

Service émetteur : Service Tarification et Qualité des Etablissements

████████████████████
**Directeur Général
A.J.H.
Château de Lahage
31 370 LAHAGE**

Date : 19 juin 2024

Inspection n° : MS_2023_31_CS_12

Courrier électronique avec accusé de réception

Copie de cet envoi à Madame ██████████, Directrice de l'EHPAD Le Village

Objet : Inspection de l'EHPAD Le Village à Peyssies (31)

Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur Général,

A la suite de l'inspection inopinée réalisée dans votre établissement le 6 décembre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 15 mars 2024, à communiquer vos observations dans un délai de deux mois, en réponse, à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous nous avez transmis vos remarques, en date du 13 mai 2024.

Après recueil et analyse conjointe de vos observations, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau joint au présent courrier. En résumé :

- Sur les 14 prescriptions envisagées, 13 sont maintenues
- Sur les 30 recommandations envisagées, 28 sont maintenues

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale de Haute Garonne de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, ainsi qu'au service Tarification et Qualité des Etablissements du Conseil départemental de la Haute-Garonne, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions. Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

.../...

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de 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 prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.

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

Pour le Président du Conseil départemental
de la Haute-Garonne et par délégation,
le Vice-Président chargé des Personnes Agées, des
Personnes Handicapées et de l'Accès aux Soins

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



Charlotte HAMMEL

Tableau de synthèse des écarts ou remarques et des décisions définitives

Inspection de l'EHPAD le Village à Peyssies (31)

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité, d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables. Il y a lieu de distinguer les écarts majeurs pour lesquels il existe, selon les inspecteurs ou les contrôleurs, un danger avéré pour la sécurité sanitaire de l'usager ou la protection des personnes.*


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


Un groupe de remarques qui pris individuellement sont non majeures, peut constituer un risque majeur et donc constituer une injonction ou une prescription.

Ecart	Rappel de la réglementation	Mesure (injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités
Ecart n°1 : L'établissement accueille uniquement des Personnes en situation de Handicap Vieillissantes (PHV) et ne développe pas de politique d'accueil à destination des personnes dépendances. En ce sens, l'établissement ne respecte pas les termes de l'autorisation de fonctionnement délivrée par les autorités de tarification et de contrôle et contrevient à l'article L.312-1 CASF.	Art. L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) Arrêté conjoint ARS Occitanie – Conseil départemental de la Haute-Garonne du 15 juin 2022 <small>Président Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation, la Directrice Adjointe de la Délégation Départementale de la Haute-Garonne</small> Charlotte HAMMEL	Prescription n°1 : Se conformer à l'autorisation délivrée en développant une politique d'accueil à destination des personnes âgées.	6 mois			La mission maintient la nécessité pour l'établissement de se conformer à l'autorisation délivrée, en fonction des besoins prioritaires. Le délai indiqué de 6 mois ne vise pas le délai de mise en conformité par rapport à l'autorisation, mais le délai notifié à l'organisme gestionnaire pour engager la réflexion sur l'admission de personnes âgées au sein de la structure.
Ecart n°2 Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans, ce qui est contraire à l'article R311-33 CASF. Il n'est pas non plus conforme à la législation et la réglementation en vigueur issues de l'article L311-3 CASF, R311-35 CASF et du Décret n°2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence	Art. R311-33 à R311-37 CASF Décret n°2022-734 du 28 avril 2022	Prescription n°2 : Actualiser le règlement de fonctionnement en le mettant en conformité avec la réglementation en vigueur.	3 mois			Maintien de la prescription.

financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L312-1 CASF.						
Ecart n°3 : Le projet d'établissement date de plus de 5 ans et est obsolète, ce qui est contraire à l'article L311-8 CASF.	art. L.311-8 et D311-38 CASF	Prescription n°3 : Actualiser le projet d'établissement et intégrer le volet relatif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance (cf. prescription n°6).	1 an			La mission prend acte des actions engagées et de la demande de prolongation du délai initial afin de mener à bien les travaux du projet d'établissement. Le délai de mise en œuvre est donc étendu à 1 an au lieu de 6 mois.

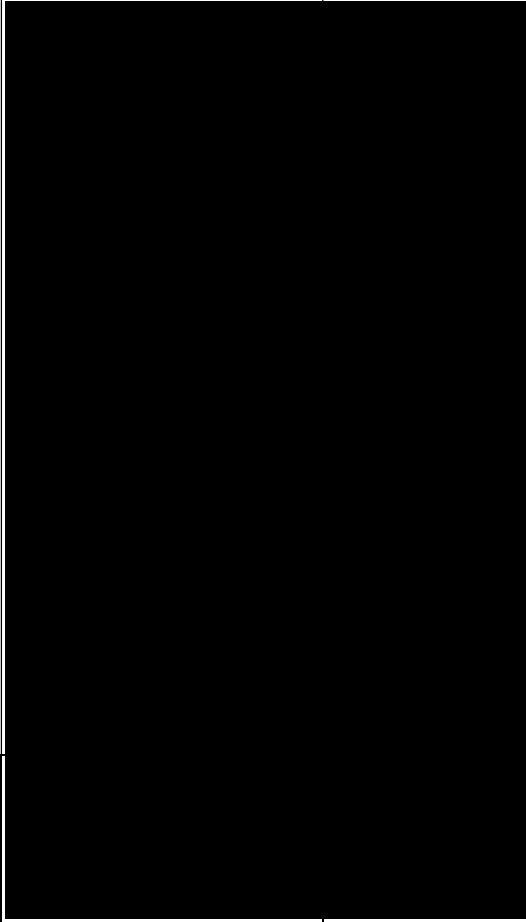
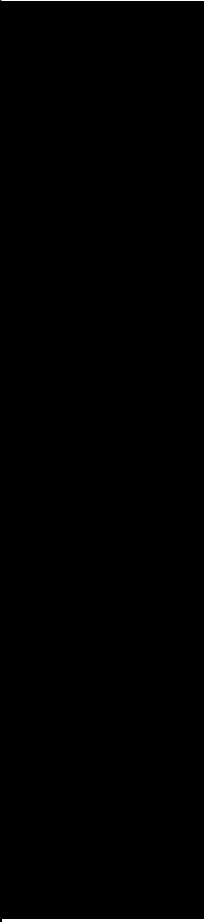
Ecart n°4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D312-155-0 CASF. Le poste est vacant depuis avril 2023 dans un contexte de difficultés de recrutement.	Art. D312-155-0 et D312-156 CASF	Prescription majeure n°4 : Recruter un médecin à hauteur de 0,6 ETP disposant d'une qualification conforme aux dispositions de l'article D312-157 CASF.	immédiat			La mission prend acte des recherches engagées pour recruter un médecin coordonnateur. La prescription est maintenue jusqu'à recrutement effectif.
Ecart n°5 : La composition du CVS ne répond pas aux obligations issues du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, entrées en vigueur au 1er janvier 2023. De plus, le CVS ne s'est pas tenu de manière régulière en 2023 conformément à l'article <u>article D311-16</u> du CASF.	Art. L311-6, D311-3 et suivants CASF	Prescription n°5 : Mettre en conformité le CVS avec la réglementation en vigueur.	3 mois			La mission prend note du processus engagé. La prescription est maintenue jusqu'à mise en conformité complète du CVS (composition, fonctionnement, nombre de réunions annuelles).
Ecart n°6 : Le projet d'établissement date de plus de 5 ans et ne permet aux équipes d'identifier les actions menées dans le cadre de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. En ce sens, le gestionnaire contrevient à l'article L311-8 CASF.	Art. L311-8 CASF	Prescription n°6 : Intégrer le volet relatif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance dans le projet d'établissement.	1 an			Cf. prescription n°3.

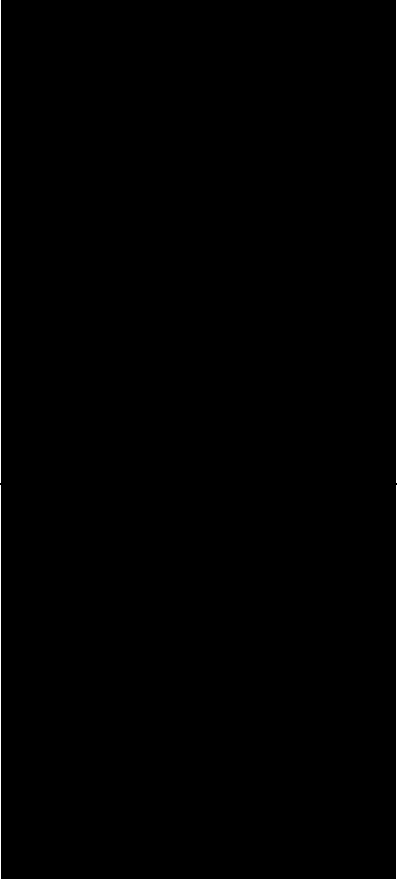
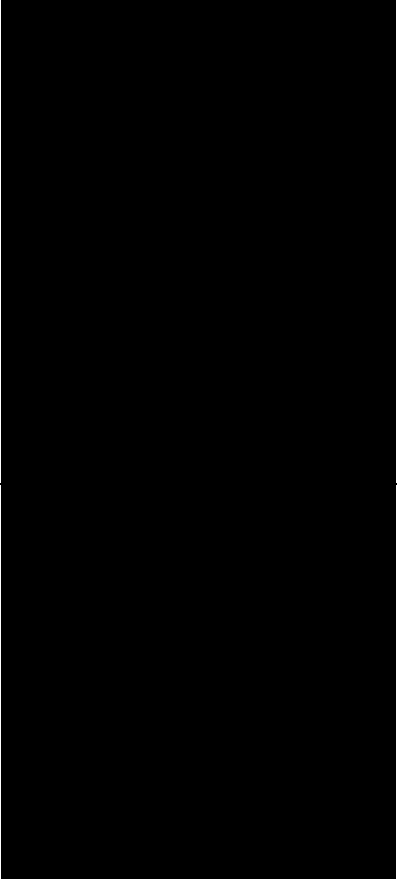
<p>Ecart n°7 :</p> <p>La procédure de gestion des EI et EIG n'est pas fiable (système de retranscription, manque de communication quant aux suites données) et n'est pas systématiquement utilisée par le personnel. Il n'y a pas d'analyse globale de ces EI/EIG. Le personnel n'est pas suffisamment sensibilisé sur la procédure de signalement des EI/EIG. La transmission aux autorités n'est pas systématique. Il n'y a pas de suivi et d'analyse globale des EI/EIG. En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de violence et de maltraitance qui interviendraient en son sein, l'établissement ne respecte pas la procédure de signalement mise en place par l'ARS et contrevient notamment à l'article L331-8-1 CASF et L1413-14 du code de la santé publique (CSP).</p> <p>L'absence de réflexion interne sur la notion d'EI est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM – (recommandation ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la</p>	<p>Art. L331-8-1 CASF et L1413-14 du code de la santé publique (CSP).</p>	<p>Prescription majeure n°7 :</p> <p>Etablir une procédure de gestion des EI et des EIG conforme aux obligations de signalement définies par la réglementation en vigueur et intégrant une analyse systématique des EI et des EIG en équipe pluriprofessionnelle. Sensibiliser le personnel à cette procédure et s'assurer de la traçabilité systématique des EI et des EIG conformément à la procédure établie.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La mission prend note des actions engagées et de la demande de délai supplémentaire permettant de développer une culture qualité au sein de l'établissement. De ce fait, la demande de prolongation de délai à 6 mois est acceptée. </p>
---	---	---	---------------	--	--

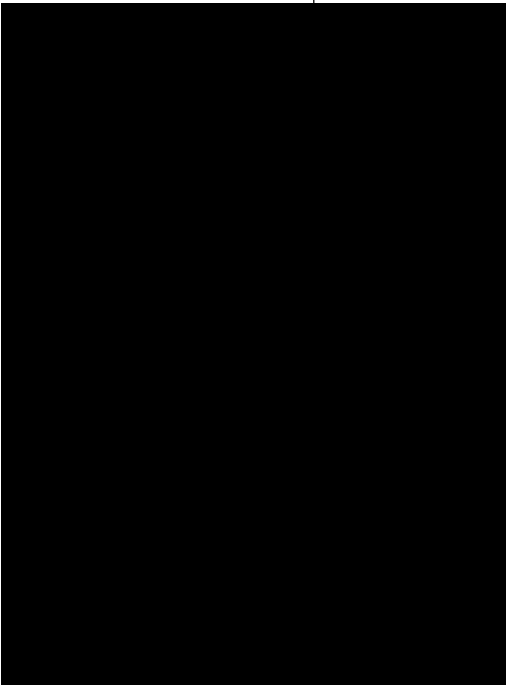

<p>lutte contre la maltraitance – décembre 2008).</p> <p>L'absence d'exploitation des fiches de signalement des EI ne permet pas de mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.</p>						
<p>Ecart n°8 :</p> <p>Il n'existe pas de procédure formalisée et actualisée en cas de crise ou d'incidents à destination du personnel, ce qui n'est pas conforme à l'obligation mentionnée à l'article D312-160 CASF.</p>	<p>Art. D312-160 CASF</p>	<p>Prescription n°8 :</p> <p>Etablir une procédure formalisée en cas de crise ou d'incidents à destination du personnel et s'assurer de la sensibilisation régulière du personnel à cette procédure.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Cf. prescription n°7. L'organisme gestionnaire devra veiller particulièrement à l'appropriation par l'ensemble des professionnels des différents plans de l'établissement.</p>
<p>Ecart n°9 :</p> <p>La directrice des dispositifs Personnes Agées de l'AJH, qui comprend 3 EHPAD, ne dispose pas d'une qualification de niveau I contrairement à l'obligation définie à l'article D312-176-6 CASF.</p>	<p>Art. D312-176-6 CASF</p>	<p>Prescription n°9 :</p> <p>Engager la directrice dans une formation diplômante de niveau I [prescription levée]</p>				<p>Dont acte. La prescription est levée.</p>


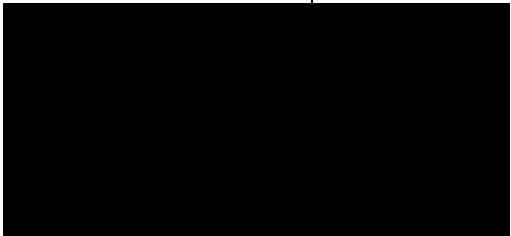
Ecart n°10 : Les dossiers du personnel ne comporte pas systématiquement un exemplaire du contrat de travail signé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L3123-6 du code du travail.	Art. L3123-6 du code du travail Art. L312-1-II, al.2 CASF	Prescription n°10 : S'assurer que le dossier du personnel comprend systématiquement un exemplaire signé du contrat de travail.	3 mois		La mission prend note des actions engagées. Le délai est prolongé à 3 mois pour permettre aux salariés en poste de fournir les documents demandés.
Ecart n°11 : En ne disposant pas de mention relative à la vérification du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les salariés lors de leur embauche, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables.	Art. L133-6 du CASF	Prescription majeure n°11 : Vérifier systématiquement à l'embauche du personnel les mentions portées au bulletin n°3 du casier judiciaire et garder dans le dossier la traçabilité de cette vérification.	Immédiat		La mission prend note des actions engagées. Elle maintient toutefois la prescription n°11 avec demande de mise en œuvre immédiate pour tous les nouveaux embauchés.
Ecart n°12 : En ne garantissant pas le respect systématique de l'intimité des personnes accueillies, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	Art. L311-3-1° du CASF	Prescription n°12 : Fermer systématiquement les portes des chambres pour réaliser les soins aux résidents.	Immédiat		La mission prend note du rappel fait lors de la réunion pluriprofessionnelle du 15 mai 2024. Elle engage la direction à poursuivre la sensibilisation permanente des professionnels, y compris intérimaires et remplaçants, sur la nécessité de respecter l'intimité des résidents.

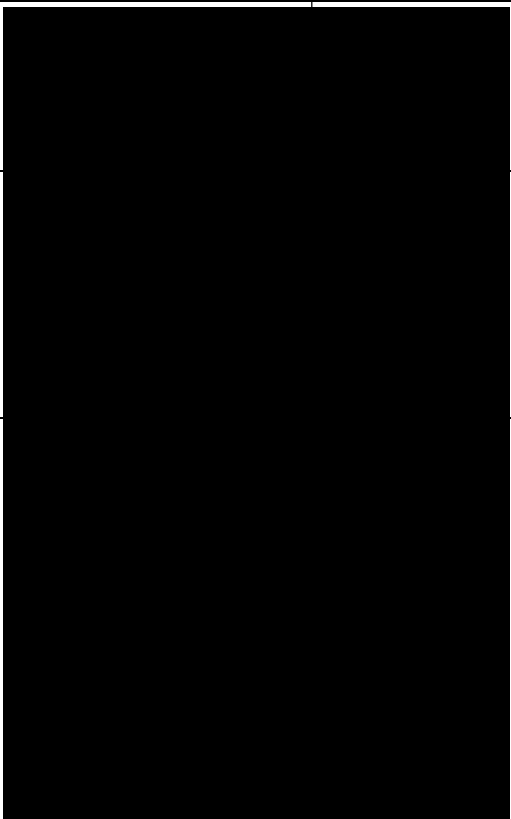
Ecart n°13 : L'établissement n'a pas recruté de médecin coordonnateur, ce qui est contraire aux obligations fixées aux articles de D312-159 à D312-159-1 CASF (cf. écart n°4). En ce sens, aucune des missions réglementaires dévolues au médecin coordonnateur n'est effectuée au sein de l'établissement.	Art D 312-156 à D 312-159-1 CASF	Prescription majeure n°13 : En lien avec la prescription n°4, mettre en œuvre les missions obligatoires relatives à la coordination des soins en EHPAD assurées par le médecin coordonnateur conformément à l'article D312-158 CASF.	Immédiat		Cf. prescription n°4
Ecart n°14 Il n'y a pas de convention avec un établissement MCO avec urgences telle la clinique Occitanie. Certaines conventions sont anciennes. En ce sens, l'établissement méconnaît les articles L311-8, D311-38 et D312-158 CASF.	L311-8, D311-38, D312-158 CASF	Prescription n°14 : Actualiser la convention avec la clinique Occitanie sur le volet urgences et actualiser l'ensemble des conventions avec les partenaires de la filière gériatrique du territoire nécessaires, y compris pour la prise en charge des soins palliatifs.	6 mois		La mission prend note de la convention avec la clinique Occitanie sur le volet urgences. Celle-ci date cependant de plus de 10 ans et nécessite une réactualisation. La prescription n°14 est modifiée en ce sens. La prescription est maintenue concernant la filière gériatrique.

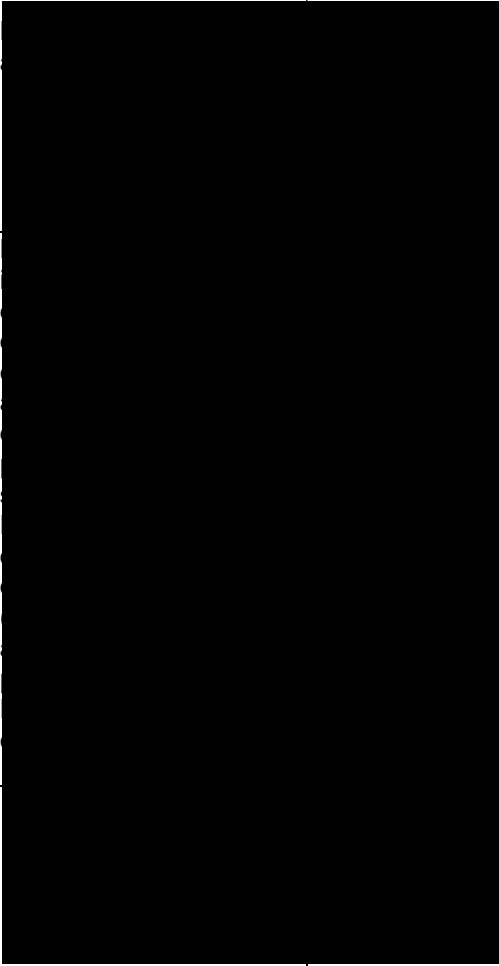
Remarques	Recommandations mesures à mettre en œuvre	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités
Remarque n°1 : L'établissement ne dispose pas d'une gouvernance claire ni d'un encadrement de proximité véritablement étayé, dans un contexte de vacance du poste de directeur adjoint et de mutualisation du poste de directeur sur 3 EHPAD. Le poste de médecin coordonnateur est également vacant, le médecin de l'AJH venant en remplacement tous les 15 jours et renfort à la demande. Le rôle de l'IDEC, « chef de service paramédical », n'est pas identifié par le personnel non soignant et ne dispose pas encore de la formation IDEC (prévue en 2024). Le poste de maîtresse de maison est une fonction de fait, sans rôle clair ni lien hiérarchique ou fonctionnel permettant d'assurer une coordination efficace de l'équipe hôtelière. Ces éléments ne sont pas de nature à garantir un encadrement de proximité et un management efficient, nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement.	Recommandation majeure n°1 : Revoir la gouvernance de l'établissement en veillant à pourvoir les postes vacants et à identifier clairement sur l'organigramme et dans l'organisation quotidienne de l'établissement les postes de chef de service paramédical et maîtresse de maison. Engager le chef de service paramédical dans la formation IDEC.	3 mois			La mission prend acte des mesures engagées et de la demande l'inspecté d'aligner les délais de mise en œuvre des recommandations n°1 et n°2.
Remarque n°2 : La directrice ne dispose pas de lettre de mission et/ou fiche de poste.	Recommandation n°2 : Etablir une fiche de poste pour la directrice, en fonction des résultats de la mise en œuvre des recommandations n°1 et n°3.	3 mois			Recommandation maintenue dans l'attente de l'élaboration d'une lettre de mission et/ou fiche de poste.

<p>Remarque n°3 : La directrice est présente sur l'EHPAD deux jours par semaine. Le poste de directeur adjoint est toujours vacant et sera également mutualisé sur le dispositif Personnes Agées de l'AJH, bien qu'il soit prévu que son bureau soit positionné au sein de l'EHPAD Le Village. Le reste du temps, la fonction de direction est assurée a minima par un contact téléphonique régulier avec le chef de service. Il n'y a donc pas de présence quotidienne sur site d'un membre de l'équipe de direction, ce qui n'apparaît pas pleinement adapté aux besoins de fonctionnement d'un EHPAD et forts enjeux managériaux qui y sont liés. Il n'existe pas non plus de procédure formalisant la continuité de la direction en interne et externe.</p>	<p>Recommandation n°3 : Evaluer la pertinence de la mutualisation des postes de direction (directrice et directeur adjoint) sur 3 établissements compte tenu des besoins quotidiens en termes de management et de gouvernance des EHPAD gérés par l'AJH.</p> <p>Recommandation majeure n°4 : Etablir une procédure pour assurer la continuité de la fonction de direction en cas d'urgence (numéro et BAL d'astreinte).</p>	<p>3 mois</p> <p>1 mois</p>		<p>Recommandation n°3 maintenue.</p> <p>Recommandation n°4 maintenue.</p>
<p>Remarque n°4 : La direction n'organise pas de temps d'échanges fréquents et réguliers sur l'organisation, fonctionnement de la structure ou sur les problématiques rencontrées avec l'ensemble du personnel (RH, formation, projet d'établissement, gestion des événements indésirables...) ce qui est contraire aux recommandations de l'ANESM de juin 2008 (HAS).</p>	<p>Recommandation n°5 : <i>Organiser des temps d'échanges fréquents et réguliers sur l'organisation, fonctionnement de la structure ou sur les problématiques rencontrées avec l'ensemble du personnel. Etablir des compte rendus écrits systématiquement diffusés à l'ensemble des équipes.</i> [recommandation levée]</p>			<p>La mission prend acte des actions mises en œuvre et engage la direction à poursuivre les réunions du personnel et les réunions des cadres en conformité avec les recommandations de l'ANESM (HAS) de juin 2008. De ce fait, la recommandation n°5 est levée.</p>

<p>Remarque n°5 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques viennes compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise en distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (recommandation ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – décembre 2008).</p> <p>En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM (désormais intégrée au sein de la Haute Autorité de Santé – HAS) qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – décembre 2008).</p>	<p>Recommandation n°6 : Développer la politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance en lien avec les orientations stratégiques du projet d'établissement (cf. prescription n°6) en mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles et en intégrant la thématique maltraitance au plan de formation de l'année (cf. recommandation n°12).</p>	6 mois			<p>La mission prend note de la tenue régulière de GAP et de l'inscription au plan de formation de sessions relatives à la connaissance du secteur du handicap, la gestion des situations de violences et des troubles du comportement notamment. Toutefois, la mission maintient son constat sur l'insuffisance de sensibilisation et de formations plus larges sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance dans les soins et les pratiques quotidiennes du personnel. En ce sens, la recommandation n°6 est maintenue.</p>
<p>Remarque n°6 : L'absence de réflexion interne sur la notion d'EI est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM – (recommandation ANESM Mission du</p>	<p>Recommandation n°7 : Développer une politique de gestion des risques par une analyse systématique et tracée des fiches d'évènement indésirable, induisant un plan d'action évitant ou limitant la répétition de faits similaires.</p>	6 mois			<p>Cf. prescription n°7.</p>

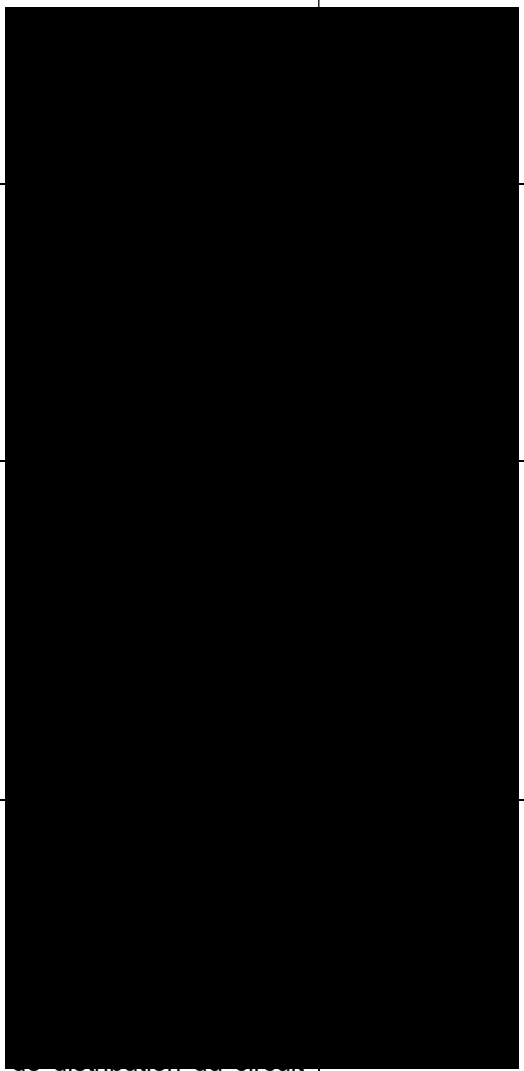
responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – décembre 2008). L'absence d'exploitation des fiches de signalement des EI ne permet pas de mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.					
Remarque n°7 : Les personnels affectés aux postes d'aide-soignant non diplômés ne sont pas tous engagés dans un parcours qualifiant.	Recommandation n°8 : <i>Inscrire systématiquement au plan de formation annuel la qualification des personnels soignants non diplômés.</i> [Recommandation levée]				Recommandation levée au vu des pièces justificatives transmises à la mission.
Remarque n°8 : Le personnel AS et ASH ne dispose de fiche de poste ou de liste de tâches. A l'inverse, les fiches de poste « maîtresse de maison » (projet) et IDE référente ne correspondent à aucune fonction effective dans la gouvernance et l'encadrement de l'établissement	Recommandation n°9 : Elaborer des fiches de poste pour le personnel AS/ASH et réviser les fiches de postes de « maîtresse de maison » et « IDE référent » au vu de l'organigramme effectif de l'établissement.	3 mois			Recommandation maintenue.
Remarque n° 9 : Les tâches à effectuer pour le personnel soignant AS ne font pas l'objet ni d'une formalisation claire et validée ni d'une traçabilité effective.	Recommandation n°10 : Formaliser via des fiches procédure les tâches à réaliser quotidiennement par les personnels soignants.	6 mois			La mission prend note des démarches engagées et de la demande de report du délai à 6 mois afin d'associer le personnel à l'élaboration des fiches de poste.

					
Remarque n°10 : La charge de travail des AS et des ASH, en temps normal ou en mode dégradé, n'est pas régulièrement évaluée et adaptée.	Recommandation n°11 : Evaluer la charge de travail des AS et ASH et élaborer des fiches de procédure en mode dégradé et en mode normal (en lien avec la recommandation n°10).	6 mois			La mission prend note des démarches engagées et de la demande de report du délai à 6 mois afin d'associer le personnel à cette démarche.
Remarque n°11 : Le personnel ne bénéficie pas d'un accompagnement spécifique à sa prise de poste. Il ne dispose pas systématiquement de plans de soins (cf. remarque n°9).	Recommandation n°12 : En lien avec la recommandation n°10, établir une procédure relative à l'accompagnement à la prise de poste des nouveaux arrivants comprenant la mise à disposition systématique des plans de soins à jour de tous les résidents.	3 mois			La mission maintient la nécessité pour tous les nouveaux embauchés, remplaçants et intérimaires de disposer <i>a minima</i> du plan de soins à jour de tous les résidents et des éléments indispensables à la prise de poste (pour le personnel de jour et de nuit). De ce fait, la mission maintient la recommandation n°12 et le délai de mise en œuvre sous 3 mois.
Remarque n°12 : Il n'existe pas de procédure de gestion en mode dégradé applicable en cas d'absences de personnels.	Cf. recommandation n°11				Recommandation maintenue.

<p>Remarque n°13 : Le personnel ne dispose pas de formation régulière. Le plan de formation n'a pas été élaboré. A fortiori il n'y a pas de formation visant à promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance</p>	<p>Recommandation n°13 : Etablir un plan de formation annuel et prévoir systématiquement au plan de formation la promotion de la bientraitance, ainsi que la qualification des personnels soignants non diplômés (cf. recommandation n°8).</p>	<p>6 mois</p>		<p>Cf. recommandation n°6. La recommandation n°8 est levée (cf. supra).</p>
<p>Remarque n°14 : Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ou de plan d'action sur la communication.</p>	<p>Recommandation n°14 : En lien avec la psychologue, établir un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel.</p>	<p>1 an</p>		<p>La mission prend note du fonctionnement existant. Elle maintient toutefois la recommandation jusqu'à formalisation effective du dispositif dans le projet d'établissement.</p>
<p>Remarque n°15 : L'accueil administratif du public n'est pas suffisamment visible et accessible. Il n'existe pas non plus de banque d'accueil permettant aux visiteurs extérieurs (particuliers ou professionnels) de pouvoir signaler leur présence et de disposer d'un interlocuteur.</p>	<p>Recommandation n°15 : Améliorer la signalétique et la visibilité de l'accueil.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Recommandation maintenue.</p>

Remarque n°16 : Des travaux nécessaires n'ont pas été entrepris : <ul style="list-style-type: none"> - Une porte coupe-feu au rez-de-chaussée est hors service. - Les dommages liés à un dégât des eaux sur un plafonnier de l'étage n'ont pas été réparés. 	Recommandation n°16 : Remettre la porte coupe-feu du rez-de-chaussée en service et réparer les dommages liés au dégâts des eaux du plafonnier.	Immédiat		La mission prend note des démarches effectuées et maintient la nécessité de procéder sans délai à la pose de la porte coupe-feu au rez-de-chaussée.
Remarque n°17 : Il n'existe pas de plan de nettoyage des locaux spécifique à l'établissement, mais un plan commun à l'AJH. Ce dernier n'est pas régulièrement évalué, conduisant à l'impossibilité pour les ASH d'effectuer en totalité et en conformité les tâches listées.	Recommandation n°17 : Décliner le plan global de nettoyage des locaux pour l'adapter aux spécificités de l'EHPAD Le Village et le réévaluer régulièrement.	3 mois		La mission prend note des actions engagées. Dans l'attente de l'audit et de l'adaptation du plan de nettoyage aux besoins spécifiques de l'EHPAD, la recommandation n°17 est maintenue.
Remarque n°18 : L'accès aux chambres des résidents par le personnel n'est pas fluide en raison du nombre de pass insuffisant ou de dysfonctionnements dans la transmission des pass entre les personnels en poste.	Recommandation n°18 : Doter le personnel soignant et ASH de pass en nombre suffisant.	1 mois		En l'absence de pièces justificatives transmises, la recommandation n°18 est maintenue.
Remarque n° 19 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée et en l'absence de médecin coordonnateur, seul un avis technique sur la charge en soins est donné par le médecin de l'AJH.	Recommandation n°19 : Formaliser une procédure d'admission qui s'assure de la recherche et du recueil du consentement de la personne accompagnée.	3 mois		La mission prend note des actions engagées. Dans l'attente de la procédure d'admission formalisée, la recommandation n°19 est maintenue.

Remarque n°20 : Le dossier type de soins existe mais sous 2 formes (papier et informatique). Le logiciel pose de très nombreux problèmes (confidentialité, remplissage, mise à jour des informations...) au personnel soignant et aux médecins.	Recommandation n°20 : Dès qu'un médecin coordinateur sera recruté, en lien avec la direction en ce qui concerne le logiciel, le dossier type de soins sera à revoir de façon à garantir aux soignants et par conséquent aux résidents un suivi médical et infirmier de qualité. Il sera fait en sorte qu'à terme le dossier papier disparaisse.	6 mois à compter du recrutement du médecin coordonnateur			Recommandation maintenue.
Remarque n°21 : L'équipe soignante n'est pas stable et le recours aux intérimaires, même fidèles, ne facilite pas la mise en place d'une organisation efficace. Il existe un grand nombre d'affichage et de classeurs dont certains ne sont plus utilisés. Le logiciel Imago Senior n'est pas un outil aidant pour l'équipe.	Recommandation n°21 : En concertation avec le médecin coordinateur lorsqu'il sera recruté, le chef de service et les médecins traitants, une organisation du fonctionnement de l'infirmerie sera à mettre en place de façon à garantir aux résidents une prise en charge de qualité et aux soignants un travail efficace et rationnel.	6 mois à compter du recrutement du médecin coordonnateur			Recommandation maintenue.
Remarque n°22 : La gestion d'urgence n'est pas protocolisée en dehors de la consigne d'appeler le centre 15.	Recommandation n°22 : Etablir un protocole de gestion des urgences ne se limitant pas à l'appel au centre 15.	1 mois			Cf. prescription n°14 et recommandation n°4.
Remarque n°23 : Il n'existe pas de réflexion globale sur les besoins de temps d'animation collectifs et les besoins d'accompagnement individuel (vêtue, petite course, etc.) au vu de la spécificité du public accueilli.	Recommandation n°23 : Evaluer les besoins de temps d'animation collectifs et les besoins d'accompagnement à l'extérieur compte tenu du public accueilli. Adapter le projet d'animation en conséquence.	6 mois			La mission prend note des actions mises en œuvre mais insiste sur la nécessité d'engager plus rapidement une réflexion sur les besoins d'animation / d'activités à l'extérieur des résidents. De ce fait, la demande de prolongation à 1 an n'apparaît pas adaptée. La mission réévalue toutefois à 6

					mois la mise en œuvre de la recommandation au vu des éléments transmis.
Remarque n°24 : Le menu n'est pas affiché en salle à manger et le plan de table n'est pas à jour.	Recommandation n°24 : Afficher le menu et le plan de table à jour en salle à manger	Immédiat			Recommandation maintenue.
Remarque n°25 : Le gestionnaire n'a pas communiqué de plan d'actions à la suite des résultats de l'enquête de satisfaction afin d'améliorer la variété, le choix et la quantité des repas.	Recommandation n°25 : Etablir un plan d'actions sur le volet restauration à la suite de l'enquête de satisfaction.	3 mois			Recommandation maintenue dans l'attente de l'élaboration du plan d'actions.
Remarque n°26 : Les besoins spécifiques des résidents dénutris ou à risque de dénutrition ne sont pas travaillés en lien avec les cuisines.	Recommandation majeure n°26 : Assurer un suivi continu des besoins liés aux régimes alimentaires des résidents en lien avec l'équipe de restauration.	Immédiat			La mission prend note du rétroplanning sur un mois des actions à mener. Toutefois, l'adaptation des régimes alimentaires et des textures aux besoins spécifiques et aux prescriptions médicales demeure à effet immédiat.
Remarque n°27 : Certains protocoles de soins sont très anciens et très longs. Ils ne semblent pas connus de l'équipe soignante.	Recommandation n°27 : Dès l'arrivée du médecin coordinateur, une révision des protocoles sera à faire afin de les rendre utilisables facilement en vue d'une appropriation par les soignants.	6 mois à compter du recrutement du médecin coordonnateur			Outre les protocoles demandés par Mme Descamps-Mandine, les protocoles listés dans le rapport d'inspection sont à revoir en raison de leur

				longueur et/ou de leur date ancienne, afin que l'équipe soignante puisse se les approprier. De ce fait, la recommandation n°27 est maintenue.
Remarque n°28 : Des procédures existent et sont en partie appliquées. Cependant la complexité du logiciel Imago senior et l'existence de 2 dossiers médicaux (cf.supra) complexifient l'application de ces procédures et le suivi de la prise en charge.	Cf. recommandations n°20 et 27			Maintien des recommandations n°20 et n°27 dans l'attente de leur mise en œuvre effective.
Remarque n°29 : Il n'y a pas de réflexion sur la fin de vie dont la gestion technique est faite par l'HAD.	Recommandation n°28 : Compte tenu de l'avancée en âge de la population, une réflexion sur les soins palliatifs ainsi que sur le parcours pour les urgences et les soins non programmés doit être menée.	6 mois		Recommandation maintenue.
Remarque n°30 : La charge de travail des soignants le matin apparaît trop élevée (en moyenne 15 résidents par soignant). La charge de travail l'après-midi n'est pas clairement définie au vu de la variation des plannings (mois de décembre).	Recommandation n°29 : Evaluer la charge de travail des soignants le matin et l'après-midi en lien avec la recommandation n°8 et adapter les plannings en conséquence.	6 mois		En lien avec la recommandation n°8 et au vu des éléments transmis à la mission, le délai de mise en œuvre de la recommandation n°29 est prolongé à 6 mois.
Remarque n°31 : Le matériel de télémedecine est acquis mais non utilisé.	Recommandation n°30 : La mise en route de la télémedecine est à réaliser dès que possible.	Immédiat		Recommandation maintenue.