

Service émetteur : **Délégation Départementale du Tarn**  
Pôle Animation de la Transformation de l'Offre  
**Conseil départemental du Tarn**  
Service Autorisation et Accompagnement à la  
Qualité des Etablissements et Services  
Mission d'Appui au Pilotage Stratégique

Réf. : N° PRIC 2022 : MS\_2022\_DSP\_82\_03  
Date : 04/05/2023

LR avec AR n°

**Madame La Présidente**  
**Association Saint François**

**Objet : Inspection de l'EHPAD Saint François à Cadalen**  
**Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives**

**PJ :** Tableau des mesures définitives

Madame la Présidente,

Suite à l'inspection de votre établissement réalisée le 29 Mars 2022, nous vous avions invitée à communiquer vos observations sur les constats et les conclusions de la mission, consignés dans son rapport, ainsi que sur les prescriptions que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques par mail le 25 octobre 2022.

Après recueil et analyse de vos observations en réponse sur les différents constats de la mission, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les prescriptions énumérées dans le tableau ci-joint, qui précise la nature des mesures correctrices à mettre en œuvre. Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD Saint François.

Lorsque les mises en conformité seront effectuées, selon l'échéancier précisé en annexe, 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, que je vous notifie par la présente correspondance.

A défaut de mise en œuvre totale ou partielle des mesures impératives demandées dans les délais prescrits, des suites administratives, prévues par le code de l'action sociale et des familles, pourront, si les circonstances l'exigent, être décidées.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur Général  
de l'Agence régionale de santé Occitanie,



Didier JAFFRE

Le Président du Conseil  
départemental du Tarn,



Christophe RAMOND

# Tableau des mesures définitives - Rapport Inspection

## EH PAD ST FRANCOIS - CADALEN

Rapport d'inspection/audit : ARS

Date : 04/05/2022

Instruction (I) / Prescription (P) / Recommandation (R)	Délai de mise en œuvre / Responsable	Observations réponses	Mesures correctives et/ou décisions conjointe du DGARS et du PCD Observations et préconisations retenues conjointement par le DGARS et le PCD pour les remarques formulées
<b>Remarque 1 :</b> Des incohérences existent entre les documents présentés. Les incohérences entre les divers documents, notamment ceux relatifs à la répartition des chambres ne rendent pas lisible la répartition et le nombre de chambres utilisées.	Décembre 2022	L'établissement dispose de 82 places autorisées. La mise à jour a été faite dans TITAN afin de corriger l'écart constaté le jour de l'inspection.	La remarque est levée.
<b>Ecart 1 :</b> En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF. <b>Prescription :</b> Finaliser l'actualisation du projet d'établissement et favoriser son appropriation par les professionnels.	12/2022	Le projet d'établissement a été actualisé le 30/09/2022. Vous retrouverez ce projet d'établissement en pièce jointe.	La prescription est levée. Nous communiquer les dates de présentation du PE aux instances (PV du CVS auquel du cours il y a eu la présentation).
<b>Remarque 2 :</b> L'absence d'organigramme ne permet pas aux professionnels d'appréhender clairement le positionnement des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires et les missions des professionnels de l'établissement.  ➔ Elaborer un organigramme fonctionnel et un	immédiat	L'organigramme est en cours de rédaction.	Maintien de la remarque. Mise en œuvre immédiate.

<p><b>Remarque 3 :</b></p> <p>Les « relais » gouvernante et IDEC n'étant pas clairement identifiés et formalisés au plan institutionnel, les modalités et conduite de l'établissement ne sont pas véritablement lisibles par tous.</p> <p>La directrice indique qu'elle ne peut partir que si son binôme peut assurer l'astreinte. Elle est en binôme avec le directeur régional ceci implique donc qu'en son absence il n'y a pas de direction locale.</p> <p>A noter, elle souligne que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le personnel a su appeler le directeur régional de NARBONNE Monsieur C.</li> <li>- Le directeur régional de Narbonne s'est déplacé pour l'inspection.</li> </ul> <p>→ Mettre en place et formaliser les modalités de l'astreinte de direction pour le WE</p> <p>→ Formaliser un document relatif aux modalités de continuité de la fonction de direction, nom du professionnel de recours, période et modalités de recours.</p>	<p>Immédiat</p> <p>Les procédures d'astreinte administrative et astreinte technique Groupe sont formalisées et à disposition des salariés.</p> <p>Celles-ci indiquent comment assurer la continuité du service, de formaliser la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement, de clarifier les rôles de chaque professionnel et d'harmoniser les pratiques professionnelles.</p> <p>Ces procédures sont présentes dans le classeur des « incontournables » et à disposition de tous les salariés ainsi que sur Blue Kango®.</p>	<p>Maintien de la remarque. Mise en œuvre immédiate.</p> <p>La mission prend acte des procédures du groupe ; toutefois celles-ci ne mentionnent ni le planning d'astreinte ni les numéros de téléphonique à utiliser si problème ; nous indiquer comment et où ces informations sont communiquées ?</p> <p>Remarque maintenue dans l'attente.</p> <p><b>Remarque 4 :</b></p> <p>En ne formalisant/réalisant pas une simulation de gestion de crise, hors présence de la direction, l'EHPAD ne garantit pas la mise en œuvre d'une réponse adaptée et graduée.</p> <p>Au jour de l'inspection, l'IDEC vérifiait les stocks, le plan bleu. De nombreux éléments sont obsolètes ou absents. Des commandes du matériel sont en cours.</p> <p>→ Formaliser le circuit de l'alerte et de gestion d'une</p>
	<p>10/2022</p>	<p><b>Le circuit de l'alerte et de gestion d'une situation de crise est présent dans le plan bleu de l'établissement (cf. Pièce jointe).</b></p> <p>Maintien de la remarque.</p>

situation de crise et le tester.

<p><b>Ecart 2 :</b></p> <p>En n'ayant pas élu un président du CVS, celui ne respecte les dispositions de l'article D311-5 du CASF.</p> <p><b>Prescription :</b> Organiser l'élection du président(e) du CVS</p>	<p>L'élection des membres du CVS a eu lieu de 28 septembre 2021 à l'EHPAD Saint-François (Voir compte rendu, que vous trouverez en PJ).</p> <p>Le Président est Monsieur PELLAPRAT.</p>	<p>Prescription levée.</p> <p>Veiller à ce que les 3 réunions se tiennent annuellement.</p>
<p><b>Remarque 5 :</b></p> <p>En n'abordant pas ouvertement le sujet de la maltraitance eu sein du conseil de la vie sociale, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM qui préconise « que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS ». (ANESM Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance – décembre 2008).</p> <p>⇒ Prévoir dans l'ordre du jour du CVS un point sur la prévention de la maltraitance/promotion de la bientraitance.</p>	<p>Le sujet de la maltraitance sera abordé lors de la prochaine réunion avec les membres du conseil de la vie sociale. Celle-ci aura lieu au mois de novembre.</p>	<p>Maintien de la remarque.</p> <p>La mission prend acte de la présentation prochaine en CVS : nous communiquer le PV de la réunion du mois de novembre ; remarque maintenue dans l'attente.</p>
<p><b>Remarque 6 :</b></p> <p>L'absence de formalisation de la chaîne hiérarchique de l'EHPAD ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des professionnels de l'établissement.</p> <p>⇒ Finaliser un organigramme fonctionnel et un organigramme hiérarchique (cf remarque 2)</p>	<p>L'organigramme est en cours de rédaction.</p>	<p>Maintien de la remarque.</p> <p>Mise en œuvre immédiate. Cf remarque 2.</p>

<p><b>Remarque 7 :</b></p> <p>L'ensemble du personnel de l'EHPAD n'a pas suivi une formation sur la bientraitance. L'EHPAD s'est inscrit dans une démarche de formation mais celle-ci reste insuffisante. La stratégie en matière de bientraitance et la définition commune de la maltraitance de l'ensemble des acteurs ne semble pas connu de tous.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Rendre évidente la stratégie du groupe et de l'établissement en matière de bientraitance.</li> <li>➔ Mettre en place des formations et des réunions pluri professionnelles</li> <li>➔ Réaliser des revues plu professionnelles suite à la survenue d'un problème.</li> </ul>	<p>Une sensibilisation est réalisée en interne avec les psychologues.</p> <p>Une Auto évaluation bien traitant par tous les temps a été créée par le Siège du Groupe SOS Seniors. Cette autoévaluation est destinée à tous les professionnels de l'établissement, soignant ou non. L'objectif est de faire de la bientraitance, un démarche immédiat d'accompagnement global.</p> <p>Auto-évaluation bientraitance réalisée en juin 2022 par l'IDEC.</p> <p>De plus, des formations en visioconférence sont réalisées par le Groupe SOS Seniors.</p>	<p>La mission prend acte ; nous communiquer les émargements des visioconférences.</p> <p>Remarque levée.</p>		
<p><b>Ecart 3 :</b></p> <p>La gestion des événements indésirables n'est pas connue de tous et les événements indésirables constatés ne sont pas systématiquement déclarés. La gestion des EI est peu formalisée (signalement, actions entreprises, REX). L'absence de protocole prévoyant les conduites à tenir en cas d'incident grave ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence.</p> <p><b>Prescription :</b> Mettre en place la gestion des événements indésirables. Formaliser un document identifiant le circuit de repérage, recueil et déclaration des EI. Déclarer sur le portail de signalement en s'appuyant si besoin sur la SRA.</p>	<p>La procédure Groupe « Déclaration des événements indésirables » décrit la conduite à tenir en cas d'incident grave. Elle est disponible sur Blue Kango® et dans le classeur des « incontournables », qui est à disposition de tous les salariés en salle du personnel.</p> <p>La réunion institutionnelle du 24 mars 2022 a eu pour objet la déclaration des EI. Un rappel sera fait lors de la prochaine réunion qui aura lieu en novembre.</p> <p>Depuis mars 2022, 54 événements indésirables ont été déclarés (Les 5 derniers EI ont été déclarés par des salariés différents).</p>	<p>La remarque est maintenue.</p> <p>Transmettre l'ordre du jour et l'émargement de la réunion institutionnelle du mois de novembre 2022.</p> <p>Combien de REX se sont tenus ?</p> <p>Transmettre les CR de REX (l'objet et les participants).</p>	<p>10/2022</p>	

<p><b>Évaluer le processus</b></p> <p><b>Mettre en place des séances régulières d'information destinées aux professionnels titulaires et remplaçants pour expliciter les protocoles en place ; disposer les protocoles dans les classeurs accessibles.</b></p>	<p><b>Remarque 8 :</b></p> <p>L'existence de divers supports (register, fiche réclamation orale, logiciel) pourrait être un atout ; toutefois l'absence de circuit clairement identifié relativement au traitement, notamment en cas de réclamation orale, ne permet pas de garantir que l'ensemble des réclamations/doléances des usagers soit signalé et fasse l'objet d'un traitement.</p> <p>⇒ Rédiger la procédure de recueil et de gestion (qui ?, quel vecteur de réponse ?, traçabilité ?) des réclamations des usagers et familles.</p> <p>Augmenter la culture de l'écrit (fiches FEI en cas de réclamations orales).</p>	<p>10/2022</p>	<p>Les réclamations orales sont retranscrites dans Blue Kango® et suivies par la direction. 11 réclamations ont été faites depuis le début du mois de mai 2022.</p> <p>Certaines réclamations sont envoyées au Siège par courrier.</p>	<p>La remarque est maintenue.</p> <p>Fournir la procédure de signalement dans BLUE KANGO et la liste des réclamations 2022 saisies (jusqu'au 31/12).</p> <p>Mise en œuvre immédiate.</p>
<p><b>Remarque 9 :</b></p> <p>L'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violences et de maltraitements sur les résidents ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des professionnels. L'appropriation insuffisante par les professionnels du nouveau processus qui se met en place ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels.</p> <p>⇒ Formaliser le circuit d'alerte et de signalement des situations de négligences, violences, maltraitance</p>	<p>immédiat</p> <p>Une formation Humanitude sera programmée en 2023 - 2024.</p>	<p>La mission prend acte de la tenue d'une formation en 2023/2024.</p> <p>Transmettre l'inscription de l'établissement à la formation.</p> <p>Communiquer l'émargement des participants à la session quand elle aura eu lieu.</p> <p>Remarque maintenue dans l'attente.</p>		

<p>et sensibiliser l'ensemble des professionnels à son utilisation.</p>	<p>→ Former l'ensemble des soignants à l'humanitude dans le cadre d'une démarche qualité de l'établissement.</p>
<p><b>Écart 4 :</b></p>	<p>En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1 du CASF</p> <p><b>Prescription :</b> Solliciter et contrôler les diplômes des professionnels intervenant dans l'EHPAD quel que soit leur statut.</p>
<p><b>Écart 5 :</b></p>	<p>En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L113-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.</p> <p><b>Prescription :</b> Demander systématiquement l'extrait de casier judiciaire, y compris pour les professionnels remplaçants ou intérimaires.</p>
<p><b>Remarque 10 :</b></p>	<p>L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle.</p> <p>→ Finaliser les fiches de tâches et de poste des professionnels</p> <p>→ Finaliser l'organigramme</p>
<p>12/2022</p>	<p>Organigramme en cours.</p> <p>Les fiches de tâches et les fiches de postes sont réactualisées.</p> <p>Les ASL ont émargé leurs fiches, il reste à faire de même pour les AS et IDE.</p> <p>31 mai 2023</p>

<p><b>Ecart 6 :</b></p> <p>En ne disposant pas en nombre suffisant de la qualification d'aide-soignant dans l'équipe pour certaines plages horaires, l'établissement contrevert aux dispositions de l'article L 312-1 du CASF, qui dispose que les prestations délivrées dans les établissements et de service médico-sociaux sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.</p> <p><b>Prescription :</b> Recruter des professionnels diplômés ; Poursuivre les démarches entreprises en lien avec les organismes de formation pour professionnaliser des personnels faisant fonction.</p>	<p>En 2022, deux ASL faisant fonction ont suivi une formation de 70 heures (juin et du 5 novembre au 7 décembre avec les organismes de la Croix rouge et l'école d'Albi).</p> <p>De plus, une faisant fonction réalise une VAE avec Luzcare, du 4 octobre au 24 avril 2023.</p> <p>Enfin, un contrat d'apprentissage d'aide-soignant va être réalisé par une faisant fonction.</p>	<p>La mission prend acte des avancées, la prescription est maintenue dans l'attente d'un ratio suffisant. Mise en œuvre immédiate.</p>
<p><b>Remarque 11 :</b></p> <p>En ne mettant pas en place un dispositif formalisé de soutien des professionnels, l'établissement ne garantit pas l'existence d'un échange autour des pratiques professionnelles et si nécessaire, de réflexions éthiques.</p>	<p>Des transmissions d'équipe ont lieu tous les jours ainsi que des réunions d'équipe mensuellement.</p> <p>Une psychologue est présente sur l'établissement pour accompagner les salariés si besoin.</p> <p>Des REX (retours d'expériences) sont organisés par le Siège du Groupe et seront prochainement organisés en interne.</p> <p>A l'échelle du Groupe, de nombreux comités existent afin de permettre un échange autour des pratiques professionnelles.</p>	<p>La mission prend acte : veiller toutefois à communiquer sur la tenue des comités et inviter régulièrement les professionnels qui le souhaitent à y participer.</p> <p>Nous communiquer les dates de REX tenus en interne EHPAD.</p> <p>Remarque levée.</p> <p>Tout d'abord, un comité éthique a été créé. Celui-ci consiste à échanger autour de thématiques pouvant amener à une réflexion éthique. Ces rassemblements, basés sur des situations rencontrées dans les établissements réunissent les psychologues, directeurs, médecins, infirmiers et tous les salariés curieux d'échanger et de débattre sur ces sujets.</p>
<p>⇒ Proposer une modalité de soutien aux professionnels</p>	<p>12/2022</p>	

<b>Remarque 12 :</b> La vigilance des professionnels devra être rappelé afin de garantir la bonne sécurisation des lieux. ➔ Lors des réunions, rappeler la nécessité d'être vigilants sur les ouvertures/fermetures portes.		La mission prend acte. Remarque levée.
<b>Remarque 13 :</b> Le non fonctionnement / la non réponse de certains appels malades est de nature à compromettre la sécurité des résidents.	immédiat	Ce point sera abordé lors de la prochaine réunion d'équipe.
<b>Ecart 7 :</b> L'absence de signature de certains contrats de séjour contrevient aux dispositions de l'article D 311 du code de l'action sociale et des familles et rend le contrat caduc de fait.	immédiat	Un nouveau prestataire a été choisi pour les appels malades, tout fonctionne. Une procédure Groupe est en cours de rédaction par le service qualité du Siège.
<b>Prescription :</b> Faire signer les contrats de séjour aux familles ; si désaccord alors rédiger un DIPC	immédiat	Les contrats de séjour sont signés par les familles et par la direction.
<b>Ecart 8 :</b> En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.	12/2022 En cours avec les psychologues	Les PAP sont organisés entre 1 et 6 mois après l'admission. 22 PAP sont réalisés, dont 7 fait à 6 mois. Des réunions pluridisciplinaires coordonnées par le psychologue sont réalisées.
<b>Prescription :</b> Rédiger un projet individualisé pour chaque résident et assurer un suivi. Evaluer régulièrement le processus.		La mission prend acte de l'avancée dans la réalisation des PAP. Prescription maintenue dans l'attente de leur réalisation complète. 31 mai 2023

<p><b>Ecart 8 bis :</b></p> <p>Le projet d'accompagnement personnalisé comprenant projet de soins et projet de vie n'est pas formalisé. Le projet de vie n'est pas élaboré ce qui contrevient aux dispositions du code de l'action sociale des familles</p> <p>Prescription ci-dessus.</p>	<p>En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p> <p><b>Prescription :</b> Recruter un médecin coordonnateur et dans l'attente proposer des solutions alternatives transitoires.</p>	<p>L'ensemble du personnel (AS et IDE) a été formé à la traçabilité TITAN en janvier et février 2022. Un rappel a eu lieu en avril.</p>
<p><b>Ecart 9 :</b></p> <p>En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur l'établissement ne tient pas à jour le dossier médical informatisé, ainsi n'est pas garantie la traçabilité des informations relatives à la prise en charge du résident.</p> <p>⇒ Veiller au remplissage du dossier médical et du dossier soin</p>	<p>Immédiat</p> <p>12/2022</p> <p>Un médecin coordonnateur doit arriver en janvier 2023 à 0.40 ETP.</p> <p>Docteur DESCHAMPS, Directrice médicale du Groupe SOS Seniors appuie l'établissement en l'absence de médecin coordonnateur et également les autres médecins coordonnateurs du Groupe.</p>	<p>L'ensemble du personnel (AS et IDE) a été formé à la traçabilité TITAN en janvier et février 2022. Un rappel a eu lieu en avril.</p> <p><b>Remarque 14 :</b></p> <p>L'établissement ne tient pas à jour le dossier médical informatisé, ainsi n'est pas garantie la traçabilité des informations relatives à la prise en charge du résident.</p> <p>⇒ Veiller au remplissage du dossier médical et du dossier soin</p>
<p><b>Ecart 10 :</b></p> <p>L'armoire comprenant les dossiers papiers des résidents n'est pas fermée à clef.</p> <p>Le stockage des dossiers médicaux « papier » ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents prévus à l'article L311-3 du CASF et contrevient aux dispositions de l'article L110-4 du CASF.</p> <p><b>Prescription :</b> Assurer la confidentialité des données. Fermer les armoires contenant des dossiers et des informations médicales ou sensibles.</p>	<p>Immédiat</p> <p>31/11/2022</p> <p>Casier suspendu fermé à clé va être mis en place.</p> <p>La mission prend acte.</p> <p>Prescription levée.</p>	<p>La mission prend acte de l'arrivée d'un médecin coordonnateur à compter du 03 janvier 2023.</p> <p>Transmettre le contrat de travail du médecin coordonnateur à la mission.</p> <p>La prescription est levée.</p> <p>La mission prend acte de l'arrivée d'un médecin coordonnateur à compter du 03 janvier 2023.</p> <p>Transmettre le contrat de travail du médecin coordonnateur.</p> <p>La mission prend acte.</p> <p>Prescription levée.</p>
<p><b>Remarque 15 :</b></p> <p>L'EHPAD ne dispose pas d'une procédure d'archivage au sens de l'article R1112-37 du CSP.</p>	<p>12/2022</p> <p>Une procédure Groupe est diffusée sur Blue Kango® et à disposition de tous les salariés.</p>	<p>La mission prend acte ; remarque levée.</p> <p>Assurer une information large de l'existence de cette procédure et de la nécessité de l'utiliser.</p>

<p>⇒ Formaliser la procédure et identifier les personnes référentes</p> <p>⇒ Ecrire la procédure d'archivage et l'évaluer.</p>	<p>Celle-ci comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La procédure « Archivage et élimination des données »,</li> <li>- La politique de conservation des données,</li> <li>- Une fiche de traçabilité d'élimination des données.</li> </ul>
<p><b>Remarque 16 :</b></p> <p>L'IDEC avec un statut de cadre ne fait pas partie de l'astreinte administrative. La présence de l'IDEC pourrait étoffer l'équipe. Une clarification du statut réel de l'IDEC est souhaitable (mission compétences fonctions : IDEC ou IDER ?)</p> <p>Il en est de même pour la gouvernante.</p> <p>⇒ Clarifier le statut et les missions et le positionnement hiérarchique de l'infirmière coordonnatrice en la positionnant comme une référente cadre ?</p> <p>⇒ Clarifier le statut et les missions de la gouvernante en la positionnant effectivement comme une référente ou un cadre ?</p> <p>⇒ Réfléchir à l'intérêt d'une IPA en gériatrie</p>	<p>10/2022</p> <p>Les postes sont bien définis. En cas de manque de personnel, elles peuvent renforcer les équipes ponctuellement.</p> <p>Voir fiche de fonction.</p>
<p><b>Ecart 11 :</b></p> <p>Le circuit du médicament n'est pas sécurité au sein de l'établissement.</p> <p>L'établissement ne garantit pas dans son organisation la dispensation des soins médicaux et para médicaux adaptés et de qualité selon l'article D312-155-0 du CASF.</p> <p><b>Prescription :</b></p> <p>Mettre en place les moyens nécessaires à la sécurisation du circuit du médicament et des prises en charge des résidents.</p> <p>Respecter l'arrêté d'avril 2011</p> <p>Demander de l'aide si besoin au Dir COTTIN PHISP ARS OCCITANIE (Siège Toulouse) ou à l'OMEDIT.</p> <p>Transmettre la nouvelle convention avec la pharmacie</p>	<p>PDA (Préparation des doses administrées) est mise en place.</p> <p>Une convention est en cours avec la pharmacie. Les pharmaciens interviennent au sein de l'EHPAD afin de préparer les piluliers. Le lieu de préparation de la pharmacie est fermé.</p> <p>La mission prend acte.</p> <p>Transmettre la convention avec la pharmacie, prescription maintenue dans l'attente du document.</p>


**Remarque 17 :**

L'heure précoce de certains couchers de résidents (hors indication médicales) n'est pas compatible avec le respect de la dignité : non accès aux activités, repas, couché...

- ➔ Rechercher des modes organisationnels permettant de retarder l'heure de couchers des résidents et les mettre en place

12/2022

Remarque maintenue.  
Fournir l'organisation retenue qui devait être retravaillée pour décembre 2022.

**Remarque 18 :**

Absence d'une procédure formalisée et systématiquement de transmission à chaque changement d'équipe permettant de sécuriser la transmission d'information et la prise en charge du résident.

12/2022  
Réalisé

La mission prend acte. La remarque est levée.

- ➔ Tracer l'ensemble des transmission inter équipe et informations données aux résidents et familles
- ➔ Réfléchir à la sécurisation des informations transmises en sus du logiciel informatique pour faciliter la communication entre les équipes

**Remarque 19 :**

Il y a un CR des réunions avec les AS/ASL mais absence de CR équipe IDE et IDE/AS.

- ➔ Mettre en place des réunions d'équipe IDE et IDE MEDCO et en faire des CR avec diffusion
- ➔ Tracer les CR

12/2022

La mission prend acte.  
La remarque est levée.

**Ecart 14 :**

L'EHPAD n'a conclu aucune convention avec les médecins libéraux et kiné

Prescription : Mettre en place une convention avec les médecins libéraux et les kinés

12/2022

Prescription maintenue.  
Délais de mise en œuvre, fin septembre 2023.

<p><b>Remarque 20 :</b></p> <p>La prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée et de sa prévention est insuffisante</p> <p>⇒ Mettre en place des MMS régulier pour les patients</p> <p>⇒ Mettre en place un processus de formation des soignants et de prise en charge de la souffrance psychique</p> <p>⇒ Evaluer ce processus</p>	<p>12/2022</p> <p><b>Remarque maintenue.</b> Fournir la liste des participants et l'émargement de la formation réalisée par la psychologue.</p>
<p><b>Remarque 21 :</b></p> <p>L'IDEC identifie des priorités pour l'ergothérapeute qui ne sont pas formalisés par un projet de soins global de l'établissement</p> <p>⇒ Identifier entre direction et ergo les priorités d'actions à mettre en œuvre et les inscrire dans le projet de soins</p>	<p>12/2022</p> <p>La remarque est levée.</p>
<p><b>Remarque 22 :</b></p> <p>L'évaluation et la mise à jour des conventions avec le CH Albi Fondation du Bon Sauveur, l'HAD Albi et Resopalid est nécessaire.</p> <p>⇒ Mettre à jour les conventions</p>	<p>06/2023</p> <p>Remarque maintenue, les conventions or EMH datant de plus de 10 ans. Mise en œuvre 31.12.2023</p>

**Écart 15 :**

Les plannings mettent en évidence l'absence d'IDE sur certaines plages horaires ce qui est susceptible de perturber l'organisation des soins...

**Prescription : Mettre en place une continuité des soins médicaux et para médicaux**

**Écart 16 :**

La distribution des médicaments du matin tous les jours et cette de l'am le wk par les AS selon les fiches de tâches.

immédiat

**Prescription :** Mettre en place les moyens nécessaires à la sécurisation du circuit du médicament et des prises en charge des résidents.  
Respecter les bonnes pratiques pharmaceutiques  
Ne pas mettre en jeu la responsabilité des IDE sans qu'elles soient informées.

**Ecart 17 :**

**Prescription :** Mettre en place un processus de prise en charge des urgences et le formaliser  
Assurer la sécurisation des résidents

10/2022

**Ecart 18 :**

Absence de protocole vis-à-vis des risques infectieux  
Pas de procédure DASRI

La prescription est maintenue.  
Communiquer la procédure de prise en charge des urgences médicales.

L'écart est levé.  
Transmettre l'audit DARI de l'EMH.

**Remarque 23 :**

Il n'y a aucun protocole commun pas même ceux d'antibiothérapie. Il n'y a ni staff médical ni réunion de services soignants sur ce sujet.  
→ Mettre en place les protocoles et réunions nécessaires aux prises en charge dont le risque infectieux.  
→ Evaluer les processus

La prescription est maintenue.  
Fournir les plannings des IDE de janvier et février 2023.

La remarque est levée.

**Remarque 24 :**

L'insuffisance formalisation et organisation du recours aux soins spécialisés ne permet pas de garantir une coordination du parcours de la personne âgée (cartographie de l'offre de soins sur le territoire, appropriation de l'offre de soins du territoire par les professionnels de l'EHPAD...).

- ⇒ Mettre en place un parcours de soins efficient et une coordination de parcours avec les établissements de santé du territoire.

**Remarque 25 :**

Les professionnels n'ont pas complètement conscience du risque infectieux lié à leur pratique.

- ⇒ Une évaluation des pratiques et du risque infectieux et un accompagnement est nécessaire conjointement avec le CEPIAS et EMH de CASTRES ce d'autant que l'établissement indique avoir été impacté et désorganisé suite aux difficultés liés aux divers épisodes COVID.
- ⇒ Evaluer le risque infectieux et faire une visite de risque avec le CEPIAS.
- ⇒ Mettre en place des évaluations des pratiques professionnelles.

La remarque est levée.

<b>Remarque 26 :</b>		
La procédure de contention est incomplète, ne garantissant pas un usage conformément aux bonnes pratiques.	12/2022	<p>La remarque est maintenue.</p> <p>Fournir la procédure de contention finalisée.</p> <p>31 mai 2023.</p>
➔ Adapter la procédure du groupe au niveau local et la compléter sur la prévention des fugues		
<b>Remarque 27 :</b>		
L'établissement met insuffisamment en place les bonnes pratiques de prévention de la dénutrition de la personne âgée de plus de 70 ans	12/2022	<p>Transmettre la procédure finalisée de prévention de la dénutrition.</p> <p>31 mai 2023.</p>
➔ Améliorer le processus de lutte contre la dénutrition		
<b>Remarque 28 :</b>		
La prévention de risque de chutes est insuffisante au sein de l'établissement	12/2022	<p>La mission prend acte. La remarque est maintenue.</p> <p>Fournir le calendrier de prévention des chutes du dernier trimestre 2022 et 1<sup>er</sup> trimestre 2023, ainsi que le nombre de résidents possédant au moins 1 test TINETTI</p>
➔ Améliorer le processus de prévention des chutes et l'évaluer		
<b>Remarque 29 :</b>		
Un protocole douleur a été transmis, il date de 2018 et devrait à minima être revallidé.	12/2022	<p>La remarque est maintenue.</p> <p>Délais de mise en œuvre septembre 2023.</p>
➔ Améliorer la prise en charge de la douleur		
<b>Remarque 30 :</b>		
	12/2022	

La prise en charge et la prévention de la douleur, notamment psychique sont incomplètes. L'EHPAD n'a pas mené un travail collaboratif notamment vis-à-vis de l'emploi des neuroleptiques et de ses effets secondaires avec les médecins et le pharmacien. Cela ne garantit pas l'obligation de porter un attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique des résidents et le traitement en conséquence de la douleur, en lien le cas échéant avec un établissement de santé.

Il n'y a pas de formation spécifique.

- ⇒ Améliorer la prise en charge de la douleur notamment psychique et l'utilisation des neuroleptiques et l'évaluer.
- ⇒ Mettre en place une formation sur la prise en charge des patients ALZHEIMER.

**Remarque 31 :**

Si l'hydratation des personnes est prise en compte, sa traçabilité peut être difficile pour les soignants et de ce fait peut entraîner des événements indésirables. Au jour de l'inspection, l'IDEC vérifiait les stocks plan bleu. De nombreux éléments obsolètes ou absents. Des commandes du matériel sont en cours.

immédiat

La remarque est maintenue.  
Fournir la liste des participants et l'émargement à la formation prévue.  
Fin septembre 2023

La remarque est maintenue.

- ⇒ Mettre à jour le plan canicule
- ⇒ Revoir le protocole en s'appuyant sur une mesure par verre plus facile de gestion pour le personnel

**Remarque 32 :**

Il n'y a pas de protocole ou de procédure pour les escarres adaptées à l'EHPAD.

- ⇒ Formaliser et rendre lisible et facile de mise en œuvre et de suivi de la prévention des escarres.

12/2022

La mission prend acte des documents disponibles et reste dans l'attente de la procédure spécifique annoncée.  
Septembre 2023.

**remarque 33 :**

absence de politique d'établissement sur la prise en charge en soins palliatifs du résident et les procédures de fin de vie.

- ⇒ Mettre en œuvre avec efficience une politique de soins palliatifs et une prise en charge de fin de vie.

12/2022

La remarque est levée.

**remarque 34 :**

l'absence de procédure de maltraitance compromet le dépérage et la prévention des risques de maltraitance et n'est pas conformes aux bonnes pratiques professionnelles.

- ⇒ Complète l'écart sur la liberté d'aller et venir et la bientraitance
- ⇒ Mettre dans le classeur des indispensables à la procédure de maltraitance et former l'ensemble des soignants à l'humanitude dans le cadre d'une démarche qualité de l'établissement.

immédiat

La mission prend acte de la tenue d'une formation en 2023/24. Communiquer l'émargement des participants à la cession quand elle aura eu lieu. Remarque maintenue dans l'attente.