

Rapport de l'inspection du 08 février 2023

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

→ **seul le rapport définitif, établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée, et non le rapport initial ou provisoire, est communicable aux tiers.**

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

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

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

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

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

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

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

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

La communication, sous les réserves exprimées ci-dessus, devra être demandée en tout état de cause aux autorités administratives ayant la responsabilité de la procédure, à savoir le directeur général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne. Dans tous les cas, tous les rapports d'inspection produits par l'Agence Régionale de Santé Occitanie et le Conseil départemental de la Haute-Garonne ne sont pas communicables en l'état à d'autres personnes que celles qui ont été sollicitées pour répondre à la procédure dite « contradictoire ». Lesdites personnes ne sont pas habilitées à assurer la diffusion du rapport même s'il remplit les conditions d'un document administratif à caractère définitif.

SOMMAIRE

Introduction

I – Gouvernance

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation

1.2 Management et stratégie

1.2.1 Le projet d'établissement ou de services,/ Le règlement de fonctionnement

1.2.2 Pilotage. Délégations de pouvoirs

1.2.3 Conseil de la vie sociale et autres formes de participation

1.3 Gestion de la qualité

1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance

1.3.2 Gestion des risques, des crises et des incidents graves

II – Fonctions support

2.1 Gestion des ressources humaines

2.1.1 Effectifs des personnels/qualifications/affectations

2.1.2 Formation/accompagnement/soutien des professionnels

2.2 Bâtiments/espaces extérieurs/équipements

2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs

2.2.2 Sécurité des personnes et des biens

III- Prise en charge

3.1 Organisation de la prise en charge

3.1.1 Admission

3.1.2 Modalités d'accompagnement/projet d'accueil et d'accompagnement

3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne et externe

3.1.4 Gestion des situations d'urgence

3.2 Respect des droits des personnes accueillies

3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes

3.2.2 Liberté d'aller et venir

3.2.3 Alimentation/repas

3.2.4 Bienveillance

3.3 Soins

3.3.1 Projet de soins individuel/partage des informations médicales et paramédicales

3.3.2 Organisation des soins

3.3.3 Hygiène – Risque infectieux

3.4 Circuit du médicament

IV- Relations avec l'extérieur

4.1 Coordination avec les autres acteurs

V- Synthèse

Conclusion

Annexes

Ce rapport est indivisible et ne peut être reproduit que dans son intégralité

Inspection de l'EHPAD « Era Caso » du 08 février 2023

Introduction

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie et le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne ont diligenté, par lettre de mission du 3 février 2023 (annexe 2), une inspection auprès de l'EHPAD Era Caso sis avenue du Bois Chantant à Montauban-de-Luchon (31 110). Cette inspection est inscrite au programme d'inspection 2023 de l'ARS Occitanie et répond aux orientations nationales de développement des inspections dans les EHPAD. Elle vise également à repérer et à prévenir les risques « a priori » de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux.

Cette inspection a été menée de manière inopinée. Elle s'est déroulée sur le site de l'EHPAD le 8 février 2023 à partir de 8h.

Fondée sur l'article L313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), elle avait pour objet d'apprécier le niveau d'exposition de la structure au risque de maltraitance institutionnelle ou individuelle, mais également d'identifier d'éventuels écarts aux normes réglementaires opposables aux EHPAD.

Pour réaliser la mission, l'équipe d'inspection a procédé à :

- un contrôle des locaux,
- des analyses documentaires,
- des entretiens.

Pour rappel, l'établissement inspecté se présente comme suit :

Capacité / Statut	65 lits en hébergement permanent – Statut public territorial
Population prise en charge	Personnes âgées dépendantes et Personnes Alzheimer ou maladies apparentées
Effectifs budgétés	Effectifs budgétés à l'EPRD 2022 : ■■■■ ETP Effectifs réalisés à l'ERRD 2022 : ■■■■ ETP dont ■■■■ ETP sur H, ■■■■ sur D et ■■■■ sur S.

Autorisé initialement en tant que foyer-logement par arrêté préfectoral du 31 juillet 1980, l'établissement a été transformé en EHPAD par arrêtés préfectoraux en date du 25 mars et 19 août 1997. Il a fait l'objet d'une cession d'autorisation au profit de la mairie de Bagnères-de-Luchon à compter du 1^{er} juillet 2005. Le renouvellement de l'autorisation est intervenu à compter du 4 janvier 2017 pour une durée de 15 ans par arrêté conjoint du Directeur général de l'ARS Occitanie et du Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne.

La convention tripartite pluriannuelle (CTP) de l'EHPAD a été signée le 19 mars 2009. Un avenant a acté de nouveaux effectifs le 02 février 2010.

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) était prévu 2019, conformément à la réglementation en vigueur et à la programmation arrêtée conjointement par l'ARS Occitanie et le Conseil départemental de la Haute-Garonne en date du 31 juillet 2019. Celui-ci a été reporté, compte tenu de la crise sanitaire et de l'absence de direction stable depuis la fin de la crise.

Au jour de l'inspection, le GIR Moyen Pondéré (GMP) validé en 2018 par les autorités de tarification est de ■■■ et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) de ■■■.

L'EHPAD est organisé avec une répartition des 65 lits sur 3 niveaux (rez-de-chaussée, 1^{er} et 2^{ème} étage),

Les chambres se répartissent comme suit :

- 7 chambres en rez-de-chaussée.
- 30 chambres au 1^{er} étage (ancien bâtiment + extension)
- 28 chambres au 2^{ème} étage

L'établissement dispose d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant des troubles du comportement modérés. Il n'y a pas d'unité protégée.

A l'arrivée de la mission, un agent d'accueil était présent. L'élue en charge de l'établissement ainsi que les directrices de la mairie en charge des ressources humaines et financières ont été prévenues de notre présence.

Une salle de réunion et plusieurs bureaux ont été mis à disposition de la mission. Celle-ci a pu accéder aux documents demandés (annexe 3) et s'entretenir avec l'ensemble du personnel souhaité.

Les constats et analyses fondés sur les écarts¹, les remarques² et les appréciations portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I³ que nous sommes amenés à formuler à l'issue de nos vérifications font l'objet du présent rapport qui comprend les parties suivantes :

I – Gouvernance (conformité aux conditions de l'autorisation)

II – Fonctions support (Gestion des ressources humaines et gestion budgétaire et financière)

III – Prise en charge

V – Synthèse

Les éléments recueillis par le médecin, personne qualifiée ont été intégrés dans le corps de ce rapport.

Celui-ci est communiqué aux gestionnaires afin de recueillir leurs éventuelles observations le concernant.

¹ Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité, d'un non respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables. Il y a lieu de distinguer deux types d'écart : **les écarts** et les **écarts majeurs** selon qu'il existe ou non un danger avéré pour la sécurité sanitaire de l'utilisateur ou la protection des personnes.

² Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave détecté par les inspecteurs qui ne peut être caractérisée au regard d'un texte juridiquement opposable.

³ Niveau **S.A.M.I** :

- **S** = Satisfaisant, maîtrise du risque maltraitance, risque identifiée au plan institutionnel, mesures de lutte et de préventions formalisées, mises en œuvre et suivies par la direction et l'organisme gestionnaire.
- **A**= Acceptable, maîtrise correcte du risque maltraitance mais existence d'écarts à la norme ou de défauts mineurs dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation sans conséquence directe toutefois sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.
- **M**= Moyen, maîtrise partielle du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences limitées sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.
- **I**= Insuffisant, absence de maîtrise du risque maltraitance pouvant entraîner ou entraînant des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

I- GOUVERNANCE				
1-1 Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
<p>- 1.1.1 - REGIME JURIDIQUE</p> <p>Vérification de la situation administrative est à jour</p>		Non		<p>Autorisé initialement par arrêté préfectoral en date du 31/07/1980 au profit du bureau d'aide sociale de la Commune de Bagnères de Luchon, en qualité de logement foyer pour personnes âgées, cette autorisation a été cédée, par arrêté en date du 22/04/1997 du Président du Conseil Général, à l'association Promo-Accueil.</p> <p>En 2003, l'établissement est transformé en EHPAD par arrêtés des 25/03/2003 et 19/08/2003.</p> <p>Par arrêté conjoint du 5/09/2005, l'autorisation est transférée à la Mairie de Bagnères de Luchon.</p> <p>Une extension de capacité non importante de 5 lits a été autorisée par arrêt conjoint le 31/03/2009 portant la capacité de l'EHPAD à 65 lits.</p> <p>En vertu de l'arrêté conjoint de renouvellement d'autorisation en date du 4/01/2017, la capacité actuellement autorisée et installée est de 65 places en hébergement permanent dont 14 places en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant des troubles du comportement modérés.</p> <p>L'autorisation est détenue ce jour par la Mairie de Bagnères de Luchon, ce qui n'est pas conforme à la réglementation. Des échanges sont intervenus notamment depuis 2019 afin de régulariser la situation. Lors de la réunion du 18 novembre 2020, les élus de la collectivité avaient opté pour un rattachement de l'EHPAD au CCAS et ce transfert de gestion devait être formalisé en suivant. Aucun dossier n'est parvenu auprès des autorités. Ces éléments ont été rappelés lors du courrier conjoint en date 26/01/2023.</p>

				ECART n° 1 : En application des articles L. 315-7, L.315-9 et suivants du CASF, les établissements mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), parmi lesquels figurent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ne peuvent pas être gérés directement par des collectivités ou leurs groupements.
- 1.1.2 – MISSIONS Vérification missions réalisées conforme à l'autorisation	Oui			Les missions mises en œuvre par l'EHPAD sont conformes à l'autorisation délivrée le 4 janvier 2017 par arrêté conjoint du Directeur général de l'ARS Occitanie et du Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne (hébergement à temps complet des personnes âgées avec dispensation de soins médicaux et paramédicaux) et à l'article D312-155-0 CASF.
- 1.1.3 – PERSONNES ACCUEILLIES La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	Oui			Le capacitaire installé et en fonctionnement au jour de l'inspection est conforme à l'autorisation délivrée le 4 janvier 2017 précité (65 places d'hébergement permanent / un PASA pouvant prendre en charge jusqu'à 14 résidents de l'établissement). La population accueillie est également conforme à l'autorisation délivrée (personnes âgées dépendantes). Le GMP et le PMP ont été validés en 2019, respectivement à ■■■ et ■■■. Au jour de l'inspection toutefois, 60 résidents sont présents sur l'établissement. Les chambres 24 – 41 – 47 – 53 – 27 sont en travaux et limitent donc la capacité d'accueil de l'établissement.
1-2 Management et stratégie				
1.2.1 Fonctionnement global de la structure				
Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes				
- Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF (art R311-33 à R311-37)			En partie	Un règlement de fonctionnement a été validé par le CVS du 7/01/2020 et approuvé par le conseil municipal du 29/07/2020. Il présente les éléments attendus par la réglementation. Il est remis aux résidents et est présent dans les 3 dossiers de résidents examinés mais non signés pour l'un d'entre eux.

				<p>Il n'est pas connu des personnels. Il n'a pas été constaté d'affichage dans les locaux de l'établissement l'affichage dudit règlement.</p> <p>ECART n°2 : En l'absence d'affichage dans ses locaux du règlement de fonctionnement, l'EHPAD Era Caso contrevient à l'article R-311-34 du CASF.</p>
- Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (art. L.311-8 et D311-38)		Non		<p>Le projet d'établissement remis par l'établissement date de 2009/2014. Ce document n'est plus valide, ce qui contrevient à la réglementation en vigueur. Par ailleurs, il n'a pas été constaté de travaux pour mettre à jour le dernier PE.</p> <p>ECART n°3 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement datant de moins de 5 ans et contrevient de ce fait, à la réglementation en vigueur (article L311-8 CASF).</p>
1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes				
- Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?		Non		<p>Un organigramme a été remis à la mission d'inspection, mais il ne présente pas les liens hiérarchiques et fonctionnels, qui ne font l'objet d'aucune formalisation.</p> <p>REMARQUE n°1 : L'organigramme ne présentant pas les liens hiérarchiques et fonctionnels rend illisible la gouvernance de l'EHPAD.</p>
- Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature (art. D312-176-5 CASF pour les ESMS privés, D315-71 CASF pour les EP autonomes) ?		Non		<p>L'ancienne directrice, Mme L. disposait avant son arrêt maladie d'une délégation électronique de signature pour toute dépense inférieure à 10 000 euros. La directrice recrutée en CDD n'a bénéficié d'aucune délégation.</p>

				REMARQUE n°2 : La directrice qui était en poste ne disposait d'aucune délégation signature, ce qui est préjudiciable au fonctionnement courant de l'établissement.
- Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?			En partie	<p>Une fiche de poste de directeur énumère l'ensemble des missions confiées à celui-ci mais ne précise pas les délégations dont il dispose pour les mettre en œuvre.</p> <p>L'EHPAD est juridiquement placé sous l'autorité administrative du conseil d'exploitation de la résidence. Celui-ci est composé des membres du Conseil municipal, son Président est le Maire, Mr [REDACTED]. Le conseil d'exploitation prend toutes les décisions, sur proposition de la directrice de l'EHPAD.</p> <p>REMARQUE n°3 : La fiche de poste du directeur ne précise pas les délégations dont il dispose pour les mettre en œuvre</p>
- Quelles sont les relations du directeur avec les instances de l'organisme gestionnaire ?		Non		<p>Il n'a pu être vérifié l'existence et la fréquence de réunions. Il existe une commission d'admission, composée de membres de l'établissement et de la Mairie.</p> <p>Il a pu être relevé dans tous les interviews, y compris avec l'équipe municipale, un manque de fluidité dans la prise et signature de décisions. Les allers retours nombreux de parapheurs entre la structure et la Mairie sont source d'allongement des délais et entraîne inévitablement un allongement de l'effectivité de la décision et de sa mise en œuvre.</p> <p>Aucune procédure écrite n'a pu être constatée</p> <p>REMARQUE n°4 : L'absence de formalisation écrite et partagée du fonctionnement des instances de l'organisme gestionnaire rend complexe la gestion au quotidien de la structure et ne va pas dans le sens souhaitable d'une fluidité des décisions à prendre.</p>
- La direction est-elle structurée ? - Existe-t-il des réunions d'équipes ?			En partie	<p>Au départ du directeur, il a été indiqué à la mission qu'un comité de direction (CODIR) a été mis en place (élue en charge du CCAS, l'IDEC, le médecin coordonnateur et l'accompagnant psychosocial). Une note de service en date du 20 janvier 2023 confirme cette organisation.</p>

				<p>Des réunions ont bien été mises en place, sans que puissent être vérifiés leur fréquence et leur contenu.</p> <p>Peu d'échanges et de partage d'informations avec les équipes au niveau institutionnel sont observés.</p> <p>REMARQUE n°5 : La gouvernance de l'établissement est fragilisée par l'absence de directeur et de partages d'informations sur les réunions/décisions du CODIR</p>
- La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?		Oui		<p>Une note de service en date du 20 janvier 2023 précitée précise bien l'organisation retenue au départ de la directrice effectif au 3 février 2023 avec la mise en place d'un CODIR.</p> <p>Le jour de l'inspection, la continuité est effective avec la présence du cadre des soins</p> <p>Par ailleurs, le planning d'astreinte d'octobre 2022 à mars 2023 a été communiqué à la mission d'inspection. L'astreinte administrative s'appuie sur 4 personnes : la directrice, la secrétaire, la maîtresse de maison et l'agent d'accueil. Les coordonnées de chaque personne figurent sur le planning. A compter de février, l'astreinte est partagée entre 3 personnes.</p>
- La direction est-elle régulièrement assurée le jour du contrôle		Oui		Présence du cadre des soins, M. E., au jour de l'inspection.
- Quelles sont les relations du directeur avec le personnel ? - Existe-t-il des signes de conflits entre Direction et personnel				<p>Les relations ne sont pas facilitées du fait de la fragilité du poste de direction.</p> <p>L'ancienne directrice, absente pour congés maladie sur la durée, son remplacement n'a pu intervenir que le 1er janvier 2022 par l'embauche de Mme F., CDD d'un an. Le jour de l'inspection, le poste de direction était vacant (depuis le 3 février 2023), celle-ci n'ayant pas souhaité renouveler son contrat.</p>

				<p>Ce départ a été selon les personnes interviewées vécu difficilement, Mme F. faisant l'unanimité. Elle a redonné "du souffle" par sa volonté de revoir l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD.</p> <p>L'absence de gouvernance stabilisée ne peut être que préjudiciable, et il est clair que le choix, actuellement en cours, de la nouvelle direction constitue un enjeu majeur pour l'Etablissement.</p> <p>L'absence globale de formalisation des process et procédures n'est pas de nature à conforter l'organisation du travail, de même que des manques de ressources humaines, notamment médicales (cf. remarques infra et supra).</p>
1-3 Animation et fonctionnement des instances				
1.3.1. Conseil de la vie sociale et autres formes de participation				
- Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ? (Art. L311-6, D311-3 et suivants CASF)		Oui		<p>Le conseil de vie sociale est constitué et fonctionne conformément à la réglementation. Il s'est réuni 3 fois en 2022, avec des comptes rendus écrits.</p> <p>Pour l'année 2023, la mission n'a pas eu communication de la planification des réunions du CVS et aucune convocation n'était en cours pour le 1^{er} trimestre 2023.</p>
- Le Comité social territorial est-il en place ?		Non		<p>Les comptes-rendus 2022-2023 du Comité Social Territorial (CST) ont été demandés par la mission et non transmis. Les personnels reçus en entretien n'avaient pas connaissance de l'existence du CST.</p> <p>ECART n°4 : Le Comité Social Territorial n'est pas en place, ce qui contrevient aux dispositions du Décret n°2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.</p>
1-4 Gestion de la qualité				
1.4.1 Démarche d'amélioration de la qualité Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité				
- Y a-t-il un référent qualité ? - L'évaluation régulière des pratiques est-elle instaurée ?		Non		<p>Le projet d'établissement 2009-2014 prévoyait la désignation d'un référent qualité et comportait un projet de fiche de poste. Cette orientation n'a pas été suivie d'effet. L'établissement ne dispose pas de référent qualité.</p>

				<p>De plus, au vu des entretiens menés, aucune évaluation des pratiques professionnelles n'est réalisée.</p> <p>REMARQUE n°6 : Il n'y a pas de référent qualité au sens de l'établissement ni d'évaluation des pratiques professionnelles.</p>
- Les procédures, RBPP sont-elles connues et utilisées par les personnels ?		Non		<p>Il ressort des entretiens menés que les procédures ne sont pas connues des salariés. Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ne sont pas identifiées. Il n'existe pas non plus de sensibilisation interne aux RBPP.</p> <p>REMARQUE n°7 : Les agents ne sont pas sensibilisés aux RBPP. Les RBPP ne sont pas connues ni utilisées par les personnels de l'EHPAD.</p>
- Y – a –t-il des réunions de revue de qualité ?		Non		<p>Il n'y a pas de revue qualité mise en place sur l'établissement au vu des entretiens menées et en l'absence de compte-rendu communiquée à la mission.</p> <p>REMARQUE n°8 : Aucune revue qualité n'est réalisée au sein de l'EHPAD.</p>
- EI et EE			En partie	<p>L'évaluation externe a été réalisée en 2015. Il est relevé des points forts sur la qualité de vie, l'autonomie des professionnels, le dynamisme et pluridisciplinarité. Des fragilités sont toutefois soulignées liées à l'isolement institutionnel de l'EHPAD, en raison d'un manque d'investissement de l'organisme gestionnaire pour soutenir la gestion financière et la gestion des RH.</p> <p>Il n'y pas eu d'autre évaluation réalisée depuis cette date.</p> <p>A la suite de la nouvelle réglementation en vigueur concernant le rythme des évaluations (Décret n°2021-1476 du 12 novembre 2021), la transmission du prochain rapport d'évaluation de l'établissement aux autorités de tarification et de contrôle est programmée le 1^{er} semestre 2025 conformément à l'arrêté conjoint du Directeur général de l'ARS</p>

				Occitanie et du Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne en date du 20 décembre 2022.
- Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?		Non		Le recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles n'est pas formalisé. En cas de difficulté, les résidents et les familles s'adressent à un membre de l'équipe directement. Le problème signalé n'est pas tracé ni dans sa formulation, ni dans sa résolution. REMARQUE n°9 : Il n'existe pas de dispositif opérationnel d'analyse des réclamations et des doléances des résidents et des familles.
- Des enquêtes de satisfaction sont-elles menées auprès des résidents / familles et auprès des personnels ?		Non		Le gestionnaire indique qu'une enquête de satisfaction a été menée en 2022. Aucun bilan n'a toutefois été remis à la mission malgré sa demande et les résultats ne sont pas affichés. Il est indiqué à la mission par le gestionnaire qu'une nouvelle enquête de satisfaction est prévue courant 2023. ECART n°5 : L'établissement ne réalise pas chaque année une enquête de satisfaction, ce qui n'est pas conforme au III de l'article D.311-15 CASF.
1.4.2 Politique de promotion de la bientraitance Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et du directeur pour la promotion de la bientraitance				
- Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de la structure ?		Non		Il ressort des entretiens menés par la mission qu'aucun acte de maltraitance n'a été identifié par les salariés rencontrés par la mission. Aucun évènement indésirable lié à des cas de maltraitance n'a été remonté par le gestionnaire. La dernière réclamation reçue par les autorités de tarification et contrôle date de 2021 et concerne les restrictions mises en place dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.
- Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance		Non		Au vu des entretiens menés, la politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance apparaît peu développée au sein de

formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure?				<p>l'établissement. Une formation aurait eu lieu pour la dernière fois en 2019 avec l'ensemble des salariés.</p> <p>Depuis la crise de COVID-19 et les changements survenus au sein de l'équipe de direction, il n'y a plus de sensibilisation interne sur les bonnes pratiques relatives à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.</p> <p>ECART n°6 : Il n'est pas mis en œuvre sur l'établissement de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, qui constitue une obligation prévue dans le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 CASF.</p>
1-5 Gestion des risques, des crises et des incidents graves				
1.5.1 Politique de la prévention et de gestions des risques				
Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et de l'équipe de direction pour animer une politique de prévention des risques et la capacité de la structure à faire face à des situations de crise				
- Un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique est-il intégré dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8.? Article D312-160		Non		<p><i>Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique</i></p> <p><i>Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).</i></p> <p>Aucun plan bleu ni document de gestion de crise n'ont été remis à la mission d'inspection.</p> <p>ECART n°7: L'EHPAD ne dispose pas d'un plan de gestion de crise, élaboré et acculturé sous la responsabilité du directeur (plan bleu Article D312-160 du CASF).</p>
- Une convention avec un établissement de santé proche a-t-elle été mise en place pour définir les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles			En partie	<p>L'établissement a indiqué avoir une convention avec le Centre Hospitalier [REDACTED], mais que celle-ci étant obsolète, elle était en cours de révision. Aucun document n'a été remis à la mission</p>

de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier			ECART n°8 : L'établissement ne dispose pas d'une convention avec un établissement de santé de recours définissant les modalités d'échanges et de bonnes pratiques et permettant les admissions directes opérationnelles.
- Existe-t-il un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des événements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies ? (art.L331-8-1 CASF - Art L.1413-14 CSP)		Non	<p>La mission n'a pas eu communication d'outil de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants et des événements indésirables. Il n'existe pas non plus de procédure associée.</p> <p>Les salariés rencontrés par la mission n'ont pas connaissance d'une procédure écrite et confirment l'absence de dispositif de traçabilité des événements indésirables et événements indésirables graves.</p> <p>Toutefois, les événements liés à la prise en charge du résident par les soignants (exemple : chute) font l'objet d'une traçabilité dans le logiciel de soins.</p> <p>ECART n°9 : L'établissement ne dispose pas d'un dispositif opérationnel de recueil, d'analyse et de suivi des dysfonctionnements graves et des événements indésirables associés aux soins, ce qui est contraire aux disposition des articles L331-8-1 CASF et L1413-14 du code de la santé publique (CSP).</p>
- Le personnel peut-il se référer à des procédures et/ou à des conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou EIG ?		Non	<p>Aucune procédure et/ou conduite à tenir n'a été communiquée à la mission suite à la demande faite. Les entretiens menés confirment l'absence de connaissance d'une telle procédure. Les salariés identifient uniquement comme relevant d'un incident ou d'un EIG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les chutes : celles-ci font l'objet d'une traçabilité dans le logiciel de soins [REDACTED] – cf supra. - Une urgence liée à l'état de santé de santé d'un résident : dans ce cas, les salariés font appel à l'IDE présent et à défaut, contactent le centre 15 pour connaître la conduite à tenir. <p>Les autres dysfonctionnements ne font pas l'objet d'une traçabilité ni d'une analyse en réunion d'équipe pluriprofessionnelle pour mise en place de mesures correctives ou de plans d'actions adaptées.</p> <p>ECART n°10 : En l'absence de procédures et/ ou de conduites à tenir en cas de crise, incidents ou Evènements Indésirables Graves (EIG), l'établissement ne peut garantir le respect des dispositions</p>

				de l'article L331-8-1 CASF et de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des dysfonctionnements graves et des EIG.	
Appréciation de la gouvernance en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	<p>INSUFFISANT</p> <p>Le manque de stabilité de l'équipe de direction (absence pour longue maladie de la directrice titulaire, départ de la directrice en CDD, arrivée récente de l'IDEC), l'absence de directeur au jour de la mission et la fragilité de la gouvernance de l'établissement, assuré par la Mairie, ne permet pas aux équipes de disposer d'un cadre structurant et sécurisant nécessaire à l'accomplissement de leurs missions. Les documents et dispositifs réglementaires (projet d'établissement, politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, dispositif opérationnel de signalement des EI / EIG) visant à garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents ne sont pas mis en œuvre.</p> <p>L'ancienneté des équipes en poste, leur connaissance des résidents et de leur histoire de vie ainsi que la posture professionnelle adaptée observée par la mission permet néanmoins, au quotidien, de maintenir un certain niveau de qualité de la prise en charge des résidents. Les pratiques professionnelles ne sont toutefois pas évaluées et l'absence d'encadrement stable et durable ne permet pas de déployer les projets structurants nécessaires à l'amélioration continue de la qualité et de l'accompagnement des résidents.</p>				
II- FONCTIONS SUPPORT					
2-1	Gestion des ressources humaines	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
	2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application des conventions collectives, évaluation, assurances... - Vérifier l'adéquation des diplômes aux postes occupés - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées				

avec les autorités (CPOM...) - Vérifier la rotation du personnel et le taux d'absentéisme			
<p>- Quels sont les effectifs ? Comment se répartissent-ils ?</p>			<p>Au vu des documents remis à la mission, l'établissement dispose de ■ postes dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ en direction - administration - ■ en cuisine – services généraux - ■ en animation - ■ ASH/ASP - ■ IDE dont 1 IDEC - ■ AS dont ■ de nuit, ■ PASA et ■ de rempla . <p>Le jour de l'inspection, ■ postes sont déclarés vacants dont le poste de la direction, l'ergothérapeute et ■ ETP d'AS.</p> <p>Les effectifs dépassent de 3 ETP les effectifs inscrits à la tarification 2022. Ce dépassement concerne essentiellement les AS.</p> <p>34 % des personnels sont titulaires et 8 % sont en position de stagiairisation.</p>
<p>- Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?</p>	Oui		<p>■ agents sont présents sur la structure le jour du contrôle et ce, conformément au planning établi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ IDE - ■ AS/FFAS - ■ AS au PASA+ 1 stagiaire - ■ ASP - ■ en cuisine - ■ AS et AVS de nuit
<p>- Les personnels sont-ils qualifiés (art L312-1-II, al.2 CASF) Article D312-155-0 et suivants</p>			<p>En partie</p> <p>Sur ■ dossiers de personnels affectés aux fonctions d'AS que la mission a examinés, ■ agents ne sont pas qualifiés.</p> <p>Par ailleurs, les diplômes ne sont pas systématiquement présents dans les dossiers des personnels. En conséquence, l'employeur ne vérifie pas la qualification des personnels qu'il emploie.</p>

			<p>Les diplômes ne sont pas systématiquement recueillis par le gestionnaire (diplômes manquants dans le dossier pour l'animateur et une IDE). Aucune attestation d'enregistrement des IDE auprès de leur Ordre professionnel n'est présente dans les dossiers, à l'exception d'une contractuelle, ni d'autorisation d'exercice délivrée par l'Ordre pour un diplôme obtenu en zone UE (Belgique).</p> <p>De plus, la personne recrutée sur le poste de psychologue n'est pas diplômée. Il dispose [REDACTED]. Les échanges de mails entre l'ancienne direction de l'EHPAD et le gestionnaire, versés au dossier de la personne recrutée sur le poste de psychologue, confirment l'absence de diplôme requis. Selon ces échanges, la personne a été recrutée au vu de son expérience et en l'absence de candidat diplômé.</p> <p>ECART n°11 : Le gestionnaire ne s'assure pas systématiquement des conditions requises pour exercer sur des postes paramédicaux (diplômes et autorisations d'exercice), ce qui est contraire aux dispositions du II l'article L312-1 CASF.</p>
<p>- Comment sont organisées par service les rotations de personnel : présence du personnel, répartition sur la journée, la semaine, temps de travail sur période, repos entre 2 postes ?</p>			<p>Au cours de la mission, les agents interrogés ont mentionné la mise en place depuis 2 ans d'une nouvelle organisation de l'équipe de soins soit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une alternance d'une semaine de 4 jours (lundi, mardi, samedi, dimanche) et de 3 jours (mercredi, jeudi, vendredi) - Une présence de 12h avec des arrivées échelonnées de l'équipe entre 6h45 et 8h pour l'équipe de jour - Une pause de 1h30 au cours de la journée échelonnée entre les professionnels - Une prise de poste de l'équipe de nuit à 19h30 et 20h40, ce dernier professionnel quittant le lendemain à 7h45 <p>Un agent interrogé a indiqué que l'échange entre secteurs était possible mais rare, la plupart du temps l'équipe demeure la même.</p>

				<p>REMARQUE n°10 : L'absence de rotation entre secteurs et l'organisation fixe en équipe et contre-équipe peut constituer un frein à l'entraide et la collaboration en cas de besoin. La cohésion et la solidarité ont tendance à être centrées sur l'équipe plutôt que sur le collectif au sens large.</p>
<p>- Comment la structure fait-elle face aux absences ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?</p>		Non		<p>Les entretiens ont confirmé un manque de personnel important et régulier. Cependant, le jour de la mission, l'effectif comprenait 8 soignants et les agents interrogés ont indiqué à la mission que l'effectif était à minima de 6 professionnels depuis une semaine. Chaque agent prend en charge en moyenne de 8 à 11 résidents, selon la quotité d'effectif présent.</p> <p>REMARQUE n°11 : Il n'existe pas de procédure formalisée d'organisation des remplacements.</p>
<p>- Quel est le contenu des dossiers (embauche, diplôme, suivi de la carrière...) ? Les contrats sont ils présents dans les dossiers individuels des salariés ? Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF)</p>			En partie	<p>La mission a procédé à la vérification des dossiers de l'ensemble des professionnels occupant un poste soumis à condition de diplôme.</p> <p>D'une manière générale, les dossiers du personnel sont, pour la grande majorité, désorganisés et partiellement complets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un contrat est manquant pour une ASH en poste sur l'établissement au jour de l'inspection - Un arrêté n'est pas à jour concernant une AMP diplômée, titularisée en tant qu'agent social – faisant fonction et non requalifiée en auxiliaire de soins depuis l'obtention de son diplôme. - Des documents relatifs à la prise en charge de résidents sont retrouvés dans le dossier personnel du médecin coordonnateur. - Il n'y a pas trace de compte-rendu d'entretien professionnel. Les entretiens avec les agents de l'établissement confirment l'absence d'entretien professionnel depuis plus de 2 ans. - Aucune annotation concernant la vérification de l'absence d'infraction au Bulletin n°2 du casier judiciaire qui serait incompatible avec l'exercice de fonctions auprès de personnes fragiles et/ou âgées ne figure dans les dossiers du personnel.

			<p>A noter toutefois que sont bien présents dans les dossiers du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Déclaration Préalable à l’Embauche (conformément aux articles L1221-10 à L1221-21-1 du code du travail). - Les attestations de formation des agents <p>ECART n°12 : La composition des dossiers du personnel ne permet pas de s’assurer du respect des obligations de l’employeur et de la qualification des professionnels occupant un poste soumis à condition de diplôme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un contrat à durée déterminée manquant pour une ASH en poste au jour de la mission, ce qui est contraire à l’article 3 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié par l’article 17 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 portant transformation de la fonction publique. - Un arrêté de modification du cadre d’emploi suite à l’obtention du diplôme d’AMP n’a pas été pris par le gestionnaire pour un agent titulaire occupant un poste d’aide-soignante, ce qui est contraire à l’article 4 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié par l’article 22 de la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. - Les dossiers du personnel IDE ne comportent pas d’élément permettant de vérifier l’inscription au Conseil de l’Ordre, conformément à l’obligation faite par l’article L4311-15 et L4312-1 CSP (cf. écart n°11). <p>ECART n°13 : Aucune annotation dans les dossiers de personnel ne permet de s’assurer que l’employeur vérifie bien les incompatibilités des condamnations à l’exercice de fonctions auprès de personnes fragiles et/ou âgées, ce qui est contraire au II de l’article L312-1 CASF et à l’article L321-1 du code général de la fonction publique.</p>
--	--	--	--

<p>- Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?</p>	<p>Oui</p>			<p>Le personnel interviewé indique avoir eu connaissance à la prise de poste d'une fiche de poste. Depuis, toutefois, celle-ci n'aurait jamais été révisée ni réévaluée. Les agents n'en connaissent plus le contenu.</p> <p>Les fiches de postes et les fiches de tâches ont cependant été remises à la mission. Les fiches de tâches apparaissent également connues du personnel.</p> <p>REMARQUE n°12 : Les fiches de poste ne sont pas connues des agents et ne font pas l'objet d'une évaluation régulière.</p>
<p>- Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?</p>			<p>En partie</p>	<p>Au vu des dossiers des personnels examinés sur place, l'établissement fait appel à un nombre important d'agents (8 identifiés) faisant-fonction d'aide-soignant (FFAS) non diplômés, dans un contexte majeur de difficultés de recrutements de personnel qualifié pour assurer la continuité des soins aux résidents. Il en résulte un glissement de tâches entre les aides-soignants et du personnel non diplômé.</p> <p>ECART n°14 : L'absence de qualification de certains agents implique un glissement de tâches entre personnel qui peut être préjudiciable pour la qualité des prises en charge ce qui est contraire au II de l'article L312-1 CASF.</p>
<p>- Quel est le taux d'absentéisme ? Quelle est la rotation du personnel ?</p>				<p>Non transmis. Les tableaux de bord de la performance ne sont pas renseignés.</p> <p>ECART n°15 : Le tableau de bord n'est pas renseigné, ce qui contrevient à l'obligation fixé aux gestionnaires d'ESMS par arrêté du 10 avril 2019.</p>
<p>- Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ? (art. D312-176-6 CASF pour les ESMS privés /art D312-176-10 pour les ESMS publics)</p>	<p>Non</p>			<p>Il n'y a pas de directeur en poste au jour de l'inspection, la précédente directrice en CDD ayant quitté ses fonctions le 3 février 2023.</p> <p>ECART n°16 : En l'absence de directeur en poste nommé pour diriger l'établissement, le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions du II l'article L312-1 CASF.</p>

2.1.2 Formation / accompagnement / soutien des professionnels			
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il un plan de formation ? Quelle place lui donne l'encadrement ? - Le Médecin coordonnateur organise-t-il des formations/sensibilisation ? programme ? 	Oui		<p>Les agents interrogés ont indiqué n'avoir bénéficié que de peu de formation depuis la crise sanitaire, avec toutefois la mise en place récente de formations en interne menées par l'IDEC (lavage des mains). Malgré plusieurs relances, la liste de formations déjà dispensées n'a pas été envoyée à la mission.</p> <p>Pour autant, les plans 2021,2022,2023 ont été transmis et force est de constater l'inscription de formations en interne, en externe et qualifiantes ou diplômantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels et des intérimaires ? 		Non	<p>La mission n'a pas observé de protocole d'accueil des nouveaux arrivants et des intérimaires. Dans la pratique toutefois, il ressort des entretiens menés que les agents en poste (soignants et ASH) s'organisent entre eux pour accompagner les nouveaux arrivants et le personnel intérimaire, sur la base du volontariat. Ce système n'est pas formalisé mais apparaît développé dans la pratique pour le personnel de jour.</p> <p>REMARQUE n°13 : Il n'existe pas de protocole formalisé pour l'accueil des nouveaux professionnels et des intérimaires.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ? 		Non	<p>La mission n'a pas observé de dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel. Les entretiens menés confirment l'absence de mise en place de supervision d'équipe notamment.</p> <p>Toutefois, en cas d'évènements marquants, la personne recrutée sur le poste de psychologue peut venir en appui du personnel si besoin selon les éléments recueillis.</p> <p>REMARQUE n°14 : Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel.</p>
2.1.3 Conditions de travail – pratiques professionnelles			
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, 		Non	Non vérifiable au vu des éléments transmis.

				REMARQUE n°15 : Des temps d'échanges pluri-professionnels ne sont pas organisés au sein de l'établissement
- Le document unique d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, existe-t-il ?		Non		Non transmis, et lors des entretiens, aucune affirmation positive à la question posée. ECART n°17 : L'établissement ne dispose pas de document d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, ce qui est contraire aux obligations législatives et réglementaires et notamment les articles L4121-1 et 5 et R4121-1 et 4 du code du travail.
- Une démarche QVT est-elle mise en œuvre ?		Non		Non vérifiable au vu des éléments obtenus. REMARQUE n°16 : Il n'y a pas de démarche QVT identifiable au sein de l'établissement.
2-2 Gestion budgétaire et financière				
2.2.1 Organisation des responsabilités Vérifier que les responsabilités pour la gestion budgétaire et financière sont définies et respectées				
- Existe-t-il des procédures précises pour la gestion budgétaires et financières		Non		Il n'existe pas de procédures formalisées. La gestion budgétaire comptable et RH relève des services municipaux directement. Une personne était dédiée à 0,5 ETP à la mission comptable. Le jour de l'inspection, les services de la Mairie indiquent des difficultés organisationnelles liées à l'absence d'effectif (■ agents en arrêts maladie sur une équipe de ■) et à l'absence de compétences internes sur les questions relatives aux ESMS tant sur le plan comptable que RH. Par exemple, en l'absence de la personne dédiée, le non-formalisme de procédures écrites a engendré des difficultés pour établir le budget de l'établissement et le transmettre dans les délais. Le retard pris et non comblé fait qu'au jour de l'inspection, il n'y a pas de trace d'un budget voté en 2022 et celui de 2023 n'a pas été voté et transmis dans les délais aux autorités de tarification.

				<p>ECART n°18 : En l'absence de budget voté et transmis aux autorités de tarification et de contrôle, le gestionnaire ne respecte pas les termes de l'instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22, qui dispose :</p> <p><i>En raison du lien juridique et budgétaire entre les deux structures, l'EPRD de l'ESSMS est voté en même temps que celui de sa collectivité ou établissement de rattachement. Ce vote s'effectue selon le calendrier applicable aux collectivités locales. Il interviendra donc au plus tard le 15 avril N (ou le 30 avril N l'année du renouvellement du conseil d'administration) en application des dispositions de l'article L. 1612-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT).</i></p> <p><i>L'EPRD voté est transmis au contrôle de légalité pour être rendu exécutoire. Le budget rendu exécutoire est transmis sans délai au comptable pour prise en charge dans l'application Hélios. En tout état de cause, le comptable devra disposer du flux informatique d'EPRD au début de l'exercice concerné.</i></p> <p>REMARQUE n°17 : Le gestionnaire ne dispose d'aucune procédure écrite pour la gestion budgétaire et financière de l'établissement.</p>
- Qui engage les dépenses ? qui les liquide ? qui les paye ?				<p>L'engagement et la liquidation des dépenses sont réalisées par le Maire et par son adjointe pour les dépenses inférieures à 10 000 €.</p> <p>Le paiement est assuré par le trésorier.</p>
2.2.2 Gestion budgétaire - financière				
- la procédure budgétaire : comment est élaborer le budget ? (préparation, arbitrage, vote)				<p>Aucun élément n'a été transmis à la mission concernant la procédure budgétaire. Le jour de l'inspection, l'équipe administrative n'était pas en mesure de fournir le budget voté en 2022 (cf. supra). La Directrice Administrative et Financière (DAF) arrivée en fin d'année 2022 n'a pas trouvé la trace d'un document budgétaire.</p>

				<p>En l'absence de l'agent dédié aux tâches comptables (seule référente sur le sujet), et à défaut de procédure écrite pour assurer la continuité de service, des démarches supplémentaires ont dû être entreprises : par exemple, récupération des identifiants pour les plateformes de dépôts des documents budgétaires et financiers de l'EHPAD</p> <p>REMARQUE n°18 : Le gestionnaire n'a pas mis en œuvre de procédure écrite permettant de garantir la continuité de service en l'absence de l'unique référent dédié aux tâches comptables de l'établissement.</p> <p>REMARQUE n°19 : Cf. point 2.2.1 – REMARQUE n°17 Le gestionnaire ne dispose d'aucune procédure écrite précisant les modalités de préparation, arbitrage et vote du budget.</p>
- La procédure d'achat : - comment sont appliqués les règles de commande publique ? – comment le respect des seuils est garanti ?				Non investigué.
<ul style="list-style-type: none"> - le circuit des mandatements et des liquidations (dépenses et recettes) - Engagement, service fait, mandatement, liquidation. Qui fait quoi ? et Comment ? - Le Suivi des dépenses 				<p>Le gestionnaire a remis à la mission la copie des bordereaux, journaux, mandats et titres pour le mois de décembre 2022 avec les pièces justificatives.</p> <p>Hormis le mandatement et la liquidation faites par l'élu, aucun élément n'atteste du respect du principe du service fait avant paiement. Les documents confirment le retard pris dans l'exécution du budget (cf. date des rattachements), 3 agents sur les 5 que compte le service comptabilité de la Mairie étaient arrêtés au moment de l'inspection (cf. supra).</p> <p>ECART n°19 : Selon l'instruction M22, « Les virements de crédits qui viennent abonder le montant du groupe fonctionnel II des dépenses font l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Les autres virements de crédits relèvent de la compétence du directeur de l'ESSMS. ». Le respect des règles de virement nécessite un suivi des engagements et des dépenses qui n'apparaît pas sur les documents transmis.</p>

2.3	Bâtiments /espaces extérieurs/équipements/Sécurités				
	2.3.1 Bâtiments et espaces extérieurs				
	- Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ?				A l'arrivée de la mission sur site, les locaux étaient propres et bien tenus. La mission n'a pas relevé d'odeurs ni de problématique particulière liée à l'entretien des locaux.
	- L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?			En partie	<p>La mission n'a pas d'observation à formuler en ce qui concerne l'architecture des locaux, à l'exception de certaines salles de bain qui sont pas adaptées. Un rapport d'audit financier et architectural commandé fin 2022 par le gestionnaire confirme en effet que les salles de bain de 22 chambres ne sont pas aux normes d'accessibilité (bacs à douche étroits et surélevés, chevauchement de la porte de la salle de bain et de la porte d'entrée, bloquant l'ouverture de cette dernière). Les résidents ayant une cabine de douche non accessible sont contraints de prendre leur douche dans la salle de bain commune.</p> <p>ECART n°20 : Les salles de bain de 22 chambres ne sont pas conformes aux normes d'accessibilité et de ce fait, non accessible aux personnes âgées en fauteuil roulant ou en perte d'autonomie fonctionnelle. De plus, les portes des salles de bain risquant de bloquer l'ouverture de la porte de la chambre, la configuration de ces chambres ne permet pas de garantir la sécurité des résidents. En ce sens, le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions de l'article L311-3 1° CASF d'une part et au socle de prestations relatives à l'hébergement fixé par l'Annexe 2-3-1 CASF.</p>
	- L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?			En partie	<p>La mission n'a pas d'observation à formuler concernant le respect de l'intimité lors de la réalisation des toilettes observées dans les chambres à 1 lit. Les chambres à 2 lits n'ont pas été vérifiées par la mission. A noter toutefois qu'une résidente accompagnée en fauteuil roulant de sa chambre à la salle de bain commune pour une douche programmée l'après-midi, était en peignoir de bain.</p> <p>ECART n°21 : Un transfert entre la chambre et la salle de bain commune a été réalisé en peignoir de bain, ce qui ne permet pas de respecter l'intimité du résident et est contraire, en ce sens, au 1° de l'article L311-3 CASF.</p>

2.3.2 Accessibilité et Sécurité des personnes et des biens				
<ul style="list-style-type: none"> - Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ? 	oui			<p>La visite périodique de sécurité a été réalisée postérieurement à la mission, le 25/05/2023. Un avis favorable a été rendu assorti de prescriptions générales d'exploitation.</p> <p>De plus, le procès-verbal de la commission d'arrondissement de Saint-Gaudens atteste de la bonne mise en œuvre des prescriptions de la précédente visite périodique (datée du 12/11/2020).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ? Modalité de fonctionnement 			En partie	<p>Lors du suivi de la réalisation d'une toilette, il a été porté à la connaissance de la mission par un résident qu'il aurait utilisé le système d'appel à plusieurs reprises la veille après-midi du jour de l'inspection pour la réalisation d'un change. Son appel serait resté sans réponse, ainsi il aurait téléphoné à l'accueil pour demander le passage de l'aide-soignante. Ce processus lui aurait été recommandé en cas de non réponse par le dispositif d'alerte à disposition.</p> <p>REMARQUE N°20 : Le fonctionnement du dispositif d'appel malade n'apparaît pas adapté dès lors qu'il est demandé aux résidents d'appeler l'accueil en cas de non réponse. En effet, cette modalité n'est pas compatible avec l'état de santé de tous les résidents et ne peut garantir une réponse continue en H24.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Les lieux, locaux et équipements sont-ils sécurisés (fermeture à clé, digicode...) pour protéger les personnes et leurs biens ? 	Oui			<p>Un digicode situé à l'entrée principale de l'établissement permet de sécuriser les allers et venues.</p> <p>A l'intérieur des locaux, les pièces de stockage des produits ménagers étaient également fermées à clé.</p> <p>Les résidents disposent par ailleurs de bracelets anti-fugue.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement dispose-t-il d'un document d'analyse des risques de défaillance électrique (DARDE) ? Si la structure dispose d'un groupe électrogène ? Quelles en sont les caractéristiques (puissance, autonomie...) ? Quelle suppléance le groupe électrogène est-il prévu d'apporter ? À quelle fréquence ? 			En partie	<p>L'établissement dispose d'un groupe électrogène.</p> <p>Toutefois, l'établissement n'a pas communiqué de document d'analyse des risques de défaillance électrique (DARDE)</p> <p>ECART n°22 : L'établissement ne dispose pas d'un document d'analyse des risques de défaillance électrique (DARDE). Le gestionnaire n'a pas en conséquence évalué l'ensemble des risques qui pèsent sur l'établissement. En ce sens, il méconnaît les</p>

				obligations fixées aux articles R313-31 CASF et R732-15 CASF et suivants du code la sécurité intérieure.
2.3.3 Sécurité sanitaires Vérifier le respect des règles sanitaires applicables : SE				
Légionnelle – Plomb – Amiante - Radon - DASRI				Cf. rapport annexe
Appréciation des fonctions support en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	<p>Insuffisant : La mission conclue à une maîtrise insuffisante des risques tant en matière de la gestion des ressources humaines que de la gestion budgétaire et financière. En effet, le personnel aide-soignant est majoritairement non diplômé. L'examen des dossiers de personnel ne permet pas non plus de s'assurer du respect des obligations de l'employeur et de la qualification des professionnels occupant un poste soumis à condition de diplôme. Il n'existe par ailleurs pas de groupes de supervision des pratiques ni d'évaluation régulière des pratiques professionnelles, permettant de garantir la qualité de la prise en soin ni de promouvoir la bientraitance et de prévenir la maltraitance. Sur l'aspect budgétaire, aucune procédure explicitant la gestion budgétaire et financière et la répartition des tâches entre l'EHPAD et la Mairie n'est formalisée. Ces manquements compromettent la continuité de la gestion budgétaire et financière de l'établissement. Enfin en ce qui concerne la sécurité sanitaire, les risques légionelles, amiante, DASRI sont insuffisamment pris en compte. Ces éléments sont de nature à présenter des risques directs pour la sécurité des usagers et des salariés</p>			
III- PRISE EN CHARGE				
3.1 Organisation de la prise en charge	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
3.1.1 Admission				

<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? - Comment la famille, les proches sont-ils associés à la santé de la personne accueillie ? (Art D312-14 CASF) - Participation du médecin ? 			En partie	<p>Le jour de l'inspection, il est indiqué à la mission qu'une commission d'admission composée du directeur, du médecin coordonnateur, de l'IDEC et du psychologue se réunit 1 fois/semaine.</p> <p>L'IDEC précise qu'une procédure d'accueil du nouvel arrivant est en cours de rédaction.</p> <p>La mission a examiné un échantillon de dossiers de résidents (3) et a constaté que dans l'un d'entre eux, le contrat de séjour n'était pas signé.</p> <p>ECART n°23 : Les contrats de séjour des résidents se sont pas tous signés, ce qui contrevient à l'article D311 du CASF.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ? 				NC – absence de procédure finalisée
3.1.2. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement				
<ul style="list-style-type: none"> - Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs, jouets favoris...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? 			En partie	<p>Les habitudes de la personnes apparaissent connus du personnel en poste mais sont très peu formalisées. La culture de l'établissement sur ce point est principalement orale.</p> <p>REMARQUE n°21 : Les habitudes de vie de la personne ne font pas systématiquement l'objet d'un recueil formalisé à l'entrée et ne sont pas réévaluées.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? 			En partie	<p>Au jour de l'inspection, les projets de vie individuels (PVI) étaient en cours de formalisation pour les résidents arrivés récemment. Les PVI des autres résidents étaient pour la plupart obsolètes et en cours de révision sous l'impulsion du cadre infirmier récemment arrivé en poste.</p> <p>ECART n°24 : Les résidents ne disposent pas systématiquement d'un projet d'accueil et d'accompagnement individualisé, ce qui est contraire aux dispositions du 7 ° de l'article L311-3 CASF.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet est-il évalué périodiquement ? 				NC – absence de projet d'accueil formalisé et adapté.

<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement dispose-t-il de moyen pour prendre en charge une aggravation de l'état de santé des résidents ? - Existence de protocoles de CAT vis-à-vis des risques médicaux : formalisés, actuels, connus du personnel et discuté en réunion 		Non		<p>Le jour du contrôle, l'IDE interrogée n'avait pas connaissance de protocoles. Un classeur de protocoles se trouve à l'accueil et serait pour l'équipe de nuit, a-t-elle indiqué.</p> <p>L'IDEC a informé la mission qu'il avait établi 80 protocoles dont ceux pour l'aggravation de l'état de santé, le classeur de l'accueil étant obsolète. Ces protocoles seront à disposition dans la salle de soins. Ils n'ont pas encore été tous présentés à l'équipe soignante.</p> <p>REMARQUE n°22 : Faute de transmission par l'établissement, la mission n'a pu vérifier l'existence de protocoles et de conduites à tenir vis-à-vis des risques médicaux. Ces protocoles ne sont pas connus des professionnels.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Organisation et fonctionnement du PASA 				<p>Le fonctionnement du PASA n'a pas été investigué par la mission.</p>
<p>3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe</p>				
<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il un médecin coordonnateur ? (Art D 312-156 à D 312-159-1 CASF) - Quelle est sa quotité de travail ? fiche de poste 		Oui		<p>Au jour de l'inspection, après une interruption de son contrat de travail d'une dizaine de jours (erreur administrative), le médecin coordonnateur est de retour et prolongé jusqu'au [REDACTED]. Il travaille à hauteur de [REDACTED] ETP mais ne compte pas ses heures. Il devra quitter son poste en raison de son âge ([REDACTED] ans) sur décision de la préfecture. Pour le remplacer, l'IDEC a indiqué 2 pistes dont l'une est celle d'un médecin généraliste de la région qui va arrêter sa clientèle.</p> <p>ECART n°25 : La quotité du temps du médecin coordonnateur en poste au jour de l'inspection n'est pas conforme à la réglementation (article D312-156 CASF).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin coordonnateur a-t-il établi un projet général de soins ? - Coordonne-t-il et évalue-t-il sa mise en œuvre ? 			En partie	<p>Le médecin coordonnateur a évoqué un ancien projet de soins qui n'a pas été revu.</p> <p>ECART n°26 : Le projet de soins de l'établissement n'est pas actualisé et opérationnel, ce qui contraire à l'article D312-158 CASF.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin coordonnateur organise-t-il la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux intervenant dans l'établissement ? - Nb MG intervenant - (Annexe art.D312-158-3°CASF) vérifier la réalisation de la réunion annuelle de tous les professionnels de santé. - A défaut existence de pratiques de concertation régulières - -Circulaire DGCS/SD3A n°2012-404 du 7 décembre 2012 relative aux missions du MEDEC) 		Non		<p>Le médecin coordonnateur fait office de médecin traitant pour ■ patients non pris en charge par les ■ médecins intervenant à l'EHPAD. Un grand nombre de ces patients étaient suivis par le médecin coordonnateur lorsqu'il avait un cabinet. Par conséquent, ce médecin recruté comme médecin coordonnateur n'a pas le temps (ni l'appétence) d'assurer les missions du médecin coordonnateur. Par ailleurs, il s'agit d'un clinicien non formé à l'évaluation et à la coordination telles que le comprend la mission du médecin coordonnateur d'EHPAD.</p> <p>REMARQUE n°23 : Plus de 80% des résidents de l'EHPAD n'ont pas de médecins traitants et sont suivis par le médecin coordonnateur.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-il une commission gériatrique ? 		Non		<p>ECART n°27 : La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie, ce qui est contraire à l'article D312-158 CASF.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il un une IDEC ? fiche de poste, - Quelle est sa quotité de travail ? 	Oui			<p>Un nouvel IDEC est arrivé depuis 3 mois. Il vient du milieu hospitalier et travaille à temps plein. Dans un premier temps, il a recruté ■ AS et ■ IDE. Il a également débuté la révision des procédures, non en intégralité au jour de l'inspection. A noter qu'il pallie certaines tâches liées à l'absence de directeur.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - L'IDEC fait-elle partie de l'équipe astreinte administrative? 		Non		<p>L'équipe d'astreinte est composée d'administratifs (cf. 1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs).</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il un une psychologue ? fiche de poste - Quelle est sa quotité de travail et son rôle - Ergo, psychomot ? fiche de poste - Nb kinés 	<p>Non</p>			<p>Il n'y a pas de personnel dans l'EHPAD justifiant d'un titre permettant de faire usage du titre de psychologue mais un coach ayant suivi de nombreuses formations [REDACTED].</p> <p>[REDACTED]. Il a été recruté sur la base de l'ordonnance 2020-313 du 20 mars 2020 pour 3 ans du 01/08/2020 au 31/07/2023 et à hauteur de [REDACTED]h mensuelles, comme accompagnant psycho-social et coordinateur qualité de vie. Cependant, antérieurement à ce contrat, 2 arrêtés de la mairie de Bagnères de Luchon pour recrutement exceptionnel (salaire et indemnités) du 06/04/2020 au 05/06/2020 le qualifie de psychologue territorial ce qui est non réglementaire puisqu'il n'a pas les diplômes requis pour avoir ce titre.</p> <p>Il s'est inscrit à un [REDACTED]. Il est en cours de réalisation du [REDACTED]. En Espagne, il y a quelques années, il a suivi une [REDACTED].</p> <p>Il intervient dans l'accompagnement et la qualité de vie des personnes âgées. Son temps d'intervention se répartit à hauteur de [REDACTED] ETP pour les résidents et à [REDACTED] ETP pour soutenir la direction.</p> <p>Il réalise les MMS, les NPIES mais n'a pas bénéficié de formation. Il mène ces évaluations systématiquement pour les résidents du PASA et si besoin pour les autres. Il cultive également l'alliance thérapeutique par des entretiens individuels avec les résidents ciblés. Cet accompagnement est mené sur demande des IDE qui lui signalent les résidents en souffrance. Il en discute avec le médecin coordonnateur.</p> <p>Il organise les réunions pour l'élaboration des PVI des résidents. Il suit plus particulièrement une trentaine de résidents et visite les autres régulièrement.</p> <p>Il intervient sur le PASA chaque lundi.</p> <p>2 cabinets de kinésithérapeutes interviennent à titre libéral soit 4 à 5 kinés. Il n'y a pas d'ergothérapeute, ni de psychomotricien.</p>
--	-------------------	--	--	---

			<p>ECART n°28 : Le titre de psychologue ne peut être attribué à une personne non titulaire des diplômes listés dans le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.</p> <p>ECART n°29 : L'établissement disposant d'un PASA, l'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-155-0-1 II du CASF)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Comment s'effectue la transmission entre les professionnels et entre les équipes ? - Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ? - Quelles sont les horaires et le temps dédié à ces échanges ? - Quels sont les moyens de communication entre les équipes ? - Sur quels supports : informatique, cahier de liaison - Quelles méthodes, (transmissions ciblées,..) 			<p>Il y a un temps de transmission quotidien à 9h30 pour tous les soignants qui sont présents. L'IDEC y participe. Le jour du contrôle, 12 personnes étaient présentes sans l'IDEC occupé à répondre à la mission. Les participants font remonter les problèmes des résidents. Les décisions, les constats sont saisis par l'IDE après la réunion. Une chute a été signalée ce matin-là. L'AS devait saisir cette information, en principe, avant la fin de la matinée (a indiqué l'IDE). A 14h30, rien n'était saisi.</p> <p>Des tablettes ont été commandées et arriveront en mai 2023 pour faciliter la saisie (1 tablette par charriot). Actuellement, il n'existe que 2 postes informatiques pour les soignants (vol de tablettes 2 ans auparavant précisé lors d'un entretien). A noter que l'animatrice vient également saisir ses données à l'infirmerie car la connexion y est plus rapide.</p> <p>Entre équipe de nuit et de jour, les plannings font apparaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le matin un chevauchement d'horaire entre AS de 6h45 à 7h - Le soir un chevauchement d'horaire entre IDE et AS de 19h30 et 20h. <p>Il est précisé à la mission que les transmissions de la nuit sont tracées sur [REDACTED] et qu'il y a par ailleurs un cahier pour les informations importantes.</p> <p>REMARQUE n°24 : Hormis le temps de transmission du matin à 9h30 qui semble bien établi, les autres temps de transmissions jour/nuit ne sont pas clairement formalisés.</p>

				<p>REMARQUE n°25 : La multiplication des supports (logiciel, cahier) peut être source de confusion.</p> <p>REMARQUE n°26 : L'ensemble du personnel ne dispose pas de matériel informatique permettant d'avoir au moment des soins, accès à la planification des soins des résidents et de tracer les interventions réalisées.</p>
- Existe-il d'autres temps d'échanges ? réunions ?			En partie	<p>L'IDEC a mis en place des réunions pluridisciplinaires pendant lesquelles les admissions et les problèmes d'équipe sont vus. Elles sont programmées le jeudi à 14h mais peuvent être décalées si un problème survient. Les IDE ne sont pas présentes en raison de leur petit nombre.</p> <p>L'IDEC organise aussi des formations "Flash" à 16h30 1j sur 2 à destination des équipes. Malgré des relances, la liste des formations dispensées n'a pas été communiquée à la mission.</p> <p>REMARQUE n°27 : L'absence des IDE à ces réunions pluridisciplinaires ne permet pas le partage des informations entre personnels soignants, ce qui peut être préjudiciable à la qualité de la prise en charge des résidents.</p>
3.1.4 Gestion des situations d'urgence				
- Trousse d'urgence répond-elle aux obligations légales - Les numéros d'urgences sont-ils affichés ?			Non	<p>Un chariot d'urgence est rangé dans une pièce de stockage à proximité de l'infirmerie mais il n'est pas complet et non vérifié. Lors de l'entretien, il est indiqué à la mission que l'EHPAD a demandé un sac plutôt qu'un chariot et que ce sac est en cours de constitution.</p> <p>REMARQUE n°28 : Le chariot d'urgence est incomplet, non vérifié et non scellé.</p>
- Comment sont gérées les urgences ?				Il existe un dossier de liaison pour les urgences dans [REDACTED] qui est mis à jour automatiquement et imprimé si besoin.

- Existe-t-il un protocole de gestion des urgences médicales ?				Cf ci-dessus – Remarque n°25.
- Le personnel IDE et les médecins effectuent ils des astreintes les WE et jours fériés		Non		L'astreinte est assurée par la direction, la maîtresse de maison, l'hôtesse d'accueil et l'assistante de direction. Si besoin de soins non programmés le soir et we, il est fait appel à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) via la régulation médicale.
- Existe-t-il une convention avec les établissements de santé disposant d'un service d'urgence ? - Cette convention prévoit-elle la possibilité d'une hospitalisation en direct sans passage aux urgences ?		Non		L'IDEC a indiqué que toutes les conventions devaient être renouvelées car elles datent de 2017 (HAD, CH ██████████, CH ██████████ Psychiatrie), notamment celle concernant le CH ██████████ afin de faciliter les admissions en urgence. La convention avec le CH ██████████ pour la psychiatrie est en cours. Celle pour l'HAD est revue. Par ailleurs, l'établissement signale être candidat pour intégrer l'expérimentation IDE de nuit. ECART n°30 : L'établissement ne dispose pas d'une convention formalisée et actualisée avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables, ce qui est non conforme aux dispositions de l'article D312-155-0 CASF.
- DLU (dossier de liaison d'urgence) est-il mis régulièrement à jour ? Au moins 1x par an	Oui			Il existe un dossier de liaison pour les urgences dans ██████████ qui est mis à jour automatiquement et imprimé si besoin.
- Comment est organisé le retour des résidents ?	Oui			Le CH ██████████ informe l'EHPAD, ce qui permet d'anticiper et de préparer le retour du patient au sein de l'EHPAD. Il est précisé que le plus souvent les retours se passaient bien.
3.2 Respect des droits des personnes accueillies				
3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes				
- Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter	Oui			L'organisation de l'établissement tient compte globalement du rythme de vie des résidents.

les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?				<p>Ainsi, les résidents qui se lèvent tôt et qui le souhaitent peuvent être accompagnés pour la toilette par l'équipe de nuit dès 5h30. L'organisation des toilettes tient compte quotidiennement du rythme des résidents.</p> <p>Les horaires de repas et de couchers sont également adaptés au rythme des résidents. A noter néanmoins, un jeune nocturne important (cf. remarque n°31).</p> <p>Enfin, les activités prennent également en compte le rythme des résidents. L'animateur respecte le souhait et les demandes des résidents dans la mesure du possible. Les activités sont systématiquement proposées au résident et l'animateur peut se rendre en chambre pour aider le résident à rejoindre l'activité proposée s'il le souhaite.</p>
- Comment le respect de la personne accueillie est-il pris en compte par le personnel soignant lors de soins (intimité) ?	Oui			<p>La réalisation de la toilette observée par la mission a été effectuée dans le respect de l'intimité du résident. Les soins ont été expliqués et réalisés dans un esprit de bien-être physique et psychologique du résident. La mission n'a pas d'autres observations à formuler sur ce point.</p>
3.2.2 Liberté d'aller et venir				
- Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ? (article L311-3, 1° CASF)	Oui			Cf. visite des locaux.
<ul style="list-style-type: none"> - La mise sous contention d'une personne accueillie s'opère-t-elle dans le cadre d'un protocole interne formalisé incluant la personne ou son représentant et les personnels (éducatifs, soignants, médicaux) ? - Evaluation des troubles du comportement 		Non		<p>La prescription est faite pour 6 mois sur ordonnance papier. Les prescriptions sont regroupées dans un classeur dans lequel se trouvent 3 modèles d'ordonnance signés par le médecin coordonnateur (1 barrière, 2 barrières, fauteuil) sans nom et sans date. Selon les besoins, l'IDE photocopie l'ordonnance et ajoute le nom et la date. Il n'y a pas de protocole de contention, pas d'évaluation systématisée. Celle-ci se fait au jour, le jour en discutant. La contention barrière concerne les ¾ des résidents et une quinzaine a une contention fauteuil.</p> <p>L'examen du dossier d'une résidente montre que dans le dossier médical papier, il n'y a pas l'ordonnance de contention qui devrait s'y trouver mais elle est présente dans le classeur contention. Rien n'est saisi sur cette thématique dans [REDACTED].</p> <p>Le NPIES est réalisé par le FF psychologue. Celui-ci préconise de passer une convention avec l'UCC du CH de [REDACTED], afin d'assurer une</p>

				<p>prise en charge psychiatrique actuellement insuffisante. Le CMP de [REDACTED] [REDACTED] intervient 1f/mois pour 2 résidents. Le CMP refuserait la prise en charge de certains patients.</p> <p>ECART n°31 : Des ordonnances sans nom et sans date et signées du médecin coordonnateur sont conservées dans un classeur, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5132-3 CSP.</p> <p>REMARQUE n°29 : L'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge en ce qui concerne la contention (cf Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018).</p>
3.2.3 Alimentation /repas				
<p>- Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...)?</p>	Oui			<p>Les repas sont entièrement confectionnés sur place par une équipe de 3 personnes : 1 chef cuisinier et 2 aides cuisine.</p> <p>Les rythmes des repas sont adaptés : la distribution du petit-déjeuner débute à 8h15, le déjeuner vers midi (jour de la visite 12h05), et le goûter à 15h30. Le dîner débute vers 18h15 pour les résidents les plus dépendants.</p> <p>La mission a particulièrement observé le petit déjeuner et le repas de midi.</p> <p><u>Observation du petit déjeuner</u></p> <p>Le chariot de petit déjeuner est fourni. Chaque résident a son plateau avec une petite fiche qui indique son nom, le numéro de sa chambre et ses souhaits pour le petit déjeuner.</p> <p>A noter, une résidente nécessitant de l'aide pour la prise du petit déjeuner, a été servie à 8h20 mais le personnel ne passera l'aider à déjeuner qu'à 9h, soit 40 minutes plus tard.</p> <p>Au vu de l'horaire des repas du soir notamment pour les résidents les plus dépendants, le jeûne nocturne est de près de 14h.</p>

<p>REMARQUE n°30 : Le petit déjeuner est servi dans l'ordre de numérotation des chambres, toujours dans le même sens. Il n'est pas tenu compte des besoins spécifiques des résidents pour servir les plateaux (aide à la prise alimentaire, contrôle préalable de la glycémie par l'IDE notamment).</p> <p>REMARQUE n°31 : Le jeûne nocturne excède largement les 12h pour les résidents les plus dépendants notamment.</p> <p><u>Observation du déjeuner à l'unité générale</u></p> <p>Le repas de midi est servi en salle à manger, divisée en deux espaces : un espace dédié aux résidents dépendants et un espace pour les résidents plus autonomes. L'espace est convivial bien que vieillissant. Une cheminée en fonctionnement et des chats thérapeutiques à disposition permanente des résidents (y compris sur les temps de repas) favorisent une ambiance apaisée.</p> <p>De l'eau en carafe et du pain (pain de mie pour les résidents les plus dépendants) sont disponibles sur chaque table. Des pichets de vin sont apportés aux résidents selon leurs habitudes de consommation (maximum 25 cl par personne par repas).</p> <p>La vaisselle, basique, est correcte : serviette en tissu, vaisselle lavable etc. Seuls les sets de tables sont en papier (en raison d'une panne de lave-linge, qui implique de limiter l'utilisation du linge de table). Des couverts ergonomiques sont observés pour les résidents ayant des difficultés de préhension. De l'eau gélifiée est systématiquement servie aux résidents identifiés à risque de fausse-route.</p> <p>Le repas se déroule dans le calme, en respectant le rythme de chaque résident.</p> <p>Les quantités sont adaptées et les entretiens menés confirment que les portions préparées sont largement suffisantes, les quantités non consommées par les résidents étant mis à disposition des agents qui souhaitent déjeuner sur place.</p> <p>Le contenu des repas apparaît toutefois peu élaboré le jour de la mission et au vu des menus affichés. Il est indiqué à plusieurs reprises à la mission</p>

que le budget contraint de la section hébergement ne permet pas de proposer une alimentation plus diversifiée et plus qualitative.

REMARQUE n°32 : Bien que les quantités soient suffisantes, les repas sont peu élaborés dans un contexte budgétaire contraint.

Observation du déjeuner au PASA

A notre arrivée, les tables ont été dressées par l'ASG avec participation d'une résidente.

Un fond sonore est présent.

L'ASG nous indique que des couverts ergonomiques sont disponibles mais actuellement, les résidents accueillis au PASA n'ont pas besoin de les utiliser.

Il y a des paniers de pain, de l'eau et du vin.

Les serviettes sont en papier alors que des serviettes en tissu sont disponibles. L'ASG nous indique que le lave-linge étant en panne, cette solution a été proposée afin de limiter le linge à laver.

De même, des nappes en tissu existent mais ne sont pas disposées sur les tables pour les mêmes motifs. Toutefois des sets de tables papier ont été mis en remplacement.

13 résidents sont présents.

Un plan de table est affiché ainsi que le menu mais de la semaine précédente.

Le menu du jour a été communiqué (ainsi que des explications sur son contenu) via une inscription à la craie sur un tableau noir avant le démarrage du repas.

2 ASG ainsi qu'une stagiaire sont présentes le temps du repas. Elles portent des tenues de ville et n'utilisent pas de gants jetables pour le service.

Les ustensiles pour le service sont adaptés.

Le repas a démarré à 12h05 après que l'ASG soit passée auprès de chaque résident pour lui proposer de se laver les mains avec une solution hydro-alcoolique.

			<p>Le repas respecte le rythme des résidents (démarrage à l'heure annoncée). Le résident a le temps de manger à son rythme avant d'être débarrassé.</p> <p>Le déroulement est « classique » : entrée, plat, fromage, dessert.</p> <p>Les résidents ont la possibilité de demander un plat de substitution. Les agents appellent alors la cuisine qui va préparer un substitut.</p> <p>Le personnel aide les résidents qui le souhaitent.</p> <p>Les quantités sont copieuses. Les résidents peuvent être resservis.</p> <p>Les repas sont amenés de la cuisine dans un chariot avec maintien au chaud et les aliments sont présentés dans des plats. L'ASG fait le tour de chaque table et sert les résidents individuellement.</p> <p>Aucun repas mixé actuellement au PASA.</p> <p>Un réfrigérateur permet de conserver boissons et laitages. Une fiche de relevé de température est renseignée tous les jours matin et soir. Nous notons l'absence de relevé de température le 7 février et le matin du 8 février.</p> <p>Les régimes alimentaires ne sont pas formalisés dans la salle à manger mais une fiche précisant les repas à texture modifiée serait présente en cuisine. Une résidente est diabétique, les ASG présentes le savent et les cuisiniers adaptent si besoin le menu. Toutefois, en salle à manger, aucune indication ne permet de savoir qui est la résidente diabétique, notamment pour un nouvel agent.</p> <p>La distribution des médicaments est faite en cours de repas par une IDE (utilisation d'██████ pour les piluliers). Toutefois, le passage de l'IDE est tardif (après l'entrée) mais en lien avec l'inspection en cours selon l'IDE.</p> <p>Une résidente diabétique, n'a pas pu commencer à manger car en attente de l'IDE pour mesurer sa glycémie. A son arrivée l'IDE indique que le lecteur de glycémie est défaillant (1 seul en état de marche pour l'établissement) et celui du chariot d'urgence ne fonctionnant pas non plus.</p> <p>REMARQUE n°33 : Les régimes alimentaires ne sont pas tracés et ne sont pas mis à disposition dans les salles à manger.</p>
--	--	--	--

				REMARQUE n°34 : La fiche de relevé des températures ne permet de vérifier que le contrôle des températures du frigo est effectué matin et soir.
- Comment l'aide au repas est-elle organisée ?	Oui			Lors du déjeuner de midi observé par la mission, les aides-soignants sont dédiés aux résidents ayant besoin d'une aide au repas (stimulation, aide à la prise alimentaire). Les ASH sont en charge du service dans la partie réservée aux résidents plus autonomes. Les plats servis aux résidents les plus dépendants sont soit en texture normale, soit en texture modifiée (hâchée ou mixée) selon le plan de soins du résident. L'organisation des repas apparaît adaptée aux besoins des résidents.
- Existe-t-il une commission des menus ?	Oui			Une réunion a lieu tous les vendredis avec le chef cuisinier et les résidents qui le souhaite. Il n'y a pas de compte-rendu mais les résidents peuvent s'exprimer sur la composition du menu, les quantités et la qualité des aliments.
- Comment s'opère le recueil des goûts et aversion des résidents ?	Oui			Les goûts et aversions des résidents sont connus des cuisiniers, des aides-soignants et des ASH et affichés en cuisine. Un menu de substitution est toujours possible (généralement, soupe – pâtes et jambon) mais il n'est pas affiché. La demande se fait à l'oral. La réunion organisée par le chef cuisinier tous les vendredis avec les résidents qui le souhaitent permet de s'assurer de l'adaptation des menus proposés avec les goûts des résidents.
3.3 Soins				
3.3.1 Projet de soins individuel / Partage des informations médicales et paramédicales				
- Un projet de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? Avec qui est-il réfléchi et rédigé ? - Evaluation gériatrique standardisée à l'entrée par médecin coordonnateur ?		Non		Il n'y a pas de véritable projet de soins, ni d'évaluation gériatrique standardisée. ECART n°32 : Chaque résident ne bénéficie pas d'un véritable projet de soins concerté, formalisé et actualisé, ce qui est contraire à l'article D312-158 CASF.

<ul style="list-style-type: none"> - Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ? - Est-il évalué par le med co en lien avec le médecin traitant ? avec les intervenants libéraux ? 		Non		<p>Non</p> <p>Cf. Ecart n° 32.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Les PSI précisent ils les protocoles de PEC selon les grandes spécificités (mobilité, incontinence, états démentiels, diabète, douleur,...) 		Non		<p>Non</p> <p>Cf. Ecart n° 32.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Un plan de soins (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? 			En partie	<p>Concernant les soins d'hygiène et de confort, un classeur est mis à disposition des AS par étage mais certains plans de soins sont manquants (cf. infra 3-3-2 Organisation des soins).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Les plans de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ? 		Non		<p>Concernant les soins d'hygiène et de confort, les plans de soins ne sont pas imprimés quotidiennement et les classeurs ne sont pas mis à jour autant que de besoin (cf. infra 3-3-2 Organisation des soins).</p> <p>REMARQUE n°35 : Les plans de soins ne font pas l'objet d'une mise à jour régulière en fonction de l'évolution des besoins des résidents.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...) ? 			En partie	<p>A l'infirmerie, dans une armoire non fermée, il y a 2 dossiers papiers pour chaque résident, l'un dit administratif regroupant les documents anciens ainsi que des données médicales (ordonnances, fiches de chute, feuilles de soins...), l'autre comprend le dossier médical d'admission. Il y a aussi une saisie sur [REDACTED] réalisée par le personnel soignant.</p> <p>Les plans de soins ne sont pas à jour car beaucoup d'informations figurent dans les transmissions.</p> <p>ECART n°33 : Les dossiers médicaux papier ne sont pas conservés de manière adéquate, ce qui est n'est pas en conformité avec l'article R1112-7 CSP.</p> <p>REMARQUE n°36 : L'utilisation de différents supports ne permet pas une sécurisation des informations médicales.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical sont-elles organisées et formalisées ? 			<p>En partie</p>	<p>Les ordonnances sont saisies par le médecin coordonnateur ou l'IDE en présence de celui-ci. Seules les transmissions notables du médecin coordonnateur sont inscrites dans [REDACTED].</p> <p>Pour le médecin coordonnateur et l'un des 2 médecins intervenant, les prescriptions par téléphone sont régularisées le lendemain. Ce médecin intervenant, ne saisit pas dans [REDACTED]. Pour l'autre médecin qui saisit ses observations sur [REDACTED], la prescription est régularisée par mail.</p> <p>REMARQUE n°37 : La transmission et la gestion des informations médicales ne sont pas organisées.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Le recours aux contentions est-il organisé et protocolisé - Si oui, existence d'une discussion au sein de l'équipe visant à rechercher systématiquement une alternative à la contention ? - Font-elles l'objet d'une prescription médicale motivée, écrite et limitée dans le temps ? - Information préalable et recueil de accord du résident ou à défaut à la famille - Existence d'une surveillance spécifique tracée et réévaluation périodique ? 		<p>Non</p>		<p>Cf. ci-dessus.</p> <p>Il n'y a pas de réflexion sur les alternatives à la contention.</p> <p>L'autorisation de la famille ou du résident n'est pas tracée. La demande se fait par téléphone.</p> <p>REMARQUE n°38 : L'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge en ce qui concerne la contention (cf. Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018)).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La prévention des chutes est-elle organisée et protocolisée ? nb et évolution si suivi effectué 		<p>Non</p>		<p>Il n'y a pas de protocole de chute appliqué actuellement. Les chutes sont saisies dans [REDACTED]. On les signale au médecin coordonnateur qui examine la personne mais ne fait pas une véritable analyse dans un but préventif ou curatif. Il n'y a ni ergothérapeute, ni psychomotricien.</p> <p>REMARQUE n°39 : Il n'y a pas de protocole de chute appliqué actuellement au sein de l'établissement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ? 		<p>Non</p>		<p>Il n'y a pas de protocole douleur. Celle-ci est évaluée entre 0 et 10 et noté dans les transmissions. Les soignants donnent des médicaments si c'est prescrit en "si besoin". Ce n'est pas noté sur [REDACTED] mais sur une feuille</p>

				<p>volante. Ils donnent aussi du paracétamol pour des céphalées et des douleurs sans traçabilité sauf celle de la feuille volante.</p> <p>L'utilisation d'antalgiques, autre que le paracétamol, semble peu importante.</p> <p>REMARQUE n°40 : Il n'y a pas de protocole douleur formalisé.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Les soins palliatifs et la fin de vie sont-ils organisés et protocolisés ? - L'établissement a-t-il mis en place une organisation continue permettant la pratique des soins palliatifs ? - Formation du personnel? - Inscription dans un réseau sanitaire ? - Convention avec une équipe mobile de soins palliatifs ? - L'expression de la volonté de la personne est-elle respectée (personne de confiance, directives anticipées) 				<p>Les soins palliatifs ne sont pas organisés. L'IDE interrogée n'a pas connaissance des réseaux existants. Il n'y a pas d'accompagnement de fin de vie. Il semble que l'ancien réseau de santé Pasteur soit intervenu à une occasion.</p> <p>Il n'y a pas de convention avec un réseau de soins palliatifs.</p> <p>Lors de l'examen d'un échantillon de dossiers administratifs (3) de résidents, la mission a constaté la présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La désignation d'une personnes de confiance - Directives anticipées, non signées dans 2 dossiers sans qu'il soit précisé que bien qu'en état d'exprimer sa volonté, le résident est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, <p>REMARQUE n°41 : il n'y a pas d'organisation de la prise en charge des soins palliatifs</p> <p>ECART n°34 : Les directives anticipées ne respectent pas le formalisme imposé par la réglementation, ce qui n'est pas conforme à l'article R1111-19 CASF notamment.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge des escarres est-elle organisée et protocolisée ? nb ? 			En partie	<p>L'IDEC a indiqué à la mission que l'établissement avait recours au dispositif CICAT Occitanie pour les plaies et cicatrisation. La documentation ayant trait à ce sujet est rangée dans un placard avec beaucoup d'autres choses et non mis à disposition des autres soignants car il est invoqué le risque de disparition de cette documentation.</p>

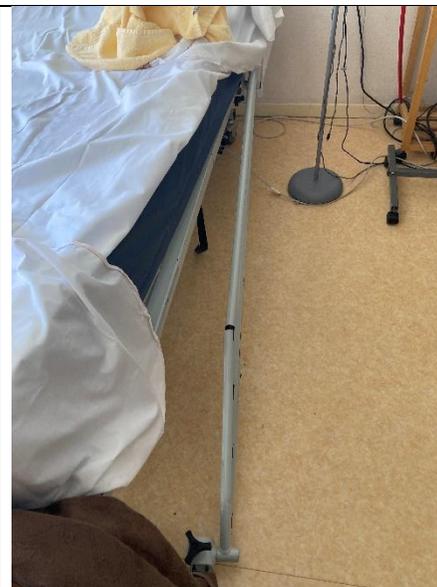
				<p>Le programme PASTEL, optimisant la prise en charge des résidents d'EHPAD par l'usage de la télémédecine, a été déployé sur le 31. L'équipement informatique a été reçu par l'établissement mais non encore installé le jour de l'inspection. Le frein indiqué à la mission pour l'absence d'usage et de recours au programme de télémédecine concernait l'accès à un réseau internet insuffisant. L'installation récente de la fibre doit permettre le déploiement du dispositif.</p> <p>REMARQUE n°42 : La prise en charge des escarres et plaies n'est pas structurée.</p>
- La prévention de la dénutrition est-elle organisée et protocolisée ? nb ? fiche de pesée		Non		<p>Il n'y a pas de protocole pour la dénutrition, ni de référent. La pesée est mensuelle, mise en place depuis novembre. Compte tenu du manque de personnel et comme la balance est en panne, il n'y a plus de pesée. Le médecin coordonnateur fait des prescriptions de dosage de l'albumine et de compléments alimentaires. La surveillance des ingesta est faite pour les patients en fin de vie et "ceux qui ne vont pas bien".</p> <p>A noter que le jour du contrôle, un lecteur de glycémie était probablement en panne car tous les résidents avaient le même dosage ce qui était inhabituel. Concernant les 2 autres lecteurs : l'un était en réparation et le 2ème n'avaient pas les bandelettes correspondantes. Les 3 lecteurs étaient de 2 marques différentes. L'IDE a indiqué que les résidents n'auraient pas d'injections d'insuline rapide en accord avec le médecin.</p> <p>REMARQUE n°43 : La prise en charge de la dénutrition n'est pas structurée.</p> <p>REMARQUE MAJEURE n°44 : Le matériel médical est défectueux et insuffisamment contrôlé.</p>
- La prévention de la déshydratation est-elle organisée et protocolisée ?				Non investigué.
- Prise en charge kiné	Oui			2 cabinets de kinésithérapie interviennent soit 7 kinésithérapeutes environ. Il y a une salle kiné au 2ème étage.

3.3.2 Organisation des soins				
- L'organisation des soins est-elle adaptée ?				L'organisation des soins est coordonnée par l'IDEC. L'instabilité de la gouvernance de l'établissement et les nombreux chantiers à engager en termes de formalisation, de procédures internes et de traçabilité, de mise à jour des dossiers résidents, n'ont pas permis à l'IDEC d'investir au jour de la mission l'organisation des soins.
- Le nombre d'IDE est-il adapté ? Nbre total d'IDE, Nbre par jour/nuit, Horaire semaine, Horaire WE, Journée type-description. - Charge en soins IDE - liste des soins (escarres, perf, injections, gastrostomie, glycémie, TA...)				<p>■ IDE sont positionnés sur le planning prévisionnel en février 2023 en roulement sur 12 heures. Sur 14 jours, ■ IDE sont bien prévues en poste sur une amplitude horaire totale de ■h■ à ■h.</p> <p>Sur les 13 jours restants, une seule IDE est positionnée ■h■ – ■h■.</p> <p>REMARQUE n°45 : Une équipe de ■ IDE est insuffisante pour assurer la présence quotidienne de ■ ETP d'IDE 7 jours sur 7. En effet, sur 13 jours du planning prévisionnel du mois de février 2023, une seule IDE est prévue en poste.</p>
- La traçabilité des soins est-elle assurée ? sur quel support ? - Le dossier infirmier est-il renseigné régulièrement ? et par qui ? - Existe-t-il une fiche de surveillance spécifique :pour plaie, dextro, INR				<p>Des données sont rentrées sur ■■■.</p> <p>Cf. remarque sur le dossier médical.</p> <p>REMARQUE n°46 : Le dossier de soins est insuffisamment informatif pour dispenser une prise en charge de qualité.</p>
- Le nombre d'AS est-il adapté ? Nbre total d'IDE, Nbre par jour, Horaire semaine, Horaire WE, Journée type-description.				<p>L'équipe en charge des soins d'hygiène et de confort est constituée de ■ AS (■ diplômées et ■ Faisant fonction)</p> <p>■ AS interviennent au quotidien selon l'IDEC.</p> <p>Selon les AS ou FF interrogés, cette situation est exceptionnelle, l'équipe est le plus souvent réduite à ■ à ■ professionnels. Ce jour-là, ■ AS sont présentes le matin. On note la présence de nouvelles recrutées le jour de l'inspection.</p> <p>L'équipe des ■AS de nuit serait diplômée. Elles sont ■ chaque nuit.</p> <p>Les AS de nuits réalisent 6 à 7 toilettes à partir de ■h■ pour les résidents qui se lèvent tôt et qui le souhaitent. Les toilettes à faire prioritairement pour respecter le rythme des résidents, sont formalisées sur une fiche par étage.</p>

				<p>Les AS de jour arrivent entre ■h■ et ■h.</p> <p>En fonction des résidents déjà prêts, l'organisation est repensée chaque jour lors des transmissions de 7 heures afin que l'équipe puisse se « répartir » les toilettes restantes par étage.</p> <p>Il n'existe pas de planification ou d'organisation formalisée.</p>
- Comment les soins sont-ils répartis entre le personnel ?				<p>24 toilettes seraient à réaliser et 5 pour les résidents du PASA. Il ne nous a pas été présenté de document pouvant certifier le nombre de toilettes à réaliser.</p> <p>■ AS interviennent au 2^{ème} étage et ■ AS au 1^{er} + RDC.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des toilettes - Horaires des toilettes : traçabilité (par qui, sur quel support et à quel moment de la journée) - Existence d'un plan de soin de nursing par résident 				<p>Les douches sont proposées une fois par semaine pour tous les résidents, selon un planning établi par étage et par secteur. Certaines douches sont planifiées l'après-midi à la demande de résidents.</p> <p>Toutes les chambres ne sont pas équipées de douche et si elles en sont dotées, elles ne sont pas toujours adaptées. Une douche commune est à disposition par étage.</p> <p>L'établissement est doté de 4 chariots de soins pour les AS (1 au RDC, 1 au 1^{er} étage, 1 au second et 1 pour l'équipe de nuit).</p> <p>Les chariots sont réapprovisionnés par les AS l'après-midi. Le matériel est distribué sous la supervision d'un AS référent suite à de nombreux vols dans l'établissement (propos rapportés par plusieurs professionnels présents le jour de l'inspection).</p> <p>Un classeur est à disposition des AS sur chaque chariot de soins par étage et par secteur et comporte les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - planification des changes par résident avec indication des horaires et du type de change - un référentiel taille des changes - planification des douches par étage (document daté et signé) - tutoriel d'utilisation du logiciel ■■■■■ - une fiche conduite à tenir pour la mise à jour des plans de soins - un protocole habillage/déshabillage COVID - une fiche de tâches AS AMP FFAS (organisation d'une journée type) - tutoriel d'utilisation d'aide technique type verticalisateur

			<p>-plans de soins par résidents</p> <p>A noter, aucun protocole de réalisation des toilettes mis à disposition des soignants. Aucune évaluation de la pratique professionnelle réalisée ni formalisée pour chaque soignant (cf. supra).</p> <p>Après analyse des classeurs et des documents présents, la mission relève les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plans de soins ne sont pas présents pour tous les résidents (4 plans de soins manquent dans le classeur du 2^{ème} étage, 5 plans de soins sur 7 pour le RDC avec notamment 1 plan de soins d'une résidente qui ne fait plus partie des effectifs de l'établissement) - Les plans de soins ne sont pas imprimés quotidiennement et les classeurs ne sont pas mis à jour autant que de besoin. - Les AS interrogés précisent qu'ils réalisent les soins d'hygiène est de confort sur la base de leur connaissance des résidents, qu'ils relayent aux nouveaux professionnels à leur arrivée. - cf. remarque n°35. <p>L'établissement dispose du logiciel [REDACTED] mais à ce jour, il n'y a pas de tablette sur les chariots de soins pour tracer les soins à la sortie de la chambre (les tablettes auraient été volées). Pas de traçabilité au fur et à mesure des soins, n'ayant pas d'outil à disposition. La traçabilité est assurée en fin de matinée : 1 seul poste informatique pour l'ensemble des soignants (AS et IDE). - cf. remarque n°26.</p> <p><u>Observation d'une toilette</u></p> <p>Le jour de l'inspection 1 toilette a pu être observée (recueil de l'accord écrit de l'occupant de la chambre par un agent assermenté de l'ARS).</p>
--	--	--	--

			<p>L'AS a une tenue professionnelle propre et adaptée. La toilette est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques. Les soins sont expliqués, l'intimité du résident est respectée.</p> <p>Le matériel nécessaire à la réalisation de la toilette est à disposition de l'AS dans la salle de bain.</p> <p>Les aides techniques sont utilisées de façon adaptée.</p> <p>La personne âgée est installée sur le lit pour réalisation de la toilette intime. Des lésions cutanées importantes sont observées et la personne âgée se plaint de douleurs lors de la toilette intime, douleur persistante toute la nuit et signalée à l'équipe de nuit.</p> <p>L'AS contacte l'IDE par téléphone afin qu'elle puisse donner une conduite à tenir. L'AS indique que ces lésions n'étaient pas présentes la veille et qu'il n'y a donc pas de protocole établi.</p> <p>Sur le plan de soins de la personne âgée, il est indiqué « crème simple application 2x/jour » sans autre indication. L'IDE constate les lésions et préconisera d'appliquer la crème à disposition dans la chambre.</p> <p>Par ailleurs, on note une tringle à rideau cassée qui menace de tomber au-dessus d'un plan de travail utilisé par le résident pour ses activités manuelles.</p> <p>Egalement, une barrière du lit manquante et une en partie au sol (cf. photo) avec pour conséquence un risque observé pour la personne âgée lorsque l'AS lui demande de se positionner sur le côté pour les soins. Par ailleurs, cette barrière constitue une entrave au bon déroulement du transfert coucher/debout avec utilisation du verticalisateur.</p>
--	--	--	---



Au travers des différents entretiens réalisés tout au long de la journée, il nous a été rapporté les points suivants :

- le planning des douches n'est pas toujours respecté-: douche non réalisée ou faite l'après-midi par manque de temps le matin.
- plainte de l'AS de nuit de ne pas avoir assez de crème. Réponse de la direction : « c'est trop cher ».
- appel d'un résident à plusieurs reprises pour effectuer un change mais pas de réponse et change non effectué.
- de multiples vols auraient eu lieu ces derniers mois : petit matériel consommable, mais également des bijoux dans les chambres des résidents : sentiment d'insécurité des résidents et du personnel.

Organisation et planification des Changes :

				<p>Les commandes et le suivi des stocks sont gérés de façon adaptée par un agent (AS référent « protections »).</p> <p>Les commandes sont passées mensuellement.</p> <p>Les dotations sont délivrées aux agents à la semaine (local de stockage prévu à chaque étage) et la préparation des chariots est faite quotidiennement par une AS d'après-midi, avec la quantité de protections nécessaire pour la journée du lendemain (en fonction des plans de changes).</p> <p>Le référent « protections » est en charge également de l'évaluation du besoin de change pour chaque résident et du suivi des modifications des plans de changes.</p> <p>La réalisation des changes, accompagnements aux WC et mises à la sieste sont réalisés entre 13h et 14h. Levée de la sieste entre 15h et 15h30.</p> <p>D'après le plan de soin d'un résident fourni le jour de l'inspection, nous observons que la planification des changes n'est pas portée au plan de soin.</p> <p>ECART n° 35 : La chambre n°69 n'est pas sécurisée (barrière de lit détériorée et tringle à rideau menaçant de tomber sur le plan de travail utilisé par la résidente). En ce sens, il n'est pas satisfait au 1° de l'article L311-3 CASF.</p> <p>REMARQUE n°47 : Il n'y a pas d'outils de planification et de traçabilité des toilettes.</p> <p>Il n'existe pas non plus de protocole concernant la réalisation des soins d'hygiène et de confort (toilette au lavabo, toilette au lit, toilettes à réaliser à deux soignants, soins de bouche, changes).</p>
- Comment les soins sont-ils répartis dans l'UP ?				NC – L'établissement ne dispose pas d'unité protégée.
- Le dossier médical existe-t-il ? (Art L 1110-4 CSP R 4127-4 CSP)				Les dossiers médicaux papier sont rangés dans une armoire sans porte dans l'infirmerie. Celle-ci possède un digicode.
- Sa composition? Contient-il le nom du médecin traitant, les ATCD ? les allergies médicamenteuses et les CI médicamenteuse Une évaluation globale de la personne ? Les affections dont elle est atteinte ? L'état de dépendance ? Les traitements ? Leurs suivis				Le jour de l'inspection vers 8h30-9h, la porte de l'infirmerie était grande ouverte, les armoires de médicaments grandes ouvertes également.
				Outre les dossiers papier, le logiciel ■■■■ est utilisé. Les principales rubriques sont remplies. Il n'y a pas d'évaluation gériatrique standardisée,

<p>et évaluation, les protocoles de soins mis en place, leur suivi et évaluation ? Des synthèses périodiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-il informatisé? - Est-il tenu à jour ? - Quel est le logiciel ? - Qui le renseigne? Les différents professionnels de santé le renseignent-ils? - Armoire fermée à clef ? - Où est-il détenu ? - Existence d'une procédure d'archivage - Y a-t-il un lieu dédié à l'archivage ? Si oui garantit il le respect du secret médical? - Quelle participation des médecins au dossier médical ? traçabilité des appels ? retranscriptoin par IDE ? 				<p>ECART n°36 : L'accès aux dossiers médicaux n'est pas sécurisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-4 CSP.</p> <p>ECART n°37 : L'accès à l'infirmierie n'est pas sécurisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4312-39 CSP.</p>
<p>3.3.3 Hygiène – Rsqe infectieux</p>				
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement garantit-il la gestion du risque infectieux : Postes de lavage des mains implantés dans établissement SHA disponibles Information sur hygiène des mains régulières Existe-t-il un protocole d'hygiène des mains ? Précautions standard et complémentaires ? Gants non stériles à dispo des équipes ? <p>La vaccination anti grippale : est-elle organisée au sein de l'EHPAD ? Encourage t'il la vaccination de tout le personnel ?</p>				<p>Non investigué</p>
<p>3.4 Circuit du médicament</p>				<p>Il n'a pas été investigué par la mission mais l' [REDACTED] a fait une visite d'appui en août 2022 qui a fait l'objet d'un rapport avec conseils dont l'IDE n'avait pas connaissance. Elle insiste sur le fait que la préparation des</p>

				<p>piluliers par les IDE prend beaucoup de temps (système [REDACTED]) et qu'elles sont fréquemment interrompues avec risque d'erreur. L'IDEC a indiqué qu'il envisageait de faire sous-traiter la préparation des piluliers par le CHU (plateforme logistique [REDACTED]) mais rien n'était encore arrêté au moment de la mission.</p>
- Existence d'un local à pharmacie et d'une pièce pour ranger les médicaments ?				
<ul style="list-style-type: none"> - Prescriptions manuelles ou informatisées ? - L'accès au logiciel est-il sécurisé par un identifiant et un mot de passe par prescripteur - L'IDE retranscrit il les prescription : source d'erreur comment l'IDE effectue t'il les commandes : transmission numérique, fax ? <p>Comment est organisé l'approvisionnement des médicaments ? Qui réceptionne et où ?</p>				
- PUI ou s'approvisionne auprès d'une ou plusieurs officine (conventions ?)				
<ul style="list-style-type: none"> - Existence de protocoles adaptés et nécessaires à la PEC traitements des résidents et notamment de protocoles de soins d'urgence et de protocole antalgiques. - Protocoles datés et signés par un médecin 				
<ul style="list-style-type: none"> - Qui prépare les médicaments ? et à quel moment ? - Les conditions de travail pour la mise en pilulier est-il adapté ? - Le matériel pour la distribution est-il adapté ? L'armoire à pharmacie est-elle sécurisée ? Sa gestion est-elle conforme à la réglementation (clef, toxiques, stocks) Art R4312-15 (sur responsabilité IDE) - Qui distribue les médicaments ? - Le personnel en charge de l'aide à la prise des traitements dispose-t-il des infos nécessaires à la bonne administration ? Art R4312-14 du CSP (sur collaboration entre IDE et AS) 				

- Les traitements administrés font ils l'objet d'un enregistrement ? - Existence procédure interne en cas effets indésirables des TTT				
- Protocole distribution traitements la nuit et en l'absence de l'IDE Article R 4311-4 et 5 du CSP				
- Qui prépare les gouttes ou sirops des résidents et qui les administre ? (Art R4311-3 CSP)				
- Qui vérifie les péremptions ? quand ? Est-ce tracé ? Art R4311-3 - Du CSP				
- Réfrigérateur : fait il l'objet d'un entretien régulier et d'un suivi tracé des températures ? - Dédiés aux médicaments ? Art R4311-3 Du CSP				
- Traitements de première nécessité				
Appréciation de la fonction Prise en charge en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	<p><u>Insuffisant :</u> La mission conclue à une qualité de prise en charge insuffisante au regard de : - l'absence de médecins traitants pour les résidents obligeant le médecin coordinateur à pallier ce manque et de ce fait entraînant le non-respect des missions du médecin coordinateur notamment l'évaluation gériatrique et le projet de soins ; - le manque d'outils et de formalisation des supports nécessaires à l'adaptation et à la continuité de la prise en charge ; - l'absence de diffusion et d'évaluation des bonnes pratiques professionnelles, ne permettant pas d'inscrire l'établissement dans une dynamique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ; - du dossier médical quant à sa structuration, la saisie des informations; - des manquements à la sécurité en particulier les pannes de matériel, les ordonnances non nominatives, l'accès à l'infirmerie et aux dossiers médicaux ;</p> <p>auxquels s'ajoutent les remarques en terme de ressources humaines évoquées supra.</p>			

IV- SYNTHESE

3.1. Synthèse des appréciations des champs de contrôles en niveau SAMI effectuées par la mission.

Le tableau ci-dessous reprend les appréciations portées par la mission en niveau SAMI sur les différents champs de contrôle

Points de contrôle	S	A	M	I
- Gouvernance				X
- Fonctions support (effectifs, formation qualifications)				X
- Prise en charge				X
- Relations avec l'extérieur				

Il appelle les commentaires ci-après

➤ **Gouvernance**

Ce champ de contrôle compte 10 écarts et 9 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **insuffisant**:

➤ **Fonctions support**

Ce champ de contrôle compte 12 écarts et 11 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **insuffisant**.

➤ **Prise en charge**

Ce champ de contrôle compte 15 écarts et 27 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **insuffisant**.

➤ **Relations avec l'extérieur**

Ce point n'a pas fait l'objet d'investigation particulière, néanmoins le médecin coordonnateur a indiqué avoir, à partir de son réseau personnel, développé des relations privilégiés avec certains acteurs de la filière psychiatrique – réseau de psychiatres libéraux, clinique, dentiste ainsi que la filière gériatrique.

Remarques et Ecart de la mission

N°	Ecarts et référentiels juridiques opposables
Ecart n°1	En application des articles L. 315-7, L.315-9 et suivants du CASF, les établissements mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), parmi lesquels figurent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ne peuvent pas être gérés directement par des collectivités ou leurs groupements.
Ecart n°2	En l'absence d'affichage dans ses locaux du règlement de fonctionnement, l'EHPAD Era Caso contrevient à l'article R-311-34 du CASF.
Ecart n°3	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement datant de moins de 5 ans et contrevient de ce fait, à la réglementation en vigueur (article L311-8 CASF).
Ecart n°4	Le Comité Social Territorial n'est pas en place, ce qui contrevient aux dispositions du Décret n°2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.
Ecart n°5	L'établissement ne réalise pas chaque année une enquête de satisfaction, ce qui n'est pas conforme au III de l'article D.311-15 CASF.
Ecart n°6	Il n'est pas mis en œuvre sur l'établissement de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, qui constitue une obligation prévue dans le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 CASF.

Ecart n°7	L'EHPAD ne dispose pas d'un plan de gestion de crise, élaboré et acculturé sous la responsabilité du directeur (plan bleu Article D312-160 du CASF).
Ecart n°8	L'établissement ne dispose pas d'une convention avec un établissement de santé de recours définissant les modalités d'échanges et de bonnes pratiques et permettant les admissions directes opérationnelles.
Ecart n°9	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif opérationnel de recueil, d'analyse et de suivi des dysfonctionnements graves et des évènements indésirables associés aux soins, ce qui est contraire aux disposition des articles L331-8-1 CASF et L1413-14 du code de la santé publique (CSP).
Ecart n°10	En l'absence de procédures et/ ou de conduites à tenir en cas de crise, incidents ou Evènements Indésirables Graves (EIG), l'établissement ne peut garantir le respect des dispositions de l'article L331-8-1 CASF et de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des dysfonctionnements graves et des EIG.
Ecart n°11	Le gestionnaire ne s'assure pas systématiquement des conditions requises pour exercer sur des postes paramédicaux (diplômes et autorisations d'exercice), ce qui est contraire aux dispositions du II l'article L312-1 CASF.
Ecart n°12	La composition des dossiers du personnel ne permet pas de s'assurer du respect des obligations de l'employeur et de la qualification des professionnels occupant un poste soumis à condition de diplôme : <ul style="list-style-type: none"> - Un contrat à durée déterminée manquant pour une ASH en poste au jour de la mission, ce qui est contraire à l'article 3 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié par l'article 17 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 portant transformation de la fonction publique. - Un arrêté de modification du cadre d'emploi suite à l'obtention du diplôme d'AMP n'a pas été pris par le gestionnaire pour un agent titulaire occupant un poste d'aide-soignante, ce qui est contraire à l'article 4 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié par l'article 22 de la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. - Les dossiers du personnel IDE ne comportent pas d'élément permettant de vérifier l'inscription au Conseil de l'Ordre, conformément à l'obligation faite par l'article L4311-15 et L4312-1 CSP (cf. écart n°11).
Ecart n°13	Aucune annotation dans les dossiers de personnel ne permet de s'assurer que l'employeur vérifie bien les incompatibilités des condamnations à l'exercice de fonctions auprès de personnes fragiles et/ou âgées, ce qui est contraire au II de l'article L312-1 CASF et à l'article L321-1 du code général de la fonction publique.
Ecart n°14	L'absence de qualification de certains agents implique un glissement de tâches entre personnel qui peut être préjudiciable pour la qualité des prises en charge ce qui est contraire au II de l'article L312-1 CASF.
Ecart n°15	Le tableau de bord n'est pas renseigné, ce qui contrevient à l'obligation fixé aux gestionnaires d'ESMS par arrêté du 10 avril 2019.

Ecart n°16	En l'absence de directeur en poste nommé pour diriger l'établissement, le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions du II l'article L312-1 CASF.
Ecart n°17	L'établissement ne dispose pas de document d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, ce qui est contraire aux obligations législatives et réglementaires et notamment les articles L4121-1 et 5 et R4121-1 et 4 du code du travail.
Ecart n°18	En l'absence de budget voté et transmis aux autorités de tarification et de contrôle, le gestionnaire ne respecte pas les termes de l'instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22.
Ecart n°19	Selon l'instruction M22, « Les virements de crédits qui viennent abonder le montant du groupe fonctionnel II des dépenses font l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Les autres virements de crédits relèvent de la compétence du directeur de l'ESSMS. ». Le respect des règles de virement nécessite un suivi des engagements et des dépenses qui n'apparaît pas sur les documents transmis.
Ecart n°20	Les salles de bain de 22 chambres ne sont pas conformes aux normes d'accessibilité et de ce fait, non accessible aux personnes âgées en fauteuil roulant ou en perte d'autonomie fonctionnelle. De plus, les portes des salles de bain risquant de bloquer l'ouverture de la porte de la chambre, la configuration de ces chambres ne permet pas de garantir la sécurité des résidents. En ce sens, le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions de l'article L311-3 1° CASF d'une part et au socle de prestations relatives à l'hébergement fixé par l'Annexe 2-3-1 CASF.
Ecart n°21	Un transfert entre la chambre et la salle de bain commune a été réalisé en peignoir de bain, ce qui ne permet pas de respecter l'intimité du résident et est contraire, en ce sens, au 1° de l'article L311-3 CASF.
Ecart n°22	L'établissement ne dispose pas d'un document d'analyse des risques de défaillance électrique (DARDE). Le gestionnaire n'a pas en conséquence évalué l'ensemble des risques qui pèsent sur l'établissement. En ce sens, il méconnaît les obligations fixées aux articles R313-31 CASF et R732-15 CASF et suivants du code de la sécurité intérieure.
Ecart n°23	Les contrats de séjour des résidents se sont pas tous signés, ce qui contrevient à l'article D311 du CASF.
Ecart n°24	Les résidents ne disposent pas systématiquement d'un projet d'accueil et d'accompagnement individualisé, ce qui est contraire aux dispositions du 7° de l'article L311-3 CASF.
Ecart n°25	La quotité du temps du médecin coordonnateur en poste au jour de l'inspection n'est pas conforme à la réglementation (article D312-156 CASF).
Ecart n°26	Le projet de soins de l'établissement n'est pas actualisé et opérationnel, ce qui est contraire à l'article D312-158 CASF.
Ecart n°27	La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie, ce qui est contraire à l'article D312-158 CASF.
Ecart n°28	Le titre de psychologue ne peut être attribué à une personne non titulaire des diplômes listés dans le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

Ecart n°29	L'établissement disposant d'un PASA, l'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-155-0-1 II du CASF).
Ecart n°30	L'établissement ne dispose pas d'une convention formalisée et actualisée avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables, ce qui est non conforme aux dispositions de l'article D312-155-0 CASF.
Ecart n°31	Des ordonnances sans nom et sans date et signées du médecin coordonnateur sont conservées dans un classeur, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5132-3 CSP.
Ecart n°32	Chaque résident ne bénéficie pas d'un véritable projet de soins concerté, formalisé et actualisé, ce qui est contraire à l'article D312-158 CASF.
Ecart n°33	Les dossiers médicaux papier ne sont pas conservés de manière adéquate, ce qui n'est pas en conformité avec l'article R1112-7 CSP.
Ecart n°34	Les directives anticipées ne respectent pas le formalisme imposé par la réglementation, ce qui n'est pas conforme à l'article R1111-19 CASF notamment.
Ecart n°35	La chambre n°69 n'est pas sécurisée (barrière de lit détériorée et tringle à rideau menaçant de tomber sur le plan de travail utilisé par la résidente). En ce sens, il n'est pas satisfait au 1° de l'article L311-3 CASF.
Ecart n°36	L'accès aux dossiers médicaux n'est pas sécurisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-4 CSP.
Ecart n°37	L'accès à l'infirmerie n'est pas sécurisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4312-39 CSP.

N°	Remarques
R°1	L'organigramme ne présentant pas les liens hiérarchiques et fonctionnels rend illisible la gouvernance de l'EHPAD.
R°2	La directrice qui était en poste ne disposait d'aucune délégation signature, ce qui est préjudiciable au fonctionnement courant de l'établissement.
R°3	La fiche de poste du directeur ne précise pas les délégations dont il dispose pour les mettre en œuvre
R°4	L'absence de formalisation écrite et partagée du fonctionnement des instances de l'organisme gestionnaire rend complexe la gestion au quotidien de la structure et ne va pas dans le sens souhaitable d'une fluidité des décisions à prendre.

R°5	La gouvernance de l'établissement est fragilisée par l'absence de directeur et de partages d'informations sur les réunions/décisions du CODIR
R°6	Il n'y a pas de référent qualité au sens de l'établissement ni d'évaluation des pratiques professionnelles.
R°7	Les agents ne sont pas sensibilisés aux RBPP. Les RBPP ne sont pas connues ni utilisées par les personnels de l'EHPAD.
R°8	Aucune revue qualité n'est réalisée au sein de l'EHPAD.
R°9	Il n'existe pas de dispositif opérationnel d'analyse des réclamations et des doléances des résidents et des familles.
R°10	L'absence de rotation entre secteurs et l'organisation fixe en équipe et contre-équipe peut constituer un frein à l'entraide et la collaboration en cas de besoin. La cohésion et la solidarité ont tendance à être centrées sur l'équipe plutôt que sur le collectif au sens large.
R°11	Il n'existe pas de procédure formalisée d'organisation des remplacements.
R°12	Les fiches de poste ne sont pas connues des agents et ne font pas l'objet d'une évaluation régulière.
R°13	Il n'existe pas de protocole formalisé pour l'accueil des nouveaux professionnels et des intérimaires.
R°14	Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel.
R°15	Des temps d'échanges pluri-professionnels ne sont pas organisés au sein de l'établissement.
R°16	Il n'y a pas de démarche QVT identifiable au sein de l'établissement.
R°17	Le gestionnaire ne dispose d'aucune procédure écrite pour la gestion budgétaire et financière de l'établissement.
R°18	Le gestionnaire n'a pas mis en œuvre de procédure écrite permettant de garantir la continuité de service en l'absence de l'unique référent dédié aux tâches comptables de l'établissement.
R°19	Le gestionnaire ne dispose d'aucune procédure écrite précisant les modalités de préparation, arbitrage et vote du budget.
R°20	Le fonctionnement du dispositif d'appel malade n'apparaît pas adapté dès lors qu'il est demandé aux résidents d'appeler l'accueil en cas de non réponse. En effet, cette modalité n'est pas compatible avec l'état de santé de tous les résidents et ne peut garantir une réponse continue en H24.
R°21	Les habitudes de vie de la personne ne font pas systématiquement l'objet d'un recueil formalisé à l'entrée et ne sont pas réévaluées.
R°22	Faute de transmission par l'établissement, la mission n'a pu vérifier l'existence de protocoles et de conduites à tenir vis-à-vis des risques médicaux. Ces protocoles ne sont pas connus des professionnels.
R°23	Plus de 80% des résidents de l'EHPAD n'ont pas de médecins traitants et sont suivis par le médecin coordonnateur.
R°24	Hormis le temps de transmission du matin à 9h30 qui semble bien établi, les autres temps de transmissions jour/nuit ne sont pas clairement formalisés.
R°25	La multiplication des supports (logiciel, cahier) peut être source de confusion.

R°26	L'ensemble du personnel ne dispose pas de matériel informatique permettant d'avoir au moment des soins, accès à la planification des soins des résidents et de tracer les interventions réalisées.
R°27	L'absence des IDE à ces réunions pluridisciplinaires ne permet pas le partage des informations entre personnels soignants, ce qui peut être préjudiciable à la qualité de la prise en charge des résidents.
R°28	Le chariot d'urgence est incomplet, non vérifié et non scellé.
R°29	L'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge en ce qui concerne la contention (cf Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018)).
R°30	Le petit déjeuner est servi dans l'ordre de numérotation des chambres, toujours dans le même sens. Il n'est pas tenu compte des besoins spécifiques des résidents pour servir les plateaux (aide à la prise alimentaire, contrôle préalable de la glycémie par l'IDE notamment).
R°31	Le jeûne nocturne excède largement les 12h pour les résidents les plus dépendants notamment.
R°32	Bien que les quantités soient suffisantes, les repas sont peu élaborés dans un contexte budgétaire contraint.
R°33	Les régimes alimentaires ne sont pas tracés et ne sont pas mis à disposition dans les salles à manger.
R°34	La fiche de relevé des températures ne permet de vérifier que le contrôle des températures du frigo est effectué matin et soir.
R°35	Les plans de soins ne font pas l'objet d'une mise à jour régulière en fonction de l'évolution des besoins des résidents.
R°36	L'utilisation de différents supports ne permet pas une sécurisation des informations médicales.
R°37	La transmission et la gestion des informations médicales ne sont pas organisées.
R°38	L'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge en ce qui concerne la contention (cf. Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018)).
R°39	Il n'y a pas de protocole de chute appliqué actuellement au sein de l'établissement.
R°40	Il n'y a pas de protocole douleur formalisé.
R°41	Il n'y a pas d'organisation de la prise en charge des soins palliatifs.
R°42	La prise en charge des escarres et plaies n'est pas structurée.
R°43	La prise en charge de la dénutrition n'est pas structurée.
R°44	Le matériel médical est défaillant et insuffisamment contrôlé.
R°45	Une équipe de █ IDE est insuffisante pour assurer la présence quotidienne de █ ETP d'IDE 7 jours sur 7. En effet, sur 13 jours du planning prévisionnel du mois de février 2023, une seule IDE est prévue en poste.
R°46	Le dossier de soins est insuffisamment informatif pour dispenser une prise en charge de qualité.
R°47	Il n'y a pas d'outils de planification et de traçabilité des toilettes. Il n'existe pas non plus de protocole concernant la réalisation des soins d'hygiène et de confort (toilette au lavabo, toilette au lit, toilettes à réaliser à deux soignants, soins de bouche, changes).

L'analyse combinée de ces quatre champs de contrôle faite par la mission la conduit à estimer que le niveau d'exposition aux risques de maltraitance que présente l'établissement/le service est :

<input type="radio"/>	Faible	
<input type="radio"/>	Moyen	
<input type="radio"/>	Elevé	x
<input type="radio"/>	Critique	

Conclusion de la mission

Au jour de l'inspection sur place, la mission n'a pas relevé d'exposition des résidents à un risque avéré de maltraitance, en raison d'une forte implication et de l'engagement des personnels en poste. L'organisation de l'établissement respecte le rythme de vie des résidents et s'appuie sur des équipes connaissant bien les résidents, leur histoires de vie et leur préférence.

Les locaux sont propres et bien entretenus, bien que vieillissants et pour ce qui concerne les salles de bain de certaines chambres, inadaptée à la perte d'autonomie des résidents.

Toutefois, la mission identifie d'importants point de fragilité dans le fonctionnement de l'EHPAD Era Caso en lien avec l'absence de direction stable et avec une gouvernance non adaptée à la vie d'un établissement médico-social hébergeant des personnes âgées.

En effet, l'absence sur plusieurs mois de l'ancienne directrice, en poste depuis plusieurs années, le non renouvellement du CDD de la directrice qui l'a remplacée, l'arrivée récente du cadre infirmier, n'a pas permis d'engager une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles et de démarche d'amélioration continue de la qualité. La culture de l'établissement repose principalement sur une culture de l'oralité, ce qui n'est pas de nature à garantir la continuité et l'adaptation de la prise en charge en cas de turn-over du personnel. Les procédures, protocoles et conventions de partenariats font défauts et ne permettent pas de garantir l'appropriation et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles notamment.

L'absence de stabilité de la direction se cumule avec une gouvernance en difficultés avec la gestion d'un établissement médico-social. En effet, cette gestion implique des spécificités budgétaires particulières (maîtrise de la nomenclature comptable, des cadres normalisés et du calendrier budgétaire spécifique), une importante réactivité et une capacité d'accompagner l'établissement dans un plan pluriannuel de financements indispensable au renouvellement de ses équipements et à l'adaptation de son bâti aux besoins des personnes âgées dépendantes.

Ces éléments sont de nature à constituer d'important facteurs de risques dans un contexte de détention non conforme de l'autorisation par la la Mairie de Bagnères-de-Luchon.

Au titre de l'Agence Régionale de Santé Occitanie :

[REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] Inspectrice de classe exceptionnelle
Inspectrice hors classe,
coordinatrice de la mission

Au titre du Conseil départemental de la Haute-Garonne :

[REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] responsable de la MSCT [REDACTED] Conseillère Qualité et Gestion des ESMS
[REDACTED] [REDACTED]
Responsable adjointe de la MSCT Conseillère Qualité et Gestion des ESMS
[REDACTED] [REDACTED]

Ce rapport est indivisible et ne peut être reproduit que dans son intégralité