

Direction émettrice : Délégation départementale de la Haute-Garonne

Direction émettrice : Direction Générale déléguée
Autonomie PA/PH - Direction Accompagnement par les
Établissements et Services
Dossier suivi par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]

Téléphone : 05.34.30.27.14

REF : N° PRIC : MS_2023_31_CS_02 et SE_2023_31_CS_01

Toulouse, le 22/03/2024

Monsieur le Maire
Mairie de Bagnères-de-Luchon
23 Allées d'Etigny
31110 Bagnères de Luchon

LR avec AR n° [REDACTED]

Objet : Inspection de l'EHPAD ERA CASO à Montauban de Luchon - Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : 2 tableaux de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Maire,

Suite à l'inspection inopinée réalisée dans votre établissement le 8 février 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 4 janvier 2024, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives, dans un délai de 30 jours.

En l'absence de réponse et d'observations formulées dans le cadre de la procédure contradictoire, nous vous notifions notre décision définitive qui reprend l'intégralité des mesures correctrices envisagées. Ces dernières, énumérées dans les tableaux joints au présent courrier devront faire l'objet d'une mise en œuvre dans les délais impartis.

Toutefois, les dysfonctionnements graves relevés en août 2023 nuisant à la qualité des prises en charge et des soins au sein de l'établissement, et de nature à menacer ou compromettre la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des résidents ont conduit les autorités de tarification et de contrôle à prendre des mesures de police administrative en urgence, sans attendre les conclusions de la mission d'inspection.

L'établissement a ainsi été placé sous administration provisoire dès le 3 août 2023 pour une durée de 6 mois, renouvelable une fois.

Dans son rapport intermédiaire d'octobre 2023, l'administrateur provisoire a fait apparaître que les moyens déployés par l'administration provisoire n'étaient pas suffisants pour remédier à l'ensemble des difficultés auxquelles l'établissement devait faire face.

Dans ce contexte, le rapprochement avec le secteur associatif et plus précisément avec l'association Edenis a été initié. Par courrier en date du 13 décembre 2023, les modalités envisagées dans la perspective d'une cession d'autorisation d'ici au 31 décembre 2024 vous ont été présentées.

Depuis la fin d'année 2023, nous avons eu l'occasion d'aborder à plusieurs reprises ces perspectives et avons partagé le constat de l'incapacité de la Commune de Bagnères de Luchon à poursuivre l'exploitation de l'EHPAD Era Caso au regard des chantiers à conduire afin de mettre en œuvre l'ensemble des prescriptions et recommandations et rétablir un fonctionnement et des conditions de prise en charge de résidents conformes aux attendus de la réglementation et en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les conditions de la phase préparatoire ont été précisées au fur et à mesure de nos échanges. Lors de la réunion du 19 mars dernier, a été confirmée la nécessité d'engager au plus vite l'établissement dans un processus de cession avec la signature d'un protocole de cession sous conditions suspensives et portant aménagement de la phase de préfiguration et d'une convention de mise à disposition d'une directrice par EDENIS et de fonctions supports. Ces éléments doivent être soumis au conseil municipal du 8 avril prochain avec une échéance impérative de mise en œuvre du protocole au 15 avril 2024.

L'ensemble de ce process doit permettre d'engager l'EHPAD Era Caso dans une démarche nécessaire d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement conforme à la réglementation en vigueur et garantissant la continuité et la sécurité des soins aux résidents.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre des mesures correctrices notifiées, selon l'échéancier précisé, les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions devront être transmis à la Délégation Départementale de la Haute Garonne et au Conseil départemental de la Haute-Garonne, en charge du suivi de votre dossier.

Un contrôle d'effectivité pourra, le cas échéant, être organisé.

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 Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, 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 remercions de bien vouloir communiquer l'ensemble de ces éléments à l'association retenue pour assurer la poursuite de l'exploitation de l'établissement.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Maire, l'expression de nos salutations distinguées.


**Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie**

Pour le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, le Directeur
de la Délégation Départementale
de la Haute-Garonne



Thierry CARDOUAT

**Pour le Président du Conseil départemental
et par délégation,
le Directeur général délégué Autonomie
Personnes âgées – Personnes en situation de handicap**



Signé par : Pierre Suc-Mella
Date de signature : 21/03/2024
Qualité : DGD Autonomie PAPH

Inspection du 8 février 2023 – EHPAD Era Caso à Montauban de Luchon

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Ecart	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure notifiée (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
Ecart n°1 : Les établissements mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), parmi lesquels figurent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ne peuvent pas être gérés directement par des collectivités ou leurs groupements.	Article L. 312-1 – 6 ^{ème} du CASF. Articles L. 315-7, L.315-9 et suivants du CASF.	Prescription n°1 : Se mettre en conformité avec la réglementation et procéder à la cession d'autorisation au profit d'un organisme public autorisé à gérer un EHPAD.	6 mois
Ecart n°2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement.	Article R-311-34 du CASF	Prescription n°2 : Afficher le règlement de fonctionnement au sein de l'établissement.	Immédiat
Ecart n°3 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement datant de moins de 5 ans	Article L.311-8	Prescription n°3 : Des démarches de révision du projet d'établissement doivent être engagées afin d'élaborer un nouveau projet d'établissement	6 mois
Ecart n°4 : Le Comité Social Territorial n'est pas en place.	Décret n°2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.	Prescription n°4 : Mettre en place le Comité Social Territorial	6 mois
Ecart n°5 : L'établissement ne réalise pas chaque année une enquête de satisfaction.	Article D.311-15 - III du CASF	Prescription n°5 : Lancer une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles	6 mois
Ecart n°6 : Il n'est pas mis en œuvre sur l'établissement de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, qui constitue une obligation légale.	Article L311-8 CASF.	Prescription n°6 : Décliner une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance qui s'appuie notamment sur : <ul style="list-style-type: none"> - L'identification d'un référent bientraitance. - Des sessions de formation pour l'ensemble des personnels - Des temps d'échanges relatifs aux pratiques professionnelles 	6 mois

Ecart n°7 : L'EHPAD ne dispose pas d'un plan de gestion de crise, élaboré et acculturé sous la responsabilité du directeur	Article L311-8 CASF Article D312-160 du CASF.	Prescription n°7 : Elaborer un plan de gestion de crise décrivant les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement en réponse aux situations sanitaires tendues et exceptionnelles auxquelles il peut être confronté ainsi que les procédures de continuité des activités et de sécurisation des locaux et des personnes.	6 mois
Ecart n°8 : L'établissement ne dispose pas d'une convention avec un établissement de santé de recours définissant les modalités d'échanges et de bonnes pratiques et permettant les admissions directes opérationnelles.	Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchis dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du CASF.	Prescription n°8 : Elaborer une convention de partenariat avec le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées qui définisse les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier	6 mois
Ecart n°9 : L'établissement ne dispose pas d'un dispositif opérationnel de recueil, d'analyse et de suivi des dysfonctionnements graves et des événements indésirables associés aux soins.	Articles L331-8-1 CASF et L1413-14 du code de la santé publique (CSP)..	Prescription n°9 : Mettre en place un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EIG et EIGS.	1 mois
Ecart n°10 : En l'absence de procédures et/ ou de conduites à tenir en cas de crise, incidents ou Evénements Indésirables Graves (EIG), l'établissement ne peut garantir le respect des dispositions de l'article L331-8-1 CASF et de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des dysfonctionnements graves et des EIG.	Article L331-8-1 CASF Article L1413-14 du CSP Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des dysfonctionnements graves et des EIG.	Prescription n°10 Elaborer un protocole précisant à l'ensemble des personnels les conduites à tenir en cas de dysfonctionnements graves, incidents ou EIG	1 mois
Ecart n°11 : Le gestionnaire ne s'assure pas systématiquement des conditions requises pour exercer sur des postes paramédicaux (diplômes et autorisations d'exercice.	Article L312-1 – II du CASF	Prescription n°11 Elaborer un plan de formation et engager les personnels employés en qualité de FFAS dans des démarches de qualification. Identifier des leviers d'attractivité afin de recruter du personnel qualifié.	Immédiat
Ecart n°12 : La composition des dossiers du personnel ne permet pas de s'assurer du respect des obligations de l'employeur et de la qualification des professionnels occupant un poste soumis à condition de diplôme :	Article 3 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié par l'article 17 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019	Prescription n°12 Vérifier que l'ensemble des personnels non titulaires dispose d'un contrat et que celui-ci est joint au dossier des agents.	2 mois

	<p>portant transformation de la fonction publique.</p> <p>Article 4 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié par l'article 22 de la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique.</p> <p>Article L4311-15 et L4312-1 CSP.</p>	<p>Prescription n°13 Vérifier que les arrêtés des personnels titulaires prennent en compte les modifications de cadre d'emploi suite à obtention de diplôme et assurer les rectifications nécessaires le cas échéant. Transmettre l'arrêté modificatif du cadre d'emploi concernant Mme X suite à l'obtention de son diplôme AES/AMP</p> <p>Prescription n°14 S'assurer que le personnel IDE a rempli ses obligations d'inscription auprès du Conseil départemental de l'Ordre des Infirmiers et joindre les attestations au dossier des agents concernés</p>	<p>2 mois</p> <p>2 mois</p>
<p>Ecart n°13 Aucune annotation dans les dossiers de personnel ne permet de s'assurer que l'employeur vérifie bien les incompatibilités des condamnations à l'exercice de fonctions auprès de personnes fragiles et/ou âgées.</p>	<p>Article L133-6 CASF) Article L321-1 - Code général de la fonction publique Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière</p>	<p>Prescription n°15 Vérifier pour chaque agent et pour chaque nouvel embauche l'absence d'incompatibilité à exercer auprès des publics vulnérables au vu des condamnations éventuelles inscrites B2 du casier judiciaire.</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Ecart n°14 L'absence de qualification de certains agents implique un glissement de tâches entre personnel qui peut être préjudiciable pour la qualité des prises en charge.</p>	<p>Article L312-1 – II du CASF</p>	<p>Cf. Prescription n°11</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Ecart n°15 Le tableau de bord de l'ANAP n'est pas renseigné, ce qui contrevient à l'obligation fixé aux gestionnaires d'ESMS.</p>	<p>Article R314-28, R314-2- du CASF Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social</p>	<p>Prescription n°16 Renseigner les données du tableau de bord permettant d'avoir une visibilité sur la situation de l'établissement au regard des indicateurs RH et sur la politique mise en œuvre</p>	<p>Campagne TDB 2024 sur données 2023</p>
<p>Ecart n°16 En l'absence de directeur en poste nommé pour diriger l'établissement, le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions du CASF.</p>	<p>Article L312-1 – II du CASF Article D312-176-10 CASF</p>	<p>Prescription n°17 Recruter un directeur remplissant les conditions de diplôme fixés par le CASF.</p>	<p>Immédiat</p>
<p>Ecart n°17 L'établissement ne dispose pas de document d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, ce qui est contraire aux obligations législatives et réglementaires</p>	<p>Article L4121-1 Code du travail Articles R4121-1 et R4121-2 Code du travail</p>	<p>Prescription n°18 Elaborer le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP).</p>	

	<p>Circulaire du 28 mai 2013 rappelant les obligations des employeurs territoriaux en matière d'évaluation des risques professionnels</p> <p>Plan santé au travail dans la fonction publique (fonction-publique.gouv.fr)</p>		
<p>Ecart n°18 En l'absence de budget voté et transmis aux autorités de tarification et de contrôle, le gestionnaire ne respecte pas les termes de l'instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22.</p>	<p>Article R. 314-78 du CASF Article L. 1612-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT) Instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22.</p>	<p>Prescription n°19 Transmettre au conseil départemental le budget voté exécutoire dans les délais réglementaires.</p>	30/10/2023
<p>Ecart n°19 Selon l'instruction M22, « Les virements de crédits qui viennent abonder le montant du groupe fonctionnel II des dépenses font l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Les autres virements de crédits relèvent de la compétence du directeur de l'ESSMS. ». Le respect des règles de virement nécessite un suivi des engagements et des dépenses qui n'apparaît pas sur les documents transmis.</p>	<p>Instruction M22</p>	<p>Prescription n°20 Formaliser les procédures en identifiant les personnes habilitées à engager la dépense, attester du service fait et signer le mandatement. Avoir une équipe administrative dédiée (RH et comptabilité) pour répondre aux spécificités des missions de l'EHPAD</p>	6 mois
<p>Ecart n°20 Les salles de bain de 22 chambres ne sont pas conformes aux normes d'accessibilité et de ce fait, non accessible aux personnes âgées en fauteuil roulant ou en perte d'autonomie fonctionnelle. De plus, les portes des salles de bain risquant de bloquer l'ouverture de la porte de la chambre, la configuration de ces chambres ne permet pas de garantir la sécurité des résidents. En ce sens, le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions du CASF.</p>	<p>Article L311-3 1° CASF Soce de prestations relatives à l'hébergement fixé par l'Annexe 2-3-1 du CASF.</p>	<p>Prescription n°21 Elaborer un projet de réhabilitation/restructuration de l'établissement s'appuyant sur l'audit architectural rendu et permettant l'accessibilité des salles de bain aux résidents dépendants.</p>	6 mois

Ecart n°21 Un transfert entre la chambre et la salle de bain commune a été réalisé en peignoir de bain, ce qui ne permet pas de respecter l'intimité du résident et est contraire, en ce sens, au 1° de l'article L311-3 CASF.	Article L311-3 1° CASF	Prescription n°22 Veiller à respecter l'intimité des résidents, lors de la sortie de la salle de bain commune.	Immédiat
Ecart n°22 L'établissement ne dispose pas d'un document d'analyse des risques de défaillance électrique (DARDE). Le gestionnaire n'a pas en conséquence évalué l'ensemble des risques qui pèsent sur l'établissement.	Article R732-18 du code de la sécurité intérieure. Instruction interministérielle du 7 décembre 2015 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie) Guide d'aide à l'élaboration des du plan bleu en EHPAD (2022) – annexe 18	Prescription n°23 Elaborer le Document d'Analyse des risques de défaillance électrique et mettre en place les moyens adaptés aux risques identifiés.	6 mois
Ecart n° 23 Les contrats de séjour des résidents se sont pas tous signés.	Article D311 du CASF	Prescription n°24 S'assurer que les contrats des résidents sont tous signés et faire les démarches pour régulariser les dossiers non conformes.	3 mois
Ecart n°24 Les résidents ne disposent pas systématiquement d'un projet d'accueil et d'accompagnement individualisé.	Dispositions du 7 ° de l'article L311-3 CASF. RBBP HAS : Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (EHPAD)	Prescription n°25 Elaborer pour chaque résident un projet de vie individualisé en associant la personne, le représentant légal si mesure de protection et sa famille. Planifier la révision des PVI à échéances régulières.	6 mois 1 an
Ecart n°25 La quotité du temps du médecin coordonnateur en poste au jour de l'inspection n'est pas conforme à la réglementation.	Article D312-156 CASF D312-157 CASF.	Prescription n°26 Recruter un nouveau médecin coordonnateur à hauteur d'un équivalent temps plein de 0.60. Celui-ci devra être titulaire d'un diplôme visé dans l'article D312-157 CASF.	3 mois
Ecart n°26 Le projet de soins de l'établissement n'est pas actualisé et opérationnel.	Article D312-158 CASF	Prescription n°28 S'assurer de l'élaboration par le médecin coordonnateur, sous la responsabilité et l'autorité administrative, avec le concours de l'équipe soignante, du projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement, ainsi que de sa coordination et l'évaluation de sa mise en œuvre.	6 mois

Ecart n°27 La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie	Article D312-158 3ème CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée	Prescription n°29 Organiser au moins une fois par la commission de coordination gériatrique et y associer l'ensemble des professionnels salariés et libéraux intervenant dans l'établissement.	6 mois
Ecart n°28 Le titre de psychologue ne peut être attribué à une personne qui n'est pas titulaire des diplômes listés dans le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.	Décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.	Prescription n°30 Modifier la fiche de poste de M. E.	Immédiat
Ecart n°29 L'établissement disposant d'un PASA, l'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme à la réglementation.	Article D312-155-0-1 II du CASF.	Prescription n° 31 Recruter un psychologue disposant des titres requis pour exercer. Prescription n° 32 Recruter un ergothérapeute ou psychomotricien permettant de consolider les activités développées au sein du PASA. Un recrutement partagé avec d'autres établissements du secteur doit être recherché afin de proposer un temps complet et être ainsi plus attractif.	3 mois 3 mois
Ecart n°30 L'établissement ne dispose pas d'une convention formalisée et actualisée avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables.	Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchis dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription n°33 Formaliser une convention de partenariat avec un établissement de proximité permettant de définir les modalités de coopération notamment en situation sanitaire exceptionnelle.	6 mois
Ecart n°31 Des ordonnances sans nom et sans date et signées du médecin coordonnateur sont conservées dans un classeur.	Article R.4127-34 du code de la santé publique Article R.4127-79 du code de la santé publique)	Prescription n°34 Une ordonnance doit comporter les nom et prénom du résident, l'identification du médecin, la date de prescription et les médicaments ou actes prescrits au résident. Ces ordonnances préparées sans ni nom, ni date mais signées constituent un risque d'usage de faux (article 441-1 du code pénal).	Immédiat
Ecart n°32 Chaque résident ne bénéficie pas d'un véritable projet de soins concerté et formalisé.	Article D312-155-0 CASF	Prescription n°35 Formaliser un projet de soins pour chaque résident intégrant les protocoles de PEC mis en œuvre pour lesquels il est nécessaire de prévoir une réévaluation régulière.	1 an

Ecart n°33 Les dossiers médicaux papier ne sont pas conservés de manière adéquate.	Article R1112-7 du CSP	Prescription n°36 La conservation des documents papier est à sécuriser.	1 an
Ecart n°34 L'accès à l'infirmierie n'est pas sécurisé.	Article R. 4312-39 du CSP	Prescription n°37 L'accès à l'infirmierie doit être sécurisé à tout moment.	Immédiat
Ecart n°35 La chambre n°69 n'est pas sécurisée (barrière de lit détériorée et tringle à rideau menaçant de tomber sur le plan de travail utilisé par la résidente).	Article L311-3 CASF.	Prescription n°38 Sécuriser la chambre n°69 : réparer la barrière de lit et la tringle à rideaux.	Immédiat
Ecart n°36 L'accès aux dossiers médicaux n'est pas sécurisé.	Article L1110-4 CSP	Prescription n°39 Sécuriser l'accès aux dossiers médicaux.	Immédiat
Ecart n°37 L'accès à l'infirmierie n'est pas sécurisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4312-39 CSP.	Article R4312-39 CSP		

Remarque	Référentiel	Nature de la mesure notifiée (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
Remarque n°1 : L'organigramme ne présente pas les liens hiérarchiques et fonctionnels et rend illisible la gouvernance de l'EHPAD.		Recommandation n°1 Le gestionnaire doit présenter un organigramme lisible faisant apparaître liens hiérarchiques et fonctionnels.	3 mois
Remarque n°2 : La directrice qui était en poste ne disposait d'aucune délégation signature, ce qui est préjudiciable au fonctionnement courant de l'établissement.		Recommandation n°2 : Le directeur doit pouvoir bénéficier de délégations permettant d'assurer le fonctionnement courant de l'établissement	3 mois
Remarque n°3 : La fiche de poste du directeur ne précise pas les délégations dont il dispose pour les mettre en œuvre.		Recommandation n°3 : Pour le bon fonctionnement quotidien de l'établissement, des délégations doivent être mises en place, et portées à la connaissance du personnel.	2 mois
Remarque n°4 : L'absence de formalisation écrite et partagée du fonctionnement des instances de l'organisme gestionnaire rend complexe la gestion au quotidien de la		Recommandation n°4 : Formaliser les circuits de décisions et de signature entre l'organisme gestionnaire et l'établissement	3 mois

structure et ne va pas dans le sens souhaitable d'une fluidité des décisions à prendre.			
Remarque n°5 : La gouvernance de l'établissement est fragilisée par l'absence de directeur et de partages d'informations sur les réunions/décisions du CODIR		Recommandation n°5 : L'organisme gestionnaire doit lancer le recrutement d'un nouveau directeur. Le profil et le recrutement du futur directeur ou directrice constitue un enjeu majeur pour l'amélioration organisationnelle et relationnelle de la structure, favorisant la qualité de la prise en charge des résidents. Dans l'attente de l'arrivée d'un nouveau directeur, le CODIR doit veiller à la formalisation écrite et partagée de l'organisation et des décisions prises.	Immédiat
Remarque n°6 : Il n'y a pas de référent qualité au sens de l'établissement ni d'évaluation des pratiques professionnelles.		Recommandation n°6 : Identifier un référent qualité au sein de l'établissement chargé de la mise en œuvre de la démarche qualité.	3 mois
Remarque n°7 : Les agents ne sont pas sensibilisés aux RBPP. Les RBPP ne sont pas connues ni utilisées par les personnels de l'EHPAD.		Recommandation n°7 : Identifier les thématiques prioritaires et fixer un calendrier afin de proposer un plan de formation / sensibilisation des personnels aux bonnes pratiques	3 mois pour le plan 1 an pour la mise en œuvre
Remarque n°8 : Aucune revue qualité n'est réalisée au sein de l'EHPAD.		Recommandation n°8 : Initier des réunions qualité avec l'ensemble des personnels conformément à la planification des thématiques identifiées prioritaires	3 mois
Remarque n°9 : Il n'existe pas de dispositif opérationnel d'analyse des réclamations et des doléances des résidents et des familles.		Recommandation n°9 : Formaliser et mettre en œuvre un protocole de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des résidents et des familles	3 mois
Remarque n°10 : L'absence de rotation entre secteurs et l'organisation fixe en équipe et contre-équipe peut constituer un frein à l'entraide et la collaboration en cas de besoin. La cohésion et la solidarité ont tendance à être centrées sur l'équipe plutôt que sur le collectif au sens large.		Recommandation n°10 : Revoir les organisations permettant de créer une cohésion de l'ensemble du personnel. Sensibiliser les professionnels à l'entraide et à la collaboration inter-équipe.	6 mois

Remarque n°11 : Il n'existe pas de procédure formalisée d'organisation des remplacements.		Recommandation n°11 : Elaborer une procédure de gestion des remplacements et prévoir une procédure en mode dégradée.	6 mois
Remarque n°12 : Les fiches de poste ne sont pas connues des agents et ne font pas l'objet d'une évaluation régulière.		Recommandation n°12 : Transmettre les fiches de poste aux agents, recueillir leur signature et les joindre dans les dossiers de personnel. Veiller à leur actualisation régulière.	6 mois
Remarque n°13 : Il n'existe pas de protocole formalisé pour l'accueil des nouveaux professionnels et des intérimaires.		Recommandation n°13 : Formaliser un protocole d'accueil des nouveaux professionnels et intérimaires	6 mois
Remarque n°14 : Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel.		Recommandation n°14 : Prévoir des temps de supervision d'équipe avec un tiers extérieur permettant aux professionnels de l'établissement sur leurs d'échanger sur leurs difficultés dans le cadre de leurs pratiques professionnelles	6 mois
Remarque n°15 : Des temps d'échanges pluri-professionnels ne sont pas organisés au sein de l'établissement		Recommandation n°15 : Mettre en place des réunions pluri-professionnelles permettant d'échanger sur le fonctionnement, l'organisation et les projets de l'établissement, etc.	6 mois
Remarque n°16 : Il n'y a pas de démarche QVT identifiable au sein de l'établissement.		Recommandation n°16 : Etablir un plan d'actions QVT en lien avec la mise en place du CST (cf. prescription n°4)	6 mois
Remarque n°17 Le gestionnaire ne dispose d'aucune procédure écrite pour la gestion budgétaire et financière de l'établissement.		Recommandation n°17 Etablir des procédures écrites pour la gestion budgétaire et financière du budget de l'EHPAD.	3 mois
Remarque n°18 Le gestionnaire n'a pas mis en œuvre de procédure écrite permettant de garantir la continuité de service en l'absence de l'unique référent dédié aux tâches comptables de l'établissement.		Recommandation n°18 En lien avec la recommandation n°17, établir les modalités de continuité de la gestion budgétaire et financière de l'établissement en l'absence du référent comptable de l'EHPAD.	3 mois

Remarque n°19 Le gestionnaire ne dispose d'aucune procédure écrite précisant les modalités de préparation, arbitrage et vote du budget.		Recommandation n°19 En lien avec la recommandation n°17, établir des procédures écrites pour l'élaboration et le vote du budget afin de s'assurer du respect des délais de transmission aux autorités de tarification.	3 mois
Remarque n°20 Le fonctionnement du dispositif d'appel malade n'apparaît pas adapté dès lors qu'il est demandé aux résidents d'appeler l'accueil en cas de non réponse. En effet, cette modalité n'est pas compatible avec l'état de santé de tous les résidents et ne peut garantir une réponse continue en H24.		Recommandation n°20 Revoir les modalités de renvois des appels malades en cas de non réponse dans un délai adapté.	Immédiat
Remarque n°21 Les habitudes de vie de la personne ne font pas systématiquement l'objet d'un recueil formalisé à l'entrée et ne sont pas réévaluées.		Recommandation n°21 Intégrer dans la procédure d'accueil du nouveau résident le recueil formalisé des habitudes de vie de la personne. Prévoir une réévaluation des habitudes de vie selon une périodicité à définir.	3 mois
Remarque n°22 Faute de transmission par l'établissement, la mission n'a pu vérifier l'existence de protocoles et de conduites à tenir vis-à-vis des risques médicaux. Ces protocoles ne sont pas connus des professionnels.		Recommandation n°22 Elaborer, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, des protocoles de soins à destination de l'équipe soignante. Présenter le contenu de ces protocoles et leur accessibilité aux professionnels. Prévoir une révision régulière.	9 mois
Remarque n°23 Plus de 80% des résidents de l'EHPAD n'ont pas de médecins traitants et sont suivis par le médecin coordonnateur.		Recommandation n°23 Compte tenu de la démographie médicale sur le secteur de Luchon (arrivée de plusieurs médecins) et le déploiement du programme Pastel, une politique volontariste doit être menée afin de trouver un médecin généraliste aux résidents qui n'en ont pas.	9 mois
Remarque n°24 Hormis le temps de transmission du matin à 9h30 qui semble bien établi, les autres temps de transmissions jour/nuit ne sont pas clairement formalisés.		Recommandation n°24 Formaliser les temps de transmissions jour/nuit (planification de la journée, fiches de tâches...)	3 mois

Remarque n°25 La multiplication des supports (logiciel, cahiers) peut être source de confusion.		Recommandation n°25 Limiter les supports de communication et de transmission et expliciter clairement les procédures d'utilisation (qui saisit, quoi, quand, sur quel support...).	3 mois
Remarque n°26 L'ensemble du personnel ne dispose pas de matériel informatique permettant d'avoir au moment des soins, accès à la planification des soins des résidents et de tracer les interventions réalisées.		Recommandation n°26 Doter chaque poste soignant d'équipement informatique afin de faciliter le travail des agents (suivi de la planification des soins et traçabilité au moment de la réalisation des soins...).	3 mois
Remarque n°27 L'absence des IDE à ces réunions pluridisciplinaires ne permet pas le partage des informations entre personnels soignants, ce qui peut être préjudiciable à la qualité de la prise en charge.		Recommandation n°27 Les IDE devront participer aux réunions pluridisciplinaire dès que l'effectif IDE prévu sera atteint.	Immédiat
Remarque n°28 Le chariot d'urgence est incomplet, non vérifié et non scellé.		Recommandation n°28 Un chariot ou sac d'urgence doit être constitué, scellé et vérifié régulièrement.	Immédiat
Remarque n°29 L'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge en ce qui concerne la contention.	cf. RBPP HAS : Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018).	Recommandation n°29 Une réflexion est à mener sur ce sujet et notamment sur les alternatives à la contention	Immédiat
Remarque n°30 Le petit déjeuner est servi dans l'ordre de numérotation des chambres, toujours dans le même sens. Il n'est pas tenu compte des besoins spécifiques des résidents pour servir les plateaux (aide à la prise alimentaire, contrôle préalable de la glycémie par IDE notamment).		Recommandation n°30 Prendre en compte le besoin du résident dans la planification de la distribution du petit déjeuner.	9 mois
Remarque n°31 Le jeûne nocturne excède largement les 12h pour les résidents les plus dépendants notamment.		Recommandation n°31 Organiser la distribution d'une collation permettant de respecter un jeûne nocturne < 12h.	Immédiat

Remarque n°32 Bien que les quantités soient suffisantes, les repas sont peu élaborés dans un contexte budgétaire contraint		Recommandation n°32 Mener une enquête de satisfaction auprès de tous les résidents sur la qualité des plats servis. Examiner les résultats en commission menu et proposer des évolutions en fonction de ces résultats.	6 mois
Remarque n°33 Les régimes alimentaires ne sont pas tracés et ne sont pas mis à disposition dans les salles à manger.		Recommandation n°33 Mettre à disposition des personnels assurant le service et l'accompagnement des résidents une fiche détaillant les régimes alimentaires.	6 mois
Remarque n°34 La fiche de relevé des températures ne permet de vérifier que le contrôle des températures du frigo soit effectué matin et soir.		Recommandation n°34 Assurer une vérification matin et soir de la température du frigo et le tracer sur la fiche.	Immédiat
Remarque n°35 Les plans de soins ne font pas l'objet d'une mise à jour régulière en fonction de l'évolution des besoins des résidents.		Remarque n°35 En lien avec la recommandation n°26, assurer la traçabilité des soins au fur et à mesure de leur réalisation sur un support adapté.	3 mois
Remarque n°36 L'utilisation de différents supports ne permet pas une sécurisation des informations médicales.		Recommandation n°36 Compte tenu de la multiplicité des supports et de la mise en place du logiciel Titan, le médecin coordonnateur en lien avec les médecins traitants doit conduire une réflexion sur le dossier médical. (contentions, alimentation, sécurisation, etc).	3 mois
Remarque n°37 La transmission et la gestion des informations médicales ne sont pas organisées.		Recommandation n°37 En lien avec les recommandations n°25, 26 et 36, paramétrer les accès au logiciel Titan pour permettre aux Ide et aux professionnels libéraux de disposer des informations nécessaires au suivi médical des résidents.	3 mois
Remarque n°38 L'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge en ce qui concerne la contention	cf. RBPP HAS : Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018).	Recommandation n°37 Elaborer en équipe pluridisciplinaire un protocole contention respectant les RBPP. S'assurer de l'appropriation de ce protocole par les équipes soignantes	6 mois

Remarque n°39 Il n'y a pas de protocole de chute appliqué actuellement	Cf. RBPP HAS : Qualité de vie en Ehpad – Accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) - 2010 (mis à jour 2018).	Recommandation n°39 Elaborer en équipe pluridisciplinaire un protocole de prévention et de suivi des chutes en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS. S'assurer de l'appropriation de ce protocole par les équipes soignantes	6 mois
Remarque n°40 Il n'y a pas de protocole douleur formalisé.	Cf. RBPP HAS : Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD - 2016	Recommandation n°40 Elaborer en équipe pluridisciplinaire un protocole de prévention et de traitement de la douleur en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS. S'assurer de l'appropriation de ce protocole par les équipes soignantes	1 mois
Remarque n°41 Il n'y a pas d'organisation de la prise en charge des soins palliatifs.	Cf. RBPP HAS : Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD - 2016	Recommandation n°44 Elaborer en équipe pluridisciplinaire un protocole de prise en charge des soins palliatifs en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS. S'assurer de l'appropriation de ce protocole par les équipes soignantes.	1 mois
Remarque n°42 La prise en charge des escarres et plaies n'est pas structurée.		Recommandation n°42 La mise en place de téléconsultation, la mise en place d'une procédure sur le sujet des escarres avec accès aux documents est à organiser au plus vite.	6 mois
Remarque n°43 La prise en charge de la dénutrition n'est pas structurée		Recommandation n°43 Mettre en place de manière urgente une protocolisation sur la dénutrition avec désignation d'un référent.	1 mois
Remarque n°44 Le matériel médical est défaillant et insuffisamment contrôlé		Recommandation n°44 Le matériel médical doit être régulièrement contrôlé et en nombre suffisant pour éviter les pannes avec le risque d'une mise en danger des résidents.	Immédiat

<p>Remarque n°45 Une équipe de 4 IDE est insuffisante pour assurer la présence quotidienne de 2 ETP d'IDE 7 jours sur 7. En effet, sur 13 jours du planning prévisionnel du mois de février 2023, une seule IDE est prévue en poste.</p>		<p>Recommandation n°45 Assurer la présence quotidienne de 2 IDE pour garantir une prise en soins de qualité des résidents.</p>	Immédiat
<p>Remarque n°46 Le dossier de soins est insuffisamment informatif pour dispenser une prise en charge de qualité</p>	Guide HAS « Dossier du patient », 2008 (MAJ 2009)	<p>Recommandation n°46 Elaborer le dossier de soin en concertation avec l'équipe soignante, en lien avec la réflexion sur le dossier médical</p>	6 mois
<p>Remarque n°47 Il n'y a pas d'outils de planification et de traçabilité des toilettes. Il n'existe pas non plus de protocole concernant la réalisation des soins d'hygiène et de confort (toilette au lavabo, toilette au lit, toilettes à réaliser à deux soignants, soins de bouche, changes).</p>		<p>Recommandation n°47 Etablir une planification des toilettes adaptée aux besoins des résidents.</p> <p>Recommandation n°48 Elaborer un protocole pour la réalisation des soins d'hygiène et de confort.</p>	<p>Immédiat</p> <p>6 mois</p>