

Direction Générale  
Délégation départementale de la Haute-Garonne

Direction Générale Déléguée Autonomie

Service émetteur : Délégation départementale de la Haute-Garonne

Monsieur le Président directeur général  
SA ORPEA Siège social  
12 rue Jean Jaurès  
92800 - Puteaux

Date : vendredi 22 juillet 2022

LR ave AR n° 2 C 111 137 71220

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Domaine de Borderouge » - Toulouse  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives  
**N° PRIC 2022 :** MS\_2022\_DSP\_31\_06  
**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctrices prescrites

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'inspection de votre établissement, réalisé le 9 février 2022, nous vous avons invité à communiquer vos observations, en réponse, sur les constats et les conclusions de la mission consignés dans son rapport, ainsi que sur les prescriptions que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, par courriel reçu le 11 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 œuvre, dans les délais impartis, les prescriptions énumérées dans le tableau ci-joint, qui précise la nature des mesures correctrices à mettre en œuvre. Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD « Domaine de Borderouge ».

Lorsque les mises en conformité seront effectuées, selon l'échéancier précisé en annexe, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions notifiées par la présente correspondance.

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'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général de l'ARS

Occitanie



Didier JAFFRE

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



Alain GABRIELI

Copie à Mme la Directrice - EHPAD « Domaine de Borderouge »

# Tableau des écarts et remarques maintenus et levés définitivement

## Inspection de l'EHPAD Domaine de Borderouge - Toulouse (31)

Ecart - Remarque	Rappel de la réglementation	Réponse du gestionnaire	Nature de la mesure attendue (Injonction - Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
<b>Ecart 1 (écart non majeur) :</b> L'article 11 du règlement de fonctionnement ne correspond pas à la réalité de la pratique dans l'établissement. Les autorités de tarification ne disposent pas du règlement de fonctionnement et ne l'ont pas vu affiché dans les locaux visités.	Article R311-33 / 34 du CASF	L'établissement précise que : - Le règlement de fonctionnement a été remis et transmis aux agents de contrôle lors de la visite et par courriel en date du 10.02.2022. - Que celui-ci est affiché au RDC sur le tableau dédié aux informations. - Et qu'il est remis directement à la personne accueillie ou à son représentant légal lors de l'entrée, il s'agit d'une annexe au livret d'accueil.  Et complète que l'article 11 du règlement de fonctionnement « Liberté dans le choix des prestations complémentaires » est appliqué.	=> Prescription 1 : L'établissement doit remettre le règlement de fonctionnement au résident ou à son représentant légal.  <b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Ecart 2 (écart non majeur) :</b> Le projet d'établissement contient des incohérences et ne semble pas finalisé.	Article L311-8 du CASF	Le projet d'établissement a été mis à jour avec les éléments constatés. La numérotation des pages supérieures a été modifiée et il n'apparaît pas de croix rouge page 94. Les superficies de chambre ont été mises à jour conformément au plan des locaux de la résidence Le DUD a été actualisé et signé.	=> Prescription 2 : L'établissement doit lever les incohérences et finaliser le document.  <b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Ecart 3 (écart non majeur)</b> Le DUD est signé le 01/02/2022 par le Directeur Général Délégué d'ORPEA alors qu'il a été limogé et démis de ses fonctions par le conseil d'administration du groupe le 30 janvier 2022.	Article D312-176-5 CASF		=> Prescription 3 : Régulariser les délégations données à la directrice.  <b>Le DUD est transmis non signé par le Président Directeur Général.</b>  <b>ECART MAINTENU</b>	Immédiat
<b>Ecart 4 (écart non majeur):</b> La procédure de signalement des événements indésirables n'est qu'un document de travail datant de novembre 2020 et signalé comme non diffusable et n'est pas appropriée par l'ensemble des agents.	Article L331-8-1 CASF Article L.1413-14 CSP	L'établissement indique que le document remis est une charte de travail qui n'a pas été modifiée lors de sa diffusion. La mention non diffusable renvoie au fait qu'il s'agit d'un document interne non diffusable à l'extérieur de l'établissement ; il est toutefois librement accessible par les salariés au sein de l'établissement.  L'établissement indique que :	=> Prescription 4 : L'établissement doit valider une procédure et sensibiliser ses équipes à la déclaration des événements indésirables  La mission note que les fiches réflexes transmises ne font pas apparaître de référents bien traitance ni d'organisation de réunion ou groupe de parole réguliers.	2 mois pour la procédure 3 mois pour la sensibilisation auprès du personnel

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des sensibilisations à la remontée d'évènement sont prévues auprès des salariés via des mini formations.</li> <li>- Des fiches réflexes ont été élaborées afin de promouvoir la culture des EIG, qu'elles sont annexées au livret d'accueil du salarié et affichées au sein de l'établissement.</li> <li>- Qu'une charte de confiance est également remise aux salariés afin de promouvoir la culture de l'erreur apprenante.</li> <li>- Qu'une sensibilisation de « Gestion des El » est prévue Le 21.03.2022 afin de sensibiliser les équipes.</li> <li>- Les événements indésirables sont abordés lors des réunions pluridisciplinaires et lors de l'une des réunions de staff hebdomadaire.</li> </ul>	<p>Elle prend acte de l'organisation de la sensibilisation à la remontée des EIG le 21/03/2022.</p> <p>Le gestionnaire devra transmettre la liste d'émargement des personnels formés et actualiser les fiches réflexes avec le nom des personnes référentes et les dates de réunion.</p> <p><b>ECART MAINTENU</b></p>	
<p><b>Ecart 5 (écart majeur)</b></p> <p>L'accès aux médicaments détenus dans l'établissement n'est pas sécurisé.</p>	<p>Article R5126-109 du CSP</p> <p>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>L'établissement indique qu'une formation par l'IDEC aux personnels soignants a été effectuée le 07.03.22 pour rappeler les règles de sécurité et notamment l'accès à l'infirmerie</p> <p>En outre, et afin de sécuriser les locaux, et notamment ceux donnant accès aux médicaments, l'établissement précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qu'il a été mis en place un nouveau système d'ouverture de porte au moyen de badges,</li> <li>- qu'au jour de l'inspection, ce système n'était pas encore effectif.</li> <li>- qu'il est en activité depuis et que chaque professionnel soignant dispose d'un badge.</li> <li>- que l'IDEC a réalisé une mini formation le 04.03.22 pour sensibiliser les équipes soignantes à ce nouveau système d'ouverture et de nouveaux badges leur ont été distribués.</li> </ul>	<p>=&gt; Prescription 5 :</p> <p>La porte de l'infirmerie dans être fermée dans n'importe quelle circonstance.</p> <p>L'IDEC devra organiser une réunion pour rappeler les règles de sécurité à l'ensemble des personnes qui ont accès à l'infirmerie.</p> <p>Au regard des informations transmises, <b>ECART LEVÉ</b></p>	
<p><b>Ecart 6 (écart non majeur)</b></p> <p>La signature du contrat de séjour n'est pas apposée par le résident lui-même ou son représentant légal</p>	<p>Article D311 CASF</p>	<p>L'établissement rappelle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lors de l'entrée du résident, conformément à la procédure d'admission, il est remis au résident le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement. Cf. étape 7 de la procédure</li> <li>- Mais que l'accueil des résidents s'effectue dans un contexte émotionnel difficile, et parfois exacerbé (culpabilité des familles, douleurs du placement, inquiétudes ...) ce qui ne permet pas toujours de mettre en place une procédure établie.</li> </ul>	<p>=&gt; Prescription 6 :</p> <p>Le contrat de séjour doit être signé par le résident ou son représentant légal en cas de mesures de protection</p> <p>La mission note que la procédure est clairement établie. L'établissement doit veiller à son respect.</p> <p><b>ECART MAINTENU</b></p>	<p>Immédiat</p>

<p><b>Ecart 7 (écart non majeur)</b> La gestion des DASRI au sein de l'établissement n'est pas rigoureuse, contrevient à la procédure interne qui a été transmise ainsi qu'aux dispositions réglementaires (Cf infra DASRI)</p>	<p>Art. R.1335-1 à R.1335-8 CSP Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets infectieux et des soins à risques anatomiques</p>	<p>L'établissement précise que l'ensemble du personnel doit s'adapter aux situations et être facilitateur à cet accueil et indique qu'il veillera cependant à recueillir la signature du résident ou à lancer la procédure de protection juridique</p>	<p>=&gt; Prescription 7 : L'établissement doit respecter les règles d'entreposage, stockage et d'enlèvement des DASRI.  La mission note les actions entreprises depuis l'inspection en matière de rangement, nettoyage et élimination des DASRI.  Au regard de ces informations transmises, <b>ECART LEVÉ</b></p>
<p><b>Ecart 8 (écart non majeur) :</b> L'établissement n'a pas présenté le rapport annuel d'activité médicale.</p>	<p>Article D 312-158 CASF</p>	<p>L'établissement indique que le RAAM 2021 est en cours de réalisation et qu'il sera déposé sur la plateforme et avec l'ERRD et précise qu'effectivement il n'a pas été complété ces deux dernières années, compte tenu du contexte sanitaire mobilisant les équipes...  Le RAM a effectivement été déposé sur la plateforme RAMEHPAD. L'établissement précise que : - La date de la mise à jour de l'organigramme a été rajoutée. - Le document présenté lors de l'inspection était composé de l'ensemble du personnel actuellement présent. - La date qui figure sur le document transmis lors de l'inspection correspond à la date de la version du document initial vierge disponible dans la base documentaire du groupe, et a été supprimée pour éviter toute confusion.</p>	<p>=&gt; Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit établir un rapport annuel d'activité médicale.  La mission note le dépôt du RAAM. <b>ECART LEVÉ</b></p>
<p><b>Remarque 1 (remarque non majeure)</b> L'organigramme présenté dans le livret d'accueil n'est pas validé.</p>			<p>=&gt; Recommandation 1 : Rendre valide l'organigramme présent dans le livret d'accueil.  La mission note la mise à jour de l'organigramme.  Au regard des informations transmises, <b>REMARQUE LEVÉE</b></p>
<p><b>Remarque 2 : (remarque non majeure)</b> Le point relatif aux procédures disciplinaires n'est pas prévu dans le DUD.</p>		<p>L'établissement indique que la DUD actualisée prévoit une mention relative aux procédures disciplinaires.</p>	<p>=&gt; Recommandation 2 : Transmettre la procédure liée à l'aspect disciplinaire au sein de l'établissement  Au regard des informations communiquées, <b>REMARQUE LEVÉE</b></p>

<p><b>Remarque 3 : (remarque non majeure)</b> - Le lien hiérarchique signalé dans la fiche métier du/de la directeur/trice adjoint(e) d'exploitation ne se corréle pas avec la fiche métier du/de la directeur (trice) d'exploitation - Les fiches métiers contiennent des incohérences et ne permettent pas d'appréhender les fonctions</p>		<p>L'établissement indique que : - Des modifications seront apportées afin que « le directeur référent de proximité » soit remplacé par « directeur exploitation dans le schéma du lien hiérarchique dans la fiche métier directeur adjoint. - Les fiches métiers sont en cours de mise à jour.</p>	<p>=&gt; Recommandation 3 : Actualiser les fiches métiers en supprimant les incohérences  La mission note le travail engagé et reste dans l'attente de la transmission des documents modifiés. <b>REMARQUE MAINTENUE</b></p>	<p>3 mois</p>
<p><b>Remarque 4 : (remarque non majeure)</b> Le calendrier affiché à l'infirmerie des astreintes de directeurs n'est pas à jour</p>		<p>L'établissement indique avoir mis à jour et affiché le planning des astreintes à l'accueil, à l'infirmerie et dans Les salles de pause.</p>	<p>=&gt; Recommandation 4 : Mettre à jour l'affichage des astreintes de direction dans tous les locaux où il est apposé.  Au vu des informations transmises, <b>REMARQUE LEVEE</b></p>	
<p><b>Remarque 5 : (remarque non majeure)</b> Il n'existe pas d'instance chargée de l'élaboration et du suivi d'une politique de bientraitance au sein de l'établissement.</p>		<p>L'établissement indique que les salariés ont identifié la politique de promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance...et savent la mettre en pratique dans leur exercice professionnel.  L'établissement précise que la politique de promotion de la bientraitance est portée par la Directrice et qu'elle est menée par la psychologue. Il indique qu'un registre de bientraitance est renseigné chaque mois, que la psychologue est référente bientraitance et que la Directrice est également Formatrice « prévention maltraitance », formation qu'elle dispense aux autres établissements de la région.  Il explique que la bientraitance est un axe prioritaire mené au sein de l'établissement et que pour cela un autre référent bientraitance sera formé le 29.03.2022 : l'ergothérapeute.</p>	<p>=&gt; Recommandation 5 : Réfléchir à la mise en place d'une commission « Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance » qui permettrait de mieux formaliser cette politique au sein de l'établissement et d'assurer une continuité en cas d'absence ou de départ de la psychologue.  La mission confirme que malgré la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, il n'existe pas au sein de l'établissement d'instance chargée de l'élaboration et du suivi de cette politique.  <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b></p>	<p>3 mois</p>
<p><b>Remarque 6 : (remarque non majeure)</b> Le numéro national « Allo Maltraitance » (ALMA - 3977) dédié à lutter contre les maltraitances envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap</p>		<p>L'établissement indique que le jour de l'inspection, des affiches mentionnant le numéro d'ALMA ont été installées dans les salles de pause et dans l'infirmerie. De plus, il est précisé que les personnels ont été formés les 10 et 16 février à la</p>	<p>=&gt; Recommandation 6 : Afficher le numéro national « Allo Maltraitance »  Au vu des informations transmises, <b>RECOMMANDATION LEVEE</b></p>	



n'est apposé nulle part dans l'établissement	prévention de la maltraitance chez la personne âgée.		
<b>Remarque 7 : (remarque non majeure)</b> Certains contrats CDD font référence à des remplacements de titulaires n'ayant jamais exercé dans l'établissement	L'établissement mentionne que tous les contrats en cours à ce jour mentionnent des salariés en poste.	Au regard des précisions apportées, l'équipe d'inspection prend acte.	
<b>Remarque 8 : (remarque non majeure)</b> - la DDASS n'existe plus depuis la loi HPST (2009). Elle a été remplacée par les délégations départementales de l'ARS - il n'est pas fait mention du Conseil départemental alors qu'autorité conjointe de l'établissement	L'établissement indique que la mise à jour des fiches métiers est en cours et a transmis celle de la secrétaire.	=> Recommandation 7 : Mettre à jour la fiche métier « Secrétaire »  La mission prend acte de la modification de la fiche de poste de secrétaire.  <b>Au regard des informations transmises RECOMMANDATION LEVEE</b>	
<b>Remarque 9 : (remarque non majeure)</b> - En se voyant confier, même partiellement, la gestion des plannings, des remplacements et des échanges d'horaires, la secrétaire se voit confier des missions qui ne relèvent pas de sa compétence et ce d'autant plus que l'environnement de travail sur la fiche métier ne signale aucun lien fonctionnel avec l'équipe soignante - La fiche métier signale « en accord avec la direction régionale en l'absence de la direction », or, les missions qui s'inscrivent dans la continuité de direction, et en, l'absence de cette dernière, ne font pas l'objet de subdélégations ad hoc formalisées	L'établissement précise que la secrétaire n'assume en aucune façon la gestion des plannings et joint la fiche actualisée signée et concordante à ses tâches quotidiennes.	=> Recommandation 8 : Mettre en conformité la fiche métier de la secrétaire aux missions exercées et établir le cas échéant les subdélégations nécessaires.  La mission prend acte de la modification de la fiche de poste de secrétaire.  <b>Au regard des informations transmises RECOMMANDATION LEVEE</b>	
<b>Remarque 10 : (remarque non majeure)</b> La fiche métier du médecin coordonnateur fait référence à des articles abrogés depuis 17 ans.	L'établissement a transmis la fiche actualisée.	=> Recommandation 9 : Actualiser la fiche métier du médecin coordonnateur.  La mission prend acte de la modification de la fiche de poste du médecin coordonnateur.  <b>Au regard des informations transmises RECOMMANDATION LEVEE</b>	

<p><b>Remarque 11 : (remarque majeure)</b> La mission constate que les fiches métiers contiennent des incohérences, ne sont pas à jour, signalent qu'il s'agit seulement d'un document de travail et qu'elles ne sont pas diffusables. Les incohérences relevées ne permettent pas d'établir de manière claire les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p>		<p>L'établissement indique que les fiches de métiers sont en cours de mises à jour, confirme que ces documents sont internes et non diffusables en dehors de l'Etablissement.</p> <p>De plus, il précise, conformément à la procédure « embauche d'un nouveau salarié et intégration » qu'il est remis au salarié un exemplaire de la fiche métier après lecture et signature par ce dernier.</p> <p>L'établissement mentionne que l'arrivée de La nouvelle direction permettra lors de la rencontre de chacun des professionnels, de faire émerger les fiches métiers nouvellement actualisées.</p> <p>L'établissement a transmis les fiches métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secrétaire</li> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Auxiliaire de vie</li> <li>- Auxiliaire de vie de nuit</li> <li>- Ide coordonnateur</li> </ul>	<p>=&gt; Recommandation 10 : Revoir les fiches métiers afin de lever les incohérences et clarifier les liens hiérarchiques et fonctionnels. La mission note la mise à jour en cours des fiches métiers qui seront à transmettre dès qu'elles seront toutes finalisées.</p> <p><b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b></p>	<p>2 mois</p>
<p><b>Remarque 12 : (remarque majeure)</b> Les professionnels ne bénéficient pas d'une supervision ou d'un groupe d'analyse des pratiques et ce alors que les exercices professionnels confrontent au quotidien les salariés à des difficultés physiques, éthiques, psychologiques et déontologiques.</p>		<p>L'établissement indique que l'analyse des pratiques est envisagée comme une activité de soutien aux salariés dans le cadre de leur pratique professionnelle, que celle-ci est portée par la psychologue au sein des réunions pluridisciplinaires afin de libérer la parole des salariés à la fois sur leur savoir-faire, l'éthique, la mission, le cadre institutionnel et la relation avec les personnes accompagnées.</p> <p>Il précise qu'une ligne d'écoute et de soutien pour les équipes est à leur disposition (coordonnées sont affichées en salle du personnel).</p> <p>Par ailleurs, il mentionne qu'une réflexion sera menée en staff afin de proposer et construire un projet pédagogique par un intervenant extérieur à la résidence.</p>	<p>=&gt; Recommandation 11 : Mettre en place une instance d'analyse des pratiques avec l'appui d'un psychologue extérieur.  Compte tenu de la pris en compte de la remarque par l'établissement :  <b>RECOMMANDATION LEVEE</b></p>	
<p><b>Remarque 13 : (remarque majeure)</b> Le réfrigérateur de la SAM de l'UGD ne fait pas l'objet d'un entretien régulier et d'un suivi tracé des températures.</p>		<p>L'établissement indique que les nettoyages des réfrigérateurs sont réalisés de manière quotidienne par les auxiliaires de vie qui inscrivent sur une fiche de traçabilité les températures quotidiennes afin de préserver la chaîne du froid. La fiche a été</p>	<p>=&gt; Recommandation 12 : Assurer l'entretien, le contrôle et la traçabilité des températures de tous les réfrigérateurs de l'établissement</p>	



		mise en place pour celui de l'UDG de la même manière que cela est fait pour tous les autres. Une mini formation a été réalisée auprès des équipes le 07/03122 concernant l'entretien de ces frigos. Un rappel a également été fait aux équipes sur l'interdiction d'entreposer des effets personnels. -	Au vu des actions engagées suite à la remarque de la mission d'inspection : <b>RECOMMANDATION LEVEE</b>	Immédiat
<b>Remarque 14 : (remarque majeure)</b> Le délai de réponse aux appels malades n'est pas conforme aux attendus.		L'établissement indique que le logiciel MERCURY permet une vérification permanente des temps de réponse aux appels malade ; que le protocole prévoit des contrôles mensuels; toutefois et jusqu'à nouvel ordre, l'IDEC Les mènera chaque semaine.	⇒ Recommandation 13 : Contrôler de manière régulière le temps de réponse aux appels malades et rappeler aux personnels de l'établissement les attendus  La mission constate la sensibilisation aux équipes sur la nécessité de réponse rapide aux appels malade suite à la mission d'inspection. Toutefois, elle note que le test réalisé mensuellement ne peut suffire à l'objectivation de l'amélioration des réponses aux appels des résidents. <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	
<b>Remarque 15 : (remarque majeure)</b> Le personnel détaché pour l'aide au repas apparaît en quantité insuffisante au regard des difficultés de certains résidents à s'alimenter de manière autonome au sein de cette unité. Au jour de l'inspection, il n'était pas prévu de quantité de nourriture supplémentaire et les menus n'étaient pas affichés dans la salle		L'établissement indique qu'une réflexion va être menée dès le mois de mars pour une réorganisation des postes des aides-soignantes afin d'apporter un renfort aux repas des résidents à L'UGD et qu'une première réunion de travail s'est déroulée le 08 mars 2022 afin d'étudier conjointement des solutions techniques et/ou humaines quant à l'amélioration des repas en UGD (prochaine rencontre prévue le 15.03.2022 afin de d'acter une décision définitive à ce sujet). Quant à la quantité, l'établissement rajoute qu'il est tout à fait possible de demander de la nourriture supplémentaire en cuisine, immédiatement servie.	⇒ Recommandation 14 : Renforcer l'aide au repas au sein de l'UGD  La mission note la réflexion amorcée afin d'améliorer l'aide au repas au sein de l'UGD et reste dans l'attente de la transmission d'une organisation modifiée <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	1 mois
<b>Remarque 16 : (remarque majeure)</b> Le DARI n'est pas élaboré	N° INSTRUCTION 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)	L'établissement indique que le DARI a été actualisée le 07/03/2022 et que le document actualisé a été transmis au CPIAS.	⇒ Recommandation 15 : Finaliser le DARI  La mission note que le document DARI transmis est daté du 12/12/2015.	3 mois

	dans le secteur médico-social 2016/2018		<b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	
<b>Remarque 17 : (remarque majeure)</b> Aucun dispositif de distribution de Gel Hydro alcoolique n'est présent dans les couloirs et zones de circulation.		L'établissement indique que 4 flacons de solutions hydro-alcoolique sont présents sur les chariots de nursing dans les 2 étages au sein de chaque aile et que dans l'attente de la réception de supports muraux commandés, des flacons de SHA ont été positionnés sur des guéridons aux abords de l'ascenseur.	=> Recommandation 16 : Installer des distributeurs de gel hydro-alcoolique dans les couloirs et zones de circulation  Au regard des informations transmises :  <b>RECOMMANDATION LEVEE</b>	
<b>Remarque 18 : (remarque mineure)</b> La traçabilité du nursing n'est pas assurée au moment du soin.		L'établissement indique que depuis janvier 2022, la résidence est équipée du WIFI sur l'ensemble de la structure, que pour faciliter la traçabilité des soins de nursing en sortie de chambre, 2 tablettes pour commencer, ont été commandées; qu'elles seront en test chacune auprès des 2 équipes après sensibilisation à leur utilisation. L'établissement précise que l'IDEC sera garante quotidiennement d'en vérifier la bonne appropriation et que de nouvelles commandes seront effectuées à l'issue du test jugé concluant.	=> Recommandation 17 : Faire réparer les scannettes défectueuses.  La mission note la commande passée et reste en attente de la mise en place du matériel requis pour la traçabilité.  <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	1 mois

## Tableau des écarts et remarques maintenus et levés définitivement

### Inspection de l'EHPAD Domaine de Borderouge - Toulouse (31)

Ecart - Remarque	Rappel de la réglementation	Réponse du gestionnaire	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
<b>Ecart 1 (écart non majeur) :</b> L'article 11 du règlement de fonctionnement ne correspond pas à la réalité de la pratique dans l'établissement. Les autorités de tarification ne disposent pas du règlement de fonctionnement et ne l'ont pas vu affiché dans les locaux visités.	Article R311-33 / 34 du CASF		=> Prescription 1 : L'établissement doit remettre le règlement de fonctionnement au résident ou à son représentant légal.  <b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Ecart 2 (écart non majeur) :</b> Le projet d'établissement contient des incohérences et ne semble pas finalisé. .	Article L311-8 du CASF		=> Prescription 2 : L'établissement doit lever les incohérences et finaliser le document.  <b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Ecart 3 (écart non majeur)</b> Le DUD est signé le 01/02/2022 par le Directeur Général Délégué d'ORPEA alors qu'il a été limogé et démis de ses fonctions par le conseil d'administration du groupe le 30 janvier 2022.	Article D312-176-5 CASF		=> Prescription 3 : Régulariser les délégations données à la directrice.  <b>Le DUD est transmis non signé par le Président Directeur Général.</b>  <b>ECART MAINTENU</b>	Immédiat
<b>Ecart 4 (écart non majeur):</b> La procédure de signalement des événements indésirables n'est qu'un document de travail datant de novembre 2020 et signalé comme non diffusable et n'est pas appropriée par l'ensemble des agents.	Article L331-8-1 CASF  Article L.1413-14 CSP		=> Prescription 4 : L'établissement doit valider une procédure et sensibiliser ses équipes à la déclaration des événements indésirables  La mission note que les fiches réflexes transmises ne font pas apparaître de référents bientraitance ni d'organisation de réunion ou groupe de parole réguliers. Elle prend acte de l'organisation de la sensibilisation à la remontée des EIG le 21/03/2022.  Le gestionnaire devra transmettre la liste d'émargement des personnels formés et actualiser les fiches réflexes avec le nom	2 mois pour la procédure  3 mois pour la sensibilisation auprès du personnel

			des personnes référentes et les dates de réunion.	
			<b>ECART MAINTENU</b>	
<b>Ecart 5 (écart majeur)</b> L'accès aux médicaments détenus dans l'établissement n'est pas sécurisé.	Article 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.		=> Prescription 5 : La porte de l'infirmerie dans être fermée 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'infirmerie.  Au regard des informations transmises, <b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Ecart 6 (écart non majeur)</b> La signature du contrat de séjour n'est pas apposée par le résident lui-même ou son représentant légal	Article D311 CASF		=> Prescription 6 : Le contrat de séjour doit être signée par le résident ou son représentant légal en cas de mesures de protection  La mission note que la procédure est clairement établie. L'établissement doit veiller à son respect.  <b>ECART MAINTENU</b>	Immédiat
<b>Ecart 7 (écart non majeur)</b> La gestion des DASRI au sein de l'établissement n'est pas rigoureuse, contrevient à la procédure interne qui a été transmise ainsi qu'aux dispositions réglementaires (Cf infra DASRI)	Art. R.1335-1 à R.1335-8 CSP Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques		=> Prescription 7 : L'établissement doit respecter les règles d'entreposage, stockage et d'enlèvement des DASRI.  La mission note les actions entreprises depuis l'inspection en matière de rangement, nettoyage et élimination des DASRI.  Au regard de ces informations transmises, <b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Ecart 8 (écart non majeur) :</b> L'établissement n'a pas présenté le rapport annuel d'activité médicale.	Article D 312-158 CASF		=> Prescription 8 : Le médecin coordonnateur doit établir un rapport annuel d'activité médicale.  La mission note le dépôt du RAAM.	

			<b>ECART LEVÉ</b>	
<b>Remarque 1 (remarque non majeure)</b> L'organigramme présenté dans le livret d'accueil n'est pas validé.			=> Recommandation 1 : Rendre valide l'organigramme présent dans le livret d'accueil.  La mission note la mise à jour de l'organigramme.  Au regard des informations transmises, <b>REMARQUE LEVÉE</b>	
<b>Remarque 2 : (remarque non majeure)</b> Le point relatif aux procédures disciplinaires n'est pas prévu dans le DUD.			=> Recommandation 2 : Transmettre la procédure liée à l'aspect disciplinaire au sein de l'établissement  Au regard des informations communiquées, <b>REMARQUE LEVÉE</b>	
<b>Remarque 3 : (remarque non majeure)</b> - Le lien hiérarchique signalé dans la fiche métier du/de la directeur/trice adjoint(e) d'exploitation ne se corrèle pas avec la fiche métier du/de la directeur (trice) d'exploitation - Les fiches métiers contiennent des incohérences et ne permettent pas d'appréhender les fonctions			=> Recommandation 3: Actualiser les fiches métiers en supprimant les incohérences  La mission note le travail engagé et reste dans l'attente de la transmission des documents modifiés. <b>REMARQUE MAINTENUE</b>	3 mois
<b>Remarque 4 : (remarque non majeure)</b> Le calendrier affiché à l'infirmerie des astreintes de directeurs n'est pas à jour			=> Recommandation 4 : Mettre à jour l'affichage des astreintes de direction dans tous les locaux où il est apposé.  Au vu des informations transmises, <b>REMARQUE LEVÉE</b>	
<b>Remarque 5 : (remarque non majeure)</b> Il n'existe pas d'instance chargée de l'élaboration et du suivi d'une politique de bientraitance au sein de l'établissement.			=> Recommandation 5 : Réfléchir à la mise en place d'une commission « Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance » qui permettrait de mieux formaliser cette politique au sein de l'établissement et d'assurer une	3 mois

			<p>continuité en cas d'absence ou de départ de la psychologue.</p> <p>La mission confirme que malgré la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, il n'existe pas au sein de l'établissement d'instance chargée de l'élaboration et du suivi de cette politique.</p> <p><b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b></p>	
<p><b>Remarque 6 : (remarque non majeure)</b> Le numéro national « Allo Maltraitance » (ALMA - 3977) dédié à lutter contre les maltraitances envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap n'est apposé nulle part dans l'établissement</p>			<p>=&gt; Recommandation 6 : Afficher le numéro national « Allo Maltraitance »</p> <p>Au vu des informations transmises, <b>RECOMMANDATION LEVEE</b></p>	
<p><b>Remarque 7 : (remarque non majeure)</b> Certains contrats CDD font référence à des remplacement de titulaires n'ayant jamais exercé dans l'établissement</p>			<p>Au regard des précisions apportées, l'équipe d'inspection prend acte.</p>	
<p><b>Remarque 8 : (remarque non majeure)</b> - la DDASS n'existe plus depuis la loi HPST (2009). Elle a été remplacée par les délégations départementales de l'ARS - il n'est pas fait mention du Conseil départemental alors qu'autorité conjointe de l'établissement</p>			<p>=&gt; Recommandation 7 : Mettre à jour la fiche métier « Secrétaire »</p> <p>La mission prend acte de la modification de la fiche de poste de secrétaire.</p> <p><b>Au regard des informations transmises RECOMMANDATION LEVEE</b></p>	
<p><b>Remarque 9 : (remarque non majeure)</b> - En se voyant confier, même partiellement, la gestion des plannings, des remplacements et des échanges d'horaires, la secrétaire se voit confier des missions qui ne relèvent pas de sa compétence et ce d'autant plus que l'environnement de travail sur la fiche métier ne signale aucun lien fonctionnel avec l'équipe soignante - La fiche métier signale « en accord avec la direction régionale en l'absence de la</p>			<p>=&gt; Recommandation 8 : Mettre en conformité la fiche métier de la secrétaire aux missions exercées et établir le cas échéant les subdélégations nécessaires.</p> <p>La mission prend acte de la modification de la fiche de poste de secrétaire.</p> <p><b>Au regard des informations transmises RECOMMANDATION LEVEE</b></p>	



direction », or, les missions qui s'inscrivent dans la continuité de direction, et en, l'absence de cette dernière, ne font pas l'objet de subdélégations ad hoc formalisées				
<b>Remarque 10 : (remarque non majeure)</b> La fiche métier du médecin coordonnateur fait référence à des articles abrogés depuis 17 ans.			=> Recommandation 9 : Actualiser la fiche métier du médecin coordonnateur.  La mission prend acte de la modification de la fiche de poste du médecin coordonnateur.  <b>Au regard des informations transmises</b> <b>RECOMMANDATION LEVEE</b>	
<b>Remarque 11 : (remarque non majeure)</b> La mission constate que les fiches métiers contiennent des incohérences, ne sont pas à jour, signalent qu'il s'agit seulement d'un document de travail et qu'elles ne sont pas diffusables. Les incohérences relevées ne permettent pas d'établir de manière claire les liens hiérarchiques et fonctionnels.			=> Recommandation 10 : Revoir les fiches métiers afin de lever les incohérences et clarifier les liens hiérarchiques et fonctionnels. La mission note la mise à jour en cours des fiches métiers qui seront à transmettre dès qu'elles seront toutes finalisées.  <b>RECOMMANDATION</b> <b>MAINTENUE</b>	2 mois
<b>Remarque 12 : (remarque non majeure)</b> Les professionnels ne bénéficient pas d'une supervision ou d'un groupe d'analyse des pratiques et ce alors que les exercices professionnels confrontent au quotidien les salariés à des difficultés physiques, éthiques, psychologiques et déontologiques.			=> Recommandation 11 : Mettre en place une instance d'analyse des pratiques avec l'appui d'un psychologue extérieur.  Compte tenu de la pris en compte de la remarque par l'établissement :  <b>RECOMMANDATION LEVEE</b>	

<b>Remarque 13 : (remarque majeure)</b> Le réfrigérateur de la SAM de l'UGD ne fait pas l'objet d'un entretien régulier et d'un suivi tracé des températures.			=> Recommandation 12 : Assurer l'entretien, le contrôle et la traçabilité des températures de tous les réfrigérateurs de l'établissement  Au vu des actions engagées suite à la remarque de la mission d'inspection :  <b>RECOMMANDATION LEVEE</b>	
<b>Remarque 14 : (remarque majeure)</b> Le délai de réponse aux appels malades n'est pas conforme aux attendus.			=> Recommandation 13 : Contrôler de manière régulière le temps de réponse aux appels malades et rappeler aux personnels de l'établissement les attendus  La mission constate la sensibilisation aux équipes sur la nécessité de réponse rapide aux appels malade suite à la mission d'inspection. Toutefois, elle note que le test réalisé mensuellement ne peut suffire à l'objectivation de l'amélioration des réponses aux appels des résidents.  <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	Immédiat
<b>Remarque 15 : (remarque majeure)</b> Le personnel détaché pour l'aide au repas apparaît en quantité insuffisante au regard des difficultés de certains résidents à s'alimenter de manière autonome au sein de cette unité. Au jour de l'inspection, il n'était pas prévu de quantité de nourriture supplémentaire et les menus n'étaient pas affichés dans la salle			=> Recommandation 14 : Renforcer l'aide au repas au sein de l'UGD  La mission note la réflexion amorcée afin d'améliorer l'aide au repas au sein de l'UGD et reste dans l'attente de la transmission d'une organisation modifiée  <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	1 mois
<b>Remarque 16 : (remarque majeure)</b> Le DARI n'est pas élaboré	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)		=> Recommandation 15 : Finaliser le DARI  La mission note que le document DARI transmis est daté du 12/12/2015.	3 mois

	dans le secteur médico-social 2016/2018		<b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	
<b>Remarque 17 : (remarque majeure)</b> Aucun dispositif de distribution de Gel Hydro alcoolique n'est présent dans les couloirs et zones de circulation.			=> Recommandation 16 : Installer des distributeurs de gel hydro- alcoolique dans les couloirs et zones de circulation  Au regard des informations transmises :  <b>RECOMMANDATION LEVEE</b>	
<b>Remarque 18 : (remarque mineure)</b> La traçabilité du nursing n'est pas assurée au moment du soin.			=> Recommandation 17 : Faire réparer les scannettes défectueuses.  La mission note la commande passée et reste en attente de la mise en place du matériel requis pour la traçabilité.  <b>RECOMMANDATION MAINTENUE</b>	1 mois