

Service émetteur : **Délégation départementale de l'Aveyron**

Réf. :

Date : 11 octobre 2024

N° PRIC_ : MS_2023_12_CS_03

Monsieur le Président

Association ANRAS

3 chemin du Chêne Vert

31130 FLOURENS

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD « La Croix Bleue » à Capdenac Gare (Aveyron)

PJ : Rapport d'inspection

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives

Tableau de synthèse des écarts et remarques et mesures correctives retenues

Monsieur le Président,

A la suite de la lettre d'intention qui vous a été adressée le 4 mai 2024, vous m'avez fait part de vos observations dans les délais impartis, et transmis tout document complémentaire que vous jugiez nécessaire.

Après examen attentif de l'ensemble de ces éléments, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier. Le tableau définitif de synthèse des mesures correctives et le tableau des remarques, ci-joints, précisent les prescriptions et les préconisations maintenues avec leur délai de mise en œuvre. Je vous invite à communiquer à mes services, au fur et à mesure de leur mise en œuvre, les éléments demandés. Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

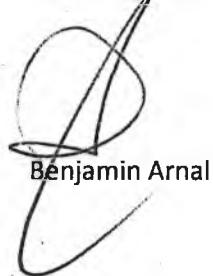
Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention, la présente décision ouvre

droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Général
Le Directeur de la Délégation Départementale
De l'Aveyron



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Benjamin Arnal".

Benjamin Arnal

Délégation Départementale de l'Aveyron

Tableau de synthèse des écarts et des remarques
Inspection EHPAD « La Croix Bleue » situé à Capdenac-Gare (Aveyron)

*Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.
Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable*

N°	Ecart	Prescriptions envisagées	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
E1	Le registre prévu à l'article L331-2 du CASF n'est pas coté et paraphé et comprend des erreurs de report des dates de sortie.	Corriger et mettre à jour le registre et le faire coter et parapher par le maire.	1 mois	[REDACTED]	Prescription 1 maintenue. Registre à mettre à jour et à faire signer par le maire.
E2	Le DUD du directeur contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CSAF en ce qu'il n'est pas à jour et que son périmètre ne correspond pas aux missions qui lui sont confiées	Actualiser le DUD	1 mois	[REDACTED]	Prescription 2 maintenue. DUD à transmettre avec traçabilité de sa validation
E3	Projet d'établissement de plus de 5 ans	Mettre en place une démarche d'actualisation / révision du projet d'établissement	18 mois	[REDACTED]	Prescription 3 maintenue
E4	Règlement de fonctionnement caduc au sens du CASF et sans preuve des consultations prévues et de la validation.	Actualiser le règlement de fonctionnement et tracer la consultation des instances et la validation du document (dates / modalités de consultation des PV).	3 mois	[REDACTED]	Prescription 4 maintenue
E5	Absence de déclaration aux autorités des évènements indésirables graves associés aux soins	Mettre en place la déclaration systématique des EIGS. Formaliser et communiquer une procédure de gestion des EI et EIG en	Immédiat	[REDACTED]	Prescription 5 maintenue

		intégrant la déclaration des EIGS, et sensibiliser les professionnels sur ce sujet.	4 mois		
E6	Inconscience de l'effectif infirmier et risque pour la sécurité des soins.	Réévaluer avec le médecin coordonnateur le besoin quotidien en temps infirmier et redéfinir l'organisation de l'équipe IDE.	2 mois		Prescription 6 maintenue afin de garantir une prise en charge constante et suffisante en IDE qualifiés, les temps dédiés devant être mieux adaptés au nombre de résidants et leur état de santé en particulier en semaine ouvrée
E7	Composition du conseil de la vie sociale non conforme aux dispositions de l'article D311-5 du CASF	Mettre la composition du CVS en conformité avec la nouvelle réglementation	6 mois		Prescription 7 maintenue. CR du CVS transmis avec personnes candidates. Manque le PV des élections. A transmettre avec composition complète du CVS.
E8	Température de l'eau excessive aux points d'usage et absence de guide d'interprétation des résultats des relevés de températures	Mettre en place des dispositifs de protection contre la brûlure en amont des points d'usage destinés à la toilette, comme préconisé dans le bilan technique sanitaire réalisé en 2014 par le bureau d'études Egua. Intégrer à la procédure de surveillance des dispositifs anti-brûlure un guide d'interprétation des résultats des relevés de température.	Immédiat		Prescription 8 maintenue : détail des dispositifs anti-brûlure posés, facture à transmettre, relevés de températures et procédure d'interprétation, photos....
E9	Absence de disconnecteur sur le réseau d'eau	Installer un dispositif de protection (disconnecteur à zone de pression réduite ou clapet EA) et mettre en place son contrôle périodique	6 mois		Prescription 9 maintenue.
E10	Dossier technique Amiante non mis à jour	Réaliser une mise à jour du DTA	1 an		Prescription 10 maintenue.

E11	Absence de convention d'élimination des DASRI	Etablir ou transmettre la convention d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux de l'EHPAD, et conserver les bordereaux d'élimination des déchets à disposition de l'ARS pendant 3 ans.	2 mois		Prescription 11 levée
E12	Absence d'affichage dans le local DASRI de la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang	Mettre en place une conduite à tenir et l'afficher visiblement dans le local	Immédiat		Prescription 12 maintenue jusqu'à la transmission d'une photo de cet affichage
E13	DASRI entreposés hors du local DASRI avant l'enlèvement	Redéfinir les modalités d'enlèvement des DASRI et assurer leur enlèvement directement dans le local dédié par le prestataire.	Immédiat		Prescription 13 levée
E14	Absence de qualification et/ou de formation du médecin Coordinateur dans le domaine de la gérontologie	Inscrire le médecin dans un cursus de formation en gérontologie.	1 an		Prescription 14 maintenue, l'inscription à une formation en gérontologie est à transmettre
E15	Sécurisation insuffisante de l'accès aux dossiers de soins informatisés (non renouvellement du mot de passe)	Sécuriser l'accès aux dossiers de soins conformément au RGPD, aux préconisations de la CNIL et au référentiel (opposable) d'identification électronique des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social de l'Agence du Numérique en Santé.	Immédiat		Prescription 15 levée
E16	Conditionnement non conforme des solutés (préparation et distribution)	Sécuriser et mettre en conformité le conditionnement des solutés de la préparation jusqu'à la prise des traitements.	15 jours		Prescription 16 levée

E17	Absence de procédure complète de distribution des traitements la nuit ou en l'absence d'IDE	Procédure à définir et à communiquer	2 mois		Prescription 17 levée
E18	Non-conformité de la gestion des traitements « si besoin »	Formaliser et mettre en œuvre une gestion des traitements « si besoin » conforme aux exigences réglementaires et aux bonnes pratiques. Ainsi tout médicament prescrit avec la mention "si besoin" fera l'objet d'un protocole nominatif établi, daté et signé par un médecin et précisant les modalités de sa mise en œuvre.	2 mois		Prescription 18 maintenue, transmettre le protocole

N°	Remarques	Préconisations envisagées	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
R1	Absence de dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations des usagers (résidents, famille..) formalisé, structuré et opérationnel.	Mettre en place ce dispositif de recueil et traitement des plaintes et réclamations, en s'appuyant sur les RBPP.	3 mois		Recommandation 1 maintenue Envoyer la procédure une fois validée
R2	Absence de démarche d'analyse et de gestion des risques, s'appuyant notamment sur la gestion des EI.	Mettre en place une démarche globale de gestion des risques.	6 mois		Recommandation 2 maintenue
R3	Méconnaissance par le personnel de la notion	Sensibiliser et accompagner les professionnels dans la déclaration	4 mois		Recommandation 3 maintenue

	d'événement indésirable grave dont ceux associés aux soins.	des EI et EIG			CR de réunion à envoyer avec les autres mesures d'accompagnement mises en place ou prévues
R4	Absence de dispositif actualisé de recueil, de traitement et d'analyse systématique des évènements indésirables graves en particulier liés aux soins, formalisé et opérationnel	Mettre en place une organisation chargée de l'analyse, du traitement et du suivi des EI et EIG, intégrant un bilan annuel de la mise en œuvre des actions.	4 mois		Recommandation 4 maintenue Transmettre la procédure et les CR des réunions d'analyse et de traitement des EI
R5	Plan bleu et plan de continuité de l'activité obsolète	Mettre à jour dans un format actualisé le plan bleu et le PCA	6 mois		Recommandation 5 maintenue
R6	Absence de traçabilité des essais du groupe électrogène	Réaliser des essais en charge du groupe électrogène, tracer dans un registre la date et la durée de l'essai. Il est recommandé de tracer aussi le niveau de fuel afin de pouvoir maintenir un niveau suffisant au bon fonctionnement du groupe électrogène.	1 mois		Recommandation 6 levée
R7	Registre du personnel non tenu à jour	A mettre à jour et suivre en temps réel	1 mois		Recommandation 7 levée
R8	Missions propres aux ASG non valorisées dans l'organisation et l'accompagnement	Travailler des fiches de postes spécifiques et intégrer les compétences acquises par les professionnels concernés dans leur rôle au sein des équipes.	6 mois		Recommandation 8 maintenue. La formation d'ASG permet d'adapter l'accompagnement aux personnes ayant la maladie d'Alzheimer, pas seulement en PASA. Compétence spécifique à valoriser dans

					l'accompagnement proposé par l'EHPAD
R9	Présence d'une seule IDE certains jours, insuffisant pour assurer la sécurité des soins	Revoir l'organisation des temps infirmiers	2 mois		Recommandation 9 maintenue, afin d'apporter les éléments de preuve de la présence continue de 2 professionnels qualifiés comme IDE tous les jours ouvrés de la semaine
R10	Accès aux locaux non sécurisés	Définir et mettre en œuvre les modalités adaptées de sécurisation des locaux	12 mois		Recommandation 10 maintenue Digicodes non actifs et portail d'accès à la route ouvert le jour de l'inspection. Règles de sécurité à expliciter
R11	Carnet sanitaire utilisé très partiellement et procédures non adaptées à l'établissement	Approfondir et organiser l'appropriation de l'utilisation du e-carnet par le personnel. Adapter les procédures aux installations de l'établissement.	6 mois		Recommandation 11 maintenue : les procédures adaptées à l'établissement sont à transmettre.
R12	Carnet sanitaire : Plans des réseaux d'eau non actualisés, absence de schéma de distribution d'eau chaude	Mettre à jour les plans des réseaux eau chaude et eau froide. Faire établir un schéma de distribution des réseaux. Faire établir un schéma de la production et l'afficher en chufferie. Regrouper au même endroit l'ensemble des éléments	1 an		Recommandations 12 maintenue : fournir le schéma de la production d'eau chaude.

		constituant le carnet sanitaire.			
R13	Absence de suivi du bilan technique d'Egua	Remettre à l'ARS un échéancier hiérarchisé de réalisation du plan d'actions listées en fin du bilan technique sanitaire réalisé en 2014 par le bureau d'étude Egua	3 mois		Recommandation 13 maintenue
R14	Relevés des températures d'eau chaude sanitaire en chaufferie incohérents	Corriger l'incohérence des températures en chaufferie. Vérifier le bon fonctionnement des bouclages.	Immédiat		Recommandation 14 levée
R15	Les opérations de maintenance du filtre présent sur l'arrivée d'eau du réseau public ne sont pas tracées	Toutes les opérations / changements de filtres sont reportées dans le carnet sanitaire.	Immédiat		Recommandation 15 levée
R16	Local DASRI potentiellement non adapté selon le volume de déchets produit par l'EHPAD	Mettre le local DASRI en conformité avec la réglementation si le volume de déchets produit confirme son inadéquation.	6 mois		Recommandation 16 maintenue
R17	Temps de coordination du soir entre IDE et AS de nuit insuffisant pour assurer une bonne transmission.	Revoir l'organisation des transmissions du soir et le temps qui y est consacré.	1 mois		Recommandation 17 maintenue à organiser avec au moins les effectifs qualifiés comme IDE, incluant l'IDEC et les AS de nuit.
R18	Dossier patient Informatisé (DPI) mal adapté aux pratiques des soignants, peu efficient et ergonomique (plan de soins notamment)	Etudier les possibilités d'évolution ou de changement de logiciel adapté aux pratiques.	6 mois		Recommandation 18 maintenue – Transmission des éléments de preuve du changement effectif de logiciel dont les formations

					associées avant la fin de l'année 2025
R19 et R20	Ancienneté et non-conformité aux RBPP des protocoles de soins / absence de protocoles formalisés et adaptés sur les thématiques de santé les plus importantes pour les personnes âgées (douleurs, soins palliatifs, etc.)	Engager et planifier une révision des protocoles de soins et de santé, intégrant la mise en place de protocoles adaptés et basés sur les RBPP sur les sujets les plus centraux de l'accompagnement soignant, ainsi que la diffusion et l'appropriation par les équipes de ces protocoles	6 mois		Recommandation 19 et 20 maintenues – Transmettre l'ensemble des protocoles révisés et validés, ainsi que le programme de diffusion réalisé associé en janvier 2025.
R21	Absence de politique formalisée et connue de bientraitance et de prévention de la maltraitance	Formaliser et diffuser une politique de bientraitance.	12 mois		Recommandation 21 maintenue Une procédure n'est pas une politique, qui doit inclure l'appropriation par les équipes et un travail continu sur pratiques favorisant la bientraitance, ainsi qu'un processus fonctionnel de signalement et de traitement des situations susceptibles de générer de la maltraitance.
R22	Défaut de production et d'actualisation de protocoles internes adaptés pour la prise en charge du traitement des résidents, validés par un médecin.	Réaliser une revue et une révision des protocoles et les faire valider et signer par le médecin.	3 mois		Recommandation 22 maintenue – Transmettre procédure révisée et validée, ainsi que sa diffusion effective associée en janvier 2025.

R23	Informatisation partielle des prescriptions médicamenteuses et double système (informatique / papier) de suivi des prescriptions	Redéfinir le processus de gestion et de suivi des prescriptions et l'informatiser en totalité.	6 mois		Recommandation 23 maintenue afin d'apprécier et mettre en place une intégration de manière sécurisée l'ensemble des prescriptions afin de réduire la part papier qui sera archivée.
R24	Chariot de distribution des médicaments non conforme aux bonnes pratiques	Travailler sur les bonnes pratiques et revoir le matériel et la gestion du chariot de distribution des médicaments / communiquer aux équipes.	3 mois		Recommandation 24 levée
R25	Absence de procédure en cas d'effet indésirable des traitements médicamenteux	Formaliser une procédure en adéquation avec les références et bonnes pratiques	3 mois		Recommandation 25 maintenue – Transmettre procédure révisée et validée, ainsi que sa diffusion effective associée en janvier 2025.
R26	Température élevée du local pharmacie	Mettre en place un dispositif de régulation de la température dans ce local	3 mois		Recommandation 26 maintenue, dans les 6 mois
R27	Gestion des médicaments périmés non conforme aux bonnes pratiques	Définir une gestion des médicaments périmés s'appuyant sur les bonnes pratiques applicables.	3 mois		Recommandation 27 levée
R28	Conventions avec les ES non actualisées et n'intégrant pas l'accès aux spécialités et l'accès direct non programmé (court séjour)	Actualiser les conventions de partenariat avec les établissements de santé en intégrant l'accès direct	12 mois		Recommandation 28 levée. Conventions transmises

R29	Absence de conventions avec d'autres ESMS et avec une UHR	Développer et formaliser ces partenariats	18 mois	[REDACTED]	Recommandation 29 maintenue. Transmettre les nouvelles conventions et les conventions révisées
-----	---	---	---------	------------	---