

Service émetteur : Direction des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la Qualité - Pôle inspections-contrôles

Monsieur Le Président
Association « Maison d'accueil les Caselles »
6 rue Jean Lacan
12340 BOZOULS

Réf. Interne : DUAJIQ-PIC/2024-233

Date : 06 décembre 2024

N° PRIC : MS_2024_12_CS_06

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à Madame la directrice de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD « Les Caselles » Bozouls (12)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection réalisée à l'EHPAD « Les Caselles », sis 6 rue Jean Lacan à Bozouls (12340), en date des 09 et 10 juillet 2024, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 26 septembre 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques par courriels en date des 15 novembre et 05 décembre 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

J'avais attiré votre attention sur la nécessité de sécuriser rapidement à la fois l'accès à la salle de soins et l'espace dédié au stockage et à la gestion des produits pharmaceutiques, ce qui a été réalisé et me conduit à lever les prescriptions correspondantes.

Les écarts principaux révélaient la nécessité de reprendre les documents institutionnels, protocoles et dossiers administratifs de façon régulière pour que ces derniers soient toujours actualisés et que tous les professionnels se les approprient. Je prends bonne note des démarches d'ores et déjà engagées.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale de l'Aveyron, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

.../...

En application des articles L.121-1 et L.122-1 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 des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes, 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 et par délégation,
La responsable du pôle « Inspections-Contrôles »



Stéphanie HUE

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques, de l'Inspection Contrôle et de la Qualité
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des écarts et des remarques et des mesures correctrices envisagées

Inspection de l'EHPAD « Les Caselles » - 12340 Bozouls

N° PRIC : MS_2024_12_CS_06

*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.*

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision de l'ARS
Écart 1 : Le registre des entrées/sorties n'est pas coté et paraphé par le maire.	Art. R.331-5 CASF	Prescription 1 : Disposer d'un registre conformément aux dispositions législatives et réglementaires (en version papier ou numérique).	Immédiat		Prescription levée
Écart 2 : le règlement de fonctionnement n'est pas arrêté conformément aux dispositions réglementaires.	Art. R.311-33 CASF	Prescription 2 : Se mettre en conformité avec la réglementation.	2 mois		Prescription levée Transmettre le document à la DD ARS de l'Aveyron.
Écart 3 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement validé (document transmis non conforme). Écart 4 : Le document projet d'établissement transmis n'est pas conforme aux attendus à sa date de réalisation : il ne contient pas de manière formalisée une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance à mettre en œuvre par l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle.	Art. L.311-8 CASF D.311-38-3, D.311-38-5 CASF D.312-158 CASF	Prescription 3 : Se doter d'un projet d'établissement validé. Prescription 4 : Le projet d'établissement devra répondre aux attendus réglementaires et être établi en lien avec les professionnels du soin.	6 mois		Prescription maintenue L'établissement ne dispose pas d'un un projet d'établissement validé. Prescription maintenue Il est pris acte des travaux en cours.

Écart 5 : Des contrats de séjour sont signés par l'assistante de direction, sans subdélégation.	Art. D.312-176-5 CASF	Prescription 5 : Faire signer les contrats de séjour par une personne disposant de la délégation le permettant.	Immédiat		Prescription levée
Écart 6 : L'établissement ne réalise pas annuellement d'enquête de satisfaction auprès des personnes accueillies à l'EHPAD et n'a pas présenté les résultats au CVS.	Art. D.311-15 CASF	Prescription 6 : Réaliser annuellement une enquête de satisfaction auprès de tous les résidents dont les résultats doivent faire l'objet d'une présentation au CVS et être affichés.	annuel		Prescription maintenue Il est pris acte des travaux en cours.
Écart 7 : Un référent pour les activités physiques et sportives n'est pas identifié.	Art. L.311-12 et D.311-40 CASF	Prescription 7 : Identifier un référent pour les activités physiques et sportives des résidents au sein de l'établissement.	1 mois		Prescription levée
Écart 8 : Les médecins libéraux intervenant dans l'EHPAD ne disposent pas d'un contrat.	Art. R.313-30-1 CASF	Prescription 8 : Établir les contrats portant sur les conditions d'exercice entre les professionnel libéraux et l'établissement, conformément à la réglementation.	3 mois		Prescription levée
Écart 9 : Les dossiers des salariés ne comportent pas systématiquement la preuve de la vérification du bulletin n° 3 du casier judiciaire avant signature du contrat d'embauche ni après l'embauche.	Art. L133-6 CASF	Prescription 9 : Veiller à demander pour tous les intervenants à l'EHPAD (salariés et bénévoles) de fournir le bulletin n° 3 de leur casier judiciaire, que ce soit au recrutement puis à intervalles réguliers, afin de s'assurer de la compatibilité des personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables.	Immédiat pour les nouveaux recrutements		Prescription levée

<p>Écart 10 : La consultation d'un échantillon de dossiers de résidents ne permet pas de retrouver tous les documents réglementairement prévus et/ou signés (contrat signé, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement signé, état des lieux, information sur la personne de confiance, etc.).</p>	<p>Art. L.311-4, D.311, L.311-7-1 CASF</p>	<p>Prescription 10 : Mettre en place une tenue des dossiers « ressources humaines » permettant un suivi facilité de la conformité de toutes les pièces les composant. Cette mesure peut être mise en place sur support papier ou numérique.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription levée La mission a pris en compte les documents transmis le 05.12.2024.</p>
<p>Écart 11 : Le temps de travail du médecin coordonnateur (MEDEC) doit être au minimum de 0.6 ETP.</p>	<p>Art. L.313-12 V CASF</p>	<p>Prescription 11 : Répondre aux obligations réglementaires en ce qui concerne le temps de travail du MEDEC.</p>	<p>12 mois</p>		<p>Prescription maintenue Il est pris acte des démarches engagées.</p>
<p>Écart 12 : Le MEDEC n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.</p>	<p>Art. D.312-157 CASF</p>	<p>Prescription 12 : Le MEDEC doit être titulaire d'un des diplômes de gériatrie ou de l'attestation de formation réalisées prévue réglementairement. Compte-tenu de la formation déclarée qu'il a déjà suivie, analyser sa situation et apporter des éléments justificatifs.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription maintenue</p>

Écart 13 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas. Sa composition et ses missions n'ont pas été transmises à la mission.	Art. D.312-158 CASF	Prescription 13 : Réunir la commission de coordination gériatrique, régulièrement composée, au moins une fois par an.	3 mois		Prescription maintenue En l'attente de la transmission du compte-rendu à la DD ARS de l'Aveyron.
Écart 14 : Le MEDEC ne participe pas à la mise en œuvre de la politique de formation, réalise peu de formations en direction des soignants, et participe peu à la mise en place d'actions d'informations structurées en direction des professionnels de santé de la structure qui serait lié à sa quotité de temps de travail.	Art. D.312-158 CASF	Prescription 14 : Disposer du temps de MEDEC conforme à la réglementation afin de pouvoir contribuer à la mise en œuvre d'une politique formalisée de formation et de participation aux actions d'informations structurées en direction des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.	12 mois		Prescription maintenue Il est pris acte des démarches engagées mais elle ne répond qu'à une partie de l'écart notifié.
Écart 15 : Le non renouvellement systématique du mot de passe associé aux identifiants n'est pas conforme à la sécurisation de la gestion du dossier de soins informatisé exigée par le CSP.	Art. L.1370-2 et L.1370-5 CSP	Prescription 15 : La gestion des mots de passe pour l'accès et usage du DSI de tous les professionnelles du soins doit être conforme à la réglementation.	1 mois		Prescription maintenue La question est celle du renouvellement régulier du mot de passe de chaque agent pour lequel l'EHPAD n'apporte pas de réponse.

<p>Écart 16 : La mise sous contention d'un résident ne s'opère pas dans le cadre d'un protocole interne formalisé, actualisé et validé par la structure, incluant la personne ou son représentant et les personnels ; et, les modalités d'évaluation, les motivations, la durée et la surveillance et le suivi de sa mise en place ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'HAS, ce qui ne permet pas de respecter la liberté d'aller et venir des résidents accueillis, et constitue un manquement à l'article L.311- 3 du CASF.</p>	<p>Art. L.313-3 CASF Bonnes pratiques HAS</p>	<p>Prescription 16 : Avant toute mise en place de contention, disposer d'un protocole validé et d'une prescription complète, et mettre en place sa réévaluation régulière.</p>	<p>Immédiat et 3 mois pour un protocole validé sur la contention physique et chimique.</p>	<p>conformément aux règles d'ergonomie,</p>	<p>Prescription maintenue En attente de la transmission du protocole en février 2025 à la DD ARS de l'Aveyron.</p>
<p>Écart 17 : La procédure de distribution des traitements médicamenteux la nuit ou en l'absence d'une IDE n'est pas définie et réalisée dans sa complétude.</p>	<p>Art. R.4311-3 et 4 CSP Art. L.313-26 CASF</p>	<p>Prescription 17 : Établir le protocole conformément aux dispositions du CSP et du CASF.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription maintenue En attente de la transmission de la procédure à la DD ARS de l'Aveyron.</p>
<p>Écart 18 : L'accès à la salle de soins est insuffisamment sécurisé. Le respect du secret professionnel (médical) et de la protection des données médicales individuelles sont insuffisamment garantis au sein de l'EHPAD.</p>	<p>Art. R.4127-73 CSP L.226-13 CP</p>	<p>Prescription 18 : Sécuriser et organiser les accès à la salle de soins en journée et la nuit.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription levée</p>
<p>Écart 19 : Le local dédié au stockage des médicaments n'est pas adapté à ce seul usage : il est facilement accessible à tous et non sécurisé.</p>	<p>Art. R.4312-39 CSP</p>	<p>Prescription 19 : Sécuriser l'accès au local dédié au stockage des médicaments et maintenir fermées les</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription maintenue Il est pris acte des démarches engagées.</p>

		armoires contenant les médicaments.			
Écart 20 : Le local extérieur aux DASRI n'est pas réservé à ce seul usage : il est mal identifié et insuffisamment sécurisé, ce qui contrevient aux dispositions réglementaires.	Art. 8 Arrêté modifié du 7 septembre 1999	Prescription 20 : Mettre en place les mesures de sécurisation du local DASRI : usage réservé, identification du local.	1 mois		Prescription levée Transmettre le protocole à la DD ARS de l'Aveyron.
Écart 21 : En l'absence d'affichage de la conduite à tenir en cas d'accidents d'exposition au sang (AES), l'établissement n'informe pas son personnel de la conduite à tenir en cas d'AES prévues à l'article 4 de l'arrêté du 10 juillet 2013.	Art. 4 Arrêté du 10 juillet 2013	Prescription 21 : Assurer l'information du personnel sur la conduite à tenir en cas d'AES.	Immédiat		Prescription levée
Écart 22 : Du fait de la quotité du temps de travail du MEDEC, celui-ci ne peut pas réaliser dans sa plénitude l'encadrement de l'équipe de soins.	Art. D.312-158 CASF	Prescription 22 : Le temps de travail du MEDEC doit être suffisant pour assurer ses missions réglementaires.	12 mois		Prescription maintenue
Écart 23 : Absence de convention avec au moins un établissement de court séjour du territoire, précisant notamment l'accès aux urgences, aux spécialités et l'accès direct non programmé aux unités de soins de court séjour.	Art. D.312-155-0 5° CASF	Prescription 23 : Établir et transmettre une convention avec un établissement de court séjour.	6 mois		Prescription levée

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision de l'ARS
Remarque 1 : L'organigramme ne permet pas d'avoir une vision globale du fonctionnement de l'EHPAD.	Recommandation 1 : Transmettre un organigramme faisant apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels, mis à jour au regard des personnels présents et de la réorganisation en cours.	1 mois		Recommandation levée
Remarque 2 : La continuité de direction est assurée mais l'organisation retenue manque de lisibilité. Quel document correspond à l'organisation arrêtée ?	Recommandation 2 : Préciser les conditions d'organisation de la continuité de direction. Le gestionnaire doit prévoir la rédaction d'un document, daté et signé, formalisant la continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la directrice.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 3 : Le dispositif de déclaration des événements indésirables associés aux soins existe mais les personnels doivent se l'approprier et le percevoir « positivement ».	Recommandation 3 : Poursuivre la démarche de développement de la déclaration des événements indésirables Mettre en place des actions de formation des personnels et travailler sur les retex.	6 mois		Recommandation maintenue Il est pris acte des démarches engagées.
Remarque 4 : La méconnaissance par le personnel de la notion d'événement indésirable grave dont ceux associés aux soins est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement.	Recommandation 4 : Développer au sein de la structure, une démarche d'appropriation de la notion des EIGS.	6 mois		Recommandation maintenue

Remarque 5 : La gestion « a posteriori » des EIAS et EIGS est en pratique peu structurée de manière systématique et organisée et insuffisamment encadrée. L'établissement n'a pas transmis à la mission d'inspection de documents attestant de la mise en place effective d'une analyse des EIAS et EIGS a posteriori des risques, volet indispensable à la sécurisation de l'accompagnement et des soins des personnes accueillies.	Recommandation 5 : Développer une démarche d'appropriation et de gestion des EIGS au sein de la structure.	6 mois		Recommandation maintenue
Remarque 6 : Le plan bleu et le plan de gestion des risques ne semblent pas connus par tous les personnels.	Recommandation 6 : S'assurer que tous les personnels connaissent les dispositions à mettre en œuvre si déclenchement du plan bleu.	3 mois		Recommandation maintenue
Remarque 7 : Tous les agents ne disposent pas de fiches de postes ou de fonction.	Recommandation 7 : Dans le cadre de la réorganisation, veiller à ce que tous les personnels disposent d'une fiche de poste et de fonction.	6 mois		Recommandation maintenue
Remarque 8 : Au jour de l'inspection, l'accès à l'établissement depuis l'extérieur n'est pas sécurisé en journée. L'établissement accueille pourtant des résidents présentant des troubles cognitifs ou des troubles comportementaux.	Recommandation 8 : S'assurer de l'opérationnalité de la sécurisation des accès extérieurs et notamment du digicode.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 9 : De nombreux espaces de rangement dans les étages ne sont pas fermés à clé et difficiles à ouvrir de l'intérieur. Ils pourraient présenter un risque si un résident y entraît par inadvertance.	Recommandation 9 : Afin de garantir la sécurité des résidents, l'établissement est invité à sécuriser l'accès aux placard de rangements, situés dans les étages.	Immédiat		Recommandation maintenue Il est pris acte des démarches engagées.
Remarque 10 : Le constat est fait de l'absence de nombreux protocoles de soins formalisés, adaptés et bien identifiés : sur la prise en charge des soins d'urgence et d'antalgie, de la douleur, des troubles urinaires (incontinence), de la prévention des escarres, de la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie, du dépistage et de l'évaluation des risques de maltraitance ou sur la bientraitance.	Recommandation 10 : Élaborer et valider les protocoles de soins formalisés sur la gestion des risques liés aux soins.	12 mois		Recommandation maintenue Il est pris acte des démarches engagées.

Remarque 11 : Le constat est fait de l'absence de procédure ou protocole de la prévention des chutes.	Recommandation 11 : Élaborer et valider un protocole de soins formalisé sur la gestion des chutes.	3 mois		Recommandation maintenue Il est pris acte des démarches engagées.
Remarque 12 : Le support des piluliers n'est pas adapté à leur stockage.	Recommandation 12 : Adapter le support des piluliers.	3 mois		Recommandation maintenue
Remarque 13 : L'Absence d'IDEC ne permet pas à l'établissement de disposer d'une organisation des soins adaptée, d'une coordination des professionnels du soin. Le contrôle des activités de soins dans leur globalité et la qualité des soins attendue afin de sécuriser les soins délivrés aux résidents n'est pas formalisée, organisée et structurée autour des bonnes pratiques de soins. La continuité en terme de coordination des soins n'est pas assurée.	Recommandation 13 : Protocoliser, procéder et formaliser les missions et les tâches pour pallier à l'absence d'IDEC.	3 mois		Recommandation maintenue
Remarque 14 : Le temps de chevauchement du soir entre AS de nuit et IDE est insuffisant pour réaliser les transmissions dans des conditions de relève et d'activité acceptables ce qui ne permet pas de garantir la sécurité de la prise en charge des résidents.	Recommandation 14 : Rendre effectif le projet de réorganisation qui devrait conduire à des temps de transmission allongés.	4 mois		Recommandation maintenue
Remarque 15 : L'établissement ne dispose pas ou n'a pas transmis de convention avec les établissements hospitaliers ayant des activités de soins psychiatriques, de SMR, d'USLD dont UHR sanitaire, un EHPAD doté d'une UHR et avec un SSIAD.	Recommandation 15 : Mettre en place des partenariats avec les structures de soins hospitalières sur ces différentes activités de soins, notamment spécialisées (la mission a bien noté que les conventionnements devaient être revus sur l'année 2024).	6 mois		Recommandation levée
Remarque 16 : L'EHPAD fait état de nombreuses conventions avec les partenaires du territoire mais elles n'ont pas été transmises à la mission et certaines d'entre elles ne seraient pas signées par les partenaires.	Recommandation 15 : S'assurer de l'effectivité de ces conventions qui doivent être signées par les deux parties. Fournir les conventions présentées dans le projet d'établissement.	1 mois		Recommandation levée