

Services émetteurs : Direction des usagers, des affaires juridiques, de
l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspection
Contrôle
Conseil départemental des Pyrénées-Orientales

[REDACTED]
Maire de Millas
Président du CA de L'EHPAD « Résidence Força Réal »
2 allée Edmond Michelet
66170 MILLAS

Réf. : DUAJIQ-PIC/2024-204

Date : 04 novembre 2024

N° PRIC : MS_2024_66_CS_04

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à M. [REDACTED] Directeur de l'EHPAD « Résidence Força Réal »

Objet : Inspection de l'EHPAD « Résidence Força Réal » à Millas (66)
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 dans votre établissement en date des 28 et 29 mai 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 03 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 en date du 02 octobre 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 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 ».

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 Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur Général et par délégation
La responsable du pôle Inspection-Contrôle

A stylized blue ink signature consisting of a large 'S' and 'H' intertwined.

Stéphanie HUE

La Présidente du Conseil départemental
des Pyrénées-Orientales

A blue ink signature in cursive script, appearing to read 'Hermeline Malherbe'.

Hermeline MALHERBE

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle - Pôle Régional Inspection Contrôle
Conseil départemental des Pyrénées-Orientales

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Résidence Força Réal »

2 allée Edmond Michelet - 66170 Millas

N° PRIC : MS_2024_66_CS_04

Inspection des 29 et 30 mai 2024

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.

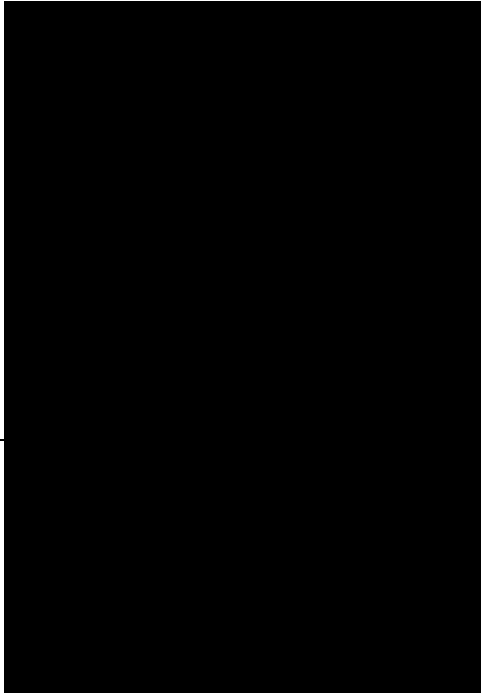
Écarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 66)
Écart n° 1 : Absence de registre des résidents tenus à jour, côté et paraphé par le maire.	R331-5 CASF, L331-2 CASF	<u>Prescription n° 1</u> : Le gestionnaire doit tenir un registre des résidents où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Il doit être côté et paraphé par le maire.	1 mois			<u>Prescription n° 1 et délai maintenus.</u> Le registre dématérialisé des entrées et sorties consultable depuis les logiciels métiers n'est pas conforme à la législation.
Écart n° 2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.	R311-33 à R311-37-1 CASF	<u>Prescription n° 2</u> : Le gestionnaire doit mettre à jour le règlement de fonctionnement et le présenter aux instances prévues par le CASF.	6 mois			<u>Prescription n° 2 et délai maintenus</u> jusqu'à la transmission du règlement de fonctionnement et le compte rendu du CVS avec avis sur le règlement de fonctionnement.
Écart n° 3 : L'établissement ne réunit pas le conseil de la vie sociale au moins trois fois par an.	D311-16 du CASF	<u>Prescription : n° 3</u> : Veiller à respecter les dispositions réglementaires en matière de fréquence de réunion du conseil de vie sociale.	Immédiat			<u>Prescription n° 3 maintenue</u> dans l'attente de la transmission du compte rendu du prochain CVS et du calendrier des réunions du CVS 2024 et 2025.

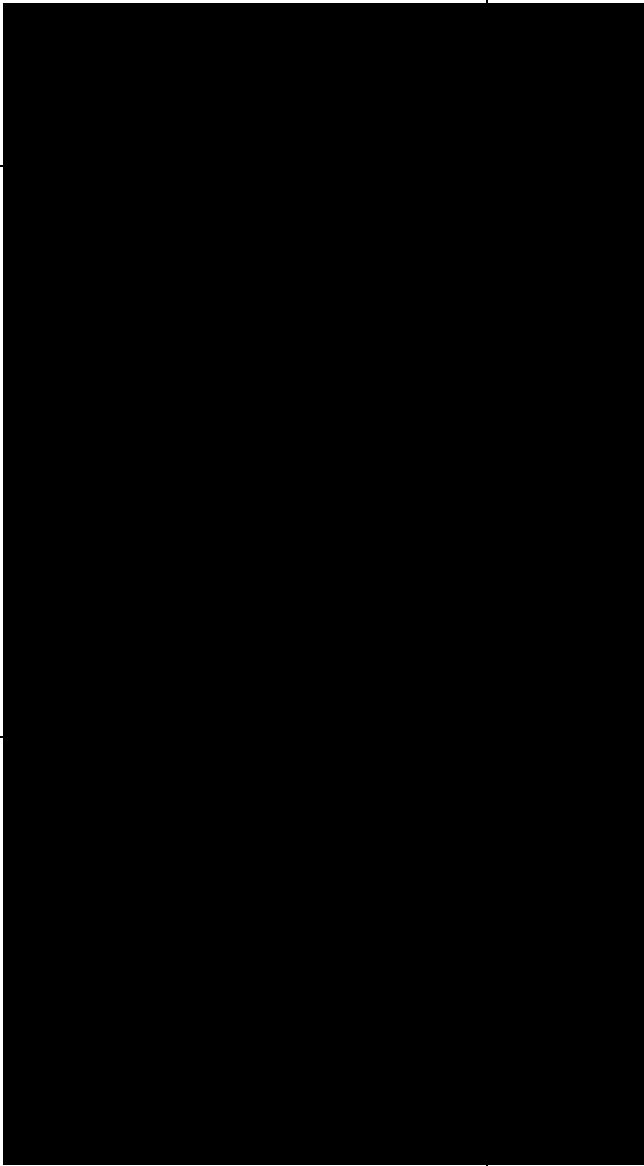
Écart n° 4 : L'établissement n'a pas affiché l'enquête de satisfaction.	D311-15-III du CASF	<u>Prescription n° 4</u> : L'établissement doit afficher les résultats de l'enquête de satisfaction annuelle dans l'espace d'accueil.	1 mois		<u>Prescription n° 6 et délai maintenus.</u> Les documents dont l'affichage est obligatoire sont des documents d'informations à l'attention des résidents, de leurs familles et de toutes les personnes qui visitent l'établissement. Le gestionnaire doit veiller à leur affichage à l'espace dédié toute l'année.
Écart n° 5 : L'établissement ne respecte pas son obligation de déclarer tous les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes.	L331-8-1 et R311-8, R331-9 et R331-10 du CASF	<u>Prescription n° 5</u> : L'établissement doit déclarer tout dysfonctionnement grave ou événement indésirable aux autorités compétentes.	Immédiat		Prescription n° 5 levée.
Écart n° 6 : Le plan bleu doit prendre en compte tous les risques pouvant impacter l'établissement et pas seulement la canicule.	R311-38-1 d CASF	<u>Prescription n° 6</u> : Le gestionnaire doit veiller à ce que le plan bleu soit en conformité avec les dispositions de l'Instruction du 28 novembre 2022. Pour ce faire, il doit s'appuyer sur le guide d'aide à l'élaboration des plans bleus élaboré par la DGS/DGCS. Il est rappelé à la structure la nécessité de disposer d'une adresse de messagerie générique d'alerte ouverte et veillée H24. Le	6 mois		<u>Prescription n° 6 et délai maintenus</u> jusqu'à la transmission du plan bleu à la délégation départementale de l'ARS (66) et au Conseil départemental (66).

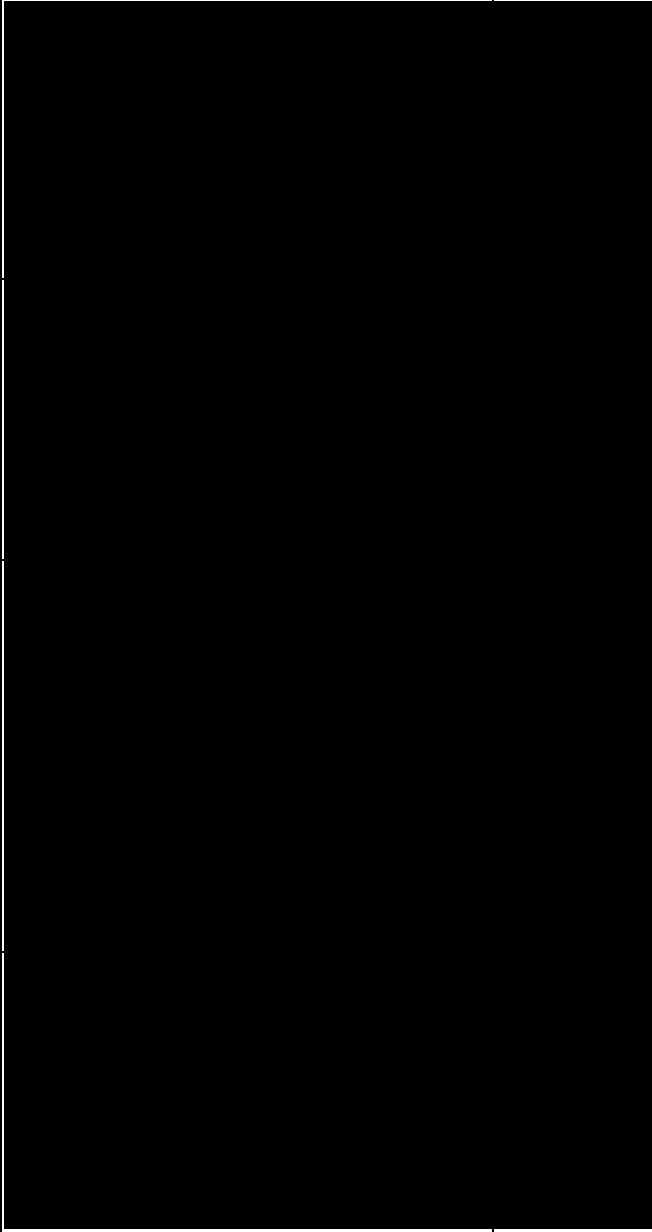
		plan bleu à actualiser est à intégrer au projet d'établissement.			
Écart n° 7 : L'établissement n'a pas désigné un référent pour les activités physiques adaptées	D311-40 – I du CASF	<u>Prescription n° 7</u> : Le directeur doit désigner parmi ses personnels le référent pour l'activité physique et sportive. Il doit recueillir l'accord de l'intéressé et s'assurer qu'il dispose, sur son temps de travail, des disponibilités nécessaires à l'exercice de ces fonctions.	1 mois		<u>Prescription n° 7 et délai maintenus.</u> Le gestionnaire doit désigner un référent d'Activités Physiques et Sportives pour se conformer à la législation.
Écart n° 8 : Les dossiers des salariés ne comportent pas systématiquement de document attestant la vérification par le gestionnaire de l'absence de condamnation.	L133-6 du CASF	<u>Prescription n° 8</u> : Le gestionnaire doit s'assurer au moment du recrutement de la compatibilité de ses personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables et à intervalle régulier tout au long de la carrière de l'agent.	Immédiat		<u>Prescription n° 8 et délai maintenus.</u> Le bulletin n°3 doit être systématiquement demandé à l'embauche et à intervalle régulier tant que l'agent exerce au sein de l'établissement.
Écart n° 9 : Le système d'ouverture de la porte de la résidence par digicode dysfonctionne et n'assure pas la sécurité de chaque résident dans le respect de sa dignité au regard de son état de santé et de son comportement.	L311-3 du CASF	<u>Prescription n° 9</u> : Prendre les dispositions nécessaires afin de sécuriser les entrées et sorties de la résidence.	Immédiat		Prescription n° 9 levée.

Écart n° 10 : Tous les contrats de séjour ne sont pas signés, ou sont signés par des personnes sans que la mission ne puisse identifier leur statut vis à vis du résident concerné.	L311-4 et D311 CASF	<u>Prescription n° 10</u> : Tous les contrats doivent être signés par les résidents ou par leur représentant légal le cas échéant.	Immédiat		<u>Prescription n° 10 maintenue.</u> Dans l'attente de l'effectivité de la mesure demandée. Il est demandé de veiller à l'entrée du résident que le contrat de séjour soit dûment signé par le résident ou son représentant légal.
Écart n° 11 : L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur.	D312-156 du CASF	<u>Prescription n° 11</u> : Recruter un médecin coordonnateur et régulariser la prise en charge médicale des 31 résidents sans médecin traitant.	6 mois		<u>Prescription n° 11 et délai maintenus</u> jusqu'à la transmission du contrat du MEDEC mentionnant la quotité horaire et sa fiche de poste.

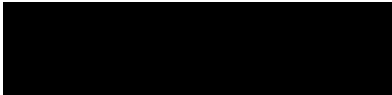
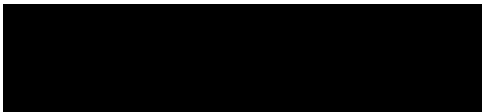
Écart n° 12 : Une ASH ne peut pas aider à la prise de médicaments en EHPAD.	Article R4311-4 du CSP et L313-26 du CASF	<u>Prescription n° 12</u> : Confier l'administration des médicaments exclusivement au personnel autorisé.	Immédiat		<u>Prescription n° 12 et délai maintenus.</u>

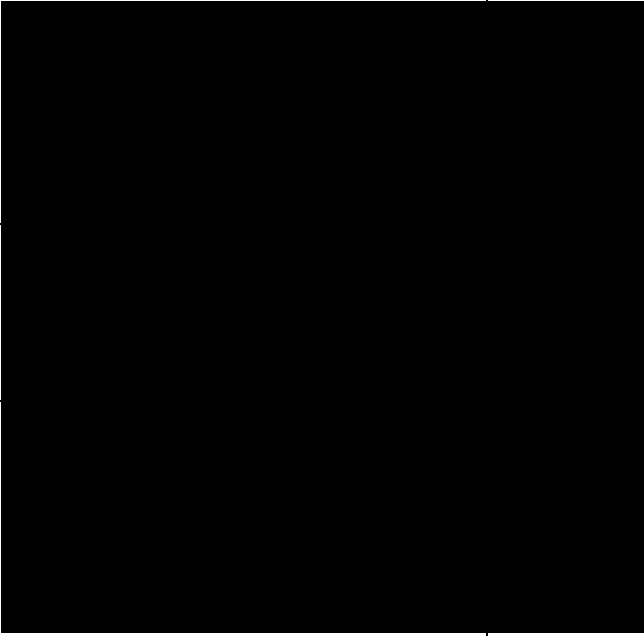
Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 66)
Remarque n° 1 : Absence d'appropriation du projet d'établissement par les professionnels, de pilotage et de suivi.	Recommandation n° 1 : L'établissement est invité à veiller à l'appropriation du PE par les professionnels, au pilotage et au suivi.				Recommandation n° 1 maintenue dans l'attente de justificatifs permettant d'apprécier la bonne appropriation par les personnels de l'établissement.
Remarque n° 2 : Le sujet de la maltraitance n'est pas suffisamment détaillé dans le projet d'établissement.	Recommandation n° 2 : Consacrer une partie relative à la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance dans le projet d'établissement lors de son renouvellement. L'établissement pourra s'appuyer sur la démarche « Humanitude » pour renforcer son plan de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.				Recommandation n° 2 maintenue dans l'attente de la transmission du projet d'établissement.
Remarque n° 3 : Absence d'affichage du flyer signalant le n° d'appel national 3977 (Allo maltraitance) au sein de chacun des sites.	Recommandation n° 3 : Procéder à l'affichage du flyer ALMA sur les lieux de passages afin d'informer toute personne, résident ou son représentant, famille, visiteur ou professionnel salarié ou non, de cette possibilité de signalement	Immédiat			Recommandation n° 3 maintenue dans l'attente de justificatifs.

Remarque n° 4 : L'organigramme n'est pas nominatif.	Recommandation n° 4 : Afin de gagner en clarté dans son organisation et son fonctionnement, la gouvernance est invitée à produire un organigramme nominatif.	1 mois		Recommandation n° 4 levée.
Remarque n° 5 : Le sujet de la maltraitance n'est pas systématiquement évoqué lors des réunions du CVS conformément 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 rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008 - Point 3.2 page 20)	Recommandation n° 5 : mettre le sujet de la maltraitance à l'ordre du jour des séances du conseil de la vie sociale.			Recommandation n° 5 levée.
Remarque n° 6 : Plusieurs missions sont dévolues à la qualitiennne dont le secrétariat et l'accueil de l'établissement. Ce qui ne permet pas de remplir pleinement les missions propres d'un référent Qualité.	Recommandation n° 6 : La référente Qualité doit être en charge du pilotage de la démarche qualité et la gestion des risques en établissement. Sa mission principale est de contribuer activement à la mise en œuvre de la qualité au sein de l'organisation, en élaborant/actualisant, organisant et accompagnant à la mise en œuvre de processus, procédures, modes opératoires spécifiques à son périmètre d'activité.			<u>Recommandation n° 6 maintenue.</u>

Remarque n° 7 : En n'ayant pas mis en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM/HAS.	Recommandation n° 7 : Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations des résidents et des familles formalisé et opérationnel en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.	3 mois		Recommandation n° 7 <u>maintenue</u> dans l'attente de la <u>procédure</u> .
Remarque n° 8 : Depuis le 17 septembre 2023 le CSE ne s'est pas réuni.	Recommandation n° 8 : Organiser de manière efficiente les réunions du CSE.			Recommandation n° 8 <u>maintenue</u> .
Remarque n° 9 : Les modalités de transmission aux autorités ne sont pas précisées. Il n'existe pas de procédure formalisée décrivant le circuit de signalement des dysfonctionnements graves et connue du personnel.	Recommandation n° 9 : Élaborer la procédure de déclaration des événements indésirables et préciser les coordonnées des autorités auxquelles la déclaration doit être transmise sans délai (ars-oc-alerte@ars.sante.fr, celle du Département ainsi que le n° de téléphone ouvert 24h/24 à l'ARS : 0800 301 301			Recommandation n° 9 <u>maintenue</u> dans l'attente de la transmission de la procédure.
Remarque n° 10 : L'absence des fiches de poste ou de tache dans les dossiers des agents ne permet pas à la mission de s'assurer que les agents sont en capacité d'appréhender ou de confirmer clairement leur positionnement dans la structure.	Recommandation n° 10 : Mettre à disposition de tous les professionnels des fiches de poste ou des fiches de taches.			Recommandation n°10 <u>maintenue</u> . La présence de la fiche de poste <u>signée</u> dans le dossier de l'agent constitue un élément objectif qui justifie la prise de connaissance de celle-ci par l'agent.

<p>Remarque n° 11 : La périodicité conventionnelle des entretiens professionnels n'est pas respectée. Cela ne permet pas à l'établissement de valoriser les compétences ni d'identifier les besoins en formation et les signes d'usure de ses personnels</p>	<p><u>Recommandation n° 11</u> : Mettre en place une organisation permettant à chaque professionnel de l'établissement de bénéficier de manière régulière d'un entretien individuel avec son responsable hiérarchique.</p>				<p><u>Recommandation n° 11 maintenue.</u> Les dossiers des agents analysés par la mission ne comportaient pas systématiquement un document attestant que chaque professionnel bénéficie d'un entretien individuel avec son responsable hiérarchique.</p>
<p>Remarque n° 12 : En conservant plus de trois mois dans les dossiers des personnels les bulletins de casier judiciaire, l'établissement contrevient aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)</p>	<p><u>Recommandation n° 12</u> : Le bulletin de casier judiciaire ne doit pas être conservé par l'employeur. Toutefois une durée de 3 mois est communément retenue pour leur conservation, notamment pour les administrations.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation n° 8 et délai maintenus.</u> Le bulletin de casier judiciaire demandé à l'agent pour justifier de sa capacité à travailler avec des personnes vulnérables ne doit pas être conservé par l'employeur. L'employeur doit pouvoir justifier par tout moyen qu'il s'est assuré de la capacité des personnels à travailler avec des personnes vulnérables à l'embauche et à intervalle régulier.</p>
<p>Remarque n° 13 : L'établissement n'a pas mis en place de groupe d'analyses des pratiques professionnelles.</p>	<p><u>Recommandation n° 13</u> : La mission recommande la mise en place de groupes d'analyse des pratiques afin de rassurer les professionnels quant à leurs pratiques et les inviter au repérage ainsi qu'à la compréhension des difficultés quotidiennes de travail. Ces groupes devront être conduits par un professionnel extérieur à l'établissement.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation n° 13 levée.</p>

Remarque n° 14 : Les PAP ne comportent pas d'indicateurs.	<u>Recommandation n° 14</u> : Le gestionnaire doit veiller à objectiver les PAP en précisant les actions mises en œuvre pour chacun des résidents mais aussi en évaluant ces actions à l'aide d'indicateurs mesurables, précis et pertinents. Au besoin, une information puis une formation, renouvelables annuellement, doivent être proposées à tous les acteurs du PAP, qu'il s'agisse des professionnels mais aussi de la famille. L'objectif étant d'assortir les actions mises en œuvre à des éléments de mesure objectifs.	6 mois			<u>Recommandation n° 14 et délai maintenus.</u>
Remarque n° 15 : De par leur ancienneté, les protocoles disponibles ne peuvent pas intégrer les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS dans les 10 dernières années.	<u>Recommandation n° 15</u> : Actualiser les protocoles afin d'intégrer les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS dans les dix dernières années.				<u>Recommandation n° 15 maintenue.</u>
Remarque n° 16 : En n'ayant pas de procédures validées décrivant les différentes étapes du circuit du médicament, l'établissement ne dispose pas d'un des éléments constitutifs de la qualité de ce circuit.	<u>Recommandation n° 16</u> : Rédiger une procédure décrivant les différentes étapes du circuit du médicament.				<u>Recommandation n° 16 maintenue.</u>
Remarque n° 17: la convention signée avec la pharmacie n'a pas été transmise.	<u>Recommandation n° 17</u> : Transmettre la convention signée avec la Pharmacie de Toulouges				<u>Recommandation n° 17 maintenue.</u>

Remarque n° 18 : Le chariot d'urgence n'est pas scellé conformément aux recommandations de bonnes pratiques.	<u>Recommandation n° 18</u> : Il est recommandé de sceller le chariot d'urgence conformément aux recommandations de bonnes pratiques.				<u>Recommandation n° 18 maintenue.</u>
Remarque n° 19 : L'absence de surveillance de la température de l'enceinte réfrigérée dédiée au médicament n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques	<u>Recommandation n° 19</u> : Mettre en place un dispositif de surveillance de la température de l'enceinte réfrigérée dédié aux médicaments.				Recommandation n° 19 Levée.
Remarque n° 20 : La convention avec le gestionnaire de DASRI n'a pas été transmise.	<u>Recommandation n° 20</u> : Transmettre à la mission d'inspection la convention avec le gestionnaire de DASRI.				Recommandation n° 20 levée.
Remarque n° 21 : La convention signée en 2016 avec le CH de concernant l'astreinte IDE de nuit pour une durée de trois ans n'a pas été évaluée ni renouvelée.	<u>Recommandation n° 21</u> : Faire l'évaluation de la convention avec le CH de Prades concernant l'astreinte IDE de nuit et la mettre à jour.	6 mois			<u>Recommandation n° 21 et délai maintenus.</u>
Remarque n° 22 : Il n'existe pas de procédure formalisée sur l'accès aux soins urgents et soins non programmés conforme aux bonnes pratiques.	<u>Recommandation n° 22</u> : Formaliser une procédure sur l'accès aux soins urgents et soins non programmés et la diffuser.				<u>Recommandation n° 22 maintenue.</u>