

**INSPECTION DE L'EHPAD LA COUSTETE géré par le CIAS de QUILLAN**  
**N° PRIC 2022 : MS\_2022\_DSP\_11\_03**

**Au titre de l'agence régionale de santé Occitanie**

- Madame [REDACTED], Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission
- Monsieur [REDACTED], chargé du service Personnes Agées à la délégation départementale de l'Aude, en qualité de personne ressource
- Madame [REDACTED], gestionnaire en charge du suivi des réclamations et EIG à la délégation départementale de l'Aude, en qualité de personne ressource

**Au titre du conseil départemental de l'Aude**

- Madame [REDACTED], attachée principale, habilitée par le Département à mener l'inspection
- Madame [REDACTED], attachée principale, habilitée par le Département à mener l'inspection
- Madame [REDACTED], médecin auprès du Conseil Départemental en qualité de personne qualifiée

**RAPPORT D'INSPECTION**

**23/06/2022**

## 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

## **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

3.2 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

### 3.3 Soins

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

## **IV- Relations avec l'extérieur**

### 4.1 Coordination avec les autres acteurs

## **V- Synthèse**

Conclusion.....

Liste des professionnels et des représentants institutionnels reçus en entretien.....

Observations de la structure à la mission et réponse de la mission aux observations de la structure.....

Conclusion définitive de la mission.....

Annexes.....

## INTRODUCTION

Le Directeur Général de l'ARS Occitanie et la Présidente du Conseil Département de l'Aude ont diligenté une inspection de l'EHPAD La Coustète situé à Quillan et géré par le CIAS du SIVU Mmaison de retraite (SIVU composé par les communes de Belvianes, Cavirac , Campagne-sur-Aude, Coudon, Nébias, Quillan, Saint-Julia-de-Bec, Saint-Louis-Et-Parahou.

Cette inspection, dont ils nous ont confié la réalisation par lettre de mission du 20 avril 2022 (annexe 1), a été menée de manière inopinée.

Fondée sur l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles, elle avait pour objet d'apprécier le niveau d'exposition de la structure au risque maltaitance institutionnelle ou individuel, mais également à identifier d'éventuels écarts aux normes réglementaires opposables aux EHPAD.

Son champ d'investigation est le suivant :

- I – Gouvernance : conformité aux conditions de l'autorisation, management et stratégie, animation et fonctionnement des instances, gestion des risques, des crises et évènements indésirables ;
- II – Fonctions support : gestion des ressources humaines (effectifs de personnel, formation et qualification des personnels et du directeur), gestion d'informations dont les systèmes d'informations ;
- III- Prise en charge : organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie, respect des droits des personnes, modalités d'accompagnement ;
- IV- Relations avec l'extérieur : coordination avec les autres acteurs.

Nous avons procédé pour la réaliser à :

- un contrôle des locaux,
- des contrôles documentaires sur place ou après plusieurs transmissions par la Direction
- des entretiens avec le directeur de l'EHPAD, des salariés et anciens salariés , le Président du CIAS, des organismes partenaires (Centre de Gestion de l'Aude et CARSAT), et des représentants des familles des résidents et du collectif des familles

Elle a été menée sur site le 21 avril 2022 ; des entretiens complémentaires ont été menés au Conseil Départemental et à la délégation départementale de l'ARS et enfin sur site à nouveau le 31 mai 2022.

Il est précisé concernant le contrôle des fonctions supports que la mission n'a pas réalisé de contrôle de la gestion budgétaire et financière.

De plus, l'équipe d'inspection n'avait pas les moyens de procéder aux contrôles de la prise en charge des soins concernant l'organisation et la dispensation des soins, les moyens mis en œuvre et enfin la qualité du projet de soin et du partage des informations médicales.

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

Statut / capacité	EHPAD public territorial / 50 lits hébergement permanent, dont 9 en « unité protégée » et 6 places d'accueil de jour
Population prise en charge selon l'âge et le sexe	Personnes âgées dépendantes
Jours / heures d'ouverture	365 jours - 24/24h
Effectifs budgétés	<p>■■■■ ETP budgétés à l'EPRD 2021 dont ■■■■ sur l'hébergement, ■■■■ sur la dépendance et ■■■■ sur le soin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ■■■■ ETP Direction</li> <li>- ■■■■ ETP Cuisine centrale services généraux (■■■■ ETP cuisinier et ■■■■ agents d'entretien)</li> <li>- ■■■■ ETP Animation</li> <li>- ■■■■ ETP ASH</li> <li>- ■■■■ ETP Aides-soignantes</li> <li>- ■■■■ ETP Psychologue</li> <li>- ■■■■ ETP IDE</li> <li>- ■■■■ ETP Ergothérapeute</li> <li>- ■■■■ ETP Médecin coordinateur</li> </ul> <p>Soit un taux d'encadrement global de 0.796 agent / lit</p> <p>Soit un taux d'encadrement hébergement de 0.2996 agent / lit</p> <p>Soit un taux d'encadrement dépendance de 0.1572 agent / lit</p> <p>Soit un taux d'encadrement soins de 0.3394 agent / lit</p>

Les constats, analyses fondés sur les écarts<sup>1</sup>, les remarques<sup>2</sup> et les appréciations portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I<sup>3</sup> 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 (effectifs de personnel, formation et qualification des personnels et du directeur)
- III- Prise en charge
- IV- Relations avec l'extérieur
- V- Synthèse

Ce rapport est communiqué aux gestionnaires afin de recueillir leurs éventuelles observations le concernant.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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
- La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	<b>X</b>			L'EHPAD accueille 50 résidents en hébergement permanent, avec un taux d'occupation de 100% du fait d'une liste d'attente importante. 9 places sont identifiées Unité Alzheimer. L'accueil de jour de 6 places est très peu fréquenté, phénomène aggravé depuis la crise sanitaire. L'annexe « activité réalisée » de l'ERRD 2020 mentionne 34 % de personnes en GIR1-2, 56 % de personnes en GIR3-4, et 10 % en GIR5-6. 52% de résidents sont très dépendants (GIR 1 à 3).
1-2 Management et stratégie				
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement				
- 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)?		<b>X</b>		<p>Un règlement de fonctionnement a été transmis à la mission lors du 2nd envoi de pièces. Il est remis au résident avec le contrat de séjour et comprend certaines modalités d'exercice concret des droits de la personne accueillie, des règles essentielles de la vie collective ou à la liberté d'aller et venir.</p> <p>Il n'est pas daté et ne prévoit pas sa périodicité de renouvellement, au bout de 5 ans maximum. Le fait qu'il doive être daté par le signataire est inadapté.</p> <p>Il comporte des indications non conformes aux lois et règlements (ex: CASF non cité, références réglementaires non mises à jour, non-respect de l'article D311-16 CASF par l'indication que le CVS se réunit au moins 2 fois par an et non 3).</p> <p>Son approbation par le conseil d'administration de l'EHPAD et la consultation du CVS ou des représentants du personnel pour son élaboration ne sont pas mentionnées.</p> <p>Il reste peu détaillé au regard des attendus des articles R 311-35 et suivants du CASF, et mentionne peu les suites données aux manquements aux règles qu'il édicte.</p> <p>Il ne comprend aucune mention de l'organisation en lien avec la crise sanitaire (ex : conditions particulières de visite).</p> <p><b>Ecart n°1 : Etant donné toutes ces irrégularités et le fait qu'il n'est pas daté, le Règlement de fonctionnement transmis n'est pas conforme aux articles L 311-7, R 311-33 et s. du CASF.</b></p>

				<p>Page 4, il comprend la mention suivante : « Tout comportement en contradiction avec la vie communautaire, toute infraction au règlement intérieur sont passibles de l'exclusion immédiate »</p> <p>Or cette mention n'est pas conforme à la réglementation car plus sévère que la mention indiquée dans le CASF.</p> <p>L'article L311-4-1-III du CASF indique que le contrat de séjour ne peut être résilié qu'en cas « d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie ».</p> <p>Par ailleurs dans tous les cas, un préavis doit être prononcé. Il ne peut y avoir d'exclusion immédiate .</p> <p><b>Ecart n°2 : En conséquence, la formulation concernant l'exclusion du résident contenue dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de la Coustète contrevient à l'article L.311-4-1-III du CASF.</b></p> <p>Par ailleurs, une résidente s'est vu notifier la résiliation de son contrat suite à l'attitude ou aux agissements supposés inadaptés de sa famille (diverses pièces fournies à la mission en attestent et le maire de Quillan, président du CIAS, l'a expressément soutenu dans un reportage de Fr3 Occitanie).</p> <p>Ce cas n'est pas évoqué dans le règlement de fonctionnement alors que noté dans le contrat de séjour.</p> <p>Le contrat de séjour signé prévoit un courrier recommandé formulant les faits reprochés et la consultation du CVS préalablement à la décision de résiliation.</p> <p>Le courrier de résiliation envoyé sans respect de cette procédure présente donc un vice de procédure.</p> <p>Enfin, l'enclenchement d'une procédure de rupture de contrat complètement disproportionnée pour une personne très âgée et vulnérable ne semble par ailleurs pas de nature à garantir sa sécurité affective et psychique.</p> <p><b>Ecart n°3 : En mettant en œuvre une procédure d'exclusion (par courrier à la famille de la résidente en date du 15 mars 2022) sur le motif d'agissements supposés inadaptés de la famille et non de la résidente, sans respect de la procédure contradictoire l'établissement contrevient à l'article L.311-4-1-III du CASF (réglementation du contrat de séjour) ainsi qu'à son obligation de sécurité des résidents (article L 311-3 du CASF)</b></p>
--	--	--	--	--

<p>- Existe-t-il un projet d'établissement formalisé et effectif conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (art. L.311-8 et D311-38)? Est-il connu du personnel et du conseil d'administration ?</p>		<p><b>X</b></p>		<p>L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement (PE) actualisé et en cours de validité. Le document transmis en tant que PE n'est pas daté, n'a pas fait l'objet d'un travail concerté et ne présente ni objectifs, ni axes stratégiques, ni plan d'action.</p> <p>L'obsolescence et l'inadéquation du document faisant office de PE (rédigé à l'ouverture en 2002 sans démarche participative, puis mis à jour en 2007 et 2010) avaient été soulignées par l'évaluation externe de 2014, et la Convention tripartite de 2015 donnait comme objectif l'élaboration d'un PE au plus tard pour septembre 2015.</p> <p>La direction n'a pu présenter à la mission de PE actualisé, ni de programmation d'élaboration à cette fin respectant les conditions énumérées dans le CASF.</p> <p>Le dossier de demande d'extension capacitaire de septembre 2019 évoque un projet « en cours de réactualisation dans le cadre de la signature du CPOM 2020 », sans que des documents n'aient été transmis.</p> <p>Différents salariés interrogés déplorent l'absence de PE en cours de validité ou de rédaction, ou ne connaissent pas le caractère obligatoire et la finalité du document.</p> <p><b>Ecart n°4 : En conséquence, en ne disposant pas de PE à jour, l'établissement contrevient à l'article L 311-8 et l'article D311-38 du CASF.</b></p> <p><b>Remarque n°1 : l'absence de co construction avec les professionnels ne permet pas au PE d'être fédérateur et mobilisateur et d'en faire un outil de promotion de la bientraitance (La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre, ANESM 2008, et RBPP qualité de vie en EHPAD, volet 2)</b></p> <p><b>De même l'absence d'objectif de service dans lequel s'inscrivent des objectifs individuels liés à la mise en œuvre du PE ne permet pas la cohésion et la complémentarité du travail entre les professionnels. (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou du service, ANESM 2010).</b></p>
<p>- Existe-t-il un projet spécifique ou une partie dédiée du PE pour l'unité protégée (UP) et pour l'accueil de jour ?</p>		<p><b>X</b></p>		<p>La CTP de 2015 avait fixé comme objectif pour le 01.09.2015 au plus tard la rédaction et la transmission d'un projet spécifique à l'AJ, projet non réalisé à ce jour.</p> <p>Concernant l'unité protégée, une organisation (projet d'unité) de l'UP est décrite dans le document « note de synthèse, principaux indicateurs » datée du 16.01.2020, sans qu'il ne soit possible de comprendre s'il s'agit d'un projet pour une extension capacitaire demandée par l'EHPAD ou de l'organisation alors en vigueur pour l'UP.</p> <p>Cette organisation serait commune à l'AJ, soit pour 15 à 21 personnes selon sa temporalité.</p>

				<p>D'après les entretiens menés, un projet a commencé à être travaillé par l'IDEC fin 2021 mais n'a pu aboutir faute de constat partagé des manquements et des objectifs. Peu de personnel s'est mobilisé lors des 3 réunions, le Directeur était absent, le Médecin coordonnateur a indiqué ne pas avoir été informé de la démarche.</p> <p>Par ailleurs, le gestionnaire n'a pas reconnu et su mobiliser les compétences et savoir faire acquis par certains salariés ayant suivi la formation d'assistant de soins en gérontologie (elles sont formées mais cela ne donne pas lieu ni à modification de leur mission ni à une revalorisation/ augmentation de salaire).</p> <p>Pourtant la mise en oeuvre d'un plan de formation spécifique aux agents intervenant sur l'unité spécialisée Alzheimer pour décoder les troubles du comportement et la conduite à tenir face à ces troubles était prévu dans la CTP de 2015.</p> <p><b>Remarque n°2 : L'absence de projet d'accueil spécifique à l'accueil de jour et pour l'unité protégée ne garantit pas la prise en compte des besoins spécifiques des personnes qui y sont admises (Recommandation ANESM 2012 « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » et Recommandation ANESM 2010 Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service).</b></p>
- Existe-t-il un contrat de séjour conformément à la réglementation en vigueur?			X	<p>Un contrat de séjour type a été fourni lors du 2<sup>nd</sup> envoi de pièces. La version transmise n'est pas datée et contient des informations erronées (ex service où adresser les demandes de dérogations pour les personnes de moins de 60 ans, montant du forfait hospitalier psychiatrie, conditions de résiliation non conformes à l'article L 311-4-1 CASF ...) et /ou incomplètes.</p> <p>Sur les 16 dossiers consultés de résidents en hébergement permanent, le contrat de séjour est bien présent dans 14 dossiers, absent des deux autres ; il est parfois présent en deux exemplaires signés (celui du résident ?).</p> <p>Le contrat de séjour pour l'accueil de jour n'est pas complètement adapté à cette forme de prise en charge, certains points faisant référence à l'hébergement permanent.</p> <p>Aucune mention des spécificités de l'accueil en unité protégée n'est faite, notamment quant à la restriction du droit d'aller et venir, ou aux modalités d'accès/sortie de l'UP.</p> <p><b>Ecart n°5 : le document « contrat de séjour » contrevient à plusieurs articles du CASF, dont L311-4-1 et D311 du CASF, ou contient des données erronées.</b></p>

1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs / Dialogue social				
<p>- Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?</p>	<b>X</b>			<p>Un organigramme a été fourni à la mission, mais n'a pas été soumis pour avis au comité technique du CDG. .</p> <p>Il ne décrit pas véritablement les relations hiérarchiques entre les différents agents. Le positionnement de l'infirmière coordonnatrice n'a été connu qu'au 28.05, date de transmission de sa fiche de poste. La mission « encadrement des ressources au sein du Service soins » ne semble pas comprendre l'encadrement des ASH, pourtant donné comme faisant partie intégrante de ses missions.</p> <p><b>Remarque n°3 : L'absence d'organigramme et de fiches de postes ne permet pas la compréhension des rôles (autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle sur chaque agent) du Directeur et de l'IDEC.</b></p> <p>L'organisation de l'EHPAD n'est ni lisible ni visible, ce qui peut favoriser les pratiques individuelles et donc mettre à mal les missions d'encadrement qui ne sont pas spécifiquement formulées.</p> <p>En l'absence de fiche de poste, les compétences requises sur les différents fonctions exercées ne sont pas identifiées.</p> <p>La fiche de poste constitue le point de départ de la procédure car elle est jointe à la convocation à l'entretien annuel d'évaluation et sert de socle à l'évaluateur pour apprécier de manière objective la réalisation ou non des missions confiées à l'agent.</p> <p>Il n'existe aucune évaluation de l'acquisition des compétences requises dans l'exercice des missions.</p>
<p>- Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature ?</p>		<b>X</b>		<p>Le directeur dispose d'une lettre de mission transmise à la mission mais qui ne précise pas l'ensemble de ses prérogatives vis-à-vis du CIAS en termes notamment de recrutement.</p> <p>Il n'a pas fourni à la mission de document unique de délégation (DUD) entre le président du CIAS et le directeur de l'EHPAD, bien qu'ayant oralement confirmé l'existence du DUD, « adapté » à sa mission selon lui.</p> <p><b>Ecart n°6 : en ne disposant pas de DUD, l'établissement contrevient à l'article D316-72-10 CASF.</b></p>

				<p>Par ailleurs, le respect des missions règlementaires du directeur par le Président du CIAS ne semble pas assuré au regard de plusieurs éléments recueillis par la mission, sur le plan des admissions notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de commission d'admission</li> <li>- Courrier du Président du CIAS (et non du directeur) indiquant l'exclusion d'une résidente à sa famille au titre du comportement de cette dernière.</li> </ul> <p>Il semble que le Président du CIAS ait un rôle important dans le choix de l'admission, or c'est au directeur que revient règlementairement la prérogative d'admission (signature du contrat de séjour par le directeur conformément à l'article D311 du CASF).</p>
- Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?	X			<p>Le directeur dispose d'une lettre de mission transmise à la mission et datée du 15 septembre 2020.</p>
- La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?		X		<p>Les fiches de poste des directeur et autres personnels dont personnels administratifs n'ayant pas été transmises, la mission n'a pu vérifier ni évaluer la mise en œuvre de la continuité de la mission de direction en l'absence du directeur.</p> <p>Toutes les auditions ont évoqué un report des missions sur le personnel administratif et les plannings font apparaître des astreintes mais dont les contours ne sont pas définis. Des absences de réponses lors d'appels au directeur sur ses temps d'astreinte, ainsi que l'impossibilité de laisser un message du fait d'une messagerie saturée, ont été mentionnées par plusieurs salariés auditionnés, de même que l'absence d'informations sur les dates de congés du Directeur (absence découverte le jour même).</p> <p><b>Ecart n°7 : l'absence de procédure établie concernant la continuité de la fonction de direction ne permet pas de garantir l'obligation de sécurité des résidents inscrite à l'article L 311-3 CASF</b></p>
- Y a t il des réunions d'équipe ? un règlement intérieur ? quel est le climat social ? Quels sont les outils du dialogue social ?			X (voir partie Fonction support)	<p>Lors de l'entretien du 21 avril, le directeur a évoqué des réunions « avec l'ensemble du personnel, en deux fois, tous les mois ». Aucun compte rendu de réunion n'a cependant été fourni.</p> <p>La totalité des personnes interrogées mentionne l'absence quasi totale de réunion d'équipe/pluridisciplinaire depuis plusieurs années, couplée à l'absence de notes de services, soulignant ainsi l'insuffisance de gestion managériale par la Direction.</p> <p>La quasi-unanimité des témoignages entendus relève une absence de management, d'anticipation et de règlement des difficultés par la Direction, bien que des qualités d'écoute et</p>

			<p>d'empathie aient été plusieurs fois mises en avant. Les difficultés soulevées ne sont souvent évoquées qu'en entretien individuel, et non suivies d'actions correctives par la Direction ou de mise en place de temps de travail démontrant une quelconque recherche de solutions. Le personnel administratif autre que le Directeur est, selon la quasi-unanimité des personnes entendues, chargé de missions ne relevant pas de ses attributions ou à un niveau supérieur, tant dans la gestion du personnel que dans le domaine administratif (recrutement, contrats...).</p> <p>Il a pu être indiqué à la mission à plusieurs reprises que « dans cet EHPAD, personne n'est à sa place, ni ne sait ce qu'il peut/doit/ne peut/ne doit faire ».</p> <p>L'évaluation externe de 2014 avait souligné l'absence de réunion ASH-AS-IDE depuis février 2014 « pour des raisons pratiques » et leur redémarrage prévu en septembre 2014. Aucune procédure dégradée en cas d'absence ou de crise n'a été présentée ou évoquée.</p> <p>Sont organisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des transmissions quotidienne AS+ IDE +IDEC+1 ASH +animatrice</li> <li>- Des réunions ASH + IDEC tous les vendredis</li> <li>- Des réunions direction/AS « 1 à 2 fois/an », plutôt en cas de crise selon les témoignages reçus.</li> </ul> <p>Aucune réunion de Direction n'est instituée officiellement (directeur, médecin coordonnateur, IDEC a minima)</p> <p>Un règlement intérieur a été transmis mais comporte des références réglementaires erronées (ex : abrogées depuis 2008). Il ne mentionne aucune date de rédaction ni de mise à jour.</p> <p>Par ailleurs, la direction et le CIAS n'ont fait part d'aucun plan d'action autre qu'une réunion tenue en février 2022 en faveur de la fidélisation du personnel et en vue de répondre aux mal-être exprimé au travers des courriers de certains salariés envoyés également aux autorités administratives compétentes. Les agents rencontrés et interrogés sur la qualité de vie au travail mentionnent le souhait d'une organisation stabilisée, transparente, de formations notamment sur le public de l'unité protégée, d'entretiens professionnels et de réunions pluridisciplinaires et de régulation.</p> <p>Il n'existe aucun outil de gestion des ressources humaines ni de dialogue social : tableau des effectifs autorisés, fiche de poste, entretien d'évaluation, fiches de liaison pour les congés, lignes directrices de gestion rédigées, rapport social unique.</p> <p><b>Ecart n°8 : l'absence de management et de réaction effective en cas de difficultés (organisationnelles, relationnelles, matérielles...) soulevées par les agents a été unanimement citée par les personnes entendues par la mission, ce qui contrevient à</b></p>
--	--	--	---

				<p><b>l'article L 315-17 CASF et ne permet pas le respect des droits de la personne cités à l'article L 311-3 du CASF.</b></p> <p><b>L'absence de lignes directrice de GRH contrevient à la loi du 6 aout 2019 sur la transformation de la fonction publique.</b></p>
1.2.3. Conseil de la vie sociale et autres formes de participation des usagers				
- Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF) ou quelle autre forme de participation ? Commissions menu, animation ?		X		<p>Plusieurs entretiens menés ont fait ressortir le fait que le CVS n'est plus en fonctionnement depuis plusieurs années. La majorité des personnes interrogées a évoqué une absence de CVS antérieure à 2016.</p> <p>Les agents ne connaissant pas le nom des représentants du personnel dans cette instance. Les documents recueillis par la mission indiquent que les dernières élections du CVS se seraient tenues en 2014. La dernière convocation concerne le CVS du 11.02.2016 ; en l'absence de compte rendu, il est cependant impossible de savoir si cette réunion a bien eu lieu.</p> <p>La direction évoque des difficultés à mobiliser les membres potentiels ; néanmoins aucune autre forme de participation n'a été mentionnée par la direction, ni aucun PV de constat de carence transmis.</p> <p>L'évaluation externe de 2014 mentionnait déjà que le renouvellement des élections était prévu pour mars 2013, et que le règlement intérieur du CVS devait être réactualisé.</p> <p>Un document transmis à la mission (et dont le statut reste inconnu : simple information à la mission ? information aux salariés ? aux résidents ? aux familles ? ) précise que 3 dates de CVS seraient fixés pour 2022 (la première serait le 8 juin) alors que le CVS n'est pas constitué. Aucun document formalisé de modalité d'élection des membres, de règlement intérieur ... n'a été transmis.</p> <p>Il est cependant ressorti des entretiens que les personnes impliquées n'étaient pas informées de cette date début mai.</p> <p>Cette situation, ajoutée à l'absence de rencontres institutionnalisées et régulières avec les familles peut expliquer les difficultés ressenties sur le lien avec certaines familles.</p> <p><b>Ecart n°9 : l'absence de fonctionnement du CVS depuis plusieurs années contrevient aux articles L311-6, D311-3 et s. du CASF.</b></p>

1-3 Gestion de la qualité				
1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance				
- Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure?		X		<p>Une politique de lutte contre la maltraitance était notée comme à formaliser dans l'évaluation interne de 2013.</p> <p>D'après les informations recueillies en entretiens par la mission, des documents sont consultables par les équipes, notamment dans la salle de repos pour les soignants. L'IDEC est présente et sensibilise sur les protocoles mis en place. Le thème de la bientraitance serait une formation souvent demandée par les soignants.</p> <p>Toutefois il apparaît dans les documents transmis à la mission qu'aucune formation sur la bientraitance ou la lutte contre la maltraitance n'a été réalisée au sein de l'établissement. Par ailleurs l'absence de projet d'établissement ne permet pas une véritable formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.</p> <p><b>Remarque n°4: En l'absence de formations effectives des professionnels sur la maltraitance et de projet d'établissement, la direction de l'EHPAD ne formalise ni ne mène une véritable politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance telle que définie dans la recommandation ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (décembre 2008)</b></p>
- Y-a-t-il une démarche d'amélioration continue de la qualité ? plan d'action ?		X		<p>La dernière évaluation interne a été réalisée en 2013 et la dernière évaluation externe en 2014.</p> <p>Le plan d'action mentionné dans l'évaluation interne de 2013 n'a pas été suivi d'effet, comme le constatait déjà le rapport d'évaluation externe de 2014. Ce dernier concluait sur le fait que « l'établissement devait s'engager rapidement dans la démarche d'amélioration de la qualité ».</p> <p>Par ailleurs, dans le cadre de la démarche qualité, la mission a pu constater qu'il n'existe pas d'enquêtes de satisfaction mises en place pour les résidents et familles des résidents afin de leur permettre de participer à la vie de l'établissement.</p> <p><b>Ecart n°10 : En ne mettant pas en place ni enquête de satisfaction, ni d'autres dispositifs de recueil des avis des résidents et des familles, l'établissement contrevient à l'article L.311-6 du CASF</b></p>

1.3.2 Gestion des réclamations, des risques, des crises et des incidents graves				
<p>- 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 ?</p>		X		<p>Une procédure sur la déclaration des EIG a été transmise à la mission : en cas d'EI sans gravité, deux fiches sont obligatoirement complétées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiche de déclaration en interne d'un événement indésirable sans gravité</li> <li>- fiche d'analyse d'un événement sans gravité</li> </ul> <p>Pour la déclaration des EIG, il existe deux fiches annexées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formulaire de déclaration de dysfonctionnement ou événement grave</li> <li>- formulaire de déclaration des EIG associés à des soins</li> </ul> <p>D'après les déclarations recueillies en entretien auprès du directeur, la procédure serait connue par le personnel à travers une information diffusée aux nouveaux agents. Elle est accessible et consultable dans la salle de soins et dans la salle du personnel. Les formulaires de déclaration sont disponibles au secrétariat et dans les classeurs qui contiennent la procédure de signalement. Lors des transmissions quotidiennes, les infirmiers rappellent régulièrement de manière pratique la conduite à tenir en cas de survenue d'événements indésirables graves. La charte d'incitation au signalement est affichée à tous les étages de l'établissement.</p> <p>Toutefois, dans la pratique, il n'existe pas de procédure rédigée par l'établissement. Celle qui est présentée à la mission est constituée de fiches.</p> <p>Le document transmis le 21 avril ne permet aucunement de s'assurer de la mise en œuvre des préconisations mentionnées dans la « charte d'incitation au signalement d'un événement indésirable » de l'EHPAD, non datée et sans précision quant à son mode de diffusion et explication à chaque agent, en dehors du fait qu'elle est « affichée à tous les étages de l'établissement » selon le Directeur.</p> <p>D'après les déclarations recueillies en entretien auprès des agents, l'existence de fiches de déclaration d'EIG n'est pas connue par le personnel.</p> <p>Les entretiens font ressortir que l'IDEC reprend avec les soignants concernés les points problématiques mais rien n'est formalisé ni tracé. Aucune information concernant la procédure d'analyse des EI/EIG n'a été transmise.</p> <p>Il apparaît par ailleurs clairement que la direction de l'établissement n'a pas déclaré d'EI à l'ARS dans des cas où elle aurait dû :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en 2020 et très récemment concernant la présence de cas de covid qui n'ont pas été déclarés ;</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cas des difficultés majeures de recrutement et d'absentéisme connues début 2022 (alors même qu'elles ont fait l'objet d'une réclamation de certaines familles) ;</li> <li>- dans le cas des difficultés relationnelles avec une famille évoquées par le Directeur lors de la première journée d'inspection du 21 avril.</li> </ul> <p><b>Ecart n°11 : le traitement des dysfonctionnements et événement indésirables n'est pas conforme à l'article L 331-8-1 CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 NOR AFSA1611822A</b></p> <p><b>Remarque n°5 : le dispositif dysfonctionnements et EIG ne semble pas maîtrisé par l'établissement, que ce soit en interne ou en relations avec les autorités administratives compétentes. Tant le recueil et la transmission que les suites à donner (analyse, mise en place d'actions correctives, information aux personnes concernées) ne font pas l'objet d'une procédure formalisée et accessible, ce qui ne permet pas de garantir que les actes ou risques de violence ou de maltraitance fassent l'objet d'un signalement systématique conformément aux recommandations de l'ANESM (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</b></p> <p><b>Ecart n°12 : En ne déclarant pas aux autorités les cas de covid et en n'informant pas les autorités de difficultés de l'établissement et de la nécessité d'accompagnement, l'établissement a porté atteinte à la sécurité des résidents et est allé à l'encontre de l'article L311-3 1° du CASF.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ? Un registre des plaintes au procureur ?</li> </ul>		<b>X</b>		<p>Le registre des réclamations, des signalements de maltraitance anonyme et plaintes devait être mis en place suite à l'évaluation interne de 2013. Il existe à ce jour un cahier de doléance mis à la disposition des familles à l'entrée de l'établissement. Il est consulté tous les matins par le secrétariat.</p> <p>Toutefois, il n'a pas été transmis à la mission de procédure concernant le traitement des réclamations et signalements. Il n'existe pas de registre des plaintes au procureur.</p> <p><b>Remarque n°6 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable</b></p>

				<b>d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</b>
- 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 évènements indésirables graves ? -			X	La procédure de déclaration des EI dont il est fait mention plus haut serait connue du personnel au travers une information diffusée aux nouveaux agents. Elle est accessible et consultable dans la salle de soins et dans la salle du personnel. Les formulaires de déclaration sont disponibles au secrétariat et dans les classeurs qui contiennent la procédure de signalement.
- L'établissement dispose-t-il d'un plan bleu		X		Le document intitulé « plan bleu » a été transmis le 21 avril 2022. Il est daté de ce jour, dû manifestement à une datation automatique du document puisqu'il est mentionné ensuite dans le corps du document « plan bleu 2011 ». Les coordonnées inscrites sont obsolètes (les personnes à contacter ne sont plus aux fonctions indiquées depuis 2011 pour certaines). Aucune mention de modalités d'actualisation n'est inscrite, la convention avec l'hôpital de [REDACTED] alors en vigueur n'est pas jointe. Les références réglementaires sont pauvres et non actualisées. L'évaluation externe de 2014 indiquait que le plan bleu était « en réflexion ». Le plan bleu n'est pas intégré dans un projet d'établissement valide, inexistant. Les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire sont totalement absentes, seules celles concernant une crise climatique sont évoquées.  <b>Ecart n°13 : l'absence de plan bleu conforme à l'article D312-160 CASF et à l'arrêté du 07.07.2005 (NOR SANA0522349A) contrevient aux normes en vigueur</b>
<b>Appréciation de la gouvernance en niveau S.A.M. I * au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</b>  *Cf bas de page p.7	<b>Insuffisant</b>  Au regard des éléments soulevés : - Interventionnisme du Président du CIAS - Outils loi 2002-2 non mis en œuvre - Outils de pilotage inexistant			

II- FONCTIONS SUPPORT				
2.1 Gestion des ressources humaines	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations				
- Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ? (art D312-176-10 pour les ESMS publics)	X			Absence de transmission des documents le 21.04.2022, transmission le 29.04 du CV du Directeur et de la copie du diplôme de [REDACTED] ».
- Les personnels sont-ils qualifiés (art L312-1-II, al.2 CASF)? Comment se passent les recrutements ?			X	<p>La direction a transmis le 06 avril un écrit non mis en forme, non daté, relatif aux « leviers de recrutement ». Peu détaillé, ce document ne permet pas de juger de l'efficacité des leviers de recrutement mis en place par l'EHPAD, notamment au regard des nombreux arrêts de travail et démissions depuis plusieurs semaines.</p> <p>Les auditions et réclamations des agents et familles laissent entendre un manque d'efficacité dans la procédure de recrutement, alimentant le risque de maltraitance par manque de personnel et de défaillance dans la prise en charge des résidents.</p> <p>Lors de son audition, le directeur n'a pas confirmé faire appel au CDG et à Pôle Emploi, et n'a pas fourni par la suite de copie des annonces passées ou de preuves des démarches faites.</p> <p>Plusieurs témoignages évoquent un nombre important de candidatures spontanées il y a quelques années mais rares aujourd'hui, sans que cela ne soit uniquement dû aux difficultés du secteur mais plus à la détérioration de la « réputation » de l'EHPAD, alors que des professionnels habitent à proximité de cet employeur potentiel.</p> <p>La « procédure de recrutement » transmise est non datée, non mise en forme, ne peut être reliée à aucun document et ne mentionne ni ses conditions de rédaction, ni ses conditions de révision. Certaines informations sont absentes (autorité de signature du contrat de travail et présentation du règlement intérieur).</p> <p>Les différentes auditions ont donné des informations contradictoires quant à l'implication des différents personnels dans les recrutements (Directeur, personnel administratif, président du CIAS), ne correspondant pas toujours dès lors à la procédure écrite transmise.</p> <p>Concernant les recrutements des nouveaux infirmiers, les documents récupérés par la mission prouvent une utilisation abusive par la direction du forfait IDEL délivré par l'ARS Occitanie dans le cadre de la crise sanitaire ; le recrutement sur la base du forfait IDEL devait être exceptionnel et validé par l'ARS Occitanie, ce qui n'a pas été le cas ici et met de ce fait l'établissement en difficulté financière.</p>

			<p>L'établissement a envoyé à Pôle Emploi uniquement le 12 mai une annonce de recherche d'infirmier et le 01/06 au réseau des IFSI.</p> <p><b>Remarque n°7 : la non communication à l'ARS de l'utilisation du forfait IDEL contrevient aux consignes données par l'ARS en juillet 2021 et met l'établissement en difficulté financière.</b></p> <p>Parmi les AS : Concernant les qualifications, sur les ■ AS en poste, ■ sont diplômés et ■ ont débuté une VAE en 2020. La nuit ■ AS sur ■ sont diplômés. Aucun contractuel n'est diplômé ; aucun agent n'est engagé en formation continue pour l'obtention de la qualification d'AS, qui pourtant permet la réalisation de 70 % des heures théoriques à distance. Un agent est contractuel de nuit depuis 2006 et un autre agent contractuel de jour depuis 2017 sans être engagé dans une formation diplômante.</p> <p>Les agents contractuels faisant fonction d'aides soignants sont formés en interne par des agents n'ayant pas forcément de légitimité car non diplômés. Aucun support de formation n'est remis aux agents.</p> <p>Il existe de nombreux glissements de tâches (voir ci-dessous).</p> <p>Les témoignages reçus ont fait apparaître un manque d'exigence de professionnalisation tout au long de la carrière. Il n'existe aucune procédure de recueil des besoins en formation.</p> <p>Les Guides de recommandation de bonnes pratiques professionnelles ne sont pas mis à disposition des agents.</p> <p>Concernant les contrats de travail, plusieurs témoignages ont fait état de contrats de travail signés plusieurs semaines après la prise de poste ou après la date d'effet de la reconduction du contrat. Ces pratiques laissent supposer que les contrats sont antidatés. Par ailleurs les salariés ne reçoivent pas systématiquement copie du contrat signé ou de ses avenants successifs, et les avenants ne sont pas toujours transmis au contrôle de légalité pour ceux de relevant pas de contrat pour besoin de renfort saisonnier, ce qui constitue un risque juridique majeur pour la structure. Plusieurs agents ont indiqué avoir dû réclamer à plusieurs reprises leur nouveau contrat. Questionné sur ce point, le Directeur n'a pas mentionné de retard</p>
--	--	--	---

				<p>particulier, en dehors du cas où un contrat attend le passage hebdomadaire du Président du CIAS sur l'EHPAD pour être signé, soit 7 jours maximum de délai.</p> <p>La durée de travail inscrite dans certains contrats n'est pas en adéquation avec les heures réellement effectuées par l'agent, durant plusieurs mois. Selon les échanges avec le Directeur, il y a un recours massif aux heures complémentaires/supplémentaires, malgré des demandes d'augmentation du temps de travail de certains agents, qui restent pénalisés en cas de congés, d'arrêt maladie, ou dans leur cotisation retraite par un temps partiel officiel.</p> <p><b>Remarque n°8 :</b>  <b>Les Guides de recommandation des bonnes pratiques professionnelles doivent être mis à disposition de tous les agents.</b></p> <p><b>Ecart n°14 :</b></p> <p><b>En ne respectant pas le délai de prévenance et en ne notifiant pas le contrat écrit aux agents avant la prise d'effet du renouvellement de leur contrat à durée déterminée, le gestionnaire contrevient aux modalités de renouvellement des contrats décrites à l'article 38-1 du décret n°88-145 du 15 février 1988.</b></p> <p><b>En ne favorisant pas l'accession à la formation continue au diplôme d'AS des agents contractuels depuis plus de 5 ans, l'établissement ne mobilise pas la formation comme un outil de management pour construire un savoir faire et un savoir être commun et contrevient à l'article art L312-1-II, al.2 CASF.</b></p>
- Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF)			X	<p>L'extrait de casier judiciaire a bien été retrouvé dans les dossiers des personnels consultés par la mission.</p> <p>Toutefois, l'absence de formation régulière sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, tout comme l'absence de temps d'analyse de pratiques et de réunions d'équipe, ne permet pas d'échanges sur le respect des résidents et les modes de communication. Des tensions ont été notées au travers des témoignages, dues à des approches et des formations différentes des agents. L'absence de temps d'échange encadrés par la Direction et de « mixage » des deux équipes entretient une certaine rivalité entre ces 2 équipes mais aussi à l'intérieur même de chaque équipe, entraînant une réelle souffrance au travail chez certains agents.</p> <p>Cette absence de management favorise les arrêts de travail et départs volontaires dans un contexte déjà très tendu en termes d'effectif.</p>

<p>- Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?</p>			<p>X</p>	<p>Malgré la demande de la mission d'inspection, l'EHPAD n'a pas fourni les fiches de postes ou fiches métiers des agents, mais uniquement les <u>fiches de tâches</u> de 3 catégories : aides-soignants, IDE et ergothérapeute.</p> <p>Les fiches de poste et /ou de tâches du directeur, du personnel administratif, d'entretien, de restauration et lingerie n'ont pas été transmises. Celle de l'IDEC a été transmise par cette dernière (mail du 28 mai) après demande de la mission le 06 mai , Les interventions de la psychologue et de la diététicienne (personnel extérieur à l'établissement) sont facturées à l'intervention. Aucune convention d'intervention n'existe, les objectifs et attendus de ces professionnelles ne sont pas clairement identifiés.</p> <p>La mission, lors de la consultation du dossier du médecin coordonnateur en poste (visite du 31.05.2022) a constaté l'absence du contrat de travail dans ce dossier. Le directeur n'avait pas connaissance de cette absence et a indiqué que le médecin ne lui aurait pas retourné le contrat une fois signé. Le contrat initial et son avenant ont ensuite été transmis le 02.06.2022, mais aucune fiche de poste. Les missions demandées au médecin coordonnateur n'ont pu être connues qu'après cette transmission de contrat, qui ne prévoit aucune éventuelle priorisation.</p> <p>Il est apparu que les agents (AS, ASH, IDE, Ergothérapeute) avaient eux-mêmes rédigé leurs fiches de tâches sans que la validation hiérarchique ne soit apposée (pas de dates d'actualisation, pas de signature de validation) ni même certaine.</p> <p>Les missions et positionnement hiérarchique de l'IDEC ne sont pas clairement établis et ne peuvent dès lors faire l'objet de transmission et de rappel aux différents professionnels (ex : coordination et organisation des activités et des soins, contrôle de la gestion des matériels et produits, management de l'équipe de soins, développement des compétences et démarche qualité...).</p> <p>Cette absence de fiches de poste ne permet pas aux agents de connaître l'étendue et les limites de leur mission, et participe selon les entretiens réalisés aux difficultés majeures de fonctionnement et relationnelles au sein de l'EHPAD aujourd'hui. Comme indiqué ci-dessus, l'attractivité de l'établissement est mise à mal, ce qui complique encore les recrutements.</p> <p>Plusieurs entretiens ont permis de constater l'attachement des agents à leur mission et au public accompagné. L'EHPAD a pu être qualifié de « seconde maison par certains », et à part certains agents en grande souffrance, les personnes interrogées n'ont pas évoqué de volonté de départ. Elles sont cependant en attente d'une meilleure conduite de l'établissement permettant un apaisement des tensions actuelles.</p>
---	--	--	----------	--

				<p><b>Ecart n°19 : en ne transmettant pas les documents budgétaires règlementaires dans les délais, l'établissement contrevient à l'article R314-210 du CASF (délai dépôt EPRD) et à l'article R314-232 du CASF (délai ERRD).</b></p> <p>Par ailleurs, l'établissement n'a pas transmis la preuve des engagements comptables à hauteur de ■■■■■ € pour la réalisation de formations commandées pour 2022, quand bien même le retour par mail au prestataire de son devis portant la mention « bon pour accord » et signé du Directeur engage juridiquement l'établissement.</p> <p><b>Ecart n°20 : en ne réalisant pas l'engagement comptable des engagements juridiques pris en signant un bon de commande, le gestionnaire contrevient aux obligations incombant aux ordonnateurs publics en application de l'article L.2342-2 du CGCT relatif aux engagements des dépenses.</b></p>
2.3	Bâtiments /espaces extérieurs/équipements			
	2.3.1 Bâtiments et espaces extérieurs			
	- L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ? permettent-ils le respect de l'intimité ?		X	<p>Les témoignages recueillis évoquent un manque d'espace dédié à l'animation et aux rencontres avec les familles dans des conditions d'intimité satisfaisante. La configuration du bâtiment ne permet pas une résolution aisée de ces deux points.</p> <p>Un ensoleillement trop important de la salle de restauration nécessite de réaménager l'installation des tables pour protéger les résidents. Le Directeur a évoqué une difficulté à résoudre cela (coût de l'installation de stores, responsabilité de l'architecte non engagée...)</p>
	2.3.2 Sécurité des personnes et des biens			
	- 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 ? (gestion du linge, marche en avant dans la cuisine, entretien général, nettoyage)		X	<p>Des protocoles de nettoyage ont été transmis le 29.04.2022, datés de mai et juin 2020, mais soit non signés ni renseignés quant à leurs auteurs, ni dans leurs modalités de transmission aux agents, soit toujours identifiés comme « documents de travail » par un filigrane.</p> <p>Il est donc impossible pour la mission de savoir si ces protocoles sont réellement applicables et ont fait l'objet d'information officielle aux agents.</p> <p>Le mode de référencement des documents n'est pas explicité (protocoles n° 2,3 et 4, référence B3, B5).</p> <p>Cependant, plusieurs formations sur l'hygiène ont été organisées en lien avec l'équipe du centre hospitalier de Carcassonne. Les protocoles auraient été largement mis à jour, avec une appropriation rapide par les agents, sans traçabilité de leur mode de diffusion.</p>

				<b>Ecart n°15 : les dysfonctionnements organisationnels et relationnels majeurs, indéniables à l'issue des nombreux entretiens et études de pièces, ont entraîné des départs et arrêts maladie importants, ainsi qu'un climat non serein ne permettant pas de garantir la sécurité des résidents au sens de l'article L 311-3 du CASF.</b>
- Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?	<b>X</b>			Le directeur a pu confirmer des glissements de tâches des auxiliaires de vie vers les aides-soignants, mais non des AS vers les IDE.  Certains personnels ont indiqué avoir d'eux-mêmes aidé leurs collègues aides-soignants lors des périodes de tension en personnel, réalisant alors certaines toilettes. Ils ont indiqué ne pas avoir reçu de consignes ou demandes en ce sens et avoir agi de leur propre initiative dans l'intérêt des résidents. D'après les entretiens menés il a pu par ailleurs exister un glissement de tâche entre le directeur et une de ses secrétaires réalisant la plupart des astreintes, ayant prévenu l'ARS dans le cadre de l'épidémie de Covid etc.
<b>2.1.2 Formation / accompagnement / soutien des professionnels</b>				
- Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels ?		<b>X</b>		Il apparait dans les documents transmis à la mission qu'aucune formation sur la bientraitance ou la lutte contre la maltraitance n'a été réalisée au sein de l'établissement.  <b>Cf Remarque n°4</b>
- Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?		<b>X</b>		Concernant les professionnels, il a été indiqué à plusieurs reprises à la mission que des points visant à l'amélioration des pratiques ont lieu au cours des transmissions. Toutefois il n'y a aucun plan d'action formalisé ni de réelle analyse des pratiques pour les professionnels.  <b>Remarque n°9 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques en vue d'améliorer la qualité, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (page 23 des recommandations de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).</b>

				<p>Certaines catégories d'emploi ne paraissent pas bénéficier de temps de réunions et de coordination institués (ex : personnel de cuisine, agents techniques, lingères)</p> <p>La fiche de poste de la psychologue n'ayant pas été transmise, son rôle éventuel auprès des professionnels n'est pas connu.</p>
<p>- Y-t-il des entretiens annuels ? Une GPEC ?</p>		X		<p>La direction a fourni lors du 2<sup>nd</sup> envoi de pièces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des modèles types de fiches d'entretien professionnel par fonction,</li> <li>- Une note de 2 pages non datée « qu'est- ce que l'entretien professionnel ? guide à l'attention des agents territoriaux évalués » présentant les objectifs de l'entretien et ses modalités d'organisation</li> <li>- Une fiche intitulée « réponse aux souhaits de l'agent », nommée dans la liste de pièces fournies « réponse souhait formation entretien professionnel », et comportant des références réglementaires imprécises et se rapportant à la demande de révision du compte rendu d'entretien et non spécifiquement à la formation.</li> </ul> <p>Malgré cet envoi, l'ensemble des personnes auditionnées a assuré ne pas avoir été reçu en entretien professionnel et /ou d'évaluation depuis plusieurs années (certains évoquent 1 ou 2 entretiens depuis l'arrivée du Directeur en 2010). Aucun document relatif à de tels entretiens n'a été trouvé dans les dossiers du personnel.</p> <p>Il a été indiqué à la mission lors des auditions l'absence de proposition de formation par le Directeur et de documentation afférente, et le rôle de la secrétaire dans l'information aux agents et l'organisation des formations. Les dossiers des agents ne comportent pas de justificatif de formation depuis plusieurs années.</p> <p>Les derniers comptes-rendus des visites médicales n'ont pu être trouvés dans les dossiers, bien que le Centre de gestion ait évoqué à la mission des visites en 2020.</p> <p>La gestion des carrières ne serait par ailleurs pas assurée non plus.</p> <p><b>Ecart n°16 : l'absence de proposition de formation et de suivi des carrières contrevient à l'article L421-2 du Code Général de la fonction publique.</b></p> <p><b>Ecart n°17 : l'absence d'entretiens professionnels contrevient à l'article L 521-1 du Code général de la fonction publique.</b></p>

- Existe-t-il un DUERP ?		X		<p>Le document transmis le 06 avril 2022 au titre du DUERP n'est qu'une liste de risques psycho sociaux généraux, non adaptée à la situation particulière de l'établissement et à ses risques identifiés.</p> <p>Le document remis le 21 avril 2022 comporte une date de mise à jour identique (datation automatique ?), aucune explication n'est donnée sur les modalités de rédaction, d'actualisation, le référent santé n'est pas nommé ou le recours à d'autres services précisé (L4644-1 code du travail).</p> <p>L'évaluation externe de 2014 pointait le fait que le DUERP était ancien et incomplet, il est impossible pour la mission de s'assurer que le document transmis a été établi après 2014.</p> <p>Un assistant de prévention a été désigné et a suivi des formations jusqu'en 2017 (2019 annulé pour cause de maladie). Il ressort des entretiens et des dossiers une absence de lettre de cadrage concernant cette mission, et probablement une absence de suivi d'intervention (aucun compte rendu d'échange, de réunion, aucun bilan ou relevé d'objectifs...)</p> <p>Les équipements de sécurité préconisés par la CARSAT pour réduire les risques professionnels ont été mis en œuvre suite à plusieurs relances de cet organisme. Les aides financières mobilisables n'ont pas été demandées, malgré les relances de la CARSAT.</p> <p><b>Ecart n°18 : l'absence de DUERP actualisé et complet contrevient aux articles L 4121-3, L4121-3-1 et L4644-1 du code du travail<sup>4</sup>.</b></p> <p><b>Cf Remarque n°7 : la non mobilisation des aides de droit commun délivrées par la CARSAT prive l'établissement de recettes, et par là le Directeur ne répond pas à ses obligations de bonne gestion financière.</b></p>
2.2 Gestion budgétaire et financière				
- Les documents budgétaires et financiers respectent-ils les conditions énoncées dans les lois et règlements ?			X	<p>Les documents transmis au titre des Budgets prévisionnels, EPRD et ERRD, PPI, ne respectent pas systématiquement les échéances mentionnées dans le CASF (EPRD 2020 déposé au 18.10.2020 après 2 relances pour une date limite au 05.09.2020, EPRD 2021 déposé le 21.09.21 pour une date limite au 30.06.21, ERRD 2021 non déposé à ce jour pour une date limite au 30/04/2022) ou le formalisme prévu. Les rapports explicatifs ne contiennent pas d'analyse de l'activité ni de présentation des difficultés, réalisations ou projets.</p>

<sup>4 4</sup> Conformément aux dispositions du décret 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine préventive dans la fonction publique territoriale repris à l'article L.811-1 du Code Général de la Fonction Publique, les règles applicables en matière de santé et de sécurité dans la fonction publique territoriale sont celles définies aux livres I à V de la quatrième partie du Code du travail.

				<p>Certains matériels ne seraient pas adaptés à la configuration des chambres (autolaveuses trop volumineuses, achetées sans test préalable par les agents), amenant les agents à un nettoyage par inondation du sol et balayage.</p> <p>Concernant les formations incendies, de très nombreux témoignages ont fait part de formations incendie non réalisées, ou rapidement à l'annonce du passage de la commission de sécurité, et/ou dans les conditions non adaptées (ensemble du personnel en même temps, brouhaha). Les documents transmis montrent effectivement une formation le 09.12.2021 avant un passage de la commission le 15.12, ce qui peut interroger.</p>
- Les contrôles règlementaires concernant les légionelles sont-ils assurés ?		X		<p>L'établissement n'a pas transmis à la mission de document décrivant les modalités de contrôle de la qualité de l'eau contre le risque de légionelle, ainsi que des documents attestant de la réalisation des contrôles d'eau chaude sanitaire ces dernières années.</p> <p><b>Ecart n°21 :</b></p> <p><b>En ne disposant pas d'un document décrivant les modalités de contrôle sanitaire de la qualité de l'eau contre le risque légionellose, le gestionnaire contrevient aux obligations de l'article R1321-23 du Code de la Santé Publique. .</b></p> <p><b>Ecart n°22 :</b></p> <p><b>En ne réalisant aucun contrôle d'eau chaude sanitaire en 2020 et 2021, le gestionnaire contrevient aux obligations de vérifications périodiques dont la fréquence est définie par l'annexe 2 de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.</b></p>
- Existence du DARDE ?		X		<p>Le DARDE (document d'analyse des Risques liés à la défaillance en énergie) n'a pas été fourni</p> <p><b>Ecart n°23 : en l'absence de DARDE, l'établissement contrevient à la circulaire DGCS/DGCSGC/2015/355 du 07 décembre 2015 (NOR AFSA 1530216J), l'article R313-31 CASF et l'article R732-15 du code de la sécurité intérieure.</b></p>
- Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	X			

<p><b>Appréciation des fonctions support en niveau S.A.M. I * au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</b></p> <p>*cf bas de page 7</p>	<p><b>Insuffisant</b></p> <p>L'EHPAD est aujourd'hui aux prises avec de nombreuses tensions mais l'absence de véritable gestion RH est en grande partie cause des difficultés actuelles en termes RH de l'EHPAD.</p>			
<p><b>III- PRISE EN CHARGE</b></p>				
<p>3.1 Organisation de la prise en charge</p>	<p><b>OUI</b></p>	<p><b>NON</b></p>	<p><b>EN PARTIE</b></p>	<p><b>ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS</b></p>
<p>3.1.1 Admission</p>				
<p>- Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? en lien avec une liste d'attente éventuelle ? Le dossier unique et Via trajectoire sont ils toujours utilisés ?</p>			<p><b>X</b></p>	<p>Un document intitulé « procédure d'admission » est applicable depuis le 01.01.2020 (actualisation ou rédaction initiale ? auteur ? modalités de modification et d'évaluation ?). Ce document est cependant plus une procédure d'accueil qu'une procédure d'admission. Par ailleurs, la procédure décrite dans le document fourni n'est pas corroborée par les différents témoignages reçus.</p> <p>Les divers entretiens ont permis de soulever plusieurs interrogations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de mention des modalités de désignation du futur résident, ni d'une éventuelle existence d'une commission d'admission (composition, fréquence de réunion, critères de désignation...). Les témoignages divergent sur les modalités de la décision d'admission (participation et rôle du président du CIAS, du Directeur, du médecin coordonnateur ?), attestant de la non-connaissance du processus et des critères par les salariés.</li> <li>- Modalités et délais d'information à l'équipe non formalisés : entrée « de la veille pour le lendemain » évoquée par certains témoignages, avec ou sans renseignement du logiciel PSI. Si les habitudes de vie semblent bien recueillies avant l'entrée du résident, leur diffusion aux professionnels est à vérifier ou consolider.</li> <li>- Divergences de témoignages sur la désignation et le rôle de 1 ou 2 référents professionnels pour chaque résident, et sur la participation du référent à la visite de pré admission avec l'IDEC.</li> </ul> <p><b>Ecart n°24 : la procédure d'admission transmise, en ne précisant pas que le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir (sous la</b></p>

				<p>responsabilité et l'autorité du responsable d'établissement) contrevient à l'article D312-158 CASF.</p> <p><b>Remarque n°10 : La demande d'avis à l'IDEC ou d'autres professionnels voire la mise en place d'une commission d'admission afin de « croiser les regards dans la décision d'admission », comme le recommandent les RBPP, n'est pas évoquée, ni les modalités de gestion de la liste d'attente (RBPP Qualité de vie en Ehpad - Volet 1)</b></p> <p>La plupart des dossiers consultés contenait un exemplaire de l'imprimé CERFA de demande d'admission, certains le dossier partagé de demande de préadmission dans un EHPAD de la haute vallée de l'Aude.</p> <p>Il est à noter que l'EHPAD n'utilise pas [REDACTED] dans la gestion des demandes d'admissions. La consultation de la page de l'établissement dans ce logiciel n'est pas à jour (personne à contacter partie depuis juin 2018, tarifs datant de 2016, pas de mention de l'habilitation à l'aide sociale effective depuis 2001....)</p> <p>En Occitanie, [REDACTED] vise à être la porte d'entrée unique pour les demandes d'admission et donc à remplacer à terme le dossier papier. <b>Un temps de transition est laissé mais l'EHPAD devra s'approprier [REDACTED] dans les délais requis.</b></p>
<p>- Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ? évoque t elle la personne de confiance ?</p>	<p>X</p>			<p>D'après la procédure d'admission fournie à la mission, le consentement de la personne est recherché lors de la visite de préadmission, soit avant son admission conformément aux recommandations de l'ANESM (modalités de cette recherche non précisées). Toutefois dans le cadre des dossiers consultés, sur 16 dossiers de résidents en hébergement permanent et 4 pour l'accueil de jour, un formulaire concernant ce recueil du consentement éclairé a été trouvé dans seulement 2 d'entre eux.</p> <p>Le document transmis ne fait par ailleurs pas mention de la désignation de la personne de confiance au sens du CASF.</p> <p>En outre, certains documents ne sont pas signés par le résident mais par un proche (enfant, petit-enfant, autre) sans que cette mention ne soit explicitement notée, ni que le lien de parenté ne soit explicitement écrit. Aucun des dossiers ne comprend de document concernant une mesure de protection, y compris une décision d'habilitation familiale, ce qui interroge sur la légalité des signatures recueillies (contrat de séjour...).</p> <p><b>Remarque n°11 : Le consentement de la personne avant son entrée dans l'EHPAD est insuffisamment recherché et recueilli au regard des bonnes pratiques définies par l'ANESM (ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - « Qualité</b></p>

				<b>de vie en EHPAD (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement » - Décembre 2010</b>
- La pratique tarifaire de l'établissement concernant les réservations de chambre avant entrée définitive est-elle conforme à la réglementation?			X	<p>Le contrat de séjour n'évoque pas de conditions de réservation de chambre.</p> <p>La consultation des dossiers des résidents en hébergement permanent a permis de constater le recours systématique à un système de « réservation » de la chambre avant entrée définitive, période durant laquelle le résident s'engage à verser le prix de journée hébergement complet (sans aucune déduction, par exemple du forfait hospitalier).</p> <p>Interrogé sur ce point, le directeur a indiqué que l'EHPAD « au vu de la forte demande », demande au résident de payer ce PDJ avant son admission pour bloquer la chambre, jusqu'à ce qu'elle soit prête à l'accueillir, l'indisponibilité évoquée étant celle du besoin de travaux de réfection. Il n'a pas été évoqué que ce soit le résident qui soit à l'origine du délai avant l'entrée, pour convenance personnelle. Ce délai de réservation va de 4 jours à 26 jours selon les dossiers consultés (6 sur 13 étant d'au moins 10 jours).</p> <p>Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ne mentionnent pas le tarif de la réservation d'une chambre avant admission d'un résident ni les modalités de cette réservation. De plus, la facturation d'un service non disponible questionne quant au respect du code de consommation (articles L 121-1 et suivants) ; a minima le formulaire de réservation, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement devront être complétés et/ou mis en conformité avec les dispositions réglementaires</p> <p><b>Ecart n°25 :</b>  <b>En ne mentionnant pas dans un document contractuel (règlement de fonctionnement ou contrat de séjour) la prestation proposée de réservation d'une chambre avant l'admission en indiquant son prix, le gestionnaire ne respecte pas l'obligation du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L342-2 du CASF.</b></p>
3.1.2. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement				
- Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités	X			Ces habitudes de vie sont recueillies lors de l'admission, selon la procédure d'admission transmise référencée P01 version B applicable au 01/01/2020.

<p>de loisirs, jouets favoris...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ?</p>			<p>Ce document fait état du recueil des habitudes de vie après renseignement par le résident d'un document remis le jour-même de son entrée. Le référent est chargé de les récupérer une semaine plus tard et de les transcrire dans le logiciel PSI.</p> <p>Le document de recueil de habitudes de vie a pu être consulté dans les dossiers des résidents pris en charge à l'accueil de jour, mais dans aucun dossier de résident en hébergement permanent. Pour ces derniers, ce document serait classé dans un autre dossier disponible auprès de l'IDEC, point non vérifié par la mission</p> <p><b>Remarque n°12: les étapes prévues pour le recueil et l'enregistrement des habitudes de vie (alors que la personne est entrée dans l'EHPAD) peuvent ne pas permettre une inscription dans le logiciel PSI et une prise de connaissance par les professionnels dès l'arrivée de la personne ou le plus rapidement possible. Certains témoignages ont ainsi indiqué que des personnes ont été accueillies sans que les données ne soient disponibles, ne permettant pas de personnaliser la prise en charge ce qui n'est pas conforme à la recommandation ANESM « Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 » (2010)</b></p> <p>La mise à jour des informations (temporalité, caractère obligatoire, modalités...) n'est par ailleurs pas mentionnée dans les documents à la mission d'inspection.</p>
<p>- Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?</p>		<p>X</p>	<p>Le document transmis par l'EHPAD et nommé « projet de vie » correspond en réalité à une partie d'un projet d'établissement et décrit le fonctionnement, les valeurs de la structure. Le « projet de vie » personnalisé de M. ■■■, transmis à titre d'exemple, intègre un volet projet de soins (PS) et un volet projet de vie (PV), l'ensemble correspondant à un projet d'accueil personnalisé (PAP). Le document transmis ne correspond pas au modèle-type de projet de vie personnalisé transmis par la structure à la demande de la mission d'inspection. Il n'est pas signé par la famille.</p> <p>Aucune procédure d'élaboration ou d'actualisation des PV des PAP n'a été transmise (rappels des objectifs, préparation, participation de la personne, des professionnels, des proches, des représentants légaux...)</p> <p>Le Directeur a indiqué le 21.04.2022 que le premier « Projet de vie individualisé » (PVI) est établi au bout de 6 mois, puis remis à jour annuellement, sans évoquer de difficulté sur ces points .</p> <p>Cependant la mission a pu constater dans l'échantillon de dossiers consultés l'absence de projets de vie depuis plusieurs années, information confirmée par l'ensemble des témoignages (a priori depuis 2018). ) et le peu de PVI établis avant cette date. La consultation des 16</p>

			<p>dossiers (hébergement permanent) n'a permis de constater la présence que de 3 PVI établis ou complétés en 2017 et 2018.</p> <p>La mission n'a pu connaître les documents-types en vigueur, et le calendrier réel d'élaboration et d'actualisation. La direction a remis le 06 avril 2022 un échéancier de programmation de 6 PAP (« projet de vie ») du 12/01/2022 au 13/03/2022, mais l'IDEC a précisé n'avoir pu en réaliser qu'un seul du fait des difficultés de personnel.</p> <p><b>Ecart n°26 : L'absence de PAP comprenant un PVI et un PS pour chaque résident contrevient à l'article L311-3 CASF.</b></p> <p><b>Remarque n°13 : l'absence de protocole d'élaboration des Projets de vie pour chaque résident contrevient aux RBPP, qualité de vie en EHPAD volet 1, concernant l'élaboration et l'évaluation/actualisation des projets de vie et leur intégration au contrat de séjour par le biais d'avenants.</b></p>
<p>- Place des familles et proches ? modalités de communication (contenu, rythme, moyen....) ?</p>			<p>Les modalités de communication avec les familles sont décrites dans un document transmis le 6 avril 2022 par la Direction. Toutefois, cet écrit ne peut être rattaché à aucun document (projet d'établissement, règlement de fonctionnement ?), n'est pas daté et comporte des indications qui ne sont pas opérationnelles depuis plusieurs années : fonctionnement du CVS alors que celui-ci n'est plus actif depuis au moins 2016, boîte à idées non remise en place depuis l'évaluation externe qui constatait son absence en 2014, implication des familles en tant que bénévoles absente du PE et du programme d'animation fournis ...</p> <p>L'absence de CVS, de commissions menus ou animation, de questionnaire de satisfaction ... ne favorise pas l'information et la participation des familles et des proches dans le fonctionnement de l'EHPAD et la prise en charge des résidents.</p> <p>L'EHPAD a maintenu une procédure de visites sur RDV et sur des créneaux restreints, y compris après assouplissement des règles et hors cas de Covid, en dehors de toute recommandation officielle et de tout échange avec les familles.</p> <p>Plusieurs témoignages ont mentionné le peu d'intimité des lieux de rencontre des familles avec leur parents, et une possibilité de visite en chambre possiblement réduite, y compris hors crise sanitaire.</p> <p>Hors raisons sanitaires objectives et dans ce cas avec information officielle aux familles, les visites doivent pouvoir se dérouler en chambre, lieu de vie du résident, a fortiori au vu de la</p>

				<p>configuration des lieux de rencontre, peu propices à l'intimité (l'un d'entre eux est par exemple dans le hall d'entrée, à proximité de l'ascenseur et de la banque d'accueil).</p> <p><b>Remarque n°14 : en n'assouplissant pas les modalités de visites, l'établissement contrevient à la recommandation du ministère de la santé en date de 6 avril 2022 destinée aux EHPAD concernant les mesures de protection COVID (Sous réserve d'un passe sanitaire et hors situation de cluster, « les visites peuvent se faire sans rendez-vous, en chambre comme dans les espaces collectifs. » page n°1) ainsi qu'aux RBPP de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD – Volet 3 », page 22 (2010)</b></p>
3.1.3	Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe			
	- Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?		X	<p>Transmissions quotidiennes entre AS et IDE, auxquelles participent l'IDEC, les IDE, 1 ASH référente, et l'animatrice..</p> <p>Les plannings transmis intègrent ces temps de transmission quotidiens. Leur durée et leur finalité ne sont pas explicitement décrites, et les témoignages recueillis font état d'une durée évaluée selon les personnes à 20mn, 30 à 45 mn ou 1h (durée mentionnée sur les fiches de tâches des A.S et IDE), et parfois d'un temps important dédié à l'information sur les nouveaux protocoles et non aux informations concernant les résidents.</p> <p>L'utilisation et la maîtrise du logiciel ■■■ par tous les agents ne semblent pas acquises, de même que l'obtention des codes d'accès dès l'arrivée d'un nouvel agent, avec une adéquation des droits d'accès en fonction du poste (ex : la secrétaire a accès au module médical, soumis au secret médical).</p> <p>Les ASH se réunissent tous les vendredis.</p> <p>Aucune réunion pluri professionnelle n'est organisée selon les témoignages reçus.</p> <p>Aucune information sur des réunions de direction régulière (Directeur, IDEC, médecin, psycho).</p> <p>Aucune information sur la participation du médecin coordonnateur dans les transmissions.</p>
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		X	<p>Certains documents évoquent le respect du rythme de vie des résidents (ex livret d'accueil du salarié page 10 « <i>les résidents se réveillent à leur rythme</i> », document intitulé « projet</p>

<p>prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?</p>			<p>d'établissement » page 6 « <i>tenir compte des besoins et des désirs de chacun dans l'organisation générale</i> ».</p> <p>Deux services sont organisés à midi selon le degré d'aide requis. Le temps de sieste est organisé selon les besoins d'après les professionnels.</p> <p>Cependant, les fiches de tâches transmises les 06 et 21 avril contiennent des points non respectueux des rythmes de vie ; le réveil et le petit déjeuner ne sont pas individualisés. Les réveils nocturnes sont fréquents et inadaptés. Ex : bas de contention posés à 4h30 du matin selon la fiche des tâches des AS de nuit, ouverture des volets à 4h30 en hiver. Les témoignages se contredisent entre un changement des pratiques sur ce point en 2021 et leur poursuite encore début 2022. Actuellement, d'après les dernières informations transmises à la mission (fiches de tâches présentées comme réellement en vigueur et transmises le 28 mai), ces pratiques seraient à nouveau dévolues à l'équipe de jour.</p> <p>Le règlement de fonctionnement et l'entretien avec le Directeur font état d'heures de repas à 18h00 (RI) ou 18h15 (Directeur) et 18h30, mais de nombreux entretiens ont mis en avant des horaires avancés pour les repas (17h45, « <i>et on s'est battus pour que ce ne soit pas plus tôt</i> »), entraînant possiblement des conséquences pour les résidents tels que retour en chambre très tôt, jeûne nocturne long...</p> <p>Par ailleurs, les résidents de l'UP sont mis en tenue de nuit et couchés très tôt (16h).</p> <p>Les douches sont programmées 1 fois /semaine, avec adaptation en fonction des besoins et souhaits des résidents et de la disponibilité des agents. Une période critique début 2022 avec beaucoup de personnel absent a pu engendrer des difficultés, a priori seulement ponctuelles.</p> <p>Selon certains entretiens, l'équipe présente avait à ce moment-là choisi de ne pas habiller complètement les résidents (gilets sur haut de pyjama par exemple) afin de permettre tout de même la prise de repas en salle à manger et non isolé dans la chambre. Cette initiative qui a pu faire l'objet de réclamation par les familles avait pour but de maintenir le lien social dans un contexte dégradé, mais n'a pas fait l'objet d'une communication officielle entre agents (d'où des tensions), ni aux familles (d'où des réclamations sur la qualité de la prise en charge)</p> <p>L'information a été donnée lors d'un entretien qu'une résidente aurait été moins douchée « <i>car elle est en bout de couloir</i> »</p> <p>Les disparités de fonctionnement entre les deux équipes ont notamment été illustrées dans les différents témoignages au travers d'une prise en charge différente des résidents : couchers plus ou moins tôt, repas en chambre « par facilité » et non en adéquation avec les besoins et capacités des personnes.</p>
---	--	--	--

				<p><b>Ecart n°27 : l'organisation de certaines tâches à un niveau institutionnel, sans personnalisation au regard des besoins propres à la personne, contrevient à l'article L 311-3 du CASF qui prévoit « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant (..) son autonomie (..) adaptés à son âge et ses besoins ».</b></p> <p><b>Remarque n°15 : le non-respect des rythmes et besoins personnels, non formalisés dans les PVI non réalisés, contrevient aux RBPP Qualité de vie en EHPAD, volet 2 « organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne »</b></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)			<b>X</b>	<p>La liberté d'aller et venir est rappelée dans le règlement de fonctionnement. Elle est réduite pour les résidents de l'unité protégée de manière à assurer leur sécurité mais ces limitations ne sont pas spécifiées dans le contrat de séjour.</p> <p>Au démarrage de la mission d'inspection, l'absence de protocole concernant l'usage de la contention ne permettait pas à la mission d'évaluer le respect des préconisations la concernant. Tant les prescriptions que leur réévaluation restent à régulariser selon un témoignage (cf partie sur la contention ci-dessous). Un envoi de pièces le 02.06.2022 a permis de constater la rédaction d'un protocole contention en date du 29.04.2022 (rédaction IDEC, validation directeur), mais un entretien postérieur du 06.05 indiquait qu'il était en cours d'écriture...</p> <p>Le caractère adapté et l'application de ce protocole devront être vérifiés régulièrement, avec mesures correctives le cas échéant.</p> <p><b>Remarque n°16 : l'équilibre entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents ne semble pas garanti, contrairement à ce que préconisent les RBPP Qualité de vie en EHPAD volet 2.</b></p>
- Des modalités « anti fugue » existent-elles (fugues évoquées dans lettre du personnel) ?			<b>X</b>	<p>Le portail d'accès extérieur est régulièrement défaillant selon un témoignage mais ne semble pas à l'origine de fugues. Néanmoins des fugues sont évoquées dans une lettre rédigée par plusieurs salariés. La mission n'a pas eu d'alerte sur ce point durant le temps d'inspection.</p>
- La mise sous contention d'une personne accueillie s'opère-t-elle dans le cadre d'un protocole interne	<b>X</b>			<p>Les témoignages convergent vers l'absence d'analyse des chutes, et donc des mesures correctives à apporter. Aucune procédure n'a été transmise quant au traitement administratif des chutes et à leur analyse, ni aux actions à mener (information en interne, à la famille).</p>

<p>formalisé incluant la personne ou son représentant et les personnels (éducatifs, soignants, médicaux) ?</p>			<p>Concernant la contention cf éléments ci-dessus sur la liberté d'aller et venir.</p> <p><b>Remarque n°17 : les pratiques de prescription, surveillance et réévaluation des contentions (réévaluation de la contention non tracée, formalisation insuffisante de la procédure, absence de protocoles) ne correspondent pas aux recommandations HAS (Contention physique de la personne âgée, HAS, 2005).</b></p>
<p>3.2.3 Alimentation /repas</p>			
<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> <p>-</p>		<p><b>X</b></p>	<p>Selon le règlement intérieur, les menus sont établis par le chef cuisinier en accord avec la Direction et validés par le médecin coordonnateur, ce qui n'est pas la réalité. Le rôle de la diététicienne n'est pas mentionné, et aucun document fourni ne donne de précision. D'après les auditions, la Commission menu est supprimée depuis plusieurs années. Aucun compte rendu de réunion entre les AS et les cuisiniers / diététicienne n'a pu être transmis à la mission.</p> <p>Les repas sont cuisinés sur place par une équipe de 3 personnes. Selon certaines auditions, la quantité pourrait être insuffisante le soir, amenant certains agents à compléter les plateaux en fonction des denrées disponibles en cuisine. La corrélation commande de denrées/confection des repas ne serait pas toujours assurée.</p> <p>Cependant, les IDE interrogés ne mentionnent aucune dénutrition, et plusieurs témoignages de professionnels et de familles tendent plutôt à confirmer des repas de qualité et une cuisine familiale. Les différents témoignages n'ont pas été concordants concernant les horaires de repas du soir, la majorité évoquant un 1er service à 17h45, voire des résidents de l'unité protégée couchés à 17h30 bien que la journée type fournie par le Directeur mentionne un repas servi à 18h.</p> <p>Les horaires de prise de repas du soir seraient trop rapprochés de l'heure du goûter servi à 16h.</p> <p>La collation nocturne donne parfois lieu à un complément de repas.</p> <p>Sur le lieu de repas, selon les professionnels en poste, le résident est servi en chambre ou conduit en salle à manger, sans corrélation avec son projet individualisé ou son état de santé..</p>

			<p>Chaque agent semble ainsi avoir le choix des modes de prise en charge des résidents sur le lieu de repas du soir, parfois en dehors du respect des besoins et habitudes de ces derniers.</p> <p><b>Remarque n°18 : Le non-respect des rythmes et besoins personnels quant à la prise des repas, non formalisés dans les PVI puisque ceux-ci ne sont pas réalisés, contrevient aux RBPP Qualité de vie en EHPAD, volet 2 « organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ». L'absence de mention de l'alimentation dans les projets de soin n'est pas conformes aux RBPP de l'ANESM (RBPP Les bonnes pratiques de soins en Ehpads octobre 2007) ;</b></p> <p>Les différences d'intervention entre les deux équipes, non régulées par la Direction, entretiennent un climat de tension, la prise en charge des résidents pouvant être différente selon le salarié en poste sans être nécessairement lié à un effectif réduit.</p>
<b>3.2.4 vie sociale et relationnelle</b>			
<p>- Y-a-t-il un projet d'animation ? participation de l'équipe, notamment WE ? mesure de la participation des résidents ? participation des familles, des bénévoles ?</p>		<b>X</b>	<p>Aucun projet d'animation n'a été transmis les 06 et 21 avril.</p> <p>Un projet a ensuite été envoyé le 29 avril sans qu'il ne soit possible de connaître sa date et ses modalités de rédaction (personnes associées notamment), il ne précise pas la participation des familles et des bénévoles ; le programme d'activité présenté ne correspond pas à celui fourni le 06 avril 2022.</p> <p>L'évaluation externe de 2014 pointait l'absence de projet d'animation formalisé et de conventions avec les bénévoles.</p> <p>Le planning mensuel transmis, non mis en page (présentation « brouillonne » et peu adaptée à une communication envers les familles et les résidents) et bien que présenté au titre de planning 2022, comporte des incohérences de dates sur tout le mois de décembre (ex : pas de mercredi 10 décembre en 2022).</p> <p>Certaines des animations mentionnées n'existeraient pas/plus selon plusieurs témoignages (ex relaxation musicale)</p> <p>Après vérification, le projet transmis au titre du projet d'animation de l'EHPAD La Coustète, avec photo de l'établissement, n'est pas connu des salariés et ne correspond pas à la vie de l'établissement. Sont évoqués des sorties à Lannemezan, Marciac, Mirande, la conteuse Margalide, des séjours au Pays Basque, preuves que le document transmis est celui d'un EHPAD des Hautes Pyrénées qui a été présenté à la mission comme celui de La Coustète.</p>

				<p>L'EHPAD n'a jamais disposé d'aucun projet d'animation, bien que la Direction ait de façon maladroite et insincère tenté de le faire croire à la mission, et alors même que ce document n'est pas obligatoire.</p> <p>Si des animations sont bien organisées dans l'EHPAD, la formalisation de leur existence (moyens, objectifs, évaluation...) n'a jamais été réalisée.</p> <p><b>Remarque n°19 : l'EHPAD La Coustète ne dispose pas de projet d'animation, contrairement à ce que préconise les RBPP (« Qualités de vie en EHPAD – Volet 2 », 2010) : bien que non obligatoire, le projet d'animation aide à structurer les interventions et rendre lisibles les animations tant pour les résidents que pour les professionnels. Il peut être intégré dans le projet d'établissement et s'articule avec les PVI, documents inexistant à La Coustète.</b></p>
<b>3.3 Soins</b>				
- Temps et rôle du médecin coordonnateur/ Le médecin coordonnateur organise-t-il la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux intervenant dans l'établissement au moins deux fois par an ?		<b>X</b>		<p>L'établissement dispose d'un temps de ■ ETP de médecin coordonnateur d'après les documents fournis à la mission.</p> <p>Pour autant dans les faits, d'après les différents entretiens menés par la mission, le médecin coordonnateur ne passerait que de façon ponctuelle sur l'EHPAD. Son rôle se bornerait à renouveler les prescriptions des résidents pour lesquels il est également le médecin traitant, sans aller les voir forcément.</p> <p>Le médecin coordonnateur n'assure pas la coordination des soins au sein de l'établissement avec les généralistes notamment et il n'a pas de rôle dans l'encadrement de l'équipe soignante.</p> <p>Le contrat de medecin coordonnateur prévoit à son article 14 que le medecin coordonnateur et l'établissement doivent convenir d'un planning de plages de présence permettant au medecin notamment le contact avec les familles des résidents.</p> <p>En l'absence de planning formalisé, le medecin coordonnateur ne peut pas rencontrer les familles.</p> <p><b>Ecart n°28 : le médecin coordonnateur ne remplit pas les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.</b></p>
- Existe-t-il un projet de soin élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours des professionnels ? Qui		<b>X</b>		<p>L'établissement ne disposant pas de PE à jour, il n'existe pas non plus de projet général de soin élaboré par le médecin coordonnateur.</p>

coordonne sa mise en œuvre et l'évalue ?				<p><b>Ecart n°29: en l'absence de projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement et élaboré par le médecin coordonnateur ainsi que de rapport d'activité médical annuel, l'établissement contrevient à l'article R312-158 du CASF.</b></p> <p><b>Ecart n°30 : en l'absence de projet d'établissement précisant les modalités de recours aux soins palliatifs, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.</b></p>
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 ? Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?		X		<p>Aucun projet soin individuel n'existe. La mission n'en a pas trouvé trace et cela a été confirmé dans le cadre de plusieurs entretiens.</p> <p>Le directeur a pu indiquer à la mission établir lui-même le degré de dépendance des résidents, après avoir suivi une formation. Aucune précision relative à cette formation n'apparaît dans son dossier individuel.</p> <p><b>Ecart n°31 : En n'élaborant pas un dossier de soins type individualisé, en n'évaluant pas et en ne validant pas l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis, l'établissement contrevient à l'article D.312-58 du CASF.</b></p>
- Un plan de soins (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	X			<p>D'après les informations recueillies par la mission, un plan de soin est suivi via le logiciel métier ■■■.</p>
- Les plans de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?			X	<p>La fréquence de suivi et de réactualisation n'est pas formalisée.</p> <p><b>Ecart n°32 : En ne procédant à aucune évaluation périodiquement de ses activités et les projets individuels, l'établissement contrevient à l'article L312-8 du CASF</b></p>
- La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...) ?		X		<p>La mission a pu constater que l'établissement utilisait une ordonnance valable un mois pendant plus de 4 mois.</p>

<p>- Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical sont-elles organisées et formalisées ?</p>		X		<p>Aucune procédure n'identifie les professionnels constituant l'équipe de soin visée à l'article L1110-4 du CSP afin que les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social puissent être partagées.</p> <p><b>Ecart n°33 : En ne formalisant pas les fonctions qui constituent l'équipe médicale et comment sont organisées et formalisées les transmissions d'ordre médical et paramédical, l'établissement contrevient à l'article L1110-4 du CSP.</b></p>
<p>- Les soins palliatifs et la fin de vie sont-ils organisés et protocolisés ?</p>		X		<p>L'établissement n'a pas fourni de projet de soins prévu pour l'application du PE (art D311-8 CASF), ni de conventions, les mesures propres à assurer les soins palliatifs et les plans de formations spécifiques ne sont donc pas établis.</p> <p>Un document intitulé « directives anticipées » a été transmis le 29 avril. Il explicite l'objet et les modalités de rédaction des D.A, et fournit un formulaire. Il n'est pas daté, donc sa date de rédaction et de mise à jour n'est pas connue.</p> <p>Il ne précise pas qui au sein de l'EHPAD peut accompagner le résident et/ou sa famille dans la compréhension/le renseignement du formulaire.</p> <p>Les modalités de conservation des formulaires intitulés « DA » et leur consultation par les professionnels n'ont pas été investigués par la mission (ils peuvent être saisis dans le dossier PSI, leur absence ayant été constatée dans les dossiers détenus au secrétariat).</p> <p>Est conservé dans le dossier au secrétariat un document intitulé « Questionnaire de fin de vie » et précisant le choix des vêtements pour habiller le défunt, le recours à un ministre du culte, l'entreprise de pompe funèbres retenue. Ce questionnaire ne précise pas si les directives anticipées ont été rédigées ou si la personne a fait l'objet d'une information relativement à leur rédaction.</p>
<p><b>Appréciation de la fonction Prise en charge en niveau S.A.M. I* au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</b></p> <p>*Cf bas de page p.7</p>	<p><b>Moyen</b></p> <p>La prise en charge est moyenne mais perfectible par bien des aspects et notamment sur l'individualisation de la prise en charge et des outils.</p> <p>La prise en charge en soin est également à développer et améliorer.</p>			

IV- RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR					
4.1	Coordinations avec les autres acteurs	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
	- La structure a-t-elle conclu des conventions avec des établissements de santé de son environnement ?		X		<p>L'évaluation externe de 2014 mentionnait plusieurs conventions (HAD, USSAP, centre hospitalier pour plan canicule, soins palliatifs...); Cependant, aucune convention n'a été transmise par l'EHPAD dans le cadre de la mission d'inspection, la réalité des partenariats ne peut donc être constatée que ce soit avec les établissements ou les professionnels de santé (hôpitaux, pharmacies, professionnels de santé libéraux)</p> <p><b>Ecart n°34 : absence de convention avec les établissements ou services énumérés au 5° de l'article D 312-155-0 du CASF.</b></p> <p><b>Ecart n°35 : l'absence de convention avec les professionnels de santé libéraux intervenant à l'intérieur de l'EHPAD contrevient aux articles Art L314-12 et R 313-30-1 CASF.</b></p>
	- La structure a-t-elle conclu des conventions de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement ?		X		<p>Aucune convention n'a été transmise, aucune information concernant d'éventuels partenariats (concernant tant la gestion de l'établissement que la prise en charge des résidents) ne permettant pas de connaître le degré d'intégration de l'EHPAD avec d'autres partenaires de son secteur géographique</p>
	- Conventions avec bénévoles, avec coiffeur		X		<p>Aucune convention n'a été transmise à la mission alors que les entretiens ont mis en avant l'intervention d'au moins deux associations (les Petits Frères des pauvres et les Aînés toujours jeunes)</p> <p><b>Ecart n°36 : l'absence de conventions précisant les conditions d'intervention des bénévoles au sein de l'EHPAD contrevient à l'article L 312-1-II alinéa 5 du CASF</b></p>
	<b>Appréciation de la fonction Relations avec l'extérieur en niveau SAMI * au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</b>	<p><b>Moyen</b></p> <p>Aucun des partenariats noués par l'EHPAD n'est actuellement formalisé.</p>			
	*Cf bas de page p.7				

## V- SYNTHÈSE

Synthèse des appréciations des champs de contrôles en niveau SAMI effectuées par la mission (cf page 7).

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			X	

Il appelle les commentaires ci-après :

### ➤ Gouvernance

Ce champ de contrôle compte 13 écarts et 6 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **insuffisant** pour les motifs suivants :

- Non mise en place des outils de la loi 2002-2 (règlement de fonctionnement non mis à jour, absence de projet d'établissement, absence de tenue du CVS depuis plusieurs années), ce qui porte atteinte aux droits des usagers et questionne sur le pilotage stratégique de cet établissement, la prospective, le projet de cet établissement ;
- Une politique d'exclusion de l'établissement non règlementaire qui met également en cause les droits des résidents ainsi que la politique de bientraitance de l'établissement ;
- Une répartition de la gouvernance entre le Président du CIAS et le directeur non formalisée dans un DUD et qui dans les faits ne s'avère pas assez délimitée (interventionnisme du Président du CIAS dans les admissions et exclusions des résidents et les recrutements des professionnels) ;
- Un questionnement sur la continuité de la fonction de direction ;
- Une absence d'outils de pilotage permettant la diffusion d'informations, la conduite de l'établissement et le dialogue social ;
- Une absence de véritable politique d'amélioration de la qualité (peu de formations, pas de suivi des recommandations des évaluations externes, pas de plan d'action sur le sujet) et une faible communication du directeur de ses difficultés aux autorités

administratives compétentes ayant conduit à une véritable mise en danger des personnes accueillies dans le cadre de la crise sanitaire récente.

### ➤ Fonctions support

Ce champ de contrôle compte 10 écarts et 3 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **insuffisant** pour les motifs suivants :

- Une gestion des ressources humaines partielle et lacunaire : absence de lignes directrices, pas d'entretiens professionnels depuis des années, pas de fiches de poste, pas de gestion de carrière, questionnement sur la validité juridique des contrats de travail ; pas de mise en œuvre de politique de recrutement et de formation ou de montée en compétence des agents volontaristes ;
- Défaut de management : absences de réunions, climat de travail complexe perdurant et sans doute à l'origine en partie des difficultés de recrutement actuelles ;
- Lacunes au niveau financier
- Insuffisance de suivi des règles de sécurité sanitaires : ex en matière de légionnelles, incendie : formations régulières non garanties
- Utilisation abusive et inappropriée du forfait IDEL mettant l'EHPAD en difficulté financière et portant grandement atteinte à la confiance qui pouvait lui être accordée par l'autorités administratives compétentes (référence faite dans un contrat de travail d'une validation de l'ARS qui n'a jamais été accordée).

### ➤ Prise en charge

A noter que pour ce champ de contrôle la mission n'a pu bénéficier que partiellement de ressources médicales ou infirmières, ce qui n'a pas permis de contrôler cette fonction de manière optimale.

Ce champ de contrôle compte 10 écarts et 10 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **moyen** pour les motifs suivants :

- Absence de mise en œuvre d'une véritable procédure d'admission, questionnement sur la réalité de la recherche du consentement des personnes accueillies ;

- Très insuffisante individualisation de la prise en charge : absence de projet d'accompagnement personnalisé, de projet de soin individuel, fonctionnement qui parfois ne respecte que très peu le rythme individuel du résident (exemple des bas de contention posés à 4h30 du matin jusqu'à récemment), ce qui questionne sur la qualité de la prise en charge ;
- Le lien avec les familles et l'ouverture de l'EHPAD sur son environnement sont également insuffisamment travaillés en l'absence de PPA, de CVS et avec le maintien de mesures de restriction des visites dans le cadre de l'épidémie de covid qui ne sont plus en vigueur aujourd'hui ;
- La régulation médicale pose par ailleurs question en l'absence de projet général de soin ainsi que d'une présence extrêmement restreinte du médecin coordinateur.

➤ **Relations avec l'extérieur**

Ce champ de contrôle compte 3 écarts. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau **moyen** pour les motifs suivants :

- Aucune formalisation des partenariats noués s'ils existent.

## REMARQUES ET ECARTS CONSTATES PAR LA MISSION :

N°	REMARQUES
1	<p><b>Remarque n°1 :</b> L'absence de co construction avec les professionnels ne permet pas au PE d'être fédérateur et mobilisateur et d'en faire un outil de promotion de la bientraitance (La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre, ANESM 2008, et RBPP qualité de vie en EHPAD, volet 2)</p>
2	<p><b>Remarque n°2 :</b> L'absence de projet spécifique pour l'UP ne garantit pas la prise en compte des besoins spécifiques des personnes qui y sont admises (Recommandation ANESM 2012 « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »).</p>
3	<p><b>Remarque n°3 :</b> L'absence de fiches de postes ne permet pas la compréhension des rôles (autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle sur chaque agent) du Directeur et de l'IDEC</p>
4	<p><b>Remarque n°4 :</b> En l'absence de formations effectives des professionnels sur la maltraitance et de projet d'établissement, la direction de l'EHPAD ne formalise ni ne mène une véritable politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance telle que définie dans la recommandation ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (décembre 2008)</p>
5	<p><b>Remarque 5 :</b> Le dispositif dysfonctionnements et EIG n'est pas maîtrisé par l'établissement, que ce soit en interne ou en relations avec les autorités administratives compétentes. Tant le recueil et la transmission que les suites à donner (analyse, mise en place d'actions correctives, information aux personnes concernées) ne font pas l'objet d'une procédure formalisée et accessible, ce qui ne permet pas de garantir que les actes ou risques de violence ou de maltraitance fassent l'objet d'un signalement systématique conformément aux recommandations de l'ANESM (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</p>
6	<p><b>Remarque n°6 :</b> En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle del'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</p>
7	

	<p><b>Remarque n°7 :</b>  La non communication à l'ARS de l'utilisation du forfait IDEL contrevient aux consignes données par l'ARS  La non mobilisation des aides de droit commun délivrées par la CARSAT prive l'établissement de recettes, et par là le Directeur ne répond pas à ses obligations de bonne gestion financière.</p>
8	<p><b>Remarque n°8 :</b>  Les Guides de recommandation des bonnes pratiques professionnelles doivent être mis à disposition de tous les agents.</p>
9	<p><b>Remarque n°9 :</b>  En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques en vue d'améliorer la qualité, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (page 23 des recommandations de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).</p>
10	<p><b>Remarque n°10 :</b>  La demande d'avis à l'IDEC ou d'autres professionnels voire la mise en place d'une commission d'admission afin de « croiser les regards dans la décision d'admission », comme le recommandent les RBPP, n'est pas évoquée, ni les modalités de gestion de la liste d'attente (RBPP Qualité de vie en Ehpad - Volet 1)</p>
11	<p><b>Remarque n°11 :</b>  Le consentement de la personne avant son entrée dans l'EHPAD est insuffisamment recherché et recueilli au regard des bonnes pratiques définies par l'ANESM (ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement » - Décembre 2010)</p>
12	<p><b>Remarque n°12 :</b>  Les étapes prévues pour le recueil et l'enregistrement des habitudes de vie (alors que la personne est déjà entrée dans l'EHPAD) peuvent ne pas permettre une inscription dans le logiciel PSI et une prise de connaissance par les professionnels dès l'arrivée de la personne ou le plus rapidement possible. Certains témoignages ont ainsi indiqué que des personnes ont été accueillies sans que les données ne soient disponibles, ne permettant pas de personnaliser la prise en charge ce qui n'est pas conforme à la recommandation ANESM « Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 » (2010)</p>
13	<p><b>Remarque n°13 :</b>  L'absence de protocole d'élaboration des Projets de vie pour chaque résident contrevient aux RBPP, qualité de vie en EHPAD volet 1, concernant l'élaboration et l'évaluation/actualisation des projets de vie et leur intégration au contrat de séjour par le biais d'avenants.</p>

14	<p><b>Remarque n°14 :</b>  En n'assouplissant pas les modalités de visites, l'établissement contrevient à la recommandation du ministère de la santé en date de 6 avril 2022 destinée aux EHPAD concernant les mesures de protection COVID (Sous réserve d'un passe sanitaire et hors situation de cluster, « les visites peuvent se faire sans rendez-vous, en chambre comme dans les espaces collectifs. » page n°1) ainsi qu'aux RBPP de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD – Volet 3 », page 22 (2010)</p>
15	<p><b>Remarque n°15 :</b>  Le non-respect des rythmes et besoins personnels, non formalisés dans les PVI non réalisés, contrevient aux RBPP Qualité de vie en EHPAD, volet 2 « organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne »</p>
16	<p><b>Remarque n°16 :</b>  L'équilibre entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents ne semble pas garanti, contrairement à ce que préconisent les RBPP Qualité de vie en EHPAD volet 2.</p>
17	<p><b>Remarque n°17 :</b>  Les pratiques de prescription, surveillance et réévaluation des contentions (réévaluation de la contention non tracée, formalisation insuffisante de la procédure, absence de protocoles) ne correspondent pas aux recommandations HAS (Contention physique de la personne âgée, HAS, 2005).</p>
18	<p><b>Remarque n°18 :</b>  L'absence de la dimension de l'alimentation dans les projets de soin n'est pas conforme aux RBPP de l'ANESM (RBPP Les bonnes pratiques de soins en Ehpads octobre 2007) ; le non-respect des rythmes et besoins personnels quant à la prise des repas, non formalisés dans les PVI puisque ceux-ci ne sont pas réalisés, contrevient aux RBPP Qualité de vie en EHPAD, volet 2 « organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».</p>
19	<p><b>Remarque n°19 :</b>  L'EHPAD La Coustète ne dispose pas de projet d'animation, contrairement à ce que préconise les RBPP (« Qualités de vie en EHPAD – Volet 2 », 2010) : bien que non obligatoire, le projet d'animation aide à structurer les interventions et rendre lisibles les animations tant pour les résidents que pour les professionnels. Il peut être intégré dans le projet d'établissement et s'articule avec les PVI, documents inexistant à La Coustète.</p>

N°	ECARTS ET REFERENTIELS JURIDIQUES OPPOSABLES
1	<p><b>Ecart n°1 :</b> Le Règlement de fonctionnement transmis n'est pas conforme aux articles L 311-7, R 311-33 et s. du CASF.</p>
2	<p><b>Ecart n°2 :</b> La formulation concernant l'exclusion du résident contenue dans le règlement de fonctionnement et dans le contrat de séjour de l'EHPAD de la Coustète contrevient à l'article L.311-4-1-III du CASF.</p>
3	<p><b>Ecart n°3 :</b> En prononçant cette menace d'exclusion sur le motif d'agissements supposés inadaptés de la famille et non de la résidente, sans respect de la procédure contradictoire l'établissement contrevient à l'article L.311-4-1-III du CASF (réglementation du contrat de séjour) ainsi qu'à son obligation de sécurité des résidents (article L 311-3 du CASF)</p>
4	<p><b>Ecart n°4 :</b> En ne disposant pas de Projet d'établissement à jour, l'établissement contrevient à l'article L 311-8 et l'article D311-38 du CASF.</p>
5	<p><b>Ecart n°5 :</b> Le document « contrat de séjour » contrevient à plusieurs articles du CASF, dont L311-4-1 et D311 du CASF, ou contient des données erronées.</p>
6	<p><b>Ecart n° 6 :</b> En ne disposant pas de DUD, l'établissement contrevient à l'article D316-72-10 CASF.</p>
7	<p><b>Ecart n°7 :</b> L'absence de procédure établie concernant la continuité de la fonction de direction ne permet pas de garantir l'obligation de sécurité des résidents inscrite à l'article L 311-3 CASF</p>
8	<p><b>Ecart n°8 :</b> L'absence de management et de réaction effective en cas de difficultés soulevées par les agents (organisationnelles, relationnelles, matérielles...), unanimement citée par les personnes entendues par la mission, ne permet pas le respect des droits de la personne cité à l'article L 311-3 du CASF. L'absence de lignes directrices de GRH contrevient à la loi du 6 aout 2019 sur la transformation de la fonction publique.</p>
9	<p><b>Ecart n°9 :</b></p>

	L'absence de fonctionnement du CVS depuis au moins 2016 contrevient aux articles L311-6, D311-3 et s. du CASF.
10	<b>Ecart n°10 :</b> En ne mettant pas en place d'enquête de satisfaction pour les résidents et les familles, l'établissement contrevient à l'article L.311-6 du CASF.
11	<b>Ecart n°11 :</b> Le traitement des dysfonctionnements et événements indésirables n'est pas conforme à l'article L 331-8-1 CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 NOR AFSA1611822A
12	<b>Ecart n°12 :</b> En ne déclarant pas aux autorités les cas de covid et en n'informant pas les autorités de difficultés de l'établissement et de la nécessité d'accompagnement, l'établissement a porté atteinte à la sécurité des résidents et est allé à l'encontre de l'article L311-3 1° du CASF.
13	<b>Ecart n°13 :</b> L'absence de plan bleu conforme à l'article D312-160 CASF et à l'arrêté du 07.07.2005 (NOR SANA0522349A) contrevient aux normes en vigueur
14	<b>Ecart n°14 :</b> En ne respectant pas le délai de prévenance et en ne notifiant pas le contrat écrit aux agents avant la prise d'effet du renouvellement de leur contrat à durée déterminée, le gestionnaire contrevient aux modalités de renouvellement des contrats décrites à l'article 38-1 du décret n°88-145 du 15 février 1988.  En ne favorisant pas l'accession à la formation continue au diplôme d'AS des agents contractuels depuis plus de 5 ans, l'établissement ne mobilise pas la formation comme un outil de management pour construire un savoir-faire et un savoir être commun et contrevient à l'article art L312-1-II, al.2 CASF.
15	<b>Ecart n°15 :</b> Les dysfonctionnements organisationnels et relationnels majeurs, indéniables à l'issue des nombreux entretiens et études de pièces, ont entraîné des départs et arrêts maladie importants, ainsi qu'un climat non serein ne permettant pas de garantir la sécurité des résidents au sens de l'article L 311-3 du CASF.
16	<b>Ecart n°16 :</b> L'absence de proposition de formation et de suivi des carrières contrevient à l'article L421-2 du Code Général de la fonction publique. En n'assurant pas le suivi du nombre de jours de formation réalisées, le gestionnaire ne peut pas mettre en œuvre l'obligation de formation de professionnalisation tout au long de la carrière défini par le décret n° 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale.

	En ne recueillant pas l'avis du comité technique, l'établissement contrevient au Code de la fonction publique.
17	<b>Ecart n°17 :</b> L'absence d'entretiens professionnels contrevient à l'article L 521-1 du Code général de la fonction publique.
18	<b>Ecart n°18 :</b> L'absence de DUERP actualisé et complet contrevient aux articles L 4121-3, L41231-3-1 et L4644-1 du code du travail
19	<b>Ecart n°19 :</b> En ne transmettant pas les documents budgétaires règlementaires dans les délais, l'établissement contrevient à l'article R314-210 du CASF (délai dépôt EPRD) et à l'article R314-232 du CASF (délai ERRD).
20	<b>Ecart n°20 :</b> En ne réalisant pas l'engagement comptable des engagements juridiques pris en signant un bon de commande, le gestionnaire contrevient aux obligations incombant aux ordonnateurs publics en application de l'article L.2342-2 du CGCT relatif aux engagements des dépenses.
21	<b>Ecart n° 21 :</b> En ne disposant pas d'un document décrivant les modalités de contrôle sanitaire de la qualité de l'eau contre le risque légionellose, le gestionnaire contrevient aux obligations de l'article R1321-23 du Code de la Santé Publique.
22	<b>Ecart n°22 :</b> En ne réalisant aucun contrôle d'eau chaude sanitaire en 2020 et 2021, le gestionnaire contrevient aux obligations de vérification périodiques dont la fréquence est définie par l'annexe 2 de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.
23	<b>Ecart n°23 :</b> En l'absence de DARDE, l'établissement contrevient à la circulaire DGCS/ DGCSGC/2015/355 du 07 décembre 2015 (NOR AFSA 1530216J), l'article R313-31 CASF et l'article R732-15 du code de la sécurité intérieure.
24	<b>Ecart n°24 :</b> La procédure d'admission transmise, en ne précisant pas que le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir (sous la responsabilité et l'autorité du responsable d'établissement) contrevient à l'article D312-158 CASF.
25	

	<p><b>Ecart n°25 :</b> En ne mentionnant pas dans un document contractuel (règlement de fonctionnement ou contrat de séjour) la prestation proposée de réservation d'une chambre avant l'admission en indiquant son prix, le gestionnaire ne respecte pas l'obligation du 1er alinéa de l'article L342-2 du CASF.</p>
26	<p><b>Ecart n°26 :</b> L'absence de PAP comprenant un PVI et un PS pour chaque résident contrevient à l'article L311-3 CASF</p>
27	<p><b>Ecart n°27 :</b> L'organisation de certaines tâches à un niveau institutionnel, sans personnalisation au regard des besoins propres à la personne, contrevient à l'article L 311-3 du CASF qui prévoit « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant (..) son autonomie (..) adaptés à son âge et ses besoins ».</p>
28	<p><b>Ecart n°28 :</b> Le médecin coordinateur ne remplit pas les missions inscrites à l'article R312-158 du CASF</p>
29	<p><b>Ecart n°29 :</b> En l'absence de projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement et élaboré par le médecin coordonnateur ainsi que de rapport d'activité médical annuel, l'établissement contrevient à l'article R312-158 du CASF.</p>
30	<p><b>Ecart n°30 :</b> En l'absence de projet d'établissement précisant les modalités de recours aux soins palliatifs, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.</p>
31	<p><b>Ecart n°31 :</b> En n'élaborant pas un dossier de soins type individualisé, en n'évaluant pas et en ne validant pas l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis, l'établissement contrevient à l'article D.312-58 du CASF.</p>
32	<p><b>Ecart n°32 :</b> En ne procédant à aucune évaluation périodiquement de ses activités et les projets individuels, l'établissement contrevient à l'article L312-8 du CASF</p>
33	<p><b>Ecart n°33 :</b> En ne formalisant pas les fonctions qui constituent l'équipe médicale et comment sont organisées et formalisées les transmissions d'ordre médical et paramédical l'établissement contrevient à l'article L1110-4 du CSP.</p>
34	<p><b>Ecart n°34 :</b></p>

	Absence de convention avec les établissements ou services énumérés au 5° de l'article D 312-155-0 du CASF.
35	<b>Ecart n°35 :</b> L'absence de convention avec les professionnels de santé libéraux intervenant à l'intérieur de l'EHPAD contrevient aux articles Art L314-12 et R 313-30-1 CASF.
36	<b>Ecart n°36 :</b> L'absence de conventions précisant les conditions d'intervention des bénévoles au sein de l'EHPAD contrevient à l'article L 312-1-II alinéa 5 du CASF

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	

L'insuffisance de la gouvernance et de la gestion des RH amène logiquement à des risques élevés de prise en charge dégradée . Il est globalement constaté un non respect des droits des personnes accueillies au regard de la loi 2002-2 ainsi que l'absence de véritable politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance au sein de l'EHPAD de la Coustète.

## CONCLUSION DE LA MISSION

La mission s'est déroulée dans des conditions globalement satisfaisantes ; mais il est à noter que la salle laissée à la mission pour les entretiens les jours des visites sur site ne permettait pas une confidentialité optimale.

De nombreux témoignages ont été recueillis par la suite et la mission s'est à nouveau déplacée sur l'EHPAD pour en recueillir certains.

Selon les constats que nous avons effectués, le niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance est élevé.

A l'issue de la mission d'inspection, il ressort que la gestion « au jour le jour » de l'établissement non seulement met ce dernier en danger au plan tant financier que juridique, mais également obère la qualité de prise en charge des résidents, ce qui pourrait tendre à court terme vers une mise en danger (ex : par défaut de personnel soignant). Ces constats sont à étudier au regard tant du rôle de la Direction de l'EHPAD que de la responsabilité du CIAS, gestionnaire de l'autorisation. L'implication de son Président, et de l' élu du CIAS membre du CVS dans la gestion de l'EHPAD et les relations aux résidents, leurs famille et le personnel questionne la mission d'inspection.

Ainsi, il a en effet été clairement posé concernant le directeur :

- Une insuffisance dans la gestion de son établissement
- Un comportement qui semble inapproprié : « ne porte pas systématiquement le masque, y compris au plus fort de la crise sanitaire » « disparaît sans prévenir », « prend ses congés sans prévenir » ; des comportements addictifs étayés par plusieurs témoignages

L'absence de réaction du CIAS face à cette situation interroge sur sa capacité à gérer l'autorisation d'exploitation de l'EHPAD de la Coustète.

**La mission, en l'espèce, ne peut assurer que le gestionnaire soit en capacité de diminuer ce niveau d'exposition à la maltraitance au sein de la structure.** Toutes les conséquences de ces conclusions doivent être absolument tirées par le gestionnaire, faute de quoi la mise sous administration provisoire de l'EHPAD de la Coustète s'avèrera nécessaire.

Les propositions de mesures correctrices exigées ou envisagées que nous formulons aux commanditaires de notre inspection le sont au regard de nos constats, de nos analyses ainsi que du niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance.

Carcassonne, le 23 juin 2022

  
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale  
ARS Occitanie *1*

  
Agent du Conseil Départemental de l'Aude

  
Agent du Conseil Départemental de l'Aude