

**Direction Générale
DSP / Pôle Inspections et Contrôles**

**Direction générale adjointe des Solidarités
Maison Départementale de l'Autonomie**

Mission d'Inspection conjointe de l'EHPAD « LES 3 SOURCES » à MEYRUEIS EN LOZERE

Pour l'ARS Occitanie :

Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission, responsable du pôle inspection et contrôle (PIC/DSP).

- Monsieur [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique à la direction des territoires et des relations institutionnelles (DTRI)
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, à la direction des usagers et des affaires juridiques (DUAJ)

Pour le Conseil Départemental de la Lozère

- Madame [REDACTED], Direction de la Maison Départementale de l'Autonomie
- Madame [REDACTED], Médecin territorial, au sein de de la Maison Départementale de l'Autonomie
- Monsieur [REDACTED], Infirmier au sein de de la Maison Départementale de l'Autonomie

RAPPORT d'INSPECTION FLASH

Constats du 2 février 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 atteint au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »*

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

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

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

1.3.3 Respect des bonnes pratiques professionnelles

II – Fonctions support

2.1 Gestion des ressources humaines

2.1.1 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

2.3 Gestion budgétaire et financière : sera vu en différé

III- Prise en charge

3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

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 Composition de l'équipe de soins
 - 3.3.2 Projet de soins individuel/partage des informations médicales et paramédicales
 - 3.3.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge médicale interne ou externe

IV- Relations avec l'extérieur

- 4.1 Coordination avec les autres acteurs
 - 4.1.1. Partenaires du secteur sanitaire
 - 4.1.2. Partenaires du secteur social et médico-social
 - 4.1.3. Filière de soins ou de prise en charge (Exemples CANCER – DYALISE – PSYCHIATRIE) – Parcours de soins spécifiques

V- Synthèse

Conclusion générale

Eléments de contexte

La situation notamment financière de l'EHPAD les « 3 sources » situé à MEYRUEIS (48 150) avait conduit les autorités locales (ARS/DD48 et le Conseil Départemental de la Lozère), à mettre en place un comité de pilotage (COPIL) avec pour objectifs principaux de permettre la clarification de la situation budgétaire, d'inciter à ce qu'une nouvelle gouvernance soit instituée, et de concourir aux conditions de pérennité de l'exploitation de l'établissement sur site.

Les COPIL (comité de pilotage) ont été mis en place à partir de début de l'année 2019 avec l'ARS/DD48, le CD de la Lozère, la DDFIP et l'EHPAD (directeur et président du CA de l'EHPAD les 3 sources).

Les objectifs de ce COPIL étaient les suivants :

- Disposer d'un état des lieux financier précis, sincère et actualisé.
- Identifier des pistes d'économies réalisées et envisagées au regard des propositions issues de l'audit.
- Mettre en place des actions visant à améliorer le fonctionnement et la gouvernance de l'EHPAD, suite à l'audit réalisé.
- Travailler un projet permettant à l'établissement de s'inscrire dans la durée.

Les COPIL précités auraient été annulés au bout de quelques mois faute d'avancée de la part de l'établissement.

Courant 2020, une rupture conventionnelle encadre le départ du directeur qui était en poste depuis plusieurs années.

En outre, deux directeurs se sont succédés en très peu de temps entre l'été 2020 et le mois de janvier 2021.

La gouvernance dans le dernier trimestre 2021 précisait aux autorités, les difficultés rencontrées par Mr [REDACTED] dans l'exercice de ses fonctions, dont notamment :

- En ce qui concerne les ressources humaines : absence de tableau des effectifs, problème de compétences des professionnels. . Difficulté à s'appuyer sur des professionnels internes, des encadrants, des personnels sans repère .
- En ce qui concerne la prise en charge des usagers : il a constaté l'absence de registre de suivi des résidents vaccinés, des procédures/protocoles qui sont pas mis en place, il a signalé un comportement « inapproprié » de certains professionnels vis-à-vis des résidents ;
- En termes d'activité : il a indiqué qu'il y avait une sous activité récurrente (60/65 places occupées en moyenne pour 80 places autorisées).
- Sur les conditions d'installation, il précisait que l'EHPAD est vieillissant, comportant beaucoup de chambres doubles (plus de 20 chambres), l'insuffisance d'isolation des chambres (simple vitrage au niveau des fenêtres), et pratiquement pas d'investissement réalisé depuis plusieurs années.

Sur initiative du Président du Conseil d'Administration de l'EHPAD et du directeur en poste (M. [REDACTED]) un audit organisationnel a été déclenché et confié au cabinet [REDACTED]. Ce cabinet situé à [REDACTED] est titulaire d'un agrément délivré par l'ANESM pour procéder à des évaluations externes. A l'issue de son intervention sur site (novembre et décembre 2021) les évaluatrices ont adressé un courrier d'alerte (pièce annexée au présent rapport) en date du 20 janvier 2022, aux autorités locales (DD48 et conseil départemental de la Lozère), ainsi qu'au président du conseil d'administration de l'EHPAD.

Le rapport des évaluatrices relevant de ce cabinet, remis aux autorités administratives de tarification et aux responsables de la gestion de l'EHPAD, ont fait état de leurs constats suivants réalisés entre le mois de novembre et décembre 2021 :

Une organisation très fragile et abimée par des événements majeurs :

Plus de 10 ans de difficultés et de manque de cadre avec:

- Une direction à deux têtes (directeur- IDEC) très mal vécue par l'ensemble des salariés rencontrés;
- Une nouvelle direction pour 6 mois qui a aussi été très difficile en terme de relation humaine;
- L'absence de médecin coordonnateur depuis 2017;
- L'absence d'IDEC jusqu'au 15 novembre 2021;
- Le taux d'absentéisme intenable des salariés de plus de 40% pour les soignants au moment de l'audit;
- Les conflits importants entre les salariés montés les uns contre les autres puis contre le directeur avec un pic dangereux en aout 2021, qui a entraîné un manque de personnel au service des résidents intenable;
- Une situation financière très dégradée.

L'ensemble de ces éléments ont été évoqués par l'ensemble des personnes rencontrées et repris dans des courriers adressés aux autorités de tutelles puis dans le rapport d'étonnement rédigé par la nouvelle IDEC , Madame [REDACTED].

Un pôle administratif lourd et couteux composé :

- D'une économiste, 1 ETP
- D'un service RH, 1.80 ETP (augmentée en février d'une autre salariée qui revient sur l'EHPAD)
- D'une secrétaire, 1 ETP

Cependant , malgré ce service surdimensionné, Beaucoup de manquements et d'erreurs de la part du service RH sont soulevés par les salariés rencontrés. De plus, se pose la question d'un manque de présence les mercredis , les horaires de travail sont sur 4 jours 8.30 – 17.30 avec une coupure de 30 minutes.

Un service RH défaillant :

- Le service RH comprend 1.8 personnes au jour de l'audit , dont une titulaire à temps plein et une personne détachée du centre de gestion,
- Ce service ne donne pas satisfaction et même pose un problème à la structure dont la gouvernance est consciente,

- De nombreuses irrégularités et erreurs préjudiciables ont été relevées par l'ensemble des personnes rencontrées,
- Les plannings sont surréalistes et surtout inadaptés avec un temps de travail de 8.45 par agent, soignants inclus,
- L'organisation actuelle avec beaucoup d'absentéisme ne donne pas confiance aux résidents, familles salariés et l'EHPAD peine à recruter.

Une gestion des risques défailante:

- Absence de transmissions , de traçabilité à tous niveaux malgré un progiciel performant : ██████████, les raisons invoquées sont le manque de formation et de temps. Les transmissions se font sur des bouts de papiers qui sont ensuite jetés;
- Manque de culture qualité , les personnels ne comprennent pas l'importance de la traçabilité dans le calcul des budgets (pour le calcul du pathos par exemple);
- Tablettes inutilisées;
- Aucun processus ou protocole à jour;
- Pas de document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP);
- Pas de gestion des événements indésirables;

Glissement de tâches entre soins et hébergement sur le soin d'alimentation

Le projet architectural :

- Aucun investissement depuis plus de 10 ans:
- Etablissement froid du fait de simple vitrage dans les appartements,
- Appartements doubles représentant + de 80% de l'offre, ce n'est plus adapté à la demande,
- Pertes financières lourdes du fait d'une tarification inadaptée à l'occupation,

Prestations de restauration

- Perte de temps au service à l'assiette du fait de l'éloignement du chariot du cœur de la salle à manger
- Un service « quasi » mené dans sa totalité par un professionnel non soignant engageant peu de disponibilité pour des usagers et du stress pour le professionnel non formé aux risques liés au soin d'alimentation.
- Des supports existants : plan de table et textures pour chaque résidents dissociés, ce qui entraîne une perte de temps.
- Cloisonnement des services cuisine et hébergement

Introduction

Compte tenu de l'ensemble des éléments précités, il a été décidé conjointement de diligenter une mission d'inspection (pièce annexée au présent rapport) Notre mission s'est déroulée de manière inopinée sur site, le 2 février 2022 à partir de 14H00, dans le cadre méthodologique, ci-après, exposé.

Nous avons procédé pour la réaliser à :

- un contrôle sommaire des locaux,
- un contrôle documentaire à partir des pièces fournies par l'établissement
- des entretiens réalisés le 02/02/2022
 - avec
 - Le directeur de l'établissement – de 14 à 19h
 - La secrétaire d'accueil – Marie Laure [REDACTED] – de 14 à 14h30 puis de 18h20 à 19h30
 - L'IDE : Mme [REDACTED] [REDACTED] – de 19h à 19h30

A l'issue des investigations réalisées le 02/02/02, le coordonnateur de la mission a communiqué les premiers constats issus du contrôle restreint auprès de Monsieur le directeur de la délégation départementale de l'ARS Occitanie, en Lozère, et notamment sur la nécessité d'aviser le parquet de Mende, en raison de la constatation de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale.

Postérieurement à l'intervention du 02/02/22, il convient de préciser que sur les directives de Monsieur le Procureur de la République de Mende relayées, le 07/02/22, par l'ADJUDANT CHEF Wilfried COURBET (service de recherche de la gendarmerie), la mission a suspendu toutes ses investigations complémentaires qu'elle avait envisagées, dont certaines auditions de professionnels exerçant dans l'établissement inspecté. Pour cette raison, le présent rapport est limité aux constats établis par la mission, le 02/02/2022.

1-1 Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
<p>- La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?</p> <p>-</p> <p>Articles L331-2 et R.331-5 du code de l'action sociale et des familles relatifs à la tenue du registre légal des entrées-sorties</p> <p>Arrêté conjoint ARS/CD48 du 27/11/2017 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « résidence les trois sources » à Meyrueis géré par le CCAS de la commune de Meyrueis</p> <p>Capacité autorisée en hébergement complet : 80 places</p>				<p>ECART n° 1 : Il a été constaté l'absence du registre légal des entrées et sorties</p> <p>Le fichier nominatif informatisé, relatif aux 62 usagers présents le 02/02/22, remis sous format papier à la mission par le secrétariat de l'EHPAD n'est pas sécurisé et ne fait pas l'objet d'une procédure de contrôle.</p> <p>Ce document remis à la mission comporte les noms et prénoms des résidents et leurs dates d'entrée dans l'institution. Il ne retrace pas l'historique des entrées et sorties et n'est pas paraphé par le maire. Il ne peut tenir lieu du registre réglementaire. Le fait de ne pas tenir le registre prévu à l'article L. 331-2 du CASF est une infraction sanctionnée sur le plan pénal, prévue par l'article L322-8 du même code. Les responsables de l'EHPAD « les 3 sources » doivent mettre en place le registre légal précité, lequel devra être coté et paraphé par le maire de la commune de Meyrueis.</p> <p>Il est tenu également, par le secrétariat, un fichier distinct nominatif relatif aux sorties et décès des résidents. Un extrait de ce fichier a été remis à la mission couvrant la période du 01/01/21 au 02/02/2022. Ce document indique les dates d'entrée, de sortie ainsi que les dates et lieu des décès. Ce document ne comporte pas d'indications sur le contrôle des informations qui y sont consignées.</p> <p>Lors de l'audition du Directeur, la mission a été informée de la présence le jour de l'inspection de 62 résidents en sous occupation, par rapport à la capacité autorisée de 80 places en hébergement permanent .</p>

			<p>La structure est en convention tripartite avec l'ARS et le CD 46 (2016- 2020). Elle n'est pas en CPOM. Lors de son arrivée, le directeur a été informé de la cessation de paiements de l'établissement.</p> <p>En date du 2 février 2021, une réunion s'est tenue en présence du Maire de la commune, du directeur de l'EHPAD, de la responsable du pôle gestion publique, de la conseillère aux décideurs locaux de la communauté de communes Gorges ██████s Cevennes et de la directrice départementale des finances publiques de la Lozere (pièce annexée). Cette réunion a abordé les questions relatives aux difficultés structurelles de gestion de l'établissement et à l'absence de sincérité budgétaire et comptable (inexistence d'un EPRD).</p> <p>La note d'information du directeur en date du 21/07/21 précise qu'un 1er EPRD a été élaboré pour 2021 et validé par l'ARS/DD48 et le CD 48 en mars 2021. Cette information est erronée, l'EPRD déposé en juillet 2021 a fait l'objet d'un rejet le 29 juillet 2021, le directeur fournissant des compléments dans le courant du mois d'aout suites aux demandes formulées lors du rejet.</p> <p>Lors de son entretien, le directeur nous informe loger gracieusement des professionnels de santé dans les chambres non occupées affectés aux résidents. Exemple : une IDE faisant fonction d'IDEC a occupé une chambre de l'EHPAD sur la période de novembre à décembre 2021- Le directeur résident à 4h30 de route, avant de se mettre en couple avec Mme M.L C – En mars 2022 une élève IDE occuperait également une chambre.</p> <p>Il a justifié ces écarts en évoquant l'insuffisance attractivité du territoire qui a une incidence sur le recrutement de professionnels, ainsi que sur les admissions dans l'EHPAD.</p>
--	--	--	--

				La facturation hôtelière des résidents relevant de l'EHPAD est assurée par la secrétaire , Mme Marie- Laure [REDACTED] -
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)?	X			Le Règlement de fonctionnement existe – il a été actualisé le 24 avril 2021 tel que mentionné dans le document remis à la mission. Ce règlement de fonctionnement n'est pas paginé bien qu'il ait un sommaire. Il n'existe pas de livret d'accueil pour le personnel entrant. Selon la secrétaire, Mme C., les professionnels entrants sont doublés sur 3 à 4 jours. »
- Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (art. L.311-8 et D311-38)?		X		ECART n° 2 : le jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas de projet d'établissement valide. Le projet d'établissement existe sur la période 2017-2021. Il n'a pas été actualisé.
1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs				
- Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ? Quelles sont les relations internes ?			X	Remarque n°1 : L'organigramme présenté à la mission a été actualisé le 21 novembre 2021. Il n'est pas hiérarchique ni fonctionnel : Selon le directeur ce document aurait été présenté au CACT de l'établissement, information que la mission n'a pas pu vérifier. Le directeur au cours de son entretien a déclaré nous citons « être dépassé par les événements car n'a pas la compétence en interne –être très fatigué car ne parvient pas à mettre en place le management – il se sent dans une situation d'assertivité – fait part des plaintes du personnel ». Il évoque également un état d'esprit très dégradé entre les personnels Il a constaté une dégradation de ses relations avec le personnel et entre les personnels depuis l'été 2021. L'absence d'infirmière, faisant fonction de coordinatrice de soins infirmiers d'IDEC, est constatée en mars 2021 par l'équipe mobile d'hygiène (Hôpital de Lodève) qui a soulevé l'importance de disposer d'une telle fonction)

			<p>Le directeur a indiqué avoir procédé au recrutement de nouveaux agents : M. ██████ au service ressources humaines (4 jours par semaine); Un aide soignant; un agent faisant fonction d'aide soignante (fille de Mme ██████ (IDE) – Une IDE non vaccinée contre le COVID – Mme ██████ (CDD) n'exerce plus au jour de l'inspection.</p> <p>Le directeur a souligné que le statut public des salariés les protège, en indiquant qu'ils sont « <i>des agents sécurisés par leur statut et entretiennent des relations particulières avec les élus</i> »</p> <p>Il a précisé à la mission qu'il avait de l'empathie pour la personne âgée , mais fait le constat échec – pas de réflexion éthique et absence d'appropriation de la notion de respect, de ses équipes .</p> <p>Il précise à la mission qu'il est « face à un établissement qui ne va pas bien depuis des années – « <i>en septembre 2021, je n'en pouvais plus – je me suis effondré en larmes devant Mme ██████ ██████ (IDE)</i> » dans infirmerie qui lui adressait des reproches.</p> <p>Il a proposé la mise en place d'un audit validé par M. ██████ – (cf document remis par le directeur).</p> <p>Réunions organisées par le directeur : Comité Technique pour mise en place du RIFSEEP – le 17 décembre 2021.</p>
-	X		<p>Le directeur en poste depuis le 18 janvier 2021 a été recruté en CDD par le centre de gestion publique de la Lozere. Il succédé à deux directeurs dont Mme ██████(en poste sur une période de 6 mois sur un CDD non reconduit entre aout 2020 et janvier 2021,) et Mr ██████ (en poste depuis de nombreuses années départ via une rupture conventionnelle.</p> <p>Le directeur est en CDD : 3 CDD depuis son arrivée (2 en 2021 – le 1er sur la premier trimestre 2021 – Le 2nd d'avril à fin décembre 2021). Au 1er janvier 2022, son CDD a été conclu pour 3 ans. Lors de son entretien, le directeur a précisé que le maire, président du CA, avec lui n'est « pas trop sympa car il avait déposé sa candidature mais Mme ██████ a été recrutée à sa place sur 6 mois puis elle a été licenciée.</p>

			<p>Avant son entrée à l'EHPAD Les 3 sources : le directeur a notamment exercé en Ariège – EHPAD L' [REDACTED] à [REDACTED] – sur une période de 6 mois (mise à disposition de la directrice) puis il a démissionné car retour de cette personne en CDD pdt 6 mois -</p> <p>Le directeur dit : « <i>ne pas être informé du courrier d'alerte transmis aux autorités et M.le maire</i> » en date du 20 janvier 2022.</p> <p>Par lettre du 31 janvier 2022, signée par le Président du CA, il a pris note de son licenciement à compter du 16 février 2022 pour motif d'insuffisance professionnelle.</p> <p>Le préavis a minima de 8 jours est respecté. Le directeur précise à la mission s'être entendu reprocher par le Président du CA d'être à l'origine des départs de certains professionnels .</p>
<p>- Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?</p> <p>Article D315-71 du CASF : <i>Le directeur peut recevoir délégation du président du conseil d'administration, dans les conditions qu'il prévoit :</i></p> <p><i>1° Pour l'exercice des attributions du conseil d'administration relevant des 6°, 8°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 315-12 ;</i></p> <p><i>2° Ainsi que pour l'exercice des attributions relevant du 7° de cet article, sauf lorsqu'elles sont exercées dans le cadre du 4° du même article ;</i></p> <p><i>3° Pour l'exercice des attributions du conseil d'administration relevant du 4° de l'article L. 315-12, lorsque l'autorité de tarification a procédé à des modifications des propositions budgétaires en application de l'article L. 314-7.</i></p> <p><i>Les délégations sont communiquées au conseil d'administration. Elles font l'objet d'une publication au sein de l'établissement.</i></p>			<p>La création du poste de Directeur d'EHPAD a été acté par délibération du 22 janvier 2021. (cf.extrait de délibération du 22 janvier 2021 du CCAS de Meyrueis)</p> <p>Il ne dispose pas de fiche de poste</p> <p>Il dispose d'une délégation de pouvoirs et de signature du maire (cf. extrait du registre des délibérations du CCAS du 12 avril 2021).</p> <p>REMARQUE n° 2 : La délibération du CCAS en date du 22 janvier 2021 ne fait pas référence à l'article D315-71 du CASF</p>

<p>- La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?</p>			X	<p>REMARQUE n° 3 : La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée et sécurisée. La direction est composée du directeur. La structure ne dispose pas d'IDEC, ni d'adjoint au directeur. Le directeur nous précise assurer l'astreinte administrative y compris pendant ses congés.</p> <p>L'astreinte administrative est assurée par le Directeur et l'astreinte technique par roulement entre l'agent d'entretien, l'animateur ou un personnel de la cuisine. Il n'existe pas d'organisation de continuité des soins la nuit (par exemple pas d'astreinte soignante). Lors de son audition, le directeur a précisé qu'en cas de problème la nuit, les patients vont aux urgences.</p>
<p>1.2.3. Conseil de la vie sociale et autres formes de participation</p>				
<p>- Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF)</p>			X	<p>Ecart n° 3 : le CVS ne se réunit pas régulièrement dans sa formation réglementaire, un seul compte rendu de CVS en date du 19/12/19 a été remis à la mission. Lors de son audition, le directeur précise que depuis 2019 - il ressort des CVS, des problématiques récurrentes</p> <p>En 2021, du fait de l'épidémie de COVID, les réunions trimestrielles du CVS, en 2021, dans sa formation réglementaire ne se sont pas tenues. Les comptes rendus de CVS pour 2021 n'ont pas été remis à la mission. Dans la documentation fournie par le directeur (feuille dactylographiée, ne comportant aucune signature) il est précisé qu'il s'est tenu des réunions de travail (11) avec des membres du CVS, quelque fois en présence de son président.</p>
<p>1-3 Gestion de la qualité</p>				
<p>1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance</p>				
<p>- 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? Démarche Qualité et évaluation.</p>			X	<p>Remarque n° 4 : Il n'existe pas de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée. Il n'existe pas de plan de formation relatif à cette thématique. Concernant la démarche qualité, la dernière évaluation interne date du 25.12. 2013 et l'évaluation externe de 2015.</p>

				<p>Une mission d'évaluation a été réalisée entre octobre – novembre 21 avec propositions d'actions.</p> <p>Initialement confiée au centre de gestion de la fonction publique de la Lozere 48, elle a été confiée au cabinet « [REDACTED] » en octobre 2021 sur validation du Maire de la commune sur proposition du directeur et Maire</p> <p>Le changement de prestataire serait lié au moindre coût de ma la mission (7300 € contre 9 800 €) et la spécialisation des auditrices dans le domaine des établissements sociaux et médico-sociaux et notamment au regard du CV de Mme [REDACTED], membre du cabinet « [REDACTED] »</p> <p>L'audit a été présenté le 17/01/2022 aux salariés , en présence des autorités locales (CD48 et ARS/DD48 – les IDE : Mme [REDACTED] et [REDACTED] étaient également présentes .</p> <p>Lors de son audition, le directeur a fait part de la complétude du tableau ANAP depuis 2021.</p>
1.3.2 Gestion 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 ? articles R 1413-68 et 69 et suivants du CSP</p> <p>Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients</p>		X		<p>ECART n°4 : Absence de 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> <p>Un modèle de fiche d'évènement indésirable grave existe depuis le 15 avril 2021 et elle est mise à disposition des professionnels au RDC à proximité de la photocopieuse. Les fiches EIG ne sont pas informatisées (cf. point de contrôle médical- page 33)</p> <p>Le directeur déclare à la mission qu'il gère de façon autonome le suivi des EIG en lien avec le CH [REDACTED] et le CMP si besoin.</p> <p>Il n'existe pas de fiche EIG à destination des autorités de contrôle. Il ressort des entretiens avec la direction une seule remontée EIG faite à la ARS/DD48 en lien avec l'absentéisme des professionnels de l'EHPAD en aout 2021 en lien avec le contexte COVID, et la plateforme nationale renfort covid aurait été saisie.</p> <p>Le directeur a confirmé lors de son entretien l'absence de protocole - il précise n'avoir pas eu le temps de définir et établir le protocole relatif</p>

			<p>à l'ensemble du dispositif précité– Il a rédigé, seul, la fiche type de recueil des EIG qu'il a remis à la mission. Cette fiche type a été mise à disposition des soignants selon les déclarations du directeur.</p> <p>Le directeur précise avoir évoqué le sujet des EIG en réunion de direction.</p> <p>Dans la documentation fournie par l'établissement, il a été identifié un message du directeur en date du 15/06/21 adressé à 7 agents dont les IDE, Mme [REDACTED] et Mme [REDACTED]. L'objet de ce message concerne la fiche d'évènements indésirables ainsi que la gestion des produits d'hygiène. Par ce message, le directeur invitait ses destinataires à une réunion pour évoquer plusieurs sujets dont l'élaboration d'une procédure pour gérer les évènements graves pouvant se produire en soirée et dans la nuit. Cependant, la mission n'a pas eu communication du compte rendu de cette réunion.</p> <p>Le directeur a expliqué à la mission que la fiche EIG qu'il avait élaborée a été utilisée au début mais pas comme il aurait souhaité.</p> <p>Le jour de l'inspection, la mission a été informée par l'IDE, Mme [REDACTED], de la survenue d'hospitalisation aux urgences d'au moins 4 personnes suite à des chutes pendant les fetes de fin d'année et il y a eu le décès de Mme [REDACTED] consécutif à une chute.. L'IDE a précisé que les chutes ont été mal gérées et elle a ajouté qu'il n'y avait pas de médecin coordonnateur depuis trois ans. Ces chutes ne sont pas déclarées aux autorités sanitaires.</p> <p>Mme [REDACTED] a précisé qu'elle ne pouvait pas avoir accès au logiciel [REDACTED]. Elle ne peut procéder à la réalisation d'extraction des données concernant les usagers du fait qu'elle n'a pas eu de formation pour réaliser des extraction de données dans ce logiciel. L'infirmière a souligné qu'elle avait eu qu'une formation initiale basique de 3 h.</p> <p>Lors de son entretien, la secrétaire (Mme [REDACTED]) pour expliquer que les soignants sont débordés a déclaré que « <i>Les filles vont vite – elles laissent une mamie sur chaise trouée – il y a des négligences – des résidents qui sonnent depuis 20 min - cela arrive à l'accueil</i> »</p>
--	--	--	---

			<p>La secrétaire informe la mission que la structure ne dispose plus de diététicienne.</p> <p>Lors de son entretien, le directeur n'a pas révélé à la mission, les informations préoccupantes précisées, ci-dessus, relatives aux chutes de fin d'année 2021 Toutefois, il a déclaré qu'il y avait des « <i>comportements inadaptés de certains professionnels (pause clopes prolongées et à répétition), pouvant remettre en question la qualité de prise en charge des usagers</i> ».</p> <p>Le directeur a affirmé avoir des témoignages des familles mécontentes.</p> <p>Le rapport d'étonnement du 22/11/21 remis à la DD48 fait état : d'une absence de traçabilité et d'informations communes. Les transmissions partielles du veilleur de nuit mais pas à toutes les aides soignantes prenant leur service en même temps à ■H■. La participation partielle des soignants aux transmissions des infirmières de ■H■ lorsque les équipes de l'après midi prennent leur service.</p> <p>.</p> <p>ECART n° 5 : Les chutes déclarées par l'infirmière entendue par la mission n'ont pas été déclarées aux autorités de contrôle.</p>
<p>- Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?</p>		<p>X</p>	<p>Remarque n°6 : Il n'existe pas de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers. Pas de registre ou de cahier de réclamations.</p> <p>Le directeur informe la mission que deux courriers du 10 novembre 2021 émanant de l'ARS lui ont été transmis : réclamations d'usagers à l'encontre de l'EHPAD Les 3 sources transmises par la DD48 . Les éléments de réponse demandés par l'ARS/DD48 ont été transmis en main propre le 22 novembre 2021 par le directeur. Le directeur informe ne pas en avoir informé le conseil départemental de la Lozere.</p> <p>Parmi les éléments de réponse, il a transmis à l'ARS DD 48 le rapport d'étonnement précité rédigé par l'IDEC – Mme ■■■■■■■■■■ – une semaine après son recrutement (en CDD- recrutée le 15</p>

<p>Définition des missions de l'IDEC par le Conseil National de l'Ordre Infirmier :</p> <p>L'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD se situe à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement. Cette fonction nécessite des compétences spécifiques tant ses missions sont multiples et complexes. Elle se situe dans l'accompagnement et la formation des équipes soignantes. Elle s'inscrit dans l'équipe d'encadrement de l'Etablissement et constitue un rouage essentiel et central dans l'organisation du « prendre soin » des personnes âgées accueillies.</p> <p>L'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD possède une connaissance approfondie des innovations méthodologiques et techniques pour mener à bien, en concertation avec le médecin Coordinateur, le projet de soins et de vie de chaque résident en respectant la recueil de données lors de l'entretien d'admission, en présence de la famille.</p> <p>Elle maintient un lien étroit avec l'entourage immédiat des résidents en étant à l'écoute de leur épuisement face aux multiples problèmes liés à la dépendance physique et psychique ainsi qu'au traumatisme créé par la vie en institution et les changements de repères et environnementaux. Elle est capable de gérer leur prise en charge globale, d'apprécier l'évolution de leur pathologie et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante.</p> <p>L'IDEC organise le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance.</p> <p>L'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD accompagne les projets individuels de formation des professionnels, en accord avec les missions du service et de la Direction Responsable du Projet d' Etablissement.</p> <p>Elle accompagne et assure le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants aides-soignants, AMP, IDE.</p> <p>L'infirmière référente en EHPAD est capable d'identifier et de détecter les manifestations comportementales liées aux différentes démences ;</p> <p>D'adapter les démarches spécifiques du prendre soin et de la communication verbale et non verbale ; De connaître la politique de lutte contre les « mauvais traitements » (éthique et bientraitance)</p>				<p>manque de personnels soignants mais il y aurait à minima ■ soignants par jour pour éviter le risque de fausse route.</p> <p>En ce qui concerne le recours aux IDE faisant fonction d'infirmière coordinatrice (IDEC) :</p> <p>Au mois de janvier 2021 le directeur souhaitait recruter des IDE faisant fonction d'IDEC- Il a recruté M. ■■■■■■ en tant que faisant fonction d'IDEC, Il est resté 3 jours.– (il était auparavant infirmier au CH ■■■■■)</p> <p>Entre le mois d'avril 2021 et le mois de Juillet 2021, la mission d'infirmière coordinatrice a été assurée de façon partagée par 2 IDE (Mme ■■■■■ et Mme ■■■■■)</p> <p>Mme ■■■■■ n'est plus en poste.</p> <p>A ce jour, Mme ■■■■■ dispose d'un CDI.</p> <p>Sa fille a été recrutée sans diplôme, en tant qu'agent social en 2021</p> <p>La mission a constaté qu'une IDE (■■■■) a travaillé au sein de l'EHPAD sans avoir respecté ses obligations vaccinales réglementaires relatives à la lutte contre le COVID. Cette Infirmière n'exerce plus dans l'établissement au jour de l'inspection.</p>
--	--	--	--	--

<p>- Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF)</p>		X		<p>Cf. ECART n° 6 : recrutement et emplois de personnes non qualifiées (agents sociaux non diplômés faisant fonction d'aides soignants) –</p> <p>Nous avons globalement pu constater la formalisation dans les dossiers RH d'un contrôle du casier judiciaire dans les dossiers contrôlés, néanmoins l'absence des bulletins de casier judiciaire est relevé notamment dans les dossiers de personnels recrutés entre 2021 et 2022.</p> <p>Majoritairement nous avons pu retrouver une pièce d'identité dans les dossiers RH. Nous n'avons en revanche que peu souvent pu retrouver trace de visite médicale dans les dossiers individuels des agents.</p>
<p>- Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?</p>		X		<p>Remarque n° 7 : Aucune fiche de poste a été identifiée dans les dossiers RH consultés par la mission. La secrétaire Mme [REDACTED] a indiqué selon ses déclarations que les fiches de postes (IDE et AS) sont « génériques ».</p>
<p>- Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?</p>		X		<p>Remarque n° 8 : Il existe des glissements de tâches.</p> <p>Lors de l'audition du directeur, la mission a été informée que les agents sociaux (non diplômés) font fonction d'aides-soignants.</p> <p>Aucune action de formation ni de tuilage n'ont été proposée pour les nouveaux agents.</p>
<p>Personnels présents et attestations – et plannings -</p>		X		<p>Remarque n° 9 : La liste du personnel a été demandée le jour de l'inspection. Il n'existe pas de registre du personnel. Un tableau du mouvement du personnel existe. Il enregistre les entrées et sorties des agents. Il est géré par M. [REDACTED] (agent au service RH).</p> <p>Le jour de l'inspection, la mission lors d'un entretien téléphonique avec M. [REDACTED] (en poste depuis 3 mois au service RH) a pu avoir confirmation de l'absence du registre du personnel et mais l'existence du DADS (Déclaration annuelle de déclaration des salaires).</p> <p>Le directeur informe la mission de l'absentéisme important du personnel de la structure. L'état des absences est transmis pour les années 2019 – 2020 et 2021.</p> <p>Aucun bilan social n'a été réalisé pour analyser les raisons de cet absentéisme.</p> <p>Lors de son audition, le directeur indique qu'il s'est tenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 conseils d'administration en 2021 - Pas de CCST

				<p>- Un comité technique pour la mise en place du RIFSEEP, le 17 décembre 2021.</p> <p>L'équipe de nuit est composée ■■■ agent social faisant fonction d'aide soignant non diplômé et ■■■ agent hôtelier. L'astreinte administrative est assurée par le Directeur et l'astreinte technique par roulement entre l'agent d'entretien, l'animateur ou un personnel de la cuisine. Il n'existe pas d'astreinte soignante la nuit.</p>
2.1.2 Formation / accompagnement / soutien des professionnels				
- Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels ?		X		<p>Remarque n° 10 : Il ressort des entretiens l'absence d'actions de formation entre 2020 et 2021.</p> <p>Nous n'avons pas identifié un programme de formation périodique sur ces sujets à destination de groupes de professionnels. Sur les dossiers consultés (30 environ concernant les IDE ASH AS) 1 personne aurait suivi une formation bientraitance en 2015, 1 autre une formation SIMULAGE en 2018 ou Agressivité en 2008 Plus globalement pas de plan de formation des personnels identifié pour 2020 et 2021</p>
- Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?		X		<p>Remarque n° 11 : Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien professionnel.</p> <p>Il n'existe pas de bilan social. Il existe un CACT.</p>
- - RH – Effectif				<p>Remarque n° 12 : difficultés dans le remplacement des agents de nuit Selon l'un des agents entendus au-delà des problématiques d'absentéisme et de difficulté de remplacement une difficulté à remplacer les agents de nuit qui serait induite par l'organisation (nombre d'agents dédiés à la fonction) et les roulements du planning, obligeant régulièrement au recours à l'intérim et ou à des dépassements d'heures importants des agents de nuit.</p>

<p>- - RH – Planning et horaires</p>			<p>Un échange a eu lieu avec l'agent RH détaché du Centre de Gestion depuis plusieurs semaines en 2022. Il mène un travail d'organisation, de mise en place de processus RH (formalisation, validation et traçabilité des heures supplémentaires, suivi des compteurs d'heures et de congés payés par agent, organisation anticipée des départs en congé sur les vacances scolaires en lien avec les responsables de services). Son détachement auprès de l'EHPD prendrait fin au 15 février 2022.</p>
<p>- Respect des bonnes pratiques professionnelles (ANESMS/HAS)</p>		<p>X</p>	<p>ECART n° 7 : non respect des bonnes pratiques professionnelles</p> <p>Lors de son audition, le Directeur a déclaré être obligé de faire avec les pratiques des IDE qui ne sont pas les bonnes pratiques . Depuis son arrivée le 18 janvier 21, il a fait les constats du « parler mal » envers les résidents ; de la présence de professionnels non diplômés faisant fonction d'aides soignants ; des pauses à répétition du personnel pour « pause cigarette ou autre » ;un passage de temps de travail des IDE de 12 h par jour sur 4 jours ; l'absence de protocoles des conditions de travail pour l'EHPAD les 3 sources ; Le protocole est celui de la mairie pas des 3 sources.</p> <p>Concernant le tutoiement du personnel envers les résidents, le directeur a confirmé et précisé n'avoir pas pu s'attaquer à cela, il explique cela en indiquant : « <i>Des agents ont connu la personne – milieu rural</i> »</p>

2.2 Bâtiments /espaces extérieurs/équipements				
2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs				
- L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?			X	Des étages accessibles par ascenseur, des espaces de vie communs à chaque étage. De nombreuses chambres doubles.
- L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?			X	
2.2.2 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 ?			X	Nous n'avons pas pu dans le cadre de ce contrôle flash analyser les contrats de maintenance des équipements et matériels. La circulation intérieure au bâtiment semble adaptée. Il existe une unité de vie protégée. Remarque n° 13 : De nombreux équipements présentent des signes visuels d'usure avancée (fauteuil de repos en chambre, fauteuils roulants)
- Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?		X		ECART n° 8 : système d'appel déficient (risque de perte de chances) La sécurisation de certaines chambres de résidents équipés de sonnettes d'appels malades reportés sur BIP n'est pas garantie au 1er étage, après un test vers 17h00 en présence de l'IDE du jour Mme [REDACTED] le jour de l'inspection sur site : 2 sonnettes sont défectueuses et le 3ème test a révélé un délai d'intervention d'une AS au bout de 3 minutes après procédure d'urgence d'appel déclenchée. Lors de son entretien, la secrétaire (Mme [REDACTED]) a informé la mission du temps de réponse pouvant aller jusqu'à 20 min. En journée, à défaut de réponse par les professionnels, elle est alertée. Elle contacte par téléphone les professionnels pour la prise en charge de l'utilisateur. Les délais d'intervention (entre la sonnerie et l'intervention) peuvent s'étendre à 20 min.

3.1 Organisation de la prise en charge	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
3.1.1 Admission				
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? - Article D312-158 - 14° le médecin coordonnateur Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1. 			X	<p>Remarque n° 14 : Il n'existe pas de procédure d'admission formalisée. Il n'existe pas de commission d'admission.</p> <p>Lors de son audition, le directeur a précisé recevoir les familles, demander l'avis du médecin (médecin ressource de l'EHPAD, le Dr [REDACTED]) qui n'est pas le medecin coordonnateur, au regard du dossier médical et du souhait de la personne pour chambre individuelle ou double.</p> <p>Le directeur informe la mission avoir mis en place le contrat de séjour ainsi que des formulaires relatifs aux directives anticipées Lors de son audition, la secrétaire informe l'absence de livret d'accueil mais la mise à disposition d'une plaquette d'information.</p> <p>Le contrat de séjour type a été identifié par la mission.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ? 		X		<p>Remarque n° 15 : Il n'existe pas de procédure identifiée par la mission en ce qui concerne le consentement des usagers sur les prestations délivrées et leurs obligations.</p>
3.1.2. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement				
<ul style="list-style-type: none"> - Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs, jouets favoris...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? 				

<ul style="list-style-type: none"> - Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? - Est-ce que le secret médical est respecté ? 		X		<p>Les dossiers des résidents sont situés dans le bureau de la secrétaire d'accueil.</p> <p>ECART n° 9 : non respect du secret médical</p> <p>Il a été constaté dans les dossiers des résidents des données médicales confidentielles, non séparés des informations administratives des usagers, consultables par tous les salariés non soignants.</p>
3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe				
<ul style="list-style-type: none"> - 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>REMARQUE n° 16 : insuffisance de personnels soignants en poste</p> <p>un manque de personnels constaté le 2/02/21 : ■ AS ce jour sur ■ ETP effectifs AS requis.</p> <p>La relève et les transmissions d'informations relatives à la prise en charge en soins des résidents entre personnels sont réalisées oralement à 14h30, parfois retranscrites sur un tableau VELEDA mural (Cf. photos) mais non formalisés par un compte rendu tracé dans le logiciel ■■■■■.</p> <p>Le logiciel ■■■■■ est en place depuis 3 ans et développe de nombreuses interfaces organisationnelles méconnues et non approprié par le personnel soignant (IDE/AS) en poste.</p> <p>La mission d'inspection a constaté sur site qu'il n'est pas prévu de plan de formation du système d'information ■■■■■ pour les personnels soignants. Ce constat corrobore les propos de Mme ■■■■■, IDE en poste le 02/02/2022 lors de son entretien.</p> <p>Ce constat identifie un point de faiblesse voire un facteur de risque de dysfonctionnement dans l'organisation des soins et dans la structuration du projet de soins individualisé des résidents accueillis dans cet EHPAD. Lors de son audition, la secrétaire (Mme ■) a précisé que des réunions de direction se tiennent avec le directeur : Depuis arrivée de M. ■■■■■, directeur, il y a eu toutes les semaines puis tous les 15 js –des comptes rendus sont rédigés. Dans la documentation fournie, il a été identifié un document relié comportant la copie de comptes rendus et de de notes d'information.</p> <p>En ce qui concerne les transmissions, la secrétaire Mme ■ a déclaré que toutes les transmissions se font sur le logiciel ■■■■■ – les agents de nuit notent leurs observations sur cahier – Il existe en plus un cahier de transmission pour faciliter le passage des informations</p>

				<p>entre l'Equipe de nuit (■Agent social faisant fonction d'AS et ■ASH) la nuit pour faciliter le passage des informations entre l'équipe de nuit et de jour. La mission n'a pas pu vérifier les documents évoqués par la secrétaire.</p> <p>En ce qui concerne l'utilisation du logiciel ■■■■■■■■, une formation de base a été faite. La mission n'a pas constaté sur site l'existence d'un mode d'emploi à disposition des agents concernés.</p> <p>Selon la secrétaire Mme ■■■■■■■■, pour appréhender le mode d'emploi de ce logiciel, il suffit de « cliquer » sur le point d'interrogation dans la page d'accueil de l'écran d'accueil de ■■■■■■■■.</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 prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ? L.311-3 du CASF			X	<p>ECART n° 10: non respect du bien être et de la dignité de la personne âgée</p> <p>Mise en pyjamas précoces en début d'après-midi pour les patients dépendants.</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)			X	<p>ECART n° 22 : 7 résidents sur 63 accueillis le jour de l'inspection sont porteurs de médaillons ou de bracelet anti-fugue. Absence de justification médicale identifiée par la mission.</p>
- La mise sous contention d'une personne accueillie s'opère-t-elle dans le cadre d'un protocole interne formalisé incluant la personne ou son représentant et les personnels (éducatifs, soignants, médicaux) ?		X		<p>ECART n° 11 : Prescription médicale de contention sans préciser la durée de la contention sans réévaluation périodique et pas de concertation pluridisciplinaire.</p> <p>Fiche de chute traçée sur ■■■■■■■■.</p> <p>Le protocole de la contention physique n'est pas daté et non visé. Le suivi des prescriptions « contentions » est visée pour la semaine du 15/09 au 21/09/2014 pour la période sans complétude sur la Liste des résidents concernée par le type de contention :</p> <p>(2 barrières, ceinture, sécuridrap, grenouillère...).</p>
<p>L.311- 3 du CASF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Article L. 1110-2 du Code de la santé publique : • « La personne malade a droit au respect de sa dignité » • Implique que tout homme est en droit d'être respecté par autrui • <p>Les droits et libertés fondamentaux : (définis dans la constitution et des textes européens, telle la CEDH) • Liberté d'aller et venir • Son corollaire : le droit au respect de la vie privée •</p>				

<p>Article 3 de la Charte des droits et liberté des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : • « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »</p> <p>Recommandations de l'ANAES (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé aujourd'hui HAS : haute autorité de santé), octobre 2000 : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » • Du fait de l'absence d'efficacité scientifique prouvée • Du fait des conséquences parfois gravissimes d'une telle pratique • Donc volonté de réduire au maximum cette pratique</p> <p>• Article 72 de la Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41, du 26 janvier 2016</p> <p>EXCEPTION :</p> <p>En cas d'urgence Sans prescription en amont de la mise en œuvre de la mesure de contention Conformément au décret sur les missions et fonctions de l'infirmière mentionnées dans le code de la santé publique ☒ Article R. 4311-2 CSP : mission première de protection du patient</p> <p>☒ Article R. 4311-5 du CSP (alinéa 27)</p> <p>L'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement, notamment en procédant à la Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;</p> <p>☒ Article R. 4311-7 du CSP</p> <p>L'infirmier est habilité à pratiquer des actes tels l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention :</p> <p>- soit en application d'une prescription médicale</p>			<p>(Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)</p>
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : <p>A noter que l'infirmière qui a une fonction de coordination et d'encadrement est responsable des actes des personnes qu'elle encadre et coordonne : Article R. 4312-36 CSP</p>			
3.2.3 Alimentation /repas			
<ul style="list-style-type: none"> - 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...) ? 	X		<p>Remarque 17 : Point de vigilance suite aux observations réalisées dans les étages quant à l'installation des personnes prenant leur repas au lit et leur besoin d'accompagnement (possible risque de fausse route identifié)</p>
3.3 Soins			
3.3.1 Composition de l'équipe médicale			
<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la composition de l'équipe de soins ? <p>Art D 312-156 à D 312-159-1 CASF</p>		X	<p>ECART n° 12 : absence de médecin coordonnateur depuis 3 ans ■ IDE et ■ AS (aides soignantes ou agents sociaux = faisant fonction d'aides soignantes) (Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)</p> <p>effectif requis : ■ DE et ■ AS : Sur le planning du 02/02/2022 : ■ IDE + ■ AS Sur le planning du 03/02/2022 : ■ IDE + ■ AS</p> <p>Etat des effectifs d'aides soignants sur le tableau fourni par la DRH le 8/02/22 : existence de ■ faisant fonctions d'AS sans diplôme sur un effectif total de ■ aides soignants ; il est à noter sans précision sur leurs qualifications : d'une auxiliaire de soins et d'un agent social affecté aux soins</p>

3.3.2 Projet de soins individuel / Partage des informations médicales et paramédicales				
<p>- Un projet de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?</p> <p>Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation. Cette démarche est un facteur-clé pour la réussite de l'élaboration du projet d'accompagnement.</p>			X	<p>Remarque 18 : Lors d'un changement de GIRAGE, les familles ne sont pas informés.</p>
<p>- Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?</p> <p>Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. SaintDenis: Anesm; 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf rappel des droits est tiré du Code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L. 311-3, 3° et 7° et de l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie (CDLPA) obligatoirement jointe au livret d'accueil remis à la personne âgée lors de son admission dans l'établissement. Dans ce document, le terme de proche comprend aussi le proche-aidant: selon l'article L. 113-1-3 du CASF: « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »</p>		x		<p>(Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)</p>

- Un plan de soins (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?			x	Remarque 19: il existe un plan de soins individualisé mais non concerté en équipe pluridisciplinaire, non formalisé et non réévalué périodiquement
- Les plans de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?		x		(Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)
- La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...) ?		x		Lors de la fermeture partielle du logiciel ██████████, le Dossier médical est accessible pour l'IDE. (Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)
- Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical sont-elles organisées et formalisées ?		x		Transmissions orales, mais traçabilité SI ██████████ Partielle (Cf. photo)
- La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ?		x		(Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)
- Les soins palliatifs et la fin de vie sont-ils organisés et protocolisés ?		x		(Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)
3.3.3 – Coordination des professionnels pour la prise en charge médicale interne ou externe				
- La prise en charge médicale repose t'elle sur la coordination des professionnels ?		X		(Cf. chapitre 5- POINT DE CONTROLE)

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	Des partenariats existent avec l'Hôpital de Lozère et le CMP pour les résidents présentant des troubles psychiatriques. Lors de son audition, le Directeur précise à la mission – « Ide – Mme [REDACTED] a dit « on n'en a pas besoin du partenariat avec le CMP », IDE faisant fonction IDEC en 2020 – titulaire depuis 16 ans – Elle a démissionné de son poste IDEC en 2021 – elle est aujourd'hui IDE à l'EHPAD »
	- La structure a-t-elle conclu des conventions de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement ?		X		Remarque n° 19 : La mission n'a pas été en mesure de constater l'existence des contrats conclus entre les professionnels libéraux et la direction de l'établissement
	- La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en charge ? concerne les parcours de soins spécifiques (cancer – dialyse – psychiatrie,...)			X	Oui avec la filière de psychiatrie.

<p>5.1. ORGANISATION DES SOINS ET PREVENTION</p> <p>a) la coordination :</p> <p>-Existe-t-il un médecin coordonnateur ?</p> <p>-qualification</p> <p>-temps de présence</p> <p>-en son absence, quel recours ?</p> <p>.</p> <p>b)Rôle du médecin coordonnateur Art L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Décret n° 2011-1047 du 2/09/2011</p> <p>Circulaire DGCS/SD3A/2012/404 du 7/12/2012</p> <p>Article D.312-157 (CASF)</p> <p>Article D.312-158 (CASF)</p> <p>Article D.312-159 (CASF).</p> <p>Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Le Code de l'Action Sociale et des Familles impose aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA, foyers-logements) l'élaboration d'un plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique appelé "Plan Bleu". L'élaboration de ce plan est, par ailleurs, fortement recommandée pour les structures d'accueil pour personnes âgées et/ou handicapées</p>	Equipe médicale	OUI	NON X	EN PARTIE	<p>ECART n° 13</p> <p><u>Le MEDECIN COORDONNATEUR</u> (MEDEC): n'est plus en fonction depuis 3 ans. Les constats de la missions d'inspection sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'avis sur les admissions, - Pas à la visite de pré-admission, - Pas identifié de projet global de soins. - Pas de réunions formalisées avec les intervenants professionnels libéraux externes (médecins traitants) - Pas de réunion de synthèse avec le personnel soignant (médecin coordonnateur absent lors des transmissions) - Pas de mise en place de la Commission de Coordination Gériatrique (lieu privilégié d'échange entre l'équipe soignante et les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement). -Non respect de la 13^{ème} mission du médecin coordonnateur (prescription en situation exceptionnelle d'urgence...). - Pas de protocoles actifs, réactualisés (certains datant de 2007, 2009 et 2014), de conduite à tenir vis-à-vis des risques médicaux, formalisés, actuels, connus des personnels soignants, discutés en réunion pluridisciplinaire ou ayant fait l'objet d'un travail concerté avec les équipes de soins (notamment dans la prévention des chutes, de la dénutrition et des contentions, plan bleu...): le classeur présenté le jour de l'inspection contient divers documents réalisés par d'autres établissements. <p>Lors de la validation de la coupe PATHOS, du 19/05/2021du EHPAD RESIDENCE LES TROIS SOURCES, ■% son des femmes et ■% des hommes.</p> <p>■% sont GIR1 ou 2 dont ■% GIR2 dont ■% de syndrome démentiel.</p>

<p>b) Etat des indicateurs PATHOS et AGGIR au sein de l'EHPAD RESIDENCE LES TROIS SOURCES</p> <p>c) Prévention et analyse des chutes accidentelles des résidents âgés : recherche de facteurs prédisposants conformément aux recommandations HAS (novembre 2005 et 2020) : Chuter n'est pas une étape du vieillissement mais une urgence gériatrique.</p> <p>d) Prévention de la contention : (Cf. guide HAS version du 01/06/2005 d'évaluation et d'amélioration des pratiques permet de mieux évaluer le rapport bénéfice/risque des contentions physiques chez les sujets âgés, d'envisager les possibilités de maîtriser les risques et de diminuer sa fréquence d'utilisation. Le recours à la contention physique doit rester exceptionnel et relève exclusivement d'une urgence médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si elle est envisagée, elle relève d'une prescription médicale obligatoire étayée par une réflexion multidisciplinaire • La contention n'est envisageable qu'en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles, pharmacologiques et lorsqu'il existe un danger élevé à court terme - La recherche préalable d'alternatives à la contention doit être systématique 					<p>Suite à une extraction des données statistiques dissues du logiciel [REDACTED], il a été constatée sur la période du 01/12/2021 et le 04/02/2022 17 chutes de résidents dont 10 au 1^{er} étage, dont un décès le 31/12/2021.</p> <p>Par ailleurs, au titre de l'entretien avec l'IDE Mme [REDACTED] présente le jour de l'inspection le mercredi 02/20/2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> -il a été porté à la connaissance de la mission d'inspection, que 30 résidents sont mis en contention au 1^{er} étage, 20 résidents au 2^{ème} étage et 7 résidents au 3^{ème} étage sur 63 résidents accueillis. -il a été porté à la connaissance de la mission d'inspection une recrudescence de chute de résidents en fin d'année 2021 dont le constat de chute d'une résidente décédée 48 heures après hospitalisation, fait par une AS Mme [REDACTED] le 29/12/2021 à 11h05 sans témoin dans la salle de bain « la tête contre le radiateur d'où la plaie à la tête ». L'IDE et le Dr [REDACTED] ont été informés à 14h51, sans appel des urgences. A 15h59, « allongée sur son lit.. » et à 16h45, « vomissements, prise des constantes vitales (TA 130/80 Pouls 79 dextro 1,33 et température à 36°7. A 16h09, vomissements plusieurs fois cet après-midi, médecin informé, ambulance Sandy Fanny non disponible. 16h28, appel des pompiers pour transfert vers les urgences du CH. [REDACTED] via le cabinet du Dr [REDACTED]. Régulation médicale et hospitalisation aux urgences du centre hospitalier du CH. [REDACTED]. <p>Arrivée aux urgences le 29/12/2021 à 19h14 inconsciente et aréactive avec la GLASGOW à 3. L'indication du scanner cranio-encéphalique à 19h03 pour traumatisme crânien sous [REDACTED], à la recherche d'un hématome retrouve un volumineux hématome frontal droit estimé à 85 cl, avec inondation ventriculaire et début d'engagement sous-falcique. Le retour de la résidente à l'EHPAD a eu lieu le 30/12/2021 à 13h31 à la demande de ses filles et dans le respect des volontés de la résidentes (sans traçabilité des directives anticipées retrouvées le jour de la mission d'inspection). Elle est décédée à l'EHPAD le 31/12/2021 à 7h45.</p>
---	--	--	--	--	---

<p>c) Lutte contre la iatrogénicité médicamenteuse Loi du 9 août 2004 (lutte contre la iatrogénie médicamenteuse). Circulaire N°DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n°2011 du 2 septembre 2011. Article L.313-12 1 (CASF) Article L.312-12 (CASF) Article D.312-158 (CASF) Article L.165-1 Code de Sécurité Sociale</p> <p>Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients</p>					<p>ECART n° 14 : non respect des modalités de surveillance et de signalement des chutes</p> <p>La mission d'inspection s'interroge sur LA SURVEILLANCE DES CHUTES des résidents notamment sous anticoagulants et sur la surveillance biologique (BILAN DE COAGULATION) :</p> <p>La procédure de signalement de la chute des personnes âgées par la complétude d'une fiche de constat de chute n'est pas respectée par le personnel soignant de cet EHPAD.</p> <p>Cette fiche n'a pas été remise à la mission d'inspection ; Pour autant elle prévoit à tout personnel de l'établissement de déclarer les chutes, et préciser les gestes à effectuer lors de la chute (rechercher d'éventuelle lésion traumatique, organiser une surveillance médicale de l'usager, appeler ou faire appeler le médecin, noter l'heure de la chute, la cause de la chute rempli par le médecin..., la traçabilité des informations et observations en temps réel, la conduite à tenir en cas d'EIG, son évaluation et sa surveillance).</p> <p>Cette situation constitue :</p> <ul style="list-style-type: none"> -un facteur de risque et de dysfonctionnement du fait que l'encadrement et le suivi actuel des prescriptions médicales pour ces résidents ne présentent pas les meilleures garanties pour leur santé. -un retard de prise en charge médicale, diagnostique et thérapeutique d'une urgence gériatrique et donc une perte de chance pour cette résidente. <p>ECART n° 15</p> <p>-Commentaires :</p> <p>La mission d'inspection émet les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> un dysfonctionnement avec retard de prise en charge médicalisée dans les situations d'urgence vitale des résidents dans cet établissement. -Un défaut d'astreinte médicale et IDE dans le cadre de la permanence des soins (nocturne et week-end) et absence de procédure formalisée pour la conduite à tenir pour la prise en charge d'une urgence gériatrique. -Une Collaboration insuffisante entre soignants,
--	--	--	--	--	---

<p>MINSANTE N°2021-96 (26/07/2021) : En cas de résultat positif par un test antigénique naso-pharyngé (TAG), une RT-PCR de diagnostic doit être réalisée dans les 24h suivant le TAG (RT-PCR de diagnostic simple et de criblage en première intention ou RT-PCR de diagnostic simple couplée à une RT-PCR de criblage). Si le résultat de diagnostic obtenu par cette RT-PCR et celui du TAG sont discordants, c'est celui de la RT-PCR qui doit être retenu. Un TAG nasal (« autotest ») positif ne doit pas être considéré comme une confirmation du diagnostic, et doit être suivi dans les 24h d'un test RT-PCR pour confirmer ou infirmer l'infection</p> <p>DGS-URGENT N°2022-06 (107/01/2022) : Les tests antigéniques positifs ne doivent plus faire l'objet d'une confirmation par un test RT-PCR</p>					<p>-Un défaut de culture de la qualité au titre de la déclaration d'événement indésirables graves (EIG) associés aux soins aux autorités sanitaires conformément au Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.</p> <p>Autre constat appuyant ce défaut de culture de la qualité au titre de la déclaration d'EIG : le jour de l'inspection, Me [REDACTED], IDE présente informe la mission qu'une résidente a présenté un test antigénique positif le 30/01/2021. Cette résidente a été placée en isolement « et confinée en chambre, avec chariot et équipement de protection individuelle » mis à disposition à proximité de la chambre de la résidente. Elle bénéficie d'un schéma vaccinal complet (3^{ème} dose ou dose de rappel le 07/11/2021 par vaccin [REDACTED]) et le résultat du test RT-PCR réalisé le 31/01/2022 à 15h07 (date du prélèvement) est négatif. La mission d'inspection ne retrouve pas de traçabilité sur l'information donnée aux familles quant au statut positif au COVID de la résidente.</p> <p>Une déclaration ou signalement de cas COVID au sein de cet EHPAD auprès du point focal régional de veille et sécurité sanitaire de l'ARS Occitanie sans délai n'est pas connue de nos services.</p> <p>Ecart N° 16 : Non respect des instructions sanitaires applicables aux mesures de gestion de la crise COVID en ESMS.</p> <p>Il s'agit donc d'un cas COVID infirmé, dont les mesures de placement en isolement dans la chambre n'est pas indiqué. La contrainte à l'obligation d'isolement est imposée à la résidente dépendante (GIR2), sans information de son entourage familiale.</p> <p>Cet écart explicite la méconnaissance ou la négligence passive par le personnel soignant du respect de la réglementation dans la gestion d'un cas COVID au sein de cet EHPAD, de la liberté d'aller et venir, et le respect de la dignité sans recueil du consentement préalable de la personne de confiance.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>article L311-3, 1° CASF : Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement »</p> <p>d) sécurisation du circuit du médicament : Article L.5126-6-1 CSP</p> <p>L'article R.4311-4 du CSP : précise que « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. »</p> <p>Article L313-26 du CASF : Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.</p>				<p>ECART n° 17 : non respect de la réglementation relative à la sécurisation du circuit du médicament</p> <p>-Conditions de détention des médicaments.</p> <p>Au sein l'EHPAD, l'armoire à pharmacie se trouve dans l'infirmierie. L'accès est sécurisé par un détecteur de badges mis à disposition aux IDE ainsi qu'aux AS.</p> <p>Le chariot de distribution des médicaments est disposé dans l'infirmierie, attenant à la salle de soins. Les plateaux de médicaments sont stockés dans une armoire non fermée à clé dans l'attente de l'administration. Un sac d'urgence entreposé dans la salle de soins (contenant des équipements nécessaire pour restaurer une fonction vitale défaillante de ventilation, circulation) est incomplet (absence d'oxymètre de pouls, bandelettes glycémiques réactives périmées) et non contrôlé régulièrement.</p> <p>Commentaires de la mission : « En 2018, le Tribunal de Grande Instance de Lille retient la responsabilité d'un établissement du fait d'une part, du retard dans la transmission aux médecins des informations recueillies par le personnel infirmier et d'autre part, de l'équipement incomplet mis à disposition des praticiens libéraux intervenant en son sein ».</p> <p>Un sac ou chariot d'urgence incomplet témoigne donc d'une faute d'organisation de l'établissement.</p> <p>ECART n° 18 : conditions de détention des médicaments non conformes aux bonnes pratiques professionnelles.</p> <p>Les conditions de détention des médicaments ne sont pas conformes aux bonnes pratiques professionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les traitements de chaque résidant ne sont pas regroupés dans des casiers individuels, le rangement dans des containers, bien que portant le nom et le prénom, disposés à l'intérieur d'une armoire ouverte étant source de confusion. - Non prise en compte des médicaments non consommés lors de la dispensation, à l'origine de quantités importantes pour certaines molécules. -Pas de procédure pour ce qui concerne la gestion des rompus qui sont stockés dans le local à pharmacie, parfois sous forme de stocks périmés
--	--	--	--	---

				<p>(Cf. photo en annexe) pour lesquels l'élimination dans des conditions conformes aux textes réglementaires en vigueur n'est pas assurée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le broyeur électrique de comprimés médicamenteux contient au sein de sa cupule des résidus pharmaceutiques engendrant un risque d'interactions médicamenteuses chez des résidents polymédicamentés. A ce titre, le gestionnaire de l'EHPAD ne dispose pas de procédure spécifique concernant l'écrasement des comprimés et aucune liste indicative de médicaments dont la forme galénique est modifiable n'a été mise à disposition des IDE et des AS. - Le suivi des péremptions ne fait pas l'objet d'une procédure interne bien que soit prévu dans les missions de l'IDEC la gestion du circuit du médicament (Cf. photo N°). <p>Pas de sécurisation du coffre à toxiques, bien que scellé, fermé à clé et installé dans une armoire ouverte de stockage pharmaceutique (Cf. photo).</p> <p>La mission d'inspection a constaté lors de son passage que le coffre à toxiques ne contenait pas de carnet à souches, ce dernier étant placé dans un tiroir du bureau des IDE et accessible à tout public (Cf. photo n°). Le coffre à toxiques contient le jour de l'inspection une clé USB « Orange » et un câble informatique. (Cf. photo n°). Une boîte de morphine sans prescription médicale, et non restituée ou recyclée par la pharmacie d'officine de proximité est stockée dans le coffre à stupéfiants.</p> <p>-L'absence de surveillance et de relevé quotidien de la température du réfrigérateur ne permet pas de garantir la qualité des médicaments thermosensibles qui y sont stockés (Cf. photos).</p> <p>Administration des médicaments : Ecart N°19 : L'administration des médicaments par les AS n'est pas formalisée dans une « Procédure d'administration des médicaments », et ne fait pas l'objet d'un « Protocole de soins infirmiers » détaillé en précisant les modalités de délégations de compétences. Ecart à la réglementation (Cf. articles R.4311-4 du CSP et L313-26 du CASF) .</p> <p>Lors de l'entretien avec l'IDE Mme [REDACTED] présente le jour de l'inspection le mercredi 02/20/2022, il a été porté à la</p>
--	--	--	--	---

<p>e) Gestion et de l'élimination des DASRI (Art. R 1335-2 du code la santé publique). >Tout au long de la filière, Obligations sont les suivantes : Art. R 1335-3 à 8 CSP >Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages de DASRI, modifié par l'arrêté du 6 janvier 2006)</p> <p>> Arrêté du 7 sept 1999 complété par l'arrêté du 14 octobre 2011 > Arrêté TMD du 29 mai 2009 complété par l'ADR du 1er janvier 2009</p> <p>f)La loi relative à la gestion de la crise sanitaire ayant été adoptée et validée par le Conseil constitutionnel le 5 août, l'obligation vaccinale et le passe sanitaire s'appliqueront à compter du 9 août au sein des établissements et services accompagnant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dans les conditions définies par le décret n° 2021-1059 du 7 août 2021</p>					<p>connaissance de la mission d'inspection que l'administration des médicaments aux résidents du 1^{er} étage est effectuée le matin par les aides soignantes (AS) ou faisant fonction d'aides soignantes (agents sociaux) sans la supervision de l'IDE en fonction.</p> <p>Ecart N° 20 : Le conditionnement des DASRI n'est pas respecté : Les emballages sont à usage unique. Ils sont identifiés comme non fermés définitivement (dans le respect de la limite de remplissage), les boîtes et mini-collecteurs étant suspendus au chariot par un support de fixation. Les cartons d'emballage ne sont pas doublés (Cf. Photos)</p> <p>Le local d'entreposage intérieur des DASRI ne répond pas aux prescriptions suivantes : Bien qu'installé à l'extérieur de l'EHPAD, il n'est pas ventilé, ni éclairé ni protégé contre les intempéries, notamment la chaleur, non sécurisés par des dispositifs contre le vol, la dégradation, le risque incendie (Cf. Photos)</p> <p>La majorité des résidents a bénéficié d'un schéma vaccinal complet avec un rappel (3^{ème} dose) (en date du 14/09/2021 pour la plupart d'entre eux, d'autres le 06/02/2022, et les 17/02, 19/04/2022).</p> <p>Ecart N° 21 : Etat de vaccination des personnels au 30/09/2021 : 3 personnels n'ont pas transmis au responsable légal de l'EHPAD une attestation justifiant d'un schéma vaccinal complet. Une IDE en CDD n'est pas vaccinée ou n'a pas bénéficié d'un schéma vaccinal complet sans notion de certificat médical de contre indication absolue ou de rétablissement transmis au directeur.</p>
--	--	--	--	--	--

I- SYNTHÈSE

3.1. Synthèse des écarts et des remarques émis par la mission.

ECARTS	REMARQUES
ECART n° 1 : Il a été constaté l'absence du registre légal des entrées et sorties	Remarque n°1 : L'organigramme présenté à la mission a été actualisé le 21 novembre 2021. Il n'est pas hiérarchique ni fonctionnel
ECART n° 2 : le jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas de projet d'établissement valide.	REMARQUE n° 2 : La délibération du CCAS en date du 22 janvier 2021 ne fait pas référence à l'article D315-71 du CASF
Ecart n° 3 : le CVS ne se réunit pas régulièrement dans sa formation règlement, un seul compte rendu de CVS en date du 19/12/19 a été remis à la mission.	REMARQUE n° 3 : La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée et sécurisée.
ECART n°4 : Absence de 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.	Remarque n° 4 : Il n'existe pas de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée. Il n'existe pas de plan de formation relatif à cette thématique.
ECART n° 5 : Les chutes déclarées par l'infirmière entendue par la mission n'ont pas été déclarées aux autorités de contrôle	Remarque n°6 : Il n'existe pas de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers. Pas de registre ou de cahier de réclamations.
ECART n°6 : absence de qualification des agents sociaux faisant fonctions d'aides soignants	Remarque n° 7 : Aucune fiche de poste n'a été identifiée dans les dossiers RH consultés par la mission
ECART n° 7 : non respect des bonnes pratiques professionnelles (ANESMS/HAS)	Remarque n° 8 : Il existe des glissements de tâches (page n° 20 du rapport)
ECART n° 8 : système d'appel déficient	Remarque n° 9 : La liste du personnel a été demandée le jour de l'inspection. Il n'existe pas de registre du personnel. Un tableau du mouvement du personnel existe. Il enregistre les entrées et sorties des agents.
ECART n° 9 : non respect du secret médical	Remarque n° 10 : Il ressort des entretiens l'absence d'actions de formation sur l'année 2021.
ECART n° 10: non respect du bien être et de la dignité de la personne âgée Mis en pyjama précoce.	Remarque n° 12 : difficultés dans le remplacement des agents de nuit
ECART n° 11 : Prescription médicale de contention sans préciser la durée de la contention sans réévaluation périodique et pas de concertation pluridisciplinaire.	Remarque n° 13 : De nombreux équipements présentent des signes visuels d'usure avancée (fauteuil de repos en chambre, fauteuils roulants)

ECART n° 12 : absence de médecine coordonnateur depuis 3 ans,	Remarque n° 14 : Il n'existe pas de procédure d'admission formalisée. Il n'existe pas de commission d'admission.
ECART n° 13 cf. précisions apportées page n° 32 du présent rapport	Remarque n° 15 : Il n'existe pas de procédure identifiée par la mission en ce qui concerne le consentement des usagers sur les prestations délivrées et leurs obligations.
ECART n° 14 : non respect des modalités de surveillance et de signalement des chutes	REMARQUE n° 16 : insuffisance de personnels soignants en poste
ECART n° 15 cf. page n° 34 du présent rapport	REMARQUE 17 : Point de vigilance suite aux observations réalisées dans les étages quant à l'installation des personnes prenant leur repas au lit et leur besoin d'accompagnement (possible risque de fausse route identifié)
Ecart N° 16 : Non respect des instructions sanitaires applicables aux mesures de gestion de la crise COVID en ESMS.	REMARQUE 18 : Lors d'un changement de GIRAGE, les familles ne sont pas informés.
ECART n° 17 : non respect de la réglementation relative à la sécurisation du circuit du médicament	REMARQUE 19: il existe un plan de soins individualisé mais non concerté en équipe pluridisciplinaire, non formalisé et non réévalué périodiquement
ECART n° 18 : conditions de détention des médicaments non conformes aux bonnes pratiques professionnelles.	
Ecart N°19 : L'administration des médicaments par les AS n'est pas formalisée dans une « Procédure d'administration des médicaments », et ne fait pas l'objet d'un « Protocole de soins infirmiers » détaillé en précisant les modalités de délégations de compétences. Ecart à la réglementation (Cf. articles R.4311-4 du CSP et L313-26 du CASF).	
Ecart N° 20 : Le conditionnement des DASRI n'est pas respecté :	
Ecart N° 21 : Etat de vaccination des personnels au 30/09/2021 : 3 personnels n'ont pas transmis au responsable légal de l'EHPAD une attestation justifiant d'un schéma vaccinal complet. Une IDE en CDD n'est pas vaccinée ou n'a pas bénéficié d'un schéma vaccinal complet sans notion de certificat médical de contre indication absolue ou de rétablissement transmis au directeur.	
ECART n° 22 : 7 résidents sur 63 accueillis le jour de l'inspection sont porteurs de médaillons ou de bracelets anti-fugue, sans justification médicale identifiée par la mission. Non respect de la liberté d'aller et venir prévue à l'article L311-3-1° du CASF	

L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à **un niveau critique très élevé** élevé (multiplicité des écarts relevés, probabilité de survenance d'anomalies, niveau de gravité de ces anomalies) au regard de la maîtrise du risque de maltraitance et de sécurisation de la prise en charge des résidents voire de négligence des pratiques professionnelles dans l'EHPAD « les 3 sources » pour les motifs suivants :

➤ **Sur le plan médical :**

- Le retard de prise en charge médicale, diagnostique et thérapeutique d'une urgence gériatrique et donc une perte de chance pour une résidente.
- Le non respect des dispositions réglementaires relatives à l'obligation vaccinale des professionnels de santé exerçant au sein de cet EHPAD conformément à la Loi du 5 août 2021 applicable à compter du 9 août au sein des établissements et services accompagnant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dans les conditions définies par le décret n° 2021-1059 du 7 août 2021
- La non sécurisation du circuit du médicament, dans le sac d'urgence, et dans le coffre à stupéfiants, dans la mise à disposition des produits médicamenteux injectables périmés le jour de l'inspection sur site.
- L'absence de protocole relatif à la distribution nocturne des médicaments par l'aide-soignante , en l'absence de l'IDE.
- La non sécurisation des données à caractère médical sur le logiciel [REDACTED].
- La réactualisation et la mise en conformité au titre du CASF des protocoles cliniques de prévention et de prise en charge des résidents accueillis en EHPAD (chute, contention, déshydratation, dénutrition, plan bleu...)
- L'absence d'évaluation du bénéfice/risque de la contention : si elle est reconduite, celle-ci doit se faire de façon exceptionnelle, en l'absence de solutions alternatives après évaluation médicale, en concertation pluridisciplinaire et en respectant les préconisations et les recommandations HAS.
- La sécurisation de certaines chambres de résidents équipés de sonnettes d'appels malades reportés sur BIP n'est pas garantie au 1er étage

Sur les autres points critiques: méconnaissance des droits des usagers – non respect de leur bien être et de leur dignité

- Le projet de vie individualisé n'est pas formalisé pour chaque résident.
- Le non-respect des droits et de la dignité des personnes accueillies dans cet EHPAD (par méconnaissance et défaut d'effectif), mise en pyjamas précoces en début d'après-midi pour les patients dépendants
- l'exercice des droits et libertés individuels n'est pas garanti (cf. Ecart n° 22)

➤ **Fonctions support**

Globalement dans le cadre de cette mission , il est relevé une fragilité de la fonction RH et des processus RH au sein de l'établissement. En effet sont identifiés entre autres les points suivants :

- des logiciels déclarés non fiables et possiblement des agents peu formés à ces outils, un turn over des agents de ce service administratif
- une tenue des dossiers individuels des agents non homogène, des pièces obligatoires manquantes dans les dossiers
- une organisation du processus RH à réaliser (organisation et suivi prise des congés payés, validation et suivi des heures supplémentaires...)
- une fragilité voir absence du plan de formation annuel des équipes (les éléments aux dossiers des salariés marquent l'absence d'un plan de formation organisé au cours des dernières années)
- une possible insuffisance de réunion-lien fait par les équipes (ou leur responsable) avec les équipes nuit.

- par ailleurs, mais non investiguées dans le cadre de cette mission « Flash », pourraient amener à questionner le sujet du suivi de maintenance et du renouvellement des équipements, matériels et mobiliers.

➤ - **Gouvernance**

Il est également identifié au niveau de la gouvernance notamment :

- un défaut d'encadrement, management des équipes ;
- un défaut de signalement, l'absence de processus de signalement et de gestion des événements indésirables conformément aux dispositions légales et réglementaires ;
- l'absence de vision stratégique et de projet pour l'établissement (dont une projection financière), de plan d'action formalisé pour les années à venir de nature à donner du sens, favoriser un accompagnement au changement, prendre des mesures à court ou moyen terme en fonction de priorités identifiées... ensemble d'éléments devant assurer la qualité et la continuité d'accompagnement des personnes accueillies et la pérennité de fonctionnement de l'EHPAD.

Conclusion générale

Le responsable légal de l'EHPAD « les 3 sources (Meyrueis- 48) doit renforcer sans délai la sécurité du circuit du médicament et apporter les mesures correctrices en lien avec les autres points de non-conformité dans le cadre de l'organisation et de la coordination des soins.

Il doit revoir sa politique de prévention de la maltraitance au regard des obligations du CASF et notamment s'assurer de la qualification des personnels (diplômes, casiers judiciaires), mettre en place des projets de vie individualisés pour tous les résidents et veiller au respect de la tenue des registres obligatoires (des entrées/sorties, des décès paraphés signés). La faible maîtrise du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en oeuvre et son évaluation peut entraîner des conséquences préjudiciables sur la santé, la sécurité, le bien-être moral et physique des personnes accueillies et compromettre l'accompagnement des usagers.

L'équipe d'inspection estime au vu de l'ensemble des constats consignés dans le présent rapport et en tenant compte des constats précités communiqués par les auditrices du cabinet [REDACTED].

Que les conditions normales d'organisation et de fonctionnement de cet établissement ne permettent pas de sécuriser, avec certitude et efficience, la prise en charge des usagers accueillies. Les défauts d'organisation, l'insuffisance de formation des personnels ainsi que les difficultés de recrutement d'agents soignants, ont créé une situation propice à la survenue d'atteintes involontaires physiques et/ou psychologiques aux personnes âgées hébergées et au respect de leur dignité.

Au vu de la criticité de la situation constatée, de l'urgence à mettre en place des mesures correctrices dans des délais contraints, la mission préconise la mise en place urgente d'une mesure conservatoire par le déclenchement d'une administration provisoire assortie d'une suspension provisoire de l'autorisation, destinée à garantir la continuité de l'exploitation de l'établissement, la sécurité et la santé et le bien être moral et physique des résidents.

La mission préconise également la saisine du parquet de Mende compte tenu que certains faits constatés par la mission sont susceptible de revêtir une qualification pénale.

Constats faits le 2 février 2022.

Rapport signé par les membres de la mission, le 18 mars 2022.