

Service émetteur : Délégation départementale de la Haute Garonne

Monsieur le Président
SAS L'OASIS PALMERAIE
12 RUE JEAN JAURES
92813 PUTEAUX CEDEX

Date : 23/03/2022

Lettre recommandée avec accusé réception

Objet : suivi de la mise en demeure suite à l'inspection de l'EHPAD « Athéna »

n° PRIC 2022 : MS-2022-DSP-31-07

PJ : 1 rapport et tableau de synthèse des écarts et des remarques et des décisions

Références légales prévues par le CASF: Art L313-14 CASF ; Art.L331-8-1 CASF ; Art L.1413-14 CSP ; Art. D312-176-6 CASF ; Art L312-1-II, al.2 CASF; Art R5126-109 du CSP; Art. L.311-3 3^eCASF

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection de votre établissement, réalisée le 9 février 2022, nous vous avions invité à communiquer vos observations, en réponse, sur les constats et les conclusions de la mission, ainsi que sur les mesures que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vos observations et pièces justificatives nous ont été transmises par la directrice de l'établissement, par courriel reçu le 11 mars 2022.

Concernant les écarts majeurs pour lesquels des mesures correctrices impératives étaient exigées, pour assurer la sécurisation des installations et des conditions de prise en charge des résidents :

1 – Mesure correctrice impérative n° 1

L'établissement doit formaliser une procédure (signalement, actions entreprises et RETEX) et signaler systématiquement les événements indésirables graves aux autorités administratives compétentes.

L'établissement a formé les équipes aux procédures existantes le 05 mars 2022.

Une fiche REFLEX a été créée et présentée à l'ensemble des équipes. Cette fiche détaille la conduite face à un évènement indésirable.

Des supports de remontée des EIG ont été instaurés (mémo EIG, cahier de transmission) et sont accessibles aisément.

Des temps d'échange dédiés aux EIG seront formalisés 1/mois entre le DE et les équipes ; le 2^{ème} mardi de chaque mois sera dédié à la mise à jour de la PAQ

Des formations ont été programmées (bientraitance le 29 mars où sera nommé 1 référent bientraitance (2 en tout sur la structure) ; prévention de la maltraitance les 21 et 22 avril)

2 - Mesure correctrice impérative n° 2

L'établissement doit communiquer le diplôme de niveau 1 de la directrice.

La Directrice est engagée dans un processus de VAE de directeur d'établissement gérontologique. Son inscription a été formalisée auprès de l'ANFG. La formation est prévue du 11 au 15 avril 2022 et la présentation au jury en juin 2022.

3 - Mesure correctrice impérative n°3

L'établissement doit proposer des formations qualifiantes aux aides-soignantes faisant fonction, ou recruter des ASDE.

A défaut il doit revoir son organisation.

L'établissement a renforcé sa politique de professionnalisation d'accompagner les FFAS dans le dispositif de la VAE. Il est inscrit auprès des IFSI et IFAS comme établissement à visée pédagogique. Il dispose d'une convention avec le lycée agricole de St Gaudens pour l'accueil de bac pro SAPAT.

Il publie des offres d'emploi en permanence et des sensibilisations sont faites par la DE sur la nécessité de disposer de personnel diplômé sur chaque unité.

4 - Mesure correctrice impérative n° 4

L'infirmier doit systématiquement fermer la porte de l'infirmérie dans n'importe quelle circonstance. L'IDEC devra organiser une réunion pour rappeler les règles de sécurité à l'ensemble des personnes qui ont accès à l'infirmérie.

L'établissement a sécurisé l'infirmérie en posant un groom et en changeant sur la porte la poignée de porte (avec digicode).

Un affichage a été posé et une sensibilisation des équipes a été faite le 5 mars aux règles de sécurité.

5 - Mesure correctrice impérative n° 5

Réduire les durées de contention sur les prescriptions tout en impliquant davantage les médecins traitants dans la réévaluation de celle-ci ainsi que dans la recherche d'alternatives à la contention.

L'établissement a engagé un travail de réévaluation des contentions.

Le médecin coordonnateur et l'IDEC ont réalisé un état des lieux afin de s'assurer que toutes les prescriptions soient réévaluées. Par ailleurs, une évaluation mensuelle basée sur le bénéfice/risque est bien réalisée. Les réévaluations de contentions seront faites en équipe pluridisciplinaire dès le mois de mars.

Enfin, un planning des réévaluations a été mis en place dès le 1^{er} mars afin que les médecins traitants y soient associés lors de leur passage sur la résidence.

6 - Mesure correctrice impérative n° 6

La direction doit mettre à disposition du personnel supplémentaire pour mieux accompagner (aide au repas/stimulation) les résidents de l'UGD.

Désormais, un planning nominatif organise l'accompagnement quotidien des aides aux repas de l'UGD.

Par ailleurs, un recrutement d'AS en 7h, du lundi au dimanche de 11h30 à 19h30 est en cours.

Enfin, l'ergothérapeute qui arrive le 1^{er} avril participera à l'aide aux repas et aux ateliers.

Au vu des constats de la mission, après recueil et analyse de vos observations, de la nature des mesures correctrices mises en œuvre par l'établissement, nous décidons de lever la mise en demeure conjointe qui vous a été notifiée, par correspondance du 4 mars 2022.

Par ailleurs, après recueil et analyse de vos observations sur les différents constats de la mission, nous vous notifions notre décision définitive.

Nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les prescriptions énumérées dans le tableau, ci-joint.

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 « Athéna ».

Lorsque les mises en conformité seront effectuées, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions notifiées.

A défaut de mise en œuvre totale ou partielle des mesures 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.

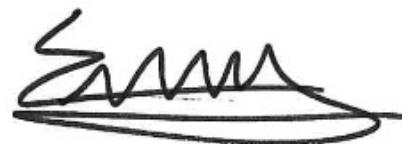
Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général de l'ARS



Pierre RICORDEAU

Le Vice-Président du Conseil Départemental
de la Haute-Garonne



Alain GABRIELI

Copie :

Conseil de la Vie Sociale

█████████████████████ Directrice d'exploitation

**Tableau de Synthèse des écarts/remarques et des mesures correctrices définitives exigées
Inspection de l'EHPAD ATHENA (31)**

Ecart	Rappel de la réglementation	Réponse du gestionnaire	Nature de la mesure attendue (Injonction - Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
Ecart 1 (écart non majeur) : Les autorités de tarification ne disposent pas du règlement de fonctionnement et ne l'ont pas vu affiché dans les locaux visités.	Art.L311-7 du CASF		=>Prescription 1 : L'établissement doit élaborer un règlement de fonctionnement et l'afficher dans ses locaux. ECART MAINTENU Dans l'attente du document finalisé.	Décembre 2022
Ecart 2 (écart non majeur) : L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans, et n'a pas initié la démarche d'actualisation du projet.	Art.L311-8 du CASF		=>Prescription 2 : L'établissement doit actualiser le projet d'établissement. ECART MAINTENU Dans l'attente du document finalisé.	Décembre 2022
Ecart 3 (écart majeur) : La gestion des événements indésirables déclarés en interne, bien que réalisée, est peu formalisée (signalement, actions entreprises et RETEX)	Art.L331-8-1 CASF Art.L.1413-14 CSP		=> Injonction 1 : L'établissement doit formaliser une procédure (signalement, actions entreprises et RETEX) et signaler systématiquement les événements indésirables graves aux autorités administratives compétentes. ECART LEVÉ	Immédiat pour la déclaration Décembre 2022 pour la formalisation

<p>Ecart 4 (écart majeur) : Les autorités de tarification ne disposent pas du diplôme de niveau I de la directrice</p>	<p>Art D312-176-6 CASF</p>		<p>=> Injonction 2: L'établissement doit communiquer le diplôme de niveau I de la directrice.</p> <p>ECART MAINTENU Mesure corrective modifiée compte tenu des démarches engagées : Prescription</p> <p>L'établissement doit communiquer le diplôme de niveau I de la directrice à l'issue de sa VAE.</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Ecart 5 (écart majeur) L'établissement ne dispose pas d'aide-soignant qualifié dans l'équipe pour certaines plages horaires.</p>	<p>Art L312-1-II, al.2 CASF</p>		<p>=> Injonction 3: L'établissement doit proposer des formations qualifiantes aux aides-soignantes faisant fonction, ou recruter des ASDE. A défaut il doit revoir son organisation.</p> <p>ECART MAINTENU Mesure corrective modifiée compte tenu des démarches engagées : Prescription</p> <p>L'établissement doit poursuivre la politique de professionnalisation du personnel FFAS.</p>	<p>Jun 2022</p>
<p>Ecart 6 (écart non majeur): La procédure de gestion des DASRI n'est pas actualisée en tenant compte des mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19.</p>	<p>Arrêté du 16 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - MINSANTE n°96 ; MINSANTE N°2021_03).</p>		<p>=> Prescription 3: L'établissement doit actualiser la procédure de gestion des DASRI en tenant compte des mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19.</p> <p>ECART LEVÉ</p>	<p>Décembre 2022</p>
<p>Ecart 7 (écart majeur): La porte de l'infirmérie a été laissée ouverte par un des infirmiers alors que ce dernier n'était pas présent dans la pièce.</p>	<p>Art R5126-109 du CSP Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage.</p>		<p>=> Injonction 4: L'infirmier doit systématiquement fermer la porte de l'infirmérie dans n'importe quelle circonstance. L'IDEC devra organiser une réunion pour rappeler les règles de sécurité à l'ensemble des personnes qui ont accès à l'infirmérie.</p> <p>ECART LEVÉ</p>	<p>Immédiat</p>

Ecart 8 (écart non majeur) : Le médecin coordonnateur a suivi partiellement la formation continue (manque 2 modules de fmc-ActioN).	Art D 312-157 CASF		=> Prescription 4: Le prochain médecin coordonnateur qui sera recruté devra être titulaire du diplôme prévu réglementairement.	A la date du recrutement
Ecart 9 (écart non majeur) : L'établissement n'a pas présenté le rapport annuel d'activité médicale.	Art D 312-158 CASF		=> Prescription 5 : Le médecin coordonnateur doit établir un rapport annuel d'activité médicale.	3 mois après la date du recrutement
Ecart 10 (écart non majeur) : Le projet général de soins n'a pas été présenté	Art D 312-158 CASF		=> Prescription 6: Le médecin coordonnateur doit élaborer le projet général de soins	3 mois après la date du recrutement
Ecart 11 (écart majeur) Les durées de prescription des contentions sont beaucoup trop longues et nécessitent l'intervention des médecins traitants.	Recommandations de l'ANAES (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé aujourd'hui HAS : haute autorité de santé), octobre 2000 : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée »		=> Injonction 5: Réduire les durées de contention sur les prescriptions tout en impliquant davantage les médecins traitants dans la réévaluation de celle-ci ainsi que dans la recherche d'alternatives à la contention. ECART MAINTENU Mesure corrective modifiée compte tenu des démarches engagées : Prescription Il convient de démontrer que les prescriptions de très courte durée font l'objet d'une évaluation quotidienne.	Immédiat Délai corrigé Septembre 2022

<p>Ecart 12 (écart majeur) L'insuffisance de professionnel ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Art L.311-3 3^oCASF</p>	<p>=> Injonction 6 : La direction doit mettre à disposition du personnel supplémentaire pour mieux accompagner (aide au repas/stimulation) les résidents de l'UGD.</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Remarque 1 (remarque non majeure) : En l'absence de formalisation de la chaîne hiérarchique, l'EHPAD ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires.</p>		<p>ECART MAINTENU Mesure corrective modifiée compte tenu des démarches engagées : Prescription</p>	<p>Délai corrigé Septembre 2022</p> <p>L'accompagnement effectif doit être documenté par des plannings sur plusieurs mois. De plus, attention au glissement de tâches car l'ergothérapeute réalise le bilan de positionnement et de l'activité repas puis effectue des évaluations régulières : il n'est pas là pour pallier l'embauche d'AS.</p>
<p>Remarque 2 (remarque majeure) : La traçabilité des réclamations est peu formalisée. Pour autant une suite est réservée à chacune des réclamations recueillies. L'absence d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM.</p>	<p>ANESM «Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</p>	<p>=> Recommandation 1 : L'établissement doit formaliser une chaîne hiérarchique pour permettre d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires.</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p>	<p>Juin 2022</p> <p>=> Prescription 7 : L'établissement doit formaliser la traçabilité des réclamations et mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Outre la traçabilité, il est attendu une analyse formalisée et opérationnelle des réclamations. La participation des équipes doit être recherchée dans l'analyse.</p>

<p>Remarque 3 (remarque majeure) : L'absence d'évaluation régulière des agents ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel.</p>	<p>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>=> Prescription 8 : L'établissement doit mettre en place une évaluation annuelle des agents. Un programme prévisionnel des entretiens d'évaluation doit être fixé chaque année (en début d'année par exemple).</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p>	<p>Mai 2022</p>
<p>Remarque 4 (remarque non majeure) : Le DARI n'est pas d'usage aisément et ne répond pas à l'usage qu'il doit avoir</p>	<p>INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018</p>		<p>=> Recommandation 2 : L'établissement doit revoir le contenu du DARI.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Dans l'attente du document finalisé.</p>	<p>Décembre 2022</p>
<p>Remarque 5 (remarque non majeure) : 1 des 2 dossiers de demande d'admission tirés au sort montre l'absence de signature de la directrice, le médecin-coordonnateur et l'IDEC ayant, quant à eux, signé la fiche d'admission (entrée du 27/01/2022).</p>			<p>=> Recommandation 3 : La directrice doit systématiquement signer les dossiers de demande d'admission.</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Remarque 6 (remarque majeure) : Il n'y a pas de convention avec un établissement de santé notamment pour la prise en charge des urgences</p>			<p>=> Prescription 9 : L'établissement doit conclure une convention pour la prise en charge des urgences avec un établissement de santé.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Dans l'attente du document finalisé.</p>	<p>Septembre 2022</p>
<p>Remarque 7 (remarque majeure) : Les animations proposées ne répondent plus aux attentes des résidents autonomes. A l'UGD, l'absence d'animation ne permet pas d'offrir une prise en charge de qualité aux résidents. Cette absence ne concourt pas non plus à la mise en place d'une dynamique de service.</p>			<p>=> Prescription 10 : L'établissement repenser ses animations afin de répondre aux attentes des résidents et des familles.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Dans l'attente d'un bilan sur l'adéquation des animations aux attentes des résidents et familles</p>	<p>Septembre 2022</p>

		(échanges en CVS, commission animation...)	
<p>Remarque 8 (remarque majeure) : Au regard de la lourdeur des résidents de l'UGD S'agissant du déjeuner -> la stimulation et l'aide au repas ne sont pas suffisantes S'agissant du souper -> les effectifs ne sont pas suffisants pour assurer simultanément l'aide au repas et la surveillance des résidents en salle à manger</p>		<p>=> Prescription 11 : L'établissement doit s'agissant du déjeuner prévoir des actions pour stimuler plus les résidents de l'UGD et prévoir une aide au repas adaptée aux résidents pris en charge. L'établissement s'agissant du souper doit prévoir des effectifs supplémentaires pour assurer simultanément l'aide au repas et la surveillance des résidents en salle à manger.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Dans l'attente du recrutement effectif</p>	Immédiat
<p>Remarque 9 (remarque majeure) : L'établissement n'est pas inscrit dans un réseau de soins palliatifs.</p>		<p>=> Prescription 12 : L'établissement doit s'inscrire dans un réseau de soins palliatifs.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Dans l'attente du document finalisé.</p>	Septembre 2022
<p>Remarque 10 (remarque majeure) : L'établissement n'a pas de lien établi avec une EMSP</p>		<p>=> Prescription 13 : L'établissement doit se rapprocher du CH de Lannemezan pour actualiser la convention en intégrant le lien avec l'EMSP.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE avec correctif L'établissement doit se rapprocher du CH <i>de secteur</i> pour actualiser la convention en intégrant le lien avec l'EMSP.</p>	Septembre 2022

<p>Remarque 11 (recommandation non majeure) : Au jour de l'inspection, seulement 3 IDE sont en poste ; le projet à 5 postes correspond davantage à une charge de travail pour un EPHAD avec un GMP proche de 800 (GMP 2021 à 745) et PMP à 231 en juin 2021.</p>			<p>=> Recommandation 4 : L'établissement doit recruter 1 IDE supplémentaire conformément à son plan de recrutement.</p>	<p>septembre 2022</p>
<p>Remarque 12 (recommandation non majeure) : Il n'y a pas de procédure interne dans les classeurs relatifs aux modalités d'accès en fonction de la qualification des professionnels mais notice Netsoin dans le cadre des bonnes pratiques (IDE/A.S.) Il n'existe pas à l'EHPAD d'armoire fermée à clé où les codes pourraient être entreposés (information IDEC).</p>			<p>=> Recommandation 5 : L'établissement doit prévoir une procédure interne dans les classeurs relatifs aux modalités d'accès au DM en fonction de la qualification des professionnels.</p> <p>L'établissement doit prévoir de fermer à clef l'armoire où sont entreposés les dossiers médicaux où les codes pourraient être entreposés (information IDEC).</p>	<p>septembre 2022</p>
<p>Remarque 13 (recommandation majeure) : Etablissement sans PUI (convention avec une officine de Pharmacie) pour lequel un stock de médicaments même minime dans les placards pourrait constituer un début de PUI.</p>			<p>=> Prescription 14 : L'établissement doit rester vigilant quant à la constitution d'un stock de médicament pouvant constituer un début de PUI</p> <p>REMARQUE MAINTENUE Est concerné un stock constitué à partir de fins de boîtes de médicaments non utilisés et qui sont stockés dans un placard face à la porte d'entrée du local dédié.</p>	<p>Immédiat</p>