

Service émetteur : Délégation Départementale des Pyrénées-
Orientales

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et
La Présidente du Conseil Département des Pyrénées-
Orientales

Ref. : 2024
Date : 23/04/2024

À

N° PRIC : MS_2023_66_CS_03

Fondation Partage et Vie
11 Rue de la Vanne
92120 Montrouge

Courrier RAR n°

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

Objet : Inspection EHPAD JEAN BALAT

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 15 et 16 novembre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 16 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 5 avril 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.

Nous attirons particulièrement votre attention concernant les actions à mettre en place en matière d'organisation du travail, des plannings et des travaux de sécurisation.

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 « 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.

A Perpignan, le 23/04/2024

Pour le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation,

Le Directeur Départemental de la Direction
Départementale des Pyrénées-Orientales



Franck NIVAUD

La Présidente
du Conseil Départemental des Pyrénées-Orientales,



Hermeline MALHERBE

Copie : Mme. [REDACTED]
Directrice
EHPAD Jean Balat
34 rue Emmanuel Chabrier
66000 PERPIGNAN

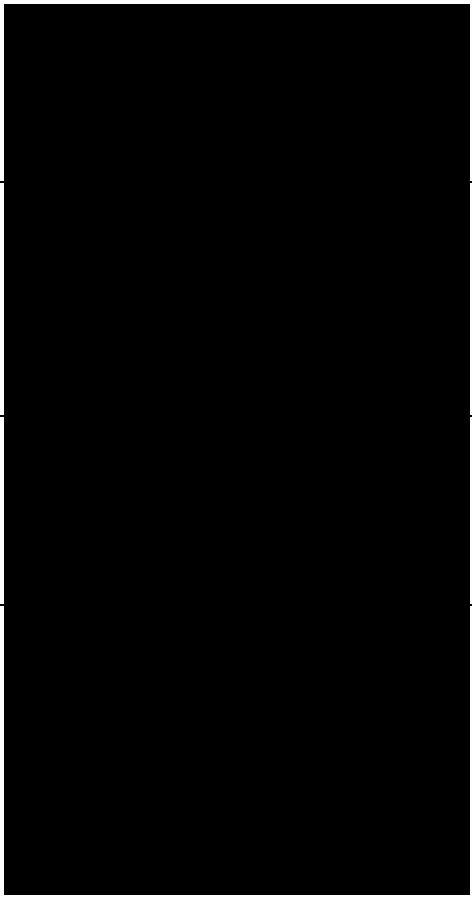
**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle**

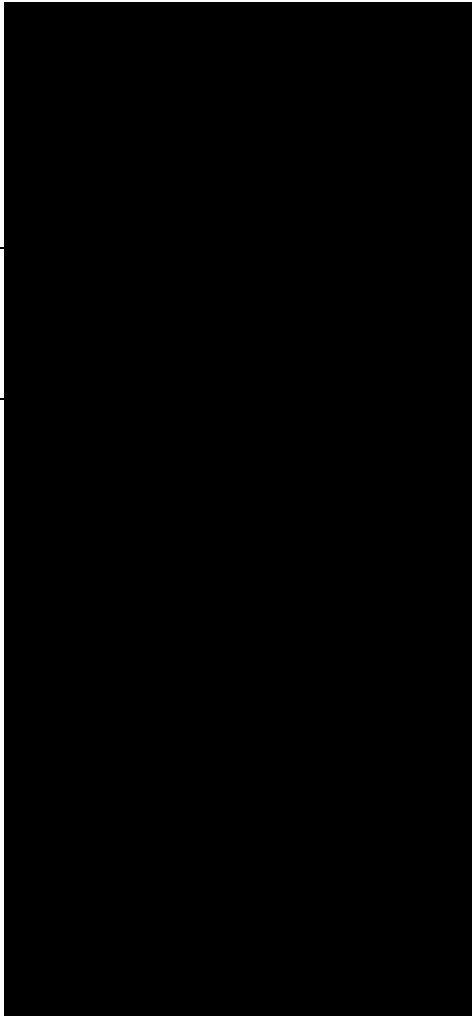
Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Inspection de l'EHPAD JEAN BALAT à Perpignan (66000) 15 et 16 Novembre 2023

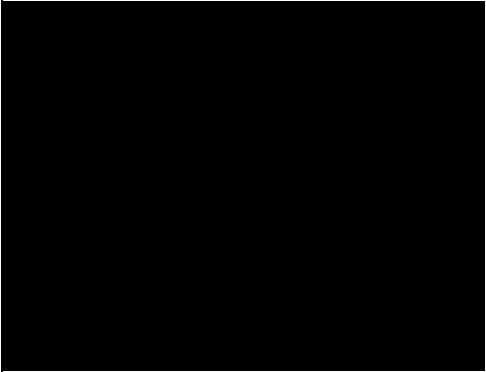

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

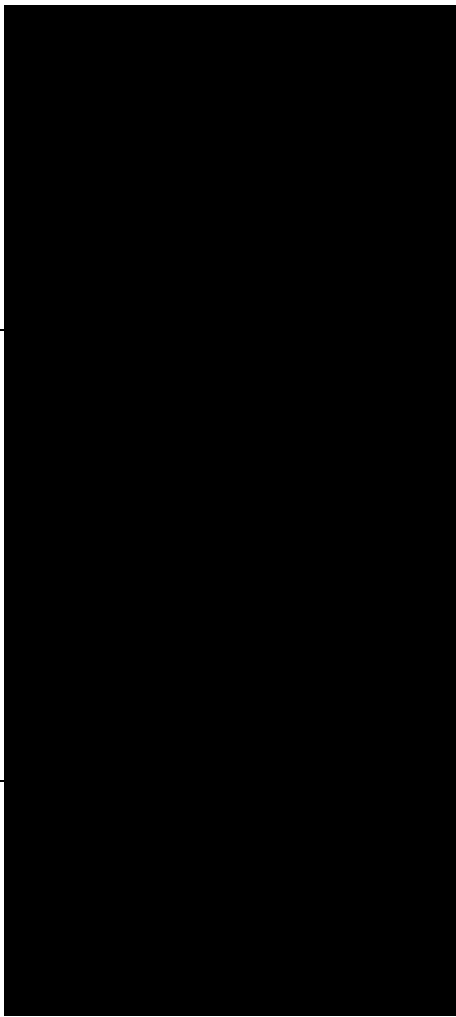
*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

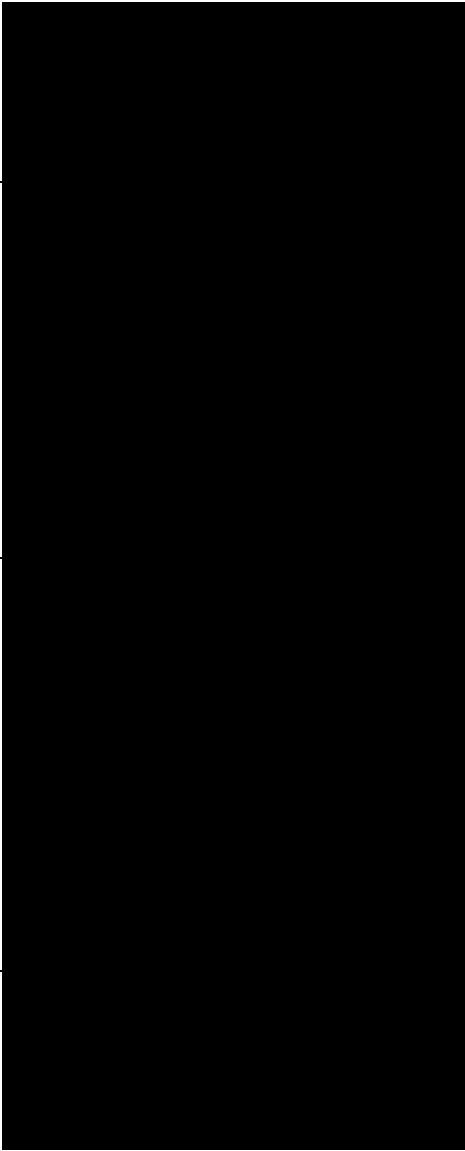
Ecarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision de l'ARS/CD
ECART n°1 : Il n'y a pas de médecin coordonnateur recruté par l'Ehpad (temps de 0,6 ETP minimum) (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Article D.312-156 CASF	Prescription n°1 : Adapter le temps du médecin coordonnateur à la réglementation en vigueur	Avant fin 2024		Maintenu. Transmettre le contrat de travail du médecin coordonnateur avant le mois de juin 2024.
ECART n°2 : La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Article D.312-158 CASF	Prescription n°2 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique et la réunir selon la périodicité définie réglementairement	Avant fin 2024		Maintenu. Transmettre les compte rendus de la CCG de l'année 2024 avant la fin de l'année 2024.
ECART n°3 : Le Projet Général de Soins à intégrer dans le Projet d'Etablissement n'est pas réalisé (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Article D.312-158 CASF	Prescription n°3 : Actualiser le projet de soins intégré au projet d'établissement	Avant fin 2024		Maintenu. Transmettre le projet de soins avant la fin de l'année 2024.
ECART n°4 : Les Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ne sont pas réalisés pour les nouveaux résidents ni mis à jour pour les anciens depuis août 2022 (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Article L.311-3 CASF	Prescription n°4 : Elaborer, faire signer et actualiser les projets d'accueil et d'accompagnement pour chaque résident dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	1 an		Maintenu. Mesures en cours, non finalisée.

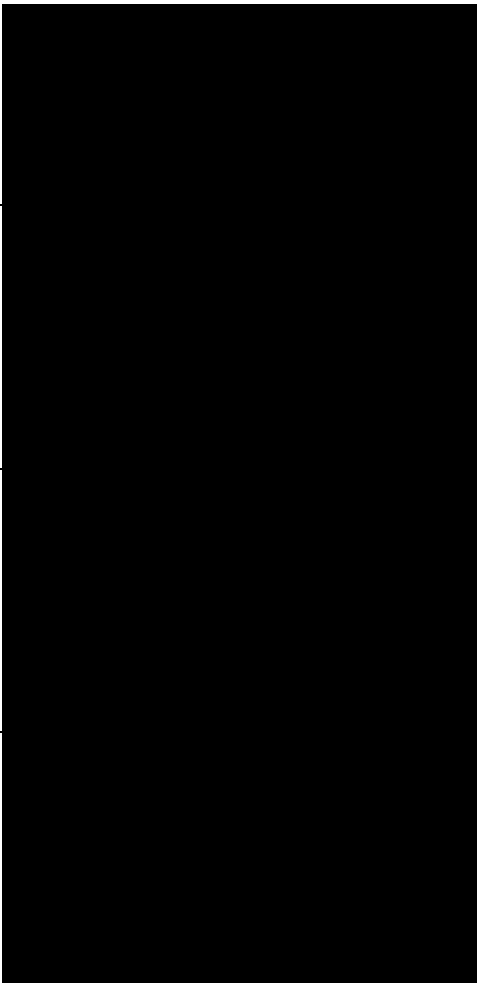
ECART n°5 : En l'absence d'un Medec, il n'y a pas de formation ni de réunion des professionnels de santé organisées en interne (<i>cf grille médicale en annexe établie par le médecin</i>).	Article D.312-158 CASF	Prescription n°5 : Dès le recrutement d'un Medec, procéder à la mise en œuvre d'une politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement	Avant fin 2024		Maintenu. Action en cours. Transmettre d'ici la fin de l'année, le plan des formations suivis par les professionnels de santé sur l'année 2024.
ECART n°6 : Les RAMA ne sont pas réalisés (<i>cf grille médicale en annexe établie par le médecin</i>).	Article D.312-158 CASF	Prescription n°6 : Elaborer le rapport d'activité médicale de l'établissement.	Avant fin 2024		Maintenu. Transmettre le RAMA une fois finalisée.
ECART n°7 : Un EIG déclaré sur Net'Soins le 28/10/2023 n'a pas été déclaré sur la plate-forme ARS (<i>cf grille médicale en annexe établie par le médecin</i>).	Article L311-8 et D311-38 CASF	Prescription n°7 : Mettre en place, dans un délai de 3 mois, une organisation permettant d'informer les autorités administratives 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 événement 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, dans le respect de la réglementation.	3 mois		Maintenu. Transmettre avant fin juin 2024 la procédure de déclaration des EIG ainsi que l'état de présence des personnels ayant suivi la formation interne.


<p>ECART n°8 :</p> <p>En l'absence de procédures de signalement déclenchées en cas de sorties non autorisées dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-37 du CASF.</p>	Article R311-37 du CASF	<p>Prescription n°8 :</p> <p>Compléter, dans un délai de 3 mois, le règlement de fonctionnement afin d'être en conformité avec la réglementation.</p>	3 mois		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre avant fin juin 2024 le règlement de fonctionnement mis à jour.</p>
<p>ECART n°9 :</p> <p>En n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel (et/ou du conseil de la vie sociale), le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.</p>	Article R311-33 du CASF	<p>Prescription n°9 :</p> <p>Soumettre dans un délai de 3 mois le règlement de fonctionnement au CVS afin de le mettre en conformité avec la réglementation.</p>	3 mois		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre avant fin juin 2024 le compte rendu de CVS au cours duquel le règlement de fonctionnement aura été présenté.</p>
<p>ECART n°10 :</p> <p>En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de 5 ans et en l'absence d'initiation de la démarche d'actualisation de ce projet, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF.</p>	Article L.311-8 du CASF	<p>Prescription n°10 :</p> <p>Elaborer dans un délai de 9 mois un projet d'établissement afin de se mettre en conformité avec l'article L311-8 du CASF.</p>	Avant fin 2024		<p>Maintenu.</p> <p>Action en cours. Transmettre d'ici la fin de l'année le projet d'établissement finalisé.</p>
<p>ECART n°11 :</p> <p>En ne procédant pas à une élection à bulletin secret pour la désignation des membres du CVS au titre des représentants des personnes accompagnées et de leurs familles, l'établissement n'a pas respecté</p>	Article D 311-10 du CASF	<p>Prescription n°11 :</p> <p>Veiller à respecter les dispositions réglementaires (article D311-10 du CASF) en matière de désignation des membres du conseil de la vie sociale.</p>	Dès les prochaines élections des représentants au CVS		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre le compte rendu de CVS à la suite des prochaines élections des membres du CVS.</p>

les prescriptions du CASF posées à l'article D 311-10.					
<p>ECART n°12 :</p> <p>En ne s'étant pas organisé pour informer les autorités administratives 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, l'établissement ne respecte pas la réglementation (articles L331-8-1 et R 311-8, R 331-9 et R 331-10 du CASF).</p>	Articles L331-8-1 et R 311-8, R 331-9 et R 331-10 du CASF	Voir prescription n°7	3 mois		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre avant fin juin 2024 la procédure de déclaration des EIG ainsi que l'état de présence des personnels ayant suivi la formation interne.</p>
<p>ECART n°13 :</p> <p>En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir que les prestations sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées tel que prévu à l'article L312-1-II du CASF.</p>	Article L312-1-II du CASF	Prescription n°12 : Récupérer auprès des personnels, dans un délai de 3 mois, des copies de leurs diplômes afin de s'assurer de la qualification du personnel et ainsi de garantir que les prestations réalisées au sein de l'établissement le sont par des équipes pluridisciplinaires qualifiées	3 mois		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre les diplômes des professionnels avant fin juin 2024.</p>


		tel que le prévoit la réglementation.			
ECART n°14 : En ne s'étant pas organisé pour vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF.	Art L133-6 CASF	Prescription n°13 : Mettre en place, dans un délai de 3 mois, une organisation permettant de vérifier les aptitudes du personnel de l'établissement à exercer auprès de personnes vulnérables, dans le respect de la réglementation	3 mois		Levé
ECART n°15 : En n'assurant pas un effectif constant d'agents qualifiés pour un horaire et sur un site donné et en n'assurant pas la présence constante d'un personnel aide-soignant, l'établissement ne respecte pas son obligation de garantir une prise en charge adaptée par du personnel qualifié exigée par l'article L312-1 II 4ème alinéa du CASF.	Article L312-1 II 4ème alinéa du CASF.	Prescription n°14 : Mettre en place, immédiatement, une organisation permettant d'assurer la présence d'un effectif constant de personnel qualifié pour un horaire et sur un site donné dans le respect de la réglementation (article L312-1-II du CASF).	Immédiat		Maintenu. Transmettre le document formalisant la nouvelle organisation dès que mise en place.
ECART n°16 : La sécurisation des portes donnant sur les balcons extérieurs de chaque étage est insuffisante. Les défaillances en matière de sécurisation des locaux sont susceptibles de porter atteinte à la sécurité des résidents. En cela, l'établissement ne respecte pas	article L311-3 du CASF	Prescription n°15 : Sécuriser les portes donnant sur les balcons de l'établissement dans le respect de la réglementation en matière de sécurité des résidents accueillis (article L311-3 du CASF).	Juin 2024		Maintenu. Transmettre les photos du système de sécurisation mis en place.

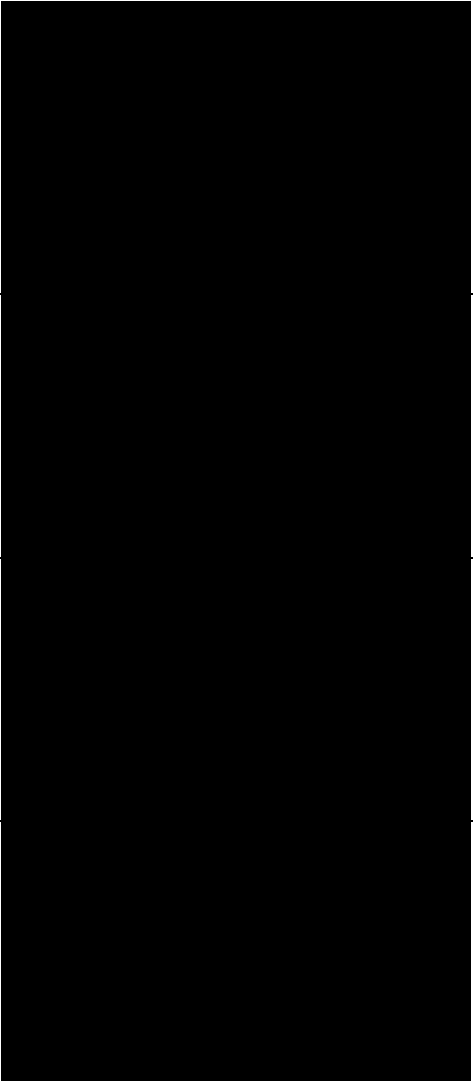
les dispositions de l'article L311-3 du CASF.					
ECART n°17 : Les espaces techniques et de stockage ne sont pas systématiquement fermés à clé.	article L311-3 du CASF	Prescription n°16 : Veiller à sécuriser tous les locaux de l'établissement afin d'offrir des conditions d'accueil et d'hébergement sécuritaires aux personnes accueillies.	Immédiat		Maintenu. Transmettre les photos du système de sécurisation mis en place.
ECART n°18 : Les dispositifs d'appel malade des chambres de l'unité protégée ne sont pas accessibles et suffisants. La défaillance du dispositif d'appel des résidents contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF en matière de sécurité des personnes accueillies.	article L311-3 du CASF	Prescription n°17 : Mettre en place, dans un délai de 3 mois, un dispositif fonctionnel d'appel des résidents, dans le respect de la réglementation.	3 mois		Maintenu. Transmettre le projet mis en place dès mise en place.
ECART n°19 : En ne disposant pas de l'avis du médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	article D312-158 du CASF	Prescription n°18 : Mettre en place, dans un délai de 3 mois, une organisation permettant de recueillir systématiquement l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement avant toute admission d'un nouveau résident, dans le respect de la réglementation.	3 mois		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la procédure qui prévoit l'avis du médecin pour toutes les admissions.
ECART n°20 : En ne formalisant pas l'organisation de l'entretien spécifique visant au recueil du consentement de la personne	Art L 311-4 CASF	Prescription n°19 : Mettre à jour la procédure d'admission des nouveaux résidents en intégrant un entretien formalisant le	Immédiat		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la procédure

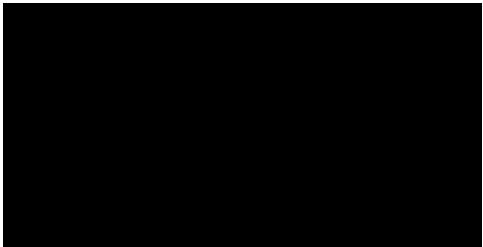

avant son entrée, à l'informer de ses droits et à s'assurer de leur parfaite compréhension, l'établissement méconnaît les obligations posées par l'article L 311-4 du CASF.		recueil du consentement et la transmission des informations sur leurs droits.			
ECART n°21 : En ne disposant pas d'un registre des entrées et des sorties dûment côté conformément à la réglementation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 331-2 du CASF.	Article L.331-2 du CASF	Prescription n°20 : Mettre en place, le registre des entrées et sorties côté et paraphé et le mettre à jour en conformité avec l'article L331-2 du CASF	Immédiat		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif des copies des 5 premières pages du registre.
ECART n°22 : En ne joignant pas les documents obligatoires au livret d'accueil et au contrat de séjour, l'établissement méconnaît les dispositions de l'article L 311- 4 du CASF.	Article L 311-4 du CASF	Prescription n°21 : Annexer la Charte des Droits du Résident au livret d'accueil dans le respect de la réglementation.	Immédiat		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif le livret d'accueil et ses annexes.
ECART n°23 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.	Art L 311-3 3 CASF	Voir prescription n°4	1 an		Maintenu. Mesures en cours, non finalisée.
ECART n°24 : La mission constate que l'organisation de l'animation est insatisfaisante en raison du manque de recueil des attentes, des aptitudes et des besoins des résidents. En cela	article L311-3 3 du CASF	Prescription n°22 : Mettre en place, dans un délai de 3 mois, une organisation visant à recueillir les attentes, les aptitudes et les besoins des résidents en matière	3 mois		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif le compte rendu des commissions d'animation qui se sont tenues.

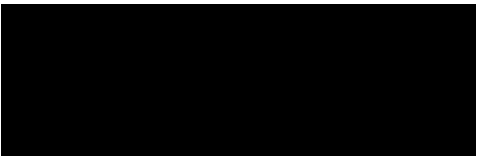
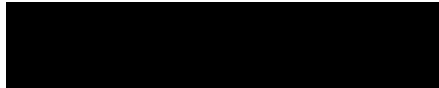
l'établissement contrevient à l'article L 311-3 3° du CASF.		d'animation, dans le respect de la réglementation			
ECART n°25 : En ne mettant pas en œuvre les enquêtes de satisfaction l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L311-6 et D311-21 du CASF.	Articles L311-6 et D311-21 du CASF	Recommandation n°23 : Veiller à associer, dans un délai de 6 mois, les usagers au fonctionnement de l'établissement par la mise en place d'enquêtes de satisfaction.	6 mois		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la dernière enquête de satisfaction réalisée en 2023.

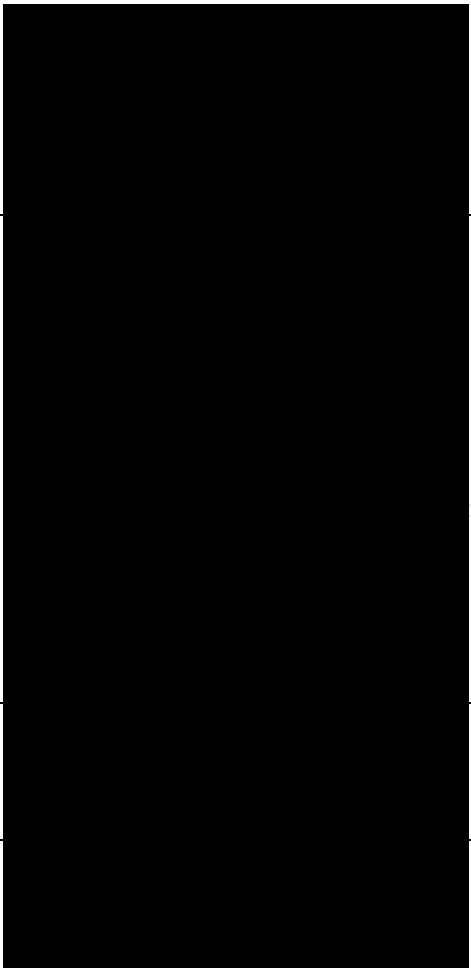
Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision de l'ARS
REMARQUE n°1 : La convention avec le Réseau Plaie et Cicatrisation n'est pas signée par le représentant de l'Ehpad (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Recommandation n°1 : Signer et transmettre la convention avec le Réseau Plaie et Cicatrisation.	Immédiat		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la convention signée.
REMARQUE n°2 : La convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs n'est pas mise en œuvre (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Recommandation n°2 : Mettre en œuvre la convention et faire le lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs.	3 mois		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la convention signée.
REMARQUE n°3 : L'équipe managériale n'a pas mis en opérationnalité l'usage de la télémedecine avec les partenaires territoriaux (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Recommandation n°3 : Prévoir l'installation d'une salle dédiée à l'utilisation de la télémedecine notamment pour les séances de télémedecine avec le réseau Plaies et Cicatrisation.	3 mois		Maintenu. Transmettre le document formalisant le projet dès que réalisé.
REMARQUE n°4 : Il n'y a pas de convention signée avec les médecins libéraux intervenants dans l'EHPAD (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Recommandation n°4 : Formaliser l'ensemble des conventions nécessaires avec les professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'EHPAD.	6 mois		Maintenu. Transmettre les conventions signées avant la fin de l'année 2024.
REMARQUE n°5 : Il n'y a pas de temps dédié pour les transmissions entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit le soir et le matin (cf grille médicale en annexe établie par le médecin).	Recommandation n°5 : Adapter les plannings pour prévoir des temps dédiés de transmissions le soir et le matin entre les équipes de jour et de nuit.	Immédiat		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif le document formalisant la nouvelle organisation mise en place.

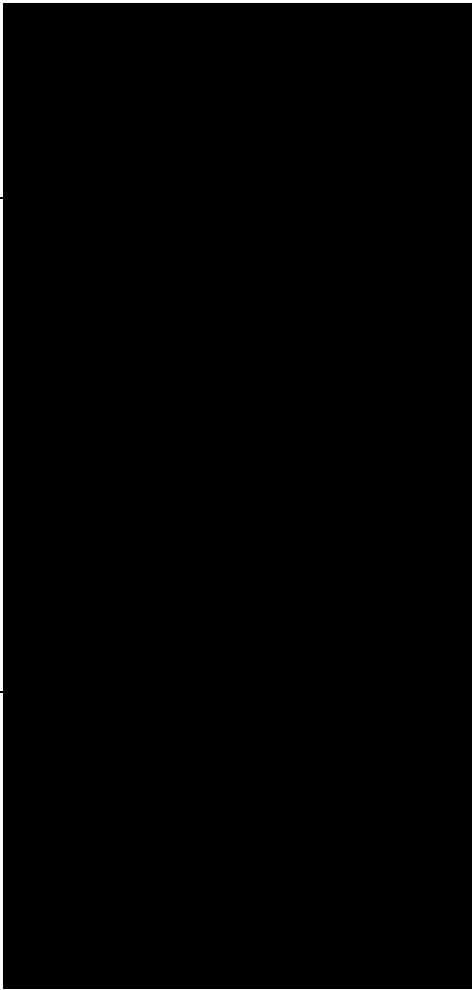
REMARQUE n°6 : Les documents concernant les bonnes pratiques gériatriques existent mais ne sont régulièrement mises à jour et adaptées à la situation de l'EHPAD (<i>cf grille médicale en annexe établie par le médecin</i>).	Recommandation n°6 : Finaliser la mise à jour des documents de bonnes pratiques gériatriques.	6 mois		Maintenu. Transmettre dès que finalisés les documents mis à jour.
REMARQUE n°7 : Il n'existe pas de registre des chutes des 3 dernières années (<i>cf grille médicale en annexe établie par le médecin</i>).	Recommandation n°7 : Mettre en place le registre des chutes et prévoir une analyse de leurs causes et fréquences.	3 mois		Maintenu. Transmettre les CREX réalisés avant la fin du mois de juin.
REMARQUE n°8 : Il n'y a pas de présence infirmière le samedi et le dimanche entre 13h et 15h. Les AS gèrent seules les cas d'urgence pendant ces tranches horaires (<i>cf grille médicale en annexe établie par le médecin</i>).	Recommandation n°8 : Prévoir une présence infirmière ou le cas échéant le recours à une astreinte infirmière sur tous les jours de la semaine.	3 mois		Maintenu. Il ne s'agit pas d'une remarque relative à l'astreinte directeur mais de l'organisation d'une présence infirmière ou du recours à une astreinte sur tous les jours de la semaine.
REMARQUE n°9 : En l'absence de pilotage du projet d'établissement (élaboration et suivi) et de mobilisation du gestionnaire sur ce volet, l'établissement ne rassemble pas les conditions satisfaisantes à la formalisation et la mise en œuvre d'un projet structurant, permettant aux professionnels de repérer le sens de leur action et leur place dans l'organisation.	Recommandation n°9 : Mettre en place un pilotage et un suivi de l'avancée du projet d'établissement répondant aux recommandations de décembre 2009 de l'HAS/ANESM portant sur l'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service	Immédiat pour un projet d'établissement établi avant la fin 2024		Maintenu. Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la procédure de pilotage de l'élaboration du projet d'établissement.
REMARQUE n°10 : La fiche de poste du directeur n'a pas été transmise.	Recommandation n°10 : Transmettre la fiche de poste du directeur.	immédiat		Levé.

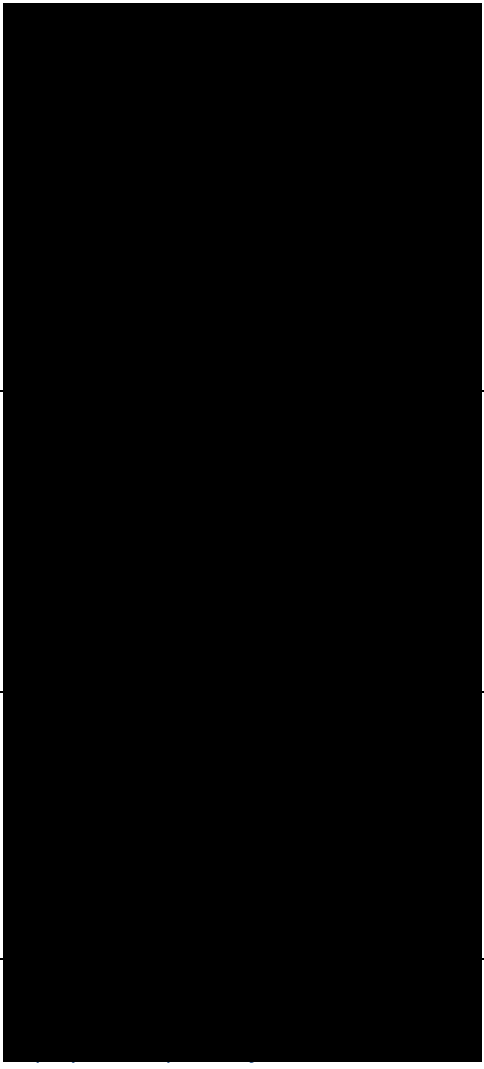
<p>REMARQUES n°11 :</p> <p>La note précisant l'organisation de l'astreinte de direction n'a pas été remise à la mission d'inspection.</p> <p>La procédure d'appel d'astreinte à destination des salariés de l'établissement n'est pas datée, ni signée du directeur.</p>	<p>Recommandation n°11 :</p> <p>Transmettre la note datée et signée du directeur précisant l'organisation de l'astreinte de direction.</p>	<p>immédiat</p>		<p>Levé.</p>
<p>REMARQUE n°12 :</p> <p>La note instituant l'installation du CSE et déterminant sa composition n'a pas été remise ou transmise à la mission d'inspection.</p>	<p>Recommandation n°12 :</p> <p>Transmettre la note instituant l'installation du CSE et déterminant sa composition.</p>	<p>immédiat</p>		<p>Levé.</p>
<p>REMARQUE n°13 :</p> <p>Pour l'année 2023, la fréquence des réunions du CSE est inférieure à celle prévue par l'article L 2315-28 du code du travail (une fois tous les deux mois).</p>	<p>Recommandation n°13 :</p> <p>Prévoir la tenue des réunions CSE conformément à la réglementation.</p>	<p>immédiat</p>		<p>Levé.</p>
<p>REMARQUE n°14 :</p> <p>En n'abordant pas explicitement le sujet de la maltraitance au 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</p>	<p>Recommandation n°14 :</p> <p>Mettre périodiquement le sujet de la maltraitance à l'ordre du jour des séances du conseil de la vie sociale dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.</p>	<p>immédiat</p>		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif le dernier compte rendu du CVS.</p>

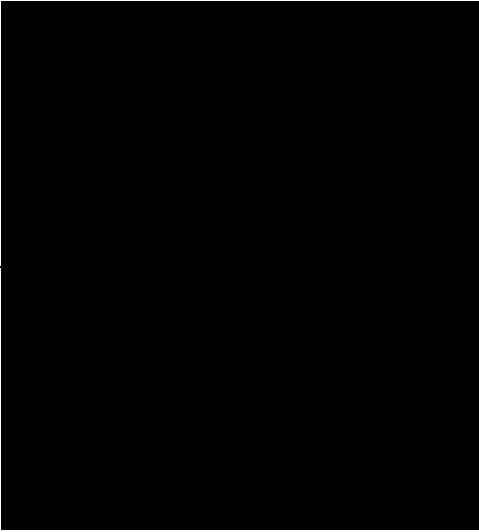
CVS..." (ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008 – point 3.2 page 20)).				
<p>REMARQUE n°15 :</p> <p>La méconnaissance par le personnel des notions de bientraitance et de lutte contre la maltraitance ne permet pas de garantir que les actes de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels. En cela, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques de l'ANESM/HAS (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – Décembre 2008 »).</p>	<p>Recommandation n°15 :</p> <p>Mettre en place au sein de l'établissement des sessions de formations spécifiques et régulières sur la thématique de la maltraitance, associant l'ensemble des salariés et intervenants extérieurs en appliquant les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.</p>	3 mois		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre d'ici la fin de l'année 2024, le planning des formations ayant abordé la thématique de la maltraitance.</p>
<p>REMARQUE n°16 :</p> <p>En n'ayant pas mis en place une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM/HAS « Mission du</p>	<p>Recommandation n°16 :</p> <p>Formaliser la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance au sein de l'établissement en en appliquant les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS. Rendre accessible les procédures à l'ensemble des personnels.</p>	3 mois		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre d'ici la fin de l'année 2024, le planning des formations ayant abordé la thématique de la promotion de la bientraitance.</p>

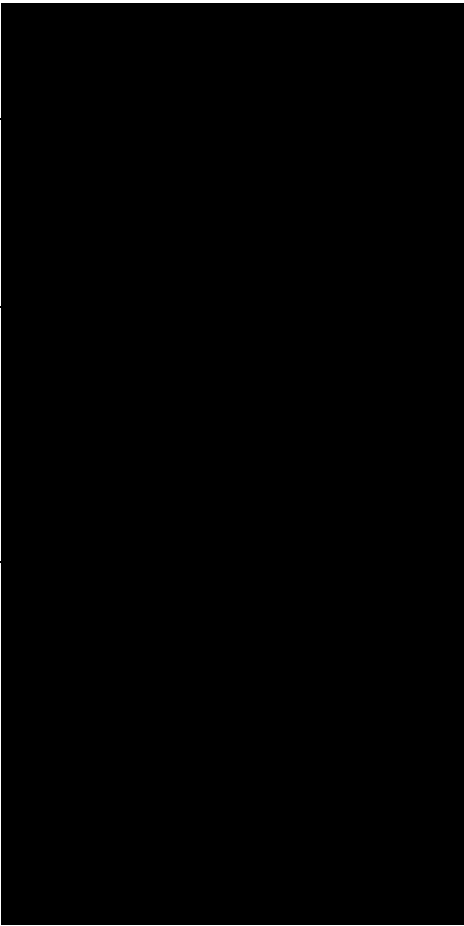
responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – Décembre 2008 » et à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 modifiée par l'instruction ministérielle du 6 novembre 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.				
REMARQUE n°17 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations propres à l'établissement, formalisé et opérationnel, la politique de l'EHPAD n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM/HAS (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – Décembre 2008 »).	Recommandation n°17 : Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations propre à l'établissement et s'assurer de son appropriation par le personnel et par les familles de résident.	Immédiat		Maintenu. Transmettre d'ici la fin de l'année 2024, les CREX sur les EI réalisés courant 2024.
REMARQUE n°18 : L'absence d'analyse des EI par l'équipe de direction et d'encadrement prive l'établissement d'un outil d'identification des risques professionnels (ANESM, Mission	Recommandation n°18 : Mettre en place une analyse régulière des EI en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques et de l'ANESM/HAS notamment « Mission du responsable d'établissement et rôle de	immédiat		Maintenu. Transmettre d'ici la fin de l'année 2024, les CREX sur les EI réalisés courant 2024.

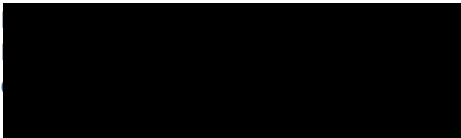

du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, Décembre 2008 et cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement HAS FORAP).	l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008 ».			
REMARQUE n°19 : La version n°3 du plan bleu est identique à celle de 2019. Elle n'a pas été actualisée pour certaines informations (coordonnées d'urgence de l'ARS ; période de canicule).	Recommandation n°19 : Actualiser le plan bleu de l'établissement et valider la version n°4 par visa du directeur.	immédiat		Maintenu. Transmettre le plan bleu mis à jour avant la fin du mois de juin 2024.
REMARQUE n°20 : Les documents d'évaluation interne ou externe n'ont pas été transmis par l'établissement et ne permettent pas de s'assurer que l'établissement met en place un pilotage de la politique qualité et un suivi de l'évaluation reposant sur une démarche continue d'amélioration de la qualité, retracée chaque année dans un rapport d'activité.	Recommandation n°20 : Transmettre les documents permettant de s'assurer que l'établissement met en place un pilotage de la politique qualité et un suivi de l'évaluation reposant sur une démarche continue d'amélioration de la qualité.	immédiat		Maintenu. Transmettre les compte rendus de COPIL qualité tenus sur l'année 2024.
REMARQUE n°21 : La fiche de poste et missions de la responsable qualité n'ont pas été remis à la mission.	Recommandation n°21 : Transmettre la fiche de poste et de missions du responsable qualité.	immédiat		Levé.
REMARQUE n°22 : La procédure « Promotion de la bientraitance et prévention du	Recommandation n°22 : Adapter et appliquer à l'établissement la procédure « Promotion de la bientraitance et prévention du risque	immédiat		Maintenu. Transmettre le programme de la formation réalisée et l'état de

risque de maltraitance » validée par la fondation partage et vie n'est pas appliquée par l'établissement.	de maltraitance » établie par la fondation partage et vie.			présence des personnels ayant assisté à la formation.
REMARQUE n°23 : En ne respectant pas l'obligation de conclure un contrat de travail à durée déterminée avant toute intervention du salarié temporaire, l'établissement méconnaît la législation du code du travail	Recommandation n°23 : Se mettre en conformité avec le code du travail pour la conclusion des contrats des personnels salariés au sein de l'établissement.	immédiat		Levé.
REMARQUE n°24 : 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 (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	Recommandation n°24 : Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.	3 mois		Levé.
REMARQUE n°25 : L'absence de remise des nouvelles fiches de poste aux professionnels et leur inaccessibilité sur un site partagé ne permettent pas aux salariés d'appréhender ou de confirmer clairement leur positionnement dans la structure (ANESM - juin 2008 : La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre. Repère 4 point 3.3).	Recommandation n°25 Mettre à disposition de tous les professionnels de l'établissement des fiches de postes actualisées.	3 mois		Levé.

<p>REMARQUE n°26 :</p> <p>En permettant l'existence de glissements de tâches entre professionnels, l'établissement prend le risque que la prise en charge des résidents accueillis ne soit pas effectuée de manière satisfaisante (Recommandation de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II relative à la mise en place d'une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance - Décembre 2008).</p>	<p>Recommandation n°26 :</p> <p>Transmettre les protocoles qui permettent de s'assurer que les glissements de tâches entre les ASH et les AS sont organisées et sous la surveillance du cadre présent.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif les procédures mises en place.</p>
<p>REMARQUE n°27 :</p> <p>La difficulté de l'établissement à stabiliser l'équipe (médecin, IDE, AS) porte atteinte à la coordination des soins et de l'accompagnement et à la qualité de la prise en charge globale du résident.</p>	<p>Recommandation n°27 :</p> <p>Veiller à stabiliser les équipes de soins afin de permettre une coordination des soins et de l'accompagnement et une qualité de prise en charge globale des résidents les plus efficaces possible.</p>	<p>A partir de 2024</p>		<p>Levé.</p>
<p>REMARQUE n°28 :</p> <p>Le recours à du personnel de remplacement sans accompagnement de prise de poste suffisant est susceptible de perturber l'organisation des unités et d'affecter la continuité et la qualité du service.</p>	<p>Recommandation n°28 :</p> <p>Garantir un accompagnement suffisant afin que les nouveaux collaborateurs puissent prendre leur fonction avec assurance</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Maintenu.</p> <p>Transmettre dès réception du rapport d'inspection définitif la procédure mise en place.</p>
<p>REMARQUE n°29 :</p> <p>L'insuffisante attention de la direction de l'établissement au</p>	<p>Recommandation n°29 :</p> <p>Elaborer une stratégie de formation et de développement des connaissances</p>	<p>3 mois</p>		

maintien et au développement des connaissances professionnelles des personnels telle qu'elle ressort des constats de la mission d'inspection en matière de formation professionnelle (absence de plan de formation formalisé, absence de validation institutionnelle de ce plan) ne lui permet pas de garantir une qualité et une sécurité de l'accompagnement et de la prise en charge adaptées en continu à l'évolution des besoins des résidents accueillis dans l'établissement.	professionnelles du personnel afin de lui permettre de s'adapter au mieux et en permanence à l'évolution des besoins des résidents accueillis au sein de l'établissement.			Maintenu. Transmettre dès son élaboration le plan de formation.
REMARQUE n°30 : L'absence de communication du plan de formation auprès des salariés ne facilite pas le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandation ANESM – Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance- décembre 2008).	Recommandation n°30 : Communiquer le plan de formation continue du personnel arrêté par l'établissement.	Dès l'élaboration du plan de formation		Maintenu. Transmettre dès son élaboration le plan de formation.
REMARQUE n°31 : L'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandation ANESM relative aux missions du	Recommandation n°31 : Elaborer un plan de formation à destination des professionnels de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS	3 mois		Maintenu. Transmettre dès son élaboration le plan de formation.

responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II - Décembre 2008).				
REMARQUE n°32 : La signalétique de certains locaux est manquante ou erronée.	Recommandation n°32 : Adapter la signalétique sur l'ensemble des locaux du bâtiment afin de faciliter le repérage et l'accès à l'établissement.	Lors du changement de la signalétique programmée sur 2024		Levé.
REMARQUE n°33 : L'établissement ne propose pas d'accès aux espaces extérieurs pendant la durée des travaux.	Recommandation n°33 : Transmettre les photos des aménagements des espaces extérieurs de l'établissement une fois les travaux achevés.	Février 2024		Maintenu. Transmettre les photos des espaces extérieurs dès finalisation des travaux.
REMARQUE n°34 : Le temps d'arrivée du personnel lors de l'activation d'un appel malade n'est pas adaptée.	Recommandation n°34 : Rappeler au personnel les délais d'intervention et rédiger une procédure pour une venue des personnels dans un délai inférieur à 3 minutes.	immédiat		Levé.
REMARQUE n°35 : En l'absence de projets individualisés régulièrement ajustés en fonction de l'évolution des besoins des résidents et en ne prenant pas suffisamment en compte leurs désirs et habitudes de vie, l'EHPAD ne respecte pas les recommandations de l'ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre juin 2008 » et « Les attentes de la personne et le projet personnalisé – Décembre 2008 ».	Recommandation n°35 : Mettre en place une organisation permettant une élaboration et un suivi des projets d'accompagnement individualisé dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS.	3 mois		Maintenu. Transmettre la procédure sur l'élaboration et le suivi des projets d'accompagnement individualisé.

REMARQUE n°36 : La procédure de la mise en œuvre de mesures de protection juridique n'a pas été transmise.	Recommandation n°36 : Transmettre la procédure existante sur la mise en œuvre de mesures de protection juridique.	immédiat		Maintenu. Transmettre la procédure dès que finalisée et avant la fin du mois de juin 2024.
REMARQUE n°37 : La gestion de la restauration est assurée au niveau central entre la Fondation et le prestataire sans que les attentes et besoins des résidents de l'établissement local ou de leurs familles ne soient prises en compte : pas de commission des menus, pas d'intervention de diététicien sur l'établissement, relations entre personnel infirmier et personnel de cuisine peu efficaces ... et en cela l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques (Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – DGS/DGAS/SFGG – octobre 2007).	Recommandation n°37 : Instaurer au sein de l'établissement la démarche institutionnelle de la Fondation visant à améliorer l'alimentation des résidents accueillis, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.	6 mois		Maintenu. Transmettre d'ici la fin de l'année 2024 les comptes rendus des commissions alimentation tenues sur l'année 2024.