Datamatrix présent sur la boîte de médicaments, le nom, le numéro de lot et la date de péremption du médicament sont enregistrés [REDACTED] Il trace également l'historique utilisateurs et les piluliers livrés.

En théorie [REDACTED] est capable de communiquer avec des logiciels de soins tiers comme [REDACTED] avec ou sans interfaçage. Toutes les données liées au patient et à l'ordonnance sont alors récupérées du logiciel

de soins par [REDACTED], lors de synchronisations automatiques. Ces données sont traitées et tracées dans Pili® soft : traçabilité de la dispensation, information de substitution, saisie d'un plan de traitement depuis Pili® soft, actions sur les lignes d'ordonnances. Toutes ces informations sont ensuite renvoyées dans le logiciel de soins de l'EHPAD.

Or à la pharmacie d'officine il a été constaté que cette communication [REDACTED] est très défectueuse. Ni l'EHPAD ni la pharmacie ne se sont mis en relation avec son éditeur informatique pour résoudre ce dysfonctionnement, se contentant chacun d'incriminer l'autre d'une mauvaise transmission / mauvaise réception / mauvaise retranscription des ordonnances.

**Ecart 26 :** Cette absence d'interopérabilité entre le logiciel de l'EHPAD et celui de la pharmacie nuit gravement à la qualité des piluliers préparés et donc à la santé des résidents.

Les piluliers ont chacun une couleur différente en fonction du jour de la semaine (ex : rose le dimanche, orange le jeudi) et sont constitués de quatre alvéoles : matin, midi, soir et coucher. Certains piluliers portent la photo du résident, d'autres non. Chaque étiquette d'alvéole mentionne les nom et prénom du résident, son numéro de chambre et l'étage ; sont inscrits à l'encre noire les nom, dosage et quantité des médicaments à administrer systématiquement, inscription à l'encre rouge les médicaments hors piluliers et à l'encre bleue les prescriptions conditionnelles. Chaque alvéole peut contenir un à plusieurs médicaments (en grand nombre dans certaines alvéoles). Les médicaments en prescription conditionnelle ne sont pas inclus dans les piluliers. Les médicaments sont soit découpés de leur blister, qu'ils soient ou non présentés en conditionnement unitaire, soit placés « nus » c'est-à-dire hors conditionnement primaire, entiers, en ½ ou en ¼. Ainsi, bien souvent il y a absence du numéro de lot et de la date de péremption, perte du nom et du dosage du médicament, rendant impossible toute identification des médicaments dans les alvéoles.

**Ecart 27 :** La préparation pharmaceutique des piluliers n'est pas du tout satisfaisante.

Dans l'éventualité d'un changement de traitement, les IDE doivent ouvrir les alvéoles des piluliers pour y trouver le médicament à retirer car les piluliers ne sont pas refaits à la pharmacie de Cagnes pour s'adapter à la nouvelle prescription.

**Ecart 28 :** En l'absence d'identification des médicaments dans les piluliers, toute intervention des IDE dans les piluliers (modification, ajout ou retrait) aggrave le risque d'erreur d'administration. Or, la procédure institutionnelle « Gestion de la préparation des médicaments avec le logiciel bidirectionnel interfacé avec Netsoins » datée de novembre 2020 mentionne que si la modification ou l'ajout nécessite l'intervention du pharmacien, celui-ci qui va modifier physiquement le pilulier, fournir un nouveau pilulier et échanger ancien/nouveau pilulier. Et la procédure « Préparation et gestion des doses à administrer avec déconditionnement » datée de juin 2016 indique également qu'à chaque changement de traitement, la pharmacie est informée et que les plaquettes lui sont retournées avec la nouvelle ordonnance afin de les mettre à jour.

Par ailleurs, les substitutions de médicaments (en cas de tensions d'approvisionnement par ex) ne sont pas signalées à l'EHPAD.

**Remarque 16 :** Il est du devoir du pharmacien de signaler, par tout moyen à sa convenance, les substitutions médicamenteuses.

Des contrôles de piluliers par rapport à la prescription ont été faits le jour de l'inspection. Des anomalies ont été relevées.

Piluliers de [REDACTED] : prescription du 29 novembre 2024 du docteur Fl. Di. mentionnant notamment

- Acide folique 5mg, 1 le matin – Bisoprolol 2,5mg, 1 le matin – Forxiga® 10 mg, 1 le matin – Galvus® 50mg, 1 le matin – Tardyferon® 80mg, 1 le matin – Seresta® 10mg, 1 au coucher : aucun médicament dans les piluliers, tous dans 1 sachet en papier accompagnant les 7 piluliers de la semaine sur lequel la pharmacie a écrit « A METTRE A JOUR NETSOINS »
- Dafalgan® 500mg, 3 par jour : présence de Doliprane® 1000mg, 3 par jour dans les piluliers
- Macrogol® 4000 sachets de 10g, 2 le matin hors pilulier : médicament non noté sur l'étiquetage de l'alvéole du matin
- Selexid® 200 mg, 1 le matin et 1 le soir : médicament absent des piluliers

De plus :

- 2 médicaments non prescrits ont été délivrés par la pharmacie : Transipeg® 5,9g sachet, 1 par jour hors pilulier et Lactulose 10g sachet, 2 par jour si besoin
- Plusieurs médicaments non prescrits figurent dans les piluliers du matin : 1 Trinipatch® 15mg – 1 Furosemide 20mg – ½ Atenolol 50 mg – 1 Amlodipine 10 mg.

Piluliers de [REDACTED] : prescription du 23 octobre 2024 pour 84 jours du docteur Lu. Le. mentionnant notamment

- Trusopt collyre matin et soir et Vita Nuit pommade ophtalmique matin et soir : tous 2 hors pilulier mais non mentionnés sur le pilulier du matin.

Toujours pour cette même résidente, les piluliers en cours présentent de la Desloratadine 5mg, du Daflon® 1000mg, du Chondrosulf® 400mg, du Meteospasmyl®, du Pantoprazole 20mg, de la Solifenacine 10mg, de la Diprosone® en crème, de l'Econazole en poudre et du Dafalgan® 1000mg. La prescription à jour de tous ces médicaments n'a pas été trouvée sur Netsoins®.

Piluliers de [REDACTED] : prescription du 27 novembre du docteur Lu. Le. mentionnant

- Xarelto® 20mg et Nootropyl® 800mg
- Or, du Seresta® et de la Fluoxetine ont été trouvés dans 1 sachet en papier accompagnant les 7 piluliers de la semaine, médicaments qui ne figurent pas non plus sur la fiche de traitement.

**Ecart 29** : Le contrôle des piluliers a identifié plusieurs écarts entre les médicaments prescrits et les médicaments présents dans les piluliers ce qui relève de pratiques inadmissibles et dangereuses.

Selon les dires du personnel pharmaceutique, le personnel soignant de l'EHPAD ne leur communique pas (soit pas du tout, ne soit pas en temps et en heure) les informations relatives aux traitements arrêtés ou aux résidents décédés. C'est pourquoi, des traitements arrêtés sont retrouvés dans les piluliers ou dans des sachets et des piluliers sont encore fabriqués pendant une semaine voire 15 jours pour une personne décédée.

**Ecart 30 :** Cette pratique est source de surfacturations à l'Assurance maladie, de confusions et d'erreurs pour le personnel IDE, de gaspillage car les médicaments sont jetés dans le [REDACTED] [REDACTED] destiné à leur élimination et de sur consommation et d'iatrogénie médicamenteuse pour les résidents de l'EHPAD pouvant avoir des répercussions néfastes et/ou irréversibles sur leur état de santé.

La pharmacie emploie une personne pour livrer les traitements à l'EHPAD cinq jours par semaine ; les médicaments dits « hors piluliers » (sachets, flacons, suppositoires, sprays...) sont livrés en une fois pour le mois. A réception, un bon de livraison est signé par la personne de l'EHPAD qui réceptionne les produits pharmaceutiques et par le livreur.

**Remarque 17 :** [REDACTED] (initialisation de traitement antibiotique par exemple) restent en attente jusqu'au lundi. Or, la procédure « Circuit du médicament : gestion de l'approvisionnement des médicaments » datée de juin 2022 indique qu'en cas de modification urgente de traitement pendant les heures ouvrables de la pharmacie, le pharmacien effectue la livraison dans les délais définis dans la convention.

La pharmacie a laissé en dépôt un [REDACTED] vide pour y jeter les médicaments périmés, les traitements non administrés et arrêtés.

A l'issue de l'inspection du circuit du médicament dans l'EHPAD, le pharmacien inspecteur de santé publique s'est [REDACTED] et s'est entretenu avec le pharmacien titulaire sur les modalités de la préparation des doses à administrer. Il a été constaté que la pharmacie prépare également les piluliers des résidents de l'EHPAD Les Oliviers à Saint Laurent du [REDACTED]. Un courrier sera adressé au pharmacien titulaire pour entériner cet échange bien qu'il ait été porté à notre connaissance que suite à notre inspection, le pharmacien titulaire s'est rendu dans l'EHPAD Les Jardins d'Inès et a dénoncé la convention qui les liait.

### c) Stockage des médicaments

#### *Chariots de distribution des médicaments*

Il y a deux chariots de distribution des médicaments positionnés dans le local pharmacie de l'EHPAD. Les chariots sont composés d'un plateau supérieur sur lequel se trouvent notamment une tablette informatique et un écrase comprimés de [REDACTED] avec sachets à usage unique pour écrasement, de plusieurs étagères contenant les piluliers du jour (les autres sont rangés dans une armoire de ce même local) et de deux tiroirs inférieurs qui renferment les hors piluliers et les si besoin.

**Ecart 31 :** Les chariots de distribution ne sont pas organisés avec rigueur, les hors piluliers et les si besoin sont étiquetés ou non au nom des résidents et placés en vrac dans les deux tiroirs, beaucoup de médicaments y sont présents correspondant ou non à des traitements en cours.

La présence de médicaments périmés n'a pas été constatée dans aucun dispositif de stockage.

#### *Armoires à pharmacie*

Elles sont positionnées dans le local pharmacie.

## 1 – Piluliers

Les piluliers hebdomadaires préparés par [REDACTED] sont stockés dans une armoire dédiée.

## 2 – Hors piluliers

Les traitements hors piluliers des résidents sont rangés dans deux armoires du local pharmacie, dans des casiers nominatifs individuels (si besoin, crèmes, solutions buvables...). Qu'il s'agisse de forme galénique non adaptée à la PDA ou de médicaments prescrits conditionnellement, ils sont souvent en grand nombre et pas systématiquement identifiés au nom du résident.

Des contrôles de casiers par rapport à la prescription ou à la fiche de traitement ont été faits le jour de l'inspection. Du surstockage et des traitements arrêtés ont été mis en évidence :

Casier de [REDACTED] : Fiche de traitement en cours du docteur [REDACTED].

- 1 boîte de Cotrimoxazole comprimés, non prescrit
- 3 flacons de Seroplex® gouttes buvables, dont 1 flacon sans nom, prescrit 15 gouttes par jour, soit 2 flacons par mois, surstockage 1 flacon
- 1 flacon de collyre Azyter® pour 1 traitement du 13/06 au 20/06
- 3 ampoules buvables de ZymaD®, dont 1 boîte sans nom, prescrit 1 ampoule tous les 15 jours, soit 2 ampoules par mois, surstockage 1 ampoule
- 4 boîtes de Spiriva®, dont 1 boîte sans nom, prescrit 1 bouffée le matin, soit 1 boîte de 30 gélules par mois, surstockage 3 boîtes.

Casier de [REDACTED] : Fiche de traitement en cours du docteur [REDACTED]

- 3 boîtes de ZymaD®, prescrit 1 ampoule par mois, surstockage 2 boîtes
- 1 blister découpé de Zanextra® 20mg contenant 4 comprimés, pas de date de péremption, non prescrit
- 1 blister découpé de Zanextra® 20mg, pas de date de péremption, non prescrit
- 1 blister découpé de Zanextra® 20mg contenant 5 comprimés, péremption 12/2024, non prescrit
- 1 sachet papier vide portant mention de la pharmacie : « Attention dosage Zanextra® à contrôler »
- 3 boîtes pleines de Levothyrox® 25µg + 1 entamée + 1 blister découpé contenant 7 comprimés, pas de date de péremption, non prescrit
- 1 boîte pleine de Levothyrox® 75µg + 1 entamée, prescrit mais pas dans les piluliers
- 1 boîte entamée d'Enalapril / Lercanidipine 20mg, prescrit mais pas dans les piluliers
- 1 boîte entamée Doliprane® 500mg, non prescrit
- 1 boîte pleine d'Hydrochlorothiazide 25mg, non prescrit
- 1 boîte entamée de Celiprolol® 200mg + 1 blister découpé contenant 7 comprimés, pas de date de péremption, prescrit mais pas dans les piluliers
- 2 sachets papier contenant respectivement 7 et 4 comprimés d'Esidrex® 25mg et portant mention de la pharmacie : « Esidrex 25mg ? ».

Casier de [REDACTED] : Fiche de traitement en cours du docteur [REDACTED]

- 6 boîtes de Seresta® 10mg, dont 1 boîte sans nom, prescrit 1 comprimé matin, midi et soir SI BESOIN, soit 3 boîtes maximum par mois, surstockage 3 boîtes.

Casier de [REDACTED] : Casier non revêtu du nom du résident et boîtes de médicaments non identifiées ; prescription du 20 novembre du docteur [REDACTED]

- 1 boîte entière de Loratadine 10mg, non prescrit
- 1 boîte entamée d'Esoméprazole 40mg, prescription de Pantoprazole 40mg
- 1 boîte entamée d'Escitalopram 10mg, prescription d'Escitalopram 5 mg
- 4 boîtes pleines de Loxen® 20mg, prescription 2 par jour SI BESOIN jusqu'au 17/12, surstockage 3 boîtes
- 1 boîte pleine d'Ultralevure® 100mg + 3 sachets, prescrit
- 3 boîtes pleines de Loperamide 2mg, prescription 2 par jour SI BESOIN jusqu'au 04/12, surstockage 2 boîtes
- 2 boîtes de ZymaD®, prescription 1 ampoule par mois, surstockage 1 boîte
- 1 boîte entamée de Seresta® 10mg, prescrit mais pas dans les piluliers
- 1 boîte entamée de Kardegic® 160mg, prescrit
- 1 sachet papier contenant 1 sachet de Kardegic® 160 + 1 comprimé de Seresta® 10mg + 2 comprimés d'Escitalopram 5mg + 1 comprimé non identifié (blister découpé)

**Ecart 32** : Les quantités restantes de médicaments hors pilulier ou en prescription conditionnelle ne sont pas contrôlées par les IDE avant d'adresser à la pharmacie de nouvelles ordonnances, afin d'éventuellement indiquer à la pharmacie « ne pas délivrer » ou de mentionner les quantités exactes à délivrer / à celles déjà présentes dans le casier individuel nominatif. Cette précision est cependant inscrite dans le document institutionnel « Circuit du médicament, récupération, création et gestion des prescriptions et fiches de traitement. » daté d'avril 2023.

**Ecart 32 bis** : Des boîtes de comprimés sont rangées dans les casiers nominatifs individuels alors que les comprimés devraient être dans les piluliers. Des traitements arrêtés n'ont pas été retirés des casiers nominatifs individuels.

**Ecart 33** : Les médicaments qui ont été prescrits par un médecin pour un malade donné ne doivent pas être mutualisés entre les résidents.

### *Médicaments stupéfiants*

---

Ils sont contenus dans les armoires de pharmacie dans deux coffres fermés à clé, un pour les traitements en cours, le second pour les traitements arrêtés.

Le coffre des traitements arrêtés est plein car la pharmacie ne vient jamais à l'EHPAD pour les récupérer et procéder à leur destruction.

**Ecart 34 :** Le document institutionnel dénommé « Circuit du médicament : stupéfiants et assimilés » daté de juin 2023 mentionne que la reprise des stupéfiants se fait par le pharmacien dans la semaine qui suit l'arrêt du traitement.

L'inventaire du coffre « Ordos en cours » laisse apparaître la présence de :

- 1 boîte entière d'Atropine 1mg/ml injectable
- 1 boîte de chlorhydrate de morphine 10mg/ml injectable contenant 9 ampoules
- 1 boîte entière de Scoburen® 20mg/ml injectable + 1 boîte entière de Scopolamine 0,5mg/2ml injectable
- 1 boîte d'Adrénaline 1mg/ml injectable contenant 7 ampoules
- 3 traitements en cours pour des résidents.

Atropine, Adrénaline et Scoburen® ou Scopolamine ne sont pas des stupéfiants mais une IDE trouvait dangereux de les laisser dans la DBU et les a placés dans le coffre fermé. Cependant, Atropine et Adrénaline ne figurent pas sur la liste de la DBU.

La liste des stupéfiants de la DBU est :

- 1 boîte de 10 ampoules de Morphine 10mg
- 1 boîte de 14 comprimés d'Actiskenan® 2,5mg
- 1 boîte de 14 comprimés d'Oxynorm® 5mg

**Ecart 35 :** Actiskenan® et Oxynorm® n'étaient pas dans le coffre des stupéfiants le jour de l'inspection. Le stock de stupéfiants ne correspond pas à la DBU. Des médicaments non stupéfiants sont stockés dans le coffre des stupéfiants.

Il est institutionnellement établi :

- une fiche de contrôle mensuel des toxiques remplie par les IDE ou l'IDEC ; celle présentée a été renseignée en juin et en octobre 2024
- une fiche individuelle de gestion du coffre à toxiques par résident et pour chaque médicament stupéfiant.

**Ecart 36 :** Le registre des relevés d'administration et de gestion du stock des stupéfiants en EHPAD n'a pas pu être présenté le jour de l'inspection car il semble ne pas exister. Outre les mentions relatives au résident et à la prescription, il présente un cartouche et une colonne réservés à la pharmacie dispensatrice pour identification et consignation des quantités livrées.

### *Dotation pour besoins urgents (DBU)*

Un dispositif de stockage en plastique de petite dimension comportant cinq tiroirs contient la DBU. Le stock est pléthorique, composé en partie de médicaments des résidents issus d'arrêts de traitement, sans organisation thématique dans les tiroirs.

La liste qualitative et quantitative de cette dotation, datée d'octobre 2024, a été adressée, elle n'est pas signée par le médecin coordonnateur, ni par l'IDEC.

**Ecart 37** : Les médicaments contenus dans la DBU ne correspondent pas à la liste précitée.

### *Enceinte réfrigérée*

---

De petite dimension, elle est positionnée dans le local pharmacie. La porte vitrée présente un affichage digital de la température (relevé à 5°C le jour de l'inspection) qui indique une valeur minimale de 3,9°C et une valeur maximale de 14,7°C.

**Remarque 18** : Les valeurs minimales et maximales sont incompréhensibles puisqu'elles devraient être de 2°C et 8°C.

Le document de traçabilité des relevés quotidiens de la température du réfrigérateur n'a pas été présenté le jour de l'inspection. Ce dispositif, [REDACTED], présente un emplacement USB permettant un export facile des données de température sur une clé USB, mais cette possibilité n'est pas exploitée dans l'EHPAD.

**Ecart 38** : La température de l'enceinte réfrigérée doit être quotidiennement contrôlée et enregistrée comme cela est d'ailleurs mentionné dans le document institutionnel « Circuit du médicament : gestion du rangement et de la préparation des médicaments délivrés. » daté d'avril 2023.

### *Local urgence*

---

Contigu à l'infirmerie, il est de petite dimension et fort encombré. On y trouve plusieurs concentrateurs d'oxygène, deux chariots de soins infirmiers, des étagères métalliques de stockage de matériel médical, la trousse d'urgence et une armoire d'archivage des dossiers des résidents.

**Remarque 19** : Le local urgence est très encombré et contient du matériel sans rapport avec les urgences.

La liste qualitative et quantitative de la trousse d'urgence, datée de mars 2022, a été communiquée. La trousse d'urgence est filmée et la boîte contenant les médicaments est scellée.

### *d) Administration des traitements*

---

L'administration des traitements est réalisée par les IDE matin, midi et soir et elle est effectuée par les AS la nuit.

Les administrations sont tracées dans le logiciel [REDACTED] par les IDE au moyen de tablettes informatiques portatives.

Le matin, l'administration débute vers 8h15 dans les chambres du 1<sup>er</sup> étage et se termine vers 10h au 2<sup>ème</sup> étage ; à l'heure du déjeuner, les traitements sont administrés en salle à manger ou en chambres ; le soir, elle débute vers 17h35 au 2<sup>ème</sup> étage et se poursuit au 1<sup>er</sup> étage à partir de 18h15.

**Remarque 20 :** Les horaires d'administration portés sur les fiches de traitement sont 8h, 12h et 19h. Une présence infirmière est assurée dans l'établissement de 7h à 19h30.

Pour les résidents qui présentent des troubles de la déglutition, les comprimés sont écrasés dans un sachet en plastique au moyen [REDACTED]

Les traitements de nuit sont préparés par les IDE au cours de la journée, le plateau des piluliers de nuit est déposé dans l'infirmierie accessible aux AS la nuit.

**Ecart 39 :** Les gouttes buvables sont comptées et versées dans les alvéoles vides des piluliers, sans eau. L'étiquette autocollante du pilulier est ensuite repositionnée, les mentions relatives au résident et la dénomination du médicament sont assurées mais l'étiquette n'adhère plus hermétiquement générant une petite entrée d'air avec risque de dégradation du principe actif, le second risque est que le pilulier tombe ou se renverse et que les gouttes soient perdues. De plus, cette pratique est contraire à celle décrite dans la procédure institutionnelle « Organisation et entretien des chariots de médicaments et de soins » datée de juin 2022 qui précise que le gobelet doit être identifié avec les nom, prénom et numéro de chambre du résident sur le corps du pot et non sur le couvercle et que l'eau doit toujours être mise dans le gobelet avant les gouttes.

Un rappel aux IDE et aux AS du document institutionnel dénommé « Les incontournables de l'administration des médicaments » daté de juin 2023 pourrait être utilement dispensé par le médecin coordonnateur lors d'une réunion d'équipe.

**Remarque 21 :** Dans le chariot des AS de nuit, il a été relevé la présence d'un sachet en plastique contenant quelques médicaments comme du Spasfon®, du Gaviscon® et du Doliprane®.

**Ecart 40 :** Selon les déclarations recueillies, les AS de nuit ne tracent pas les administrations sur le logiciel car celui-ci ne le leur permet pas. Or, le document intitulé « Nuit : délégation d'administration de traitements aux soignants » indique de [REDACTED] ns l'onglet administration des traitements.

Au regard de l'article L.313-26 du code de l'action sociale et des familles, à propos des actes de la vie courante et des administrations des prescriptions conditionnelles, un récent jugement du tribunal de Dijon (11.01.2024) a édicté que : « Dès lors que le choix d'administrer ou non un médicament prescrit en « si besoin » nécessite une appréciation de l'état du patient, l'administration d'un tel médicament ne peut être regardée comme un acte de la vie courante et nécessite l'avis préalable d'un médecin ou d'un IDE même si un protocole de soins existe. »

**Remarque 22 :** La procédure institutionnelle « Circuit du médicament – distribution des médicaments » datée de juin 2022 mentionne la possibilité pour le soignant de nuit d'administrer les médicaments à la demande ou si besoin.



## 7. Conclusion

---

L'EHPAD « les Jardins d'Inès » est un établissement [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] situé à Cagnes-sur-Mer. [REDACTED]

Cet établissement a fait l'objet d'une inspection du Conseil départemental des Alpes Maritimes en 2022 puis d'un contrôle sur pièces de l'ARS en 2024. La présente inspection s'est déroulée, sur site et de façon inopinée, dans un contexte de médiatisation autour de potentiels événements indésirables graves non portés à la connaissance des autorités de contrôle.

Les locaux offrent un hébergement agréable et adapté aux personnes âgées avec un fort potentiel mais avec des points d'insécurité au regard des personnes hébergées. C'est en particulier le cas pour l'unité de vie protégée de 26 places dont la mission a constaté qu'elle n'était pas divisée en deux unités de 13 places contrairement à ce que l'EHPAD avait indiqué lors du contrôle sur pièces.

La gouvernance fait l'objet depuis plusieurs années d'une grande instabilité qui touche l'ensemble des fonctions de direction et de coordination (directeur ; MEDCO ; IDEC). Cette instabilité se traduit par un investissement insuffisant des outils de la loi de 2002 et en particulier du fonctionnement du CVS qui n'est plus réuni depuis juin 2023. Elle est particulièrement préoccupante dans le contexte de fragilité des ressources humaines, fragilité pointée depuis 2022 dans l'ensemble des contrôles effectués. L'arrivée récente d'un trio de gouvernance investi représente une opportunité pour l'avenir.

Pour ce qui a trait aux ressources humaines, la mission relève une bonne pluridisciplinarité qui est l'unique point de fort de l'EHPAD dans ce domaine. La fragilité est transversale sur l'ensemble des autres items : un personnel insuffisant en nombre et en qualification ; un turn over important et un recours massif à l'intérim ; une absence de planning dédié et de personnel formé au sein de l'UVP ; une gestion des dossiers du personnel non sécurisée.

Le manque de traçabilité est un dysfonctionnement important qui n'a permis à la mission qu'une analyse partielle des événements relatés en novembre 2024. Cela ne permet pas de confirmer ni d'infirmer le défaut de prise en charge et le caractère évitable des décès survenus.

L'arrivée du MEDCO et de l'IDEC a permis de réinvestir l'évaluation gériatrique et d'améliorer le suivi des chutes et des contentions qui avait été pointé comme point faible en 2022. Mais l'extrême fragilité des ressources humaines engendre un risque pour la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents que ce soit sur le circuit du médicament ; en matière de soins de nursing ou de suivi nutritionnel.

A Marseille, le 20/12/2024

Le médecin inspecteur de santé  
publique

L'inspecteur de l'action  
sanitaire et sociale

Le pharmacien inspecteur  
de santé publique

L'inspectrice désignée

L'inspectrice des affaires  
sanitaires et sociales

Le Responsable de la  
section EHPAD CD 06

Alexandra Livert

Le chargé de suivi EHPAD  
CD 06

## Annexes

---

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

---

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

---

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

Cocher si  
remis

<b>1</b>	Planning IDE, IDEC, AS, ASH du jour de l'inspection	
<b>2</b>	Liste et Nombre de pensionnaires présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, date de naissance avec identification des résidents sous tutelle)  Si disponible, tableau récapitulatif des résidents ayant donné leur accord pour la visite de leurs chambres	
<b>3</b>	Plan des locaux (de type plan sécurité incendie)	

**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 :**

<b>4</b>	Diplômes du personnel : medco, idec, ide, as, ash, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP	
<b>5</b>	Contrat de travail (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment) en spécifiant ceux intervenant dans l'UVP	
<b>6</b>	Ouverture d'un accès au logiciel de soins pour le ou les médecins de la mission d'inspection et mise à disposition d'un ordinateur	

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

7	Organigramme nominatif de la structure	
8	Procédure d'astreinte de direction et tableau des astreintes de direction pour le mois en cours	
<b>LA DIRECTION</b>		
9	Contrat de travail, diplôme et extrait du casier judiciaire n°3 du Directeur	
10	Document Unique de Délégation pour le Directeur salarié.	
11	Note précisant les modalités de remplacement du Directeur en cas d'absence de celui-ci.	
12	Tableau arrivée et départ du poste de directeur sur les 5 dernières années (nom, prén2m, motif de départ)	
<b>PILOTAGE, COORDINATION ET COMMUNICATION</b>		
13	Livret d'accueil <b>si différent de celui communiqué en mai 2024</b>	
14	3 derniers Comptes rendus des réunions entre le directeur et le directeur régional	
15	3 derniers Comptes rendus des réunions de direction (CODIR)	
16	3 derniers PV du Conseil de la Vie Sociale et de la Commission d'animation	
17	3 derniers PV de la Commission des menus	
18	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 répétition des dysfonctionnements) <b>si différent de celui communiqué en mai 2024</b>	
<b>LES EFFECTIFS DE PERSONNEL</b>		
19	Planning d'organisation des soins (AS et IDE) et ASH « type » de l'établissement (celui qui décrit votre organisation cible pour assurer la prise en charge des résidents)	
20	Planning du personnel du mois en cours (jour et nuit) : IDE, IDEC, AS, ASH, MEDCO, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)	

<b>21</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>22</b>	Plan de formation 2024 réalisé	
<b>23</b>	Taux d'absentéisme des AS-AES-AMP sur la période du 1 <sup>er</sup> janvier 2024 à la date de l'inspection	
<b>24</b>	Taux d'absentéisme des IDE sur la période du 1 <sup>er</sup> janvier 2024 à la date de l'inspection	
<b>25</b>	Taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1 <sup>er</sup> janvier 2024 à la date de l'inspection	
<b>26</b>	Taux de turn over des personnels IDE sur la période du 1 <sup>er</sup> janvier 2024 à la date de l'inspection	
<b>PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE</b>		
<b>27</b>	Compte-rendu de la commission de coordination gériatrique de l'année en cours	
<b>28</b>	Procédure d'admission	
<b>29</b>	Procédure de prise en charge des escarres et de suivi nutritionnel	

Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien

---

Directrice	[REDACTED]
Référente qualité régionale	[REDACTED]
Référente RH régionale	[REDACTED]
MEDCO	[REDACTED]
IDEC	[REDACTED]
Psychologue	[REDACTED]
IDE	[REDACTED]
Pharmacien d'officine	[REDACTED]
Responsable ressources humaines groupe Emeis	[REDACTED]
Auxiliaire de vie faisant fonction d'aide-soignante	[REDACTED]
Agent de service hospitalier	[REDACTED]



Annexe 5 : Point de situation suite à la consultation des dossiers médicaux-soignants des trois résidents dont les situations ont fait l'objet d'une médiatisation.

---

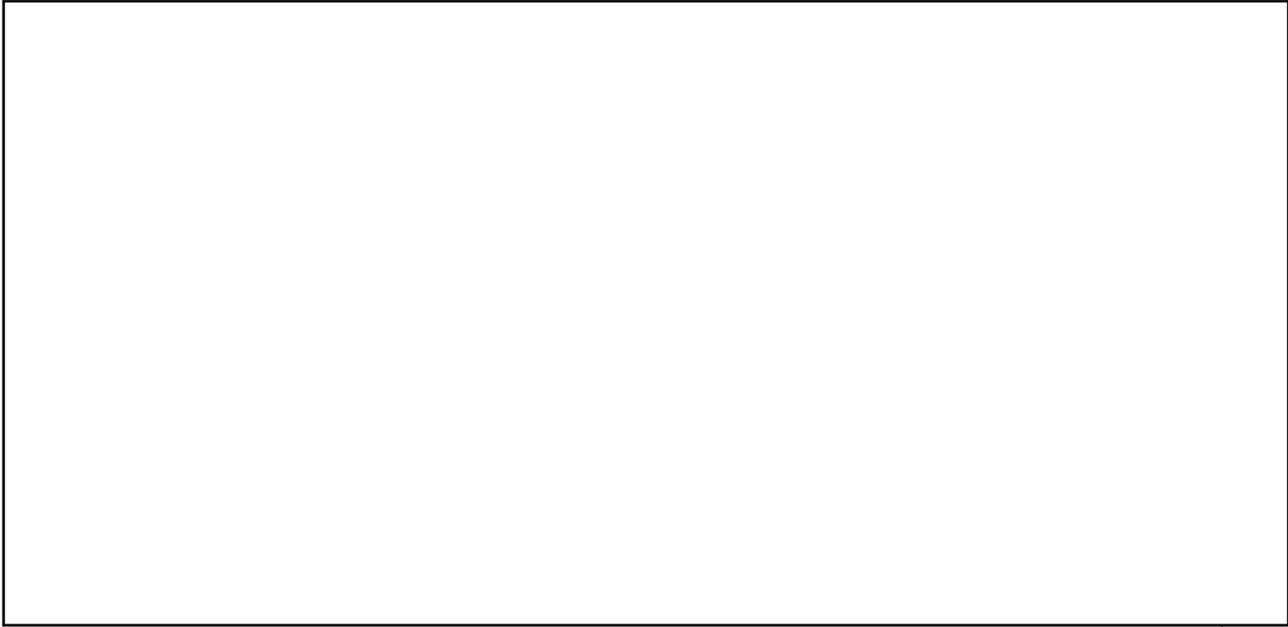
[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text]



[Redacted text]

[Redacted text]

