

Service émetteur : **Délégation Départementale du Tarn**  
**Conseil départemental du Tarn**

TELEPHONE : 09 66 62 51 16, 06 56 16 02 00

N° PRIC : MS\_2023\_81\_CS\_02

Date : 25/04/2024

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie  
et  
Le Président du Conseil Département du Tarn

À

Monsieur le Directeur Général  
Groupe ORPEA  
12 rue Jean Jaurès  
92800 PUTEAUX

**Courrier RAR n°**

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

**Objet :** Inspection conjointe de l'EHPAD « Les Coteaux d'Escudé » à Albi (81)  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 22 novembre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 10 janvier 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, en date du 21 février puis du 7 mars 2024.

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

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

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

Le cas échéant, nous organiserons 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 nos 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 « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr) ».

Nous savons 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.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de notre considération distinguée.

P.O/ Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

Le Directeur départemental,

Abderrahim HAMMOU-KADDOUR

Le Président du Conseil départemental du Tarn

Christophe RAMOND

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

## Tableau de synthèse des écarts et des remarques

**Inspection de l'EHPAD « Les Coteaux d'Escudé » (81)  
Anciennement « Les Jardins d'Escudé »**

22 NOVEMBRE 2023

*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.*

Ecarts	Rappel de la règlementation	Mesures (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
<p><b>Ecart 1 :</b> Les conventions avec les partenaires du secteur hospitalier ne sont pas exhaustives.</p>	<p><b>Articles</b>  <b>L. 311-8</b>  <b>D. 311-38</b>  <b>L. 312-7</b>  <b>D. 312-155-0</b>  <b>D. 312-158</b>  <b>CASF</b></p>	<p><b>Prescription 1 :</b> Le gestionnaire doit mettre à jour les conventions de partenariat avec les acteurs du secteur hospitalier.</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue :</b> Si la convention avec l'HAD du CH d'ALBI du 01/01/2024 et la convention avec l'EMH du CH de Castres Mazamet du 27/11/2023 ont été transmises, d'autres ne sont toujours pas établies : convention de partenariat avec le CHS Pierre Jamet, ou transmises : conventions avec le SSR La Clauze, avec la clinique Toulouse Lautrec, avec la</p>

					Clinique Claude Bernard.
<p><b>Ecart 2 :</b> L'intervention des médecins traitants ne fait pas l'objet d'une convention signée avec l'établissement.</p>	<p><b>Articles</b>  <b>L. 311-8</b>  <b>D. 311-38</b>  <b>L. 312-7</b>  <b>D. 312-155-0</b>  <b>D. 312-158</b>  <b>CASF</b></p>	<p><b>Prescription 2 :</b> Le gestionnaire doit mettre à jour la liste nominative des médecins traitants et régulariser les conventions avec eux.</p>	<p><b>Immédiat pour la mise à jour de la liste</b> ***</p> <p><b>6 mois pour les conventions</b></p>		<p>Si la « liste actualisée des médecins traitants » a été transmise, néanmoins ce document n'est pas daté.</p> <p><b><u>La prescription est maintenue</u></b> pour régulariser les conventions avec les médecins traitants.</p>

<b>Ecart 3 :</b> L'intervention des kinésithérapeutes ne fait pas l'objet d'une convention systématique.	<b>Articles</b> <b>L. 311-8</b> <b>D. 311-38</b> <b>L. 312-7</b> <b>D. 312-155-0</b> <b>D. 312-158</b> <b>CASF</b>	<b>Prescription 3 :</b> Le gestionnaire doit mettre à jour la liste des kinésithérapeutes qui interviennent ainsi que les conventions.	<b>Immédiat pour la mise à jour de la liste</b> *** <b>6 mois pour les conventions</b>		<b>La Prescription est levée</b> pour la mise à jour de la liste nominative des kinésithérapeutes. Néanmoins, cette liste elle doit être datée. <b>La prescription est maintenue</b> pour régulariser les conventions avec tous les kinésithérapeutes.
<b>Ecart 4 :</b> La convention avec le dentiste libéral n'est pas finalisée.	<b>Articles</b> <b>L. 311-8</b> <b>D. 311-38</b> <b>L. 312-7</b>	<b>Prescription 4 :</b> Le gestionnaire doit mettre à jour les conventions avec	<b>6 mois</b>		<b>La prescription est maintenue</b> en l'absence de la transmission de la convention signée.

	<b>D. 312-155-0 D. 312-158 CASF</b>	l'ensemble des professionnels de santé libéraux intervenant auprès des résidents de l'EHPAD (intra et extra muros).			
<b>Ecart 5 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC présent sur place.  <b>Ecart 6 :</b> Le temps du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	<b>Articles</b> <b>L. 313-12 V</b> <b>R. 311-0-7</b> <b>D. 312-156 à D. 312-159-1</b> <b>CASF</b>	<b>Prescription 5 :</b> Le gestionnaire doit recruter un médecin coordonnateur présent sur site pour une quotité de travail conforme à la réglementation soit 0,6 ETP.	<b>6 mois</b>		<b>La prescription est maintenue</b> dans l'attente de la réception du contrat de travail mentionnant le recrutement d'un MEDEC présent sur site à hauteur de 0,6 ETP.
<b>Ecart 7 :</b> La mission de coordination des soins par un médecin coordonnateur n'est pas assurée.	<b>Art. D. 312-158 CASF</b>	<b>Prescription 6 :</b> Le gestionnaire doit recruter un médecin coordonnateur présent sur site.	<b>3 mois</b>		<b>La prescription est maintenue</b>
<b>Ecart 8 :</b> Il n'y a pas de sensibilisation aux bonnes pratiques mises en place par un médecin	<b>Art. D. 312-158 CASF</b>	<b>Prescription 7 :</b> Le gestionnaire doit recruter un médecin	<b>6 mois</b>		<b>La prescription est maintenue</b>

coordonnateur l'établissement.	dans	<b>Guides et recommandations HAS, ANESM</b>	coordonnateur présent sur site.			
<b>Ecart 9 :</b> L'établissement n'a pas défini de politique du médicament et de lutte contre l'iatrogénie animée par le MEDEC.	<b>Art. D. 312-158 CASF</b>	<b>Prescription 8 :</b> Le gestionnaire doit définir une politique du médicament et de lutte contre l'iatrogénie.	<b>3 mois</b>		<b>La prescription maintenue</b> jusqu'à la transmission à l'ARS du livret du médicament signé par le médecin coordonnateur de l'établissement et le pharmacien ayant passé convention	<b>La prescription maintenue</b> en ce qui concerne la politique de lutte contre la

					iatrogénie jusqu'à transmission d'un plan d'action validé par le médecin coordonnateur en lien avec les médecins prescripteurs.
<b>Ecart 10 :</b> Le règlement de fonctionnement de l'établissement n'est pas à jour concernant le paragraphe décrivant la prestation d'entretien et du marquage du linge du résident inclus dans le socle de prestations.	<b>Annexe 2-3-1 du CASF modifiée par le décret n°2022-734 du 28 avril 2022</b>	<b>Prescription 9 :</b> Le gestionnaire doit actualiser le paragraphe du règlement de fonctionnement concernant la prestation d'entretien et de marquage du linge du résident inclus dans le socle de prestations compris dans le tarif d'hébergement.	<b>3 mois</b>		<b>La prescription est maintenue</b> jusqu'à la transmission du règlement de fonctionnement actualisé.
<b>Ecart 11 :</b> Le gestionnaire n'a pas établi de document unique de délégation lorsqu'il a confié la direction de l'établissement à la nouvelle Directrice.	<b>Art. D.312-176-5 CASF pour les ESMS privés</b>	<b>Prescription 10 :</b> Le gestionnaire doit établir un document unique de délégation (DUD), conformément à la réglementation.	<b>immédiat</b>		<b>Dont acte : la prescription est levée</b>

<p><b>Ecart 12 :</b> Le gestionnaire n'a pas informé les autorités de tutelle du changement de direction de l'établissement en septembre 2023.</p>	<p><b>Article L.313-1 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 11 :</b> Le gestionnaire doit porter à la connaissance de l'autorité compétente tout changement important dans la direction d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Dont acte : la prescription est levée.</b></p>
<p><b>Ecart 13 :</b> L'établissement n'a pas transmis la décision instituant le Conseil de la Vie Sociale à l'autorité administrative compétence pour délivrer l'autorisation.</p>	<p><b>Art. D.311-4 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 12 :</b> L'établissement doit transmettre à l'autorité administrative le PV d'installation du CVS, dès lors que celle-ci est effective.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue</b> : le PV ou la décision instituant le CVS et qui fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil doit être notifié à l'autorité compétente en matière d'autorisation.</p>
<p><b>Ecart 14 :</b> Au jour de l'inspection, la fréquence des réunions du</p>	<p><b>Art. D.311-16 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 13 :</b> Le gestionnaire devra veiller à réunir le CVS au minimum 3 fois par an.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue</b> dans l'attente de la transmission des CR</p>

CVS est inférieure à la réglementation.					de 3CVS au moins en 2024
<b>Ecart 15 :</b> Les comptes rendus des CVS sont, pour le plus récent, uniquement signés par la Directrice et pour les autres, co-signés par la Direction de l'EHPAD et le président.  Or, la Direction de l'établissement n'a qu'une voix consultative au CVS (art. D. 311-9 du CASF) et n'est pas décisionnaire dans cette instance.	<b>Articles</b> <b>D. 311-9</b> <b>D. 311-20</b> <b>CASF</b>	<b>Prescription 14 :</b> Les relevés de conclusions doivent être signés par le président du CVS.	<b>Immédiat</b>		<u>La prescription est maintenue</u> : les compte-rendus doivent être signés par le seul président du CVS.
<b>Ecart 16 :</b> La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation actuelle.	<b>Art. D. 311-5</b> <b>CASF</b>	<b>Prescription 15 :</b> La composition du CVS doit être actualisée pour être mise en conformité avec la réglementation en vigueur.	<b>3 mois</b>		<u>La prescription est maintenue</u> jusqu'à la transmission aux autorités de la nouvelle décision de composition du CVS actualisée et en conformité avec la

					réglementation en vigueur.
<b>Ecart 17 :</b> Le CVS n'a pas établi son règlement intérieur dès sa première séance.	<b>Art. D.331-19 CASF</b>	<b>Prescription 16 :</b> Le CVS doit établir son règlement intérieur lors de la prochaine réunion.	<b>3 mois</b>		<u>Dont acte la prescription est levée</u>
<b>Ecart 18 :</b>	<b>Art. D.312-160 CASF (plans de</b>	<b>Prescription 17 :</b>			<u>La prescription est maintenue</u> : Les fiches de présence

<p>Les procédures, les protocoles et conduites à tenir sont insuffisamment connues des personnels.</p>	<p><b>gestion des crises sanitaires et climatiques)</b></p>	<p>Le gestionnaire doit s'assurer que les protocoles, procédures et conduites à tenir soient connus et utilisés par les salariés et veiller à les informer de tout changement dans ces derniers.</p>	<p><b>Immédiat et en continu</b></p>		<p>des sessions de sensibilisation ne permettent pas pour la plupart d'identifier l'objet et la thématique abordée.</p> <p>Le plan bleu transmis est daté d'octobre 2023. Néanmoins, il n'est pas renseigné pour le mois de septembre 2023.</p>
--	---	--	--------------------------------------	--	---

<p><b>Ecart 19 :</b> Le gestionnaire n'informe pas sans délai les autorités compétentes de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.</p>	<p><b>Art. L.331-8-1 CASF Art. L.1413-14 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 18 :</b> Le gestionnaire doit signaler systématiquement les EIG/EIGS aux autorités de tutelle, conformément à la réglementation.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>La Prescription est maintenue :</b> L'annexe 42 : protocole SEI001 mentionne un délai de 48 heures pour informer l'ARS de façon brève. <u>Or l'information doit être réalisée sans délai et de façon étayée.</u>  Ce protocole ne mentionne pas : l'adresse mails du point focal de l'ARS <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a>  De plus, n'est pas mentionné le numéro du point focal régional de l'ARS : 0800 301 301 à contacter sans délai en semaine de 18heures à 8h30 et le week-end.  L'adresse générique du service compétent</p>
---	--	---	------------------------	--	---

					du Conseil départemental est erronée. Elle doit être remplacée par : <a href="mailto:saaques@tarn.fr">saaques@tarn.fr</a>
					Toutes les remarques mentionnées ci-dessus doivent apparaître dans le protocole, la procédure et les fiches réflexes concernées (Annexes 42 ; 43 et 44)
<b>Ecart 20 :</b> En l'absence de procédure et de culture de signalement des EIG et EIGS, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article L.331-8-1 du CASF.	Art. L.331-8-1 CASF	<b>Prescription 19 :</b> Le gestionnaire doit élaborer une procédure de signalement des EI/EIG/EIGS et s'assurer qu'elle soit connue et utilisée des salariés.	<b>Immédiat et en continu</b>		<b>La prescription est maintenue.</b> La procédure de déclaration des EIG/EIGS doit prendre en compte l'ensemble des remarques émises par la mission dans l'écart 19.

					Les sessions de sensibilisation des

					professionnels ne concernent pas l'ensemble des salariés et datent toutes de février 2023.
<p><b>Ecart 21 a :</b> En ne disposant pas de la qualification d'aide-soignant, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF, qui dispose que les prestations délivrées dans les établissements et services médicosociaux sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.</p> <p><b>Ecart 21 b :</b> Des agents non diplômés occupent des fonctions d'aides-soignants et, à ce titre, en exercent les missions.</p>	<p><b>Articles</b> <b>D.312-155-0</b> <b>L.311-3</b> <b>L.312-1 II al. 4</b> <b>CASF</b></p> <p><b>Articles</b> <b>R. 4311-4</b> <b>L. 4394-1</b> <b>CSP</b></p> <p><b>Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</b></p>	<p><b>Prescription 21 a et b :</b> Le gestionnaire doit tout mettre en œuvre pour recruter des professionnels diplômés.</p> <p>Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.</p> <p>Ou bien l'établissement doit proposer des formations qualifiantes à tous les professionnels faisant fonction.</p> <p>A défaut, il doit revoir son organisation.</p>	<p><b>4 à 6 mois pour le recrutement</b></p> <p><b>Immédiat pour les formations qualifiantes</b></p>		<p>La mission prend acte de l'effort du gestionnaire à recruter des personnels qualifiés ou à former des salariés.</p> <p>Toutefois, <u>la prescription est maintenue.</u></p>

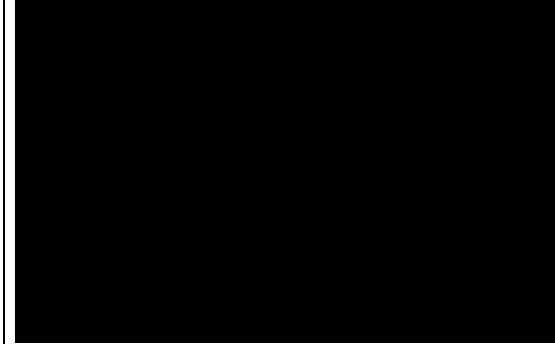
--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 22 :</b> Le nombre de chambres est supérieur au nombre de chambres dans l'arrêté d'autorisation (90 chambres autorisées à terme).</p>	<p><b>Art. L.313-1 du CASF</b></p>	<p><b>Prescription 22 :</b> Le gestionnaire doit singulariser cette chambre d'hôte afin de la distinguer de celles destinées aux personnes âgées accueillies au sein de l'EHPAD.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p>Dont acte la <b><u>prescription est levée</u></b></p>
<p><b>Ecart 23 :</b> Le contrat de séjour ne vise pas la réglementation la plus récente.</p>	<p><b>Articles L. 314-2 L. 342-2 Annexe 2-3-1 du CASF</b></p>	<p><b>Prescription 23 :</b> Le gestionnaire devra actualiser le contrat de séjour de l'établissement pour le mettre en conformité avec la réglementation en vigueur.</p>	<p><b>2 mois</b></p>		<p><b><u>La prescription est maintenue</u></b> jusqu'à la transmission aux autorités du nouveau contrat de séjour actualisé.</p>
<p><b>Ecart 24 :</b> Le gestionnaire ne réévalue pas les projets d'accompagnement personnalisés des résidents dans les délais imposés par la réglementation (6 mois en USA et 1 an en unité classique).</p>	<p><b>Art L.311-3 3° CASF Recommandations HAS et ANESM sur le projet personnalisé Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.2)</b></p>	<p><b>Prescription 24 a :</b> Le gestionnaire doit respecter les échéances de mise à jour des projets d'accompagnement personnalisés des résidents.</p> <p><b>Prescription 24 b :</b> Le gestionnaire doit bâtir des projets d'accompagnement personnalisés conformément à la</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b><u>La prescription 24 a est maintenue.</u></b> Les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PPA) doivent être réalisés en respectant les échéances des 1ères réalisations et de mises à jour.</p>

		<p>réglementation et aux dispositions législatives, en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS et les RBPP de l'ANESM.</p>		<p>Personnalisés à prioriser selon un code couleur. En 2023, 35 Projets Personnalisés ont été mis à jour. (<i>Cf. Annexe 56 : Tableau de suivi des Projets Personnalisés</i>).</p>	<p><b>La prescription 24 b est maintenue</b> jusqu'à transmission du projet personnalisé d'accompagnement anonymisé conforme.</p>
<p><b>Ecart 25 :</b> Le gestionnaire n'a pas mis en œuvre toutes les mesures nécessaires permettant de garantir et d'aménager la liberté d'aller et venir des personnes. Ne faisant pas l'objet d'un protocole précis et motivé, la restriction d'aller et venir constitue la règle générale.</p>	<p><b>Art. L311-3 1° CASF</b></p>	<p><b>Prescription 25 :</b> Le gestionnaire doit mettre en place une commission incluant les résidents, qui aurait pour mission d'évaluer les questions relatives aux restrictions à la liberté d'aller et venir et de formaliser un protocole en cas de restriction, qui sera annexé au contrat de séjour. Ce protocole définira les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir dans le respect de l'intégrité physique du résident et sa sécurité.</p>			<p><u>La prescription est levée</u> : la mission prend note de l'existence de l'avenant au contrat de séjour.</p>

Remarques	Rappel de la réglementation	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
<b>Remarque 1 :</b> Le projet de soins 2019-2023 ne prévoit pas l'intégration dans un réseau ou une filière de soins.		<b>Recommandation 1 :</b> Dans le futur projet de soins, le gestionnaire doit prendre en compte les partenaires et les réseaux existants.	2024		<b><u>La recommandation est levée</u></b>

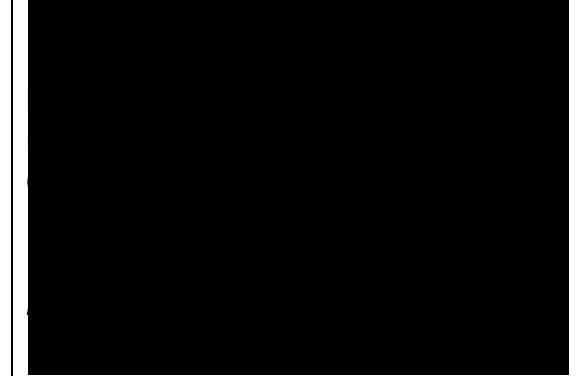
<p><b>Remarque 2 :</b> La prescription de contention n'est pas conforme aux bonnes pratiques de l'HAS.</p>	<p><b>Articles</b> <b>L. 311-4-1</b> <b>L. 342-2</b> <b>R. 311-0-6</b> <b>R. 311-0-9</b> <b>CASF</b></p>	<p><b>Prescription 2 :</b> Le gestionnaire doit mettre en place des prescriptions de contention conformes aux bonnes pratiques de l'HAS.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b><u>La prescription est levée</u></b></p>
<p><b>Remarque 3 :</b> Le MEDEC nouvellement recruté ne dispose pas de fiche de poste.</p>		<p><b>Recommandation 3 :</b> Le gestionnaire doit élaborer la fiche de poste du médecin coordonnateur actuellement en poste.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b> car la Fiche de Poste (FP) envoyée est une fiche type pour tous les EHPAD du groupe ; le médecin embauché en</p>

					<p>novembre 2023 a bien signé cette fiche. Il a annoté le commentaire suivant « en fonction du temps disponible pour réaliser une partie de ces actes » sans préciser lesquels. La quotité de temps de travail n'est pas précisé dans la FP.</p>
<p><b>Remarque 4 :</b> Le RAMA n'est ni daté ni signé par le médecin coordonnateur.</p>		<p><b>Recommandation 4 :</b> Le gestionnaire doit faire signer le RAMA daté par le médecin coordonnateur et la direction. Il doit également compléter les indicateurs statistiques produits automatiquement par des éléments d'analyse qualitative.</p>	<p><b>Pour le RAMA 2023</b></p> 		<p><u><b>La recommandation est levée</b></u></p>

<p><b>Remarque 5 :</b> Le dossier de soins informatisé de l'établissement n'est pas renseigné par l'ensemble des médecins traitants.</p>	<p><b>Articles</b> <b>L. 1110-4,</b> <b>L. 1110-4-1</b> <b>R. 4127-4</b> <b>R. 1112-37</b> <b>CSP</b> <b>D.312-158 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 5 :</b> Le dossier de soin informatisé de l'établissement doit être le dossier de référence à utiliser par tous les intervenants y compris les médecins traitants que ce soit pour tracer les observations médicales ou pour prescrire les médicaments ou les séances de rééducation.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue</b> : seuls les médecins sont habilités à prescrire l'ensemble des traitements des résidents ; si un autre professionnel recopie une prescription sur NetSOins, c'est au médecin de la valider par sa signature électronique.</p>
<p><b>Remarque 6 :</b> La sacoche d'urgence de l'infirmérie ne répond pas aux référentiels de bonnes</p>	<p><b>Recommandations HAS et</b></p>	<p><b>Recommandation 6 :</b> Le gestionnaire doit sceller le sac d'urgence après vérification du contenu.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>La recommandation est levée</b></p>

pratiques (absence de scellé).	<b>OMEDIT (chariot d'urgence)</b>				
<b>Remarque 7 :</b> Il n'y a pas de médecin coordonnateur associé à l'analyse des chutes en particulier en lien avec les prescriptions de psychotropes.	<b>Recommandations HAS</b>		<b>Prescription 7 :</b> Le gestionnaire doit recruter un médecin coordonnateur sur site.		<b>La prescription est maintenue</b>

<b>Remarque 8 :</b> Le local à DASRI ne dispose pas d'une armoire de stockage.	<b>Articles R. 1335-1 à 5 CSP</b>  <b>Recommandations HAS et CEPIAS bio nettoyage</b>	<b>Recommandation 8 :</b> Le gestionnaire doit installer une armoire de stockage des DASRI dans le local à DASRI.	<b>Immédiat</b>		<u><b>La recommandation est levée</b></u>
<b>Remarque 9 :</b> L'affichage des consignes et numéros d'urgence est dense.	<b>Recommandations HAS et CEPIAS bio nettoyage</b>	<b>Recommandation 9 :</b> Le gestionnaire doit rationaliser les informations à afficher dans la salle de soins.	<b>1 mois</b>		<u><b>La recommandation est maintenue</b></u> : l'établissement n'a pas répondu à la remarque
<b>Remarque 10 :</b> L'IDEC n'a pas suivi de formation relative à la mission d'IDEC.		<b>Recommandation 10 :</b> Le gestionnaire doit former l'IDEC à sa fonction d'IDEC.	<b>Au cours de l'année 2024</b>		<u><b>La recommandation est maintenue</b></u> jusqu'à transmission de l'attestation de formation

<p><b>Remarque 11 :</b> Les coordonnées de la plateforme régionale de signalement ne sont pas intégrées dans les 2 fiches réflexes « EI, EIG, EIGS », ni affichées dans l’infirmerie.</p>	<p><b>Articles</b> <b>R. 1413-68</b> <b>R. 1413-69</b> <b>CSP</b></p>	<p><b>Recommandation 11 :</b> Le gestionnaire doit intégrer les coordonnées de la plateforme régionale de signalement dans les fiches réflexes et afficher le flyer correspondant.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>La recommandation est maintenue :</b> L’annexe 82 : mentionne un délai de 48 heures pour informer l’ARS de façon brève. <u>Or l’information doit être réalisée sans délai et de façon étayée.</u>  Ce protocole ne mentionne pas : l’adresse mails du point focal de l’ARS <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a>  De plus, n’est pas mentionné le numéro du point focal régional de l’ARS : 0800 301 301 à contacter sans délai en semaine de 18heures à 8h30 et le week-end.</p>
---	---	--	------------------------	---	--

					L'adresse générique du service compétent du Conseil départemental est erronée. Elle doit être remplacée par : <a href="mailto:saaqes@tarn.fr"><u>saaqes@tarn.fr</u></a>  Toutes les remarques mentionnées ci-dessus doivent apparaître dans les protocoles et les fiches réflexes (Annexes 82 ; 83)
<b>Remarque 12 :</b> Le gestionnaire ne s'assure pas suffisamment de l'appropriation du projet d'établissement par l'ensemble du personnel.	<b>Recommandation HAS du 16/03/2018 :</b> « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »	<b>Recommandation 12 :</b> Le gestionnaire doit associer le personnel à l'actualisation du projet d'établissement et le consulter largement via des réunions institutionnelles.  Il doit associer l'ensemble du personnel à sa présentation, une fois actualisé et s'assurer régulièrement de sa bonne appropriation.	<b>6 mois</b>		Les fiches de présence pour les Groupes de travail qui se sont réunis pour une durée de 30 minutes le plus souvent, mentionnent la présence de 2 à 7 personnes par groupe de travail. Donc peu de participants.  Il existe une volonté d'associer et de

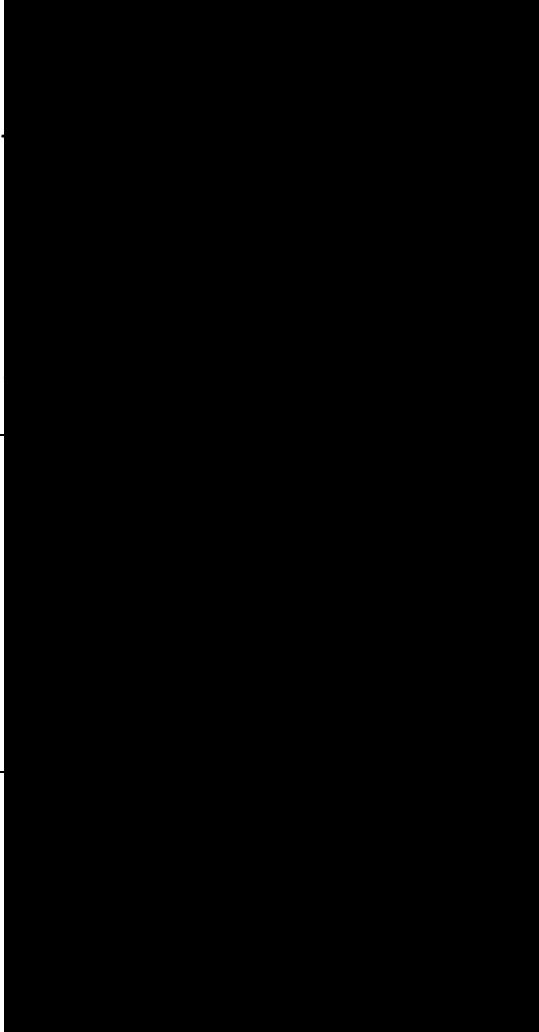
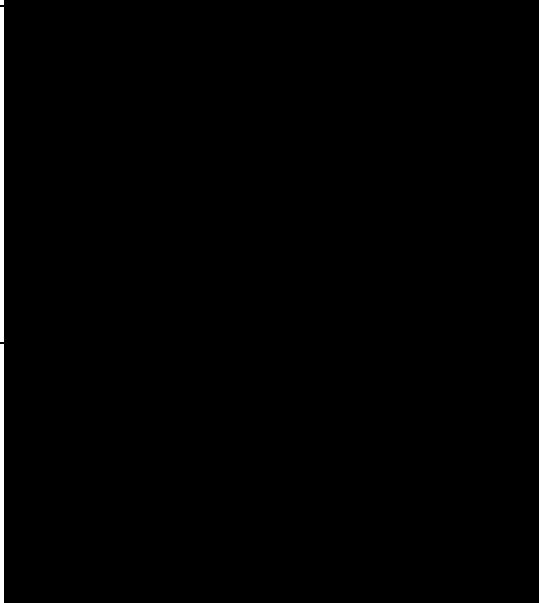
					consulter le personnel mais la sensibilisation et l'appropriation du projet d'établissement semble insuffisante. <u>La recommandation est maintenue.</u>
<b>Remarque 13 :</b> L'organigramme et le trombinoscope ne sont pas mis à jour des nouveaux personnels arrivés.		<b>Recommandation 13 :</b> Le gestionnaire doit mettre à jour l'organigramme et le trombinoscope lors de tout changement de personnel.	<b>Immédiat</b>		Dont acte <u>la recommandation est levée</u>
<b>Remarque 14 :</b> Le règlement intérieur n'est pas remis à tous les salariés lors de leur embauche.		<b>Recommandation 14 :</b> Le gestionnaire doit s'assurer que le	<b>1 mois</b>		Dont acte <u>la recommandation est levée</u>

Il n'est pas affiché en salle du personnel.		règlement intérieur soit remis à tous les salariés lors de leur embauche et affiché en salle du personnel.			
<p><b>Remarque 15 :</b> Le gestionnaire ne promeut pas suffisamment une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance et n'en assure pas la traçabilité.</p> <p>En n'abordant pas ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du Conseil de la vie sociale, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM (HAS) qui préconisent "que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS".</p>	<p><b>Art. L.311-8 CASF et D.312-203 CASF</b></p> <p><b>ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008</b></p>	<p><b>Recommandation 15 :</b> Le gestionnaire doit veiller à ce qu'une politique de promotion et de lutte contre la maltraitance soit formalisée, connue et opérationnelle au sein de l'établissement.</p> <p>Il devra également veiller à la bonne information des membres du CVS sur la politique qu'il aura mise en œuvre et veiller à ce que la thématique soit régulièrement abordée lors des réunions du CVS.</p>	<b>3 mois</b>		<p><b>La recommandation est maintenue.</b></p> <p>Dans l'annexe 94 : l'adresse mail du point focal de l'ARS ainsi que son numéro de tel doivent être ajoutées</p> <p><a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a></p> <p>et le 0800 301 301</p> <p><b>avec la mention : transmission sans délai.</b></p> <p>L'adresse générique du service compétent du Conseil départemental est</p>



					mais que très succinctement.
<b>Remarque 16 :</b> Les soignants ne sont pas suffisamment sensibilisés et formés à la procédure de déclaration des EIG.	<b>Recommandation 16 :</b> Le gestionnaire doit sensibiliser davantage les soignants à la déclaration des EI/EIG/EIGS.	<b>3 mois</b>		[REDACTED]	<p>La fiche réflexe doit mentionner :</p> <p>l'adresse mails du point focal de l'ARS  <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a></p> <p>Et le numéro du point focal régional de l'ARS : 0800 301 301 à contacter sans délai en semaine de 18heures à 8h30 et le week-end.</p> <p>Et l'adresse générique du service compétent du Conseil:</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Cette fiche réflexe (annexe 100) mentionne une réunion pluri-pro tous les jeudis de 15H00 à 16H00. Or s'il s'agit d'une EIG il est important</p>

					que l'équipe en soit informée le jour J.  Les équipes ont besoin d'être informées de l'actualisation de la procédure et des fiches réflexes.
<b>Remarque 17 :</b> Les fiches de poste ne sont ni datées, ni signées.	<b>Recommandation 17 :</b> Le gestionnaire doit veiller à ce que les fiches de postes soient datées et signées par les salariés.	<b>3 mois</b>			<b>La recommandation est maintenue</b>  Les fiches métiers concernant les aides-soignants, les aides-soignants/accompagnants social et éducatif de nuit, les infirmières et le ou la « plongeur(euse) » sont transmises. Elles sont très généralistes, ne correspondent pas à des fiches de postes. Les fiches heurées qui relatent par profession la liste des tâches à réaliser pour la journée de travail

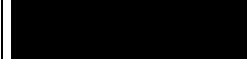
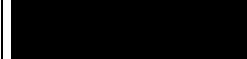
					ne correspondent pas à des fiches de postes.
<b>Remarque 18 a :</b> Le gestionnaire n'a pas fourni de plan de formation à la mission.		<b>Recommandation 18 a :</b> Le gestionnaire doit fournir à la mission son plan de formation prévisionnel pour 2024.	<b>1 mois</b>		<b>Dont acte : la recommandation est levée</b>
<b>Remarque 18 b :</b> En 2023, peu de personnels ont pu bénéficier de formations qualifiantes et non-qualifiantes, notamment sur la gériatrie et la prise en charge du sujet âgé.		<b>Recommandation 18 b :</b> L'établissement devrait proposer davantage de formations à ses salariés, notamment sur la gériatrie et la prise en charge du sujet âgé.	<b>2024</b>		<b>Dont acte : la recommandation est levée</b>
<b>Remarque 19 :</b> La formation sur la prévention de la maltraitance apparaît insuffisante aux regards des personnes vulnérables accueillies.		<b>Recommandation 19 :</b> La formation sur la prévention de la maltraitance doit être étendue en 2024 à l'ensemble des soignants et être renouvelée à minima	<b>3 mois</b>		<b>La recommandation est maintenue</b> jusqu'à la transmission des attestations de formation de

		deux fois dans l'année courante.			l'ensemble des soignants.
<p><b>Remarque 20 :</b> L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ne semble pas mise en œuvre au sein de l'établissement.  La Direction n'a pas fait état de la réunion du Groupe d'Analyse des Pratiques (GAP), animée par le psychologue une fois par mois d'après les documents transmis.</p>		<p><b>Recommandation 20 :</b> L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) doit être renforcée au sein de l'établissement.  Concernant le Groupe d'Analyse des Pratiques (GAP), la Direction doit mettre en avant le rôle interne du psychologue auprès des équipes soignantes.  Le gestionnaire devrait faire appel à un prestataire extérieur</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b><u>La recommandation est maintenue :</u></b>  Soit seulement 4 réunions d'équipes pour 4 réunions entre le 22 décembre 2022 et le 7 mars 2023.  La mission prend acte des évaluations</p>

		<p>pour réaliser des GAP en y associant l'ensemble du personnel.</p>			<p>mises en place mais celles-ci sont à renforcer.</p> <p>Quelques auto-évaluations d'IDE ont été transmises mais la question se pose de la suite donnée.</p> <p>Les recommandations de la mission relatives aux GAP ne font pas l'objet d'une réponse (mise en avant du rôle interne du psychologue ; possibilité /pertinence de recourir à une prestataire externe)</p>
--	--	--	--	--	---

<p><b>Remarque 21 :</b> Le contrat de maintenance des ascenseurs fourni par la Direction n'est pas actualisé au regard des nouveaux locaux de l'EHPAD.</p>	<p><b>Recommandation 21 :</b> Le gestionnaire devra fournir le contrat de maintenance des ascenseurs des nouveaux locaux situés 25 rue Louis Joly.</p>	<p><b>1 mois</b></p>		<p>Dont acte <u>la recommandation est levée</u></p>
<p><b>Remarque 22 :</b> L'association des proches et des bénévoles n'est pas suffisamment développée.</p>	<p><b>Recommandation 22 :</b> Le gestionnaire devra s'attacher à améliorer l'intégration des familles et des bénévoles dans la vie de l'établissement dans l'accompagnement des résidents.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p>Dont acte : <u>la recommandation est levée</u></p>

<p><b>Remarque 23 :</b> Le repas servi dans la salle prévue pour l'UGD au R+2 s'est déroulé avec un fonds musical un peu trop élevé selon la mission, alors que ce moment doit être un moment privilégié entre soignants et résidents.</p>		<p><b>Recommandation 23 :</b> Le gestionnaire doit veiller à ce que le temps du repas se déroule dans une ambiance sereine permettant une relation de pleine écoute entre l'agent et le résident.</p>	immédiat	<p><b>La recommandation est maintenue :</b> la grille d'évaluation en salle à manger mentionne « <i>s'assurer du bon volume sonore de télévision et radio durant le service</i> » ; cette formulation ne précise pas que le volume sonore doit être suffisamment bas pour permettre une relation d'écoute entre soignant et soigné.</p>	
<p><b>Remarque 24 :</b> Le gestionnaire ne garantit pas suffisamment le dépistage et l'évaluation des risques de maltraitance et le cas échéant, n'assure pas suffisamment sa traçabilité.</p>		<p><b>Recommandation 24 :</b> Le gestionnaire doit sensibiliser et former de manière régulière les salariés aux risques de maltraitance et à leur dépistage. Il garantit une traçabilité de ces formations et</p>	Immédiat	<p><b>La recommandation est maintenue :</b> Dans l'annexe 125 : l'adresse mail du point focal de l'ARS ainsi que son numéro de tel doivent être ajoutées</p>	

		<p>sensibilisations en réunions de service.</p> 		<p><a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a> et le 0800 301 301 (entre 18 heures et 8H30 et pour les week-end) avec la mention : <b><u>transmission sans délai.</u></b></p> <p>L'adresse générique du service compétent du Conseil départemental est erronée. Elle doit être remplacée par : </p> <p>Les éléments transmis mentionnent uniquement des mini formations en interne de 30 minutes.</p>
--	--	--	---	---