

Service émetteur : Délégation départementale de la Haute Garonne

Date : 20/11/2023



Monsieur le Gérant
SARL les Genévriers
32-34 rue du Centre
31360 SAINT MARTORY

Lettre recommandée avec accusé réception

Objet : Contrôle d'effectivité de l'Inspection de l'EHPAD « Les Genévriers »

N° PRIC 2023 : MS-2023-31-CS-02

PJ : tableau de synthèse des écarts et des remarques

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

Monsieur le Gérant,

Nous avons organisé une visite d'effectivité qui faisait suite à une mission d'inspection qui s'était déroulée les 2 et 4 décembre 2020 au sein de l'établissement « Les Genévriers » que vous dirigez et situé à St Martory (31).

Après recueil et analyse des observations transmises par l'établissement, la mission a pu constater qu'il n'a pas été satisfait à l'ensemble des demandes formulées.

Aussi, vous trouverez dans le tableau ci-joint les mesures correctrices rectifiées.

Pour les mesures qui ne sont pas levées, nous vous demandons de poursuivre la mise en œuvre des prescriptions et des recommandations énumérées.

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

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

A cet effet, nous vous demandons de faire usage des adresses mails suivantes :

- Pour l'ARS

ars-oc-dd31-medico-social@ars.sante.fr

ars-oc-duajic-inspection-contrôle@ars.sante.fr

- Pour le CD31

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.

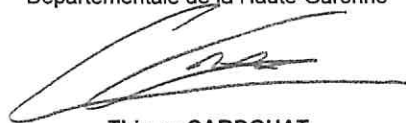
Par ailleurs, durant la période estivale les services de l'ARS ont été alertés par plusieurs signaux faisant état de dysfonctionnements affectant la gestion des ressources humaines. L'instruction des pièces qui vous ont été demandées dans le cadre de l'instruction de ces signaux, et celles jointes au contradictoire font apparaître des fragilités importantes. Dès lors, l'instabilité des effectifs inscrits sur les plannings associés à l'absence de permanence de l'organisation institutionnelle nous interroge sur la politique RH qui est menée au sein de l'établissement.

Aussi, nous attacherons notamment une vigilance particulière aux recrutements à venir eu égard au risque de déstabilisation qu'un turn-over important peut avoir tant sur la prise en charge des résidents que sur la coordination des équipes. **En conséquence, outre la mise en œuvre des mesures demandées au titre de l'inspection, et compte tenu des signaux que nous avons reçus, nous vous demandons de nous tenir informés de l'évolution de vos effectifs dans l'attente d'une stabilisation pérenne de votre organisation des soins.**

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


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
de la Haute-Garonne et par délégation,
Le Vice-Président chargé des Personnes
Agées, des Personnes Handicapées
et de l'Accès aux Soins



Signé par : Alain Gabrieli
Date de signature : 05/12/2023
Qualité : Elu - ALAIN GABRIELI

Copie :

■■■■■, Directeur d'exploitation

A l'issue de la visite d'effectivité du 20 janvier 2023, synthèse des écarts/remarques constatés et décisions envisagées
EHPAD les Genévriers (31)

Ecart	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Décision
Ecart 1 : Constat n° 9 Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 CASF - Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	Prescription n°1 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation Art. D. 312-156 CASF, à savoir un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places.	6 mois		Prescription maintenue. Initier la recherche de ressource médicale permettant de compléter le temps de MEDEC
Ecart 2 : Constat n° 10 L'EHPAD ne dispose pas d'un plan de gestion de crise, élaboré et acculturé sous la responsabilité du directeur	Plan bleu - Article D312-160 du CASF	Prescription n°2 : Elaborer un plan de gestion de crise qui prenne en compte l'ensemble des risques identifiés pour l'établissement	6 mois		Prescription maintenue. Le document présenté ne répond pas aux exigences de l'instruction N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, il ne développe que le volet canicule.
Ecart 3 : Constat n° 11 L'EHPAD ne dispose pas d'un document d'analyse du risque infectieux (DARI) alors que la lutte contre le risque infectieux constitue une priorité à mettre en œuvre	Instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018.	Prescription n°3 : Elaborer le Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI)	6 mois		Prescription maintenue Le document finalisé est attendu dans le délai imparti.

Ecart 4 : Constat n°17 Les locaux et l'organisation de l'infirmerie ne permettent pas de garantir la qualité et la sécurité du stockage et de la distribution des médicaments	Art. R. 4312-15 du CSP	Prescription n°4 : Les médicaments doivent être détenus dans l'EHPAD dans des dispositifs de rangement fermés à clef (ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité) dont l'accès est réservé au personnel autorisé selon des modalités d'accès maîtrisées et contrôlées	Immédiat		Prescription levée
Ecart 5 : Constat n°18 Un seul sac à dos d'urgence est présent pour toute la structure est positionné au RDC du bâtiment en salle de soins. Son contenu, composé d'une accumulation de divers médicaments et matériels, ne fait pas l'objet d'une procédure de gestion adaptée aux situations d'urgence et de réanimation	Art. D312-158 du Casf	Prescription n°5 : Procéder à la vérification et actualisation du contenu du sac à dos d'urgence	2 mois		Prescription levée
Ecart 6 : Constat n°19 Le MEDEC n'a pas identifié les risques sanitaires pouvant créer une situation d'urgence pour la population hébergée	Art. D312-158 du Casf	Prescription n°6 : Procéder à l'identification et à la formalisation des risques sanitaires pouvant créer une situation d'urgence pour la population hébergée	2 mois		Prescription levée

Ecart 7 : constat n°20 La gestion de l'armoire aux toxiques n'est pas formalisée	Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur	Prescription n°7 : Mettre en place un registre des toxiques. Elaborer une procédure de gestion des toxiques entreposés dans le coffre.	1 mois		Prescription levée
Ecart 8 : Constat n° 21 Les modalités de prescription et de traçabilité des médicaments ne répondent pas aux normes réglementaires de qualité et	Art. R4127-34 CSP Art. R4311-3 à 4311-7 du CSP Guide de la HAS « outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des	Prescription n°8 : La prescription médicale, sauf urgence, doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée par le médecin. Le support de la prescription médicale telle que décrite peut être papier ou informatique. L'infirmier met en œuvre cette prescription et consigne	6 mois		Prescription levée L'équipe managériale doit cependant insister auprès de chaque prescripteur en interne pour qu'il saisisse les ordonnances directement dans le dossier informatisé TITAN des résidents pour des raisons de sécurisation.

de sécurité de cette étape du circuit.	médicaments » publié en juillet 2011	sa réalisation dans le dossier patient (le support servant à la prescription est le même pour l'enregistrement de l'administration des médicaments). précise à ce titre la nécessité d'avoir un support unique de prescription et d'administration constitutif du plan de soins de l'infirmier et qu'il convient de supprimer toute transcription, qui est une source potentielle dommageable.			
Ecart 9 : constat n°22 Les accès et la sécurisation aux dossiers médicaux informatisés pour le partage des informations nominatives entre les intervenants internes et externes ne garantit pas la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel	Art. L1110-4, L1110-4-1 ; R4127-4 ; R1112-37 du CSP ; L312-9, D312-158 ; R231-48 ; R231-49 du CASF.	Prescription n°9 : Sécuriser la gestion des dossiers médicaux	2 mois		Prescription maintenue Ne répond pas à la question et aucun élément de preuve n'est transmis.
Ecart 10 : Constat n° 24 Les modalités de l'administration des médicaments font état d'un risque d'atteinte à la qualité et la sécurité des prises en charge à cette étape du circuit, notamment concernant : - La conformité du traitement prescrit avant administration (art. R. 4311-7 du CSP) ; - L'hypothèse que certains médicaments prescrits ne sont pas systématiquement	Art. R. 4311-7 du CSP Art. R. 4311-7 du CSP (Article L313-26 du CASF).	Prescription n°10 Définir un processus d'administration des médicaments respectant les dispositions législatives et réglementaires : - La conformité du traitement avant administration - L'administration de l'intégralité des médicaments prescrits - Définition d'un protocole de délégation d'actes aux AS	6 mois		Prescription levée

administrés (art. R. 4311-7 du CSP) ; - Le protocole de délégation de tâches IDE aux AS permettant l'administration des médicaments par les aides-soignants en l'absence d'IDE (Article L313-26 du CASF)					
Ecart 11 : Constat n°25 L'établissement ne procède pas au suivi et à l'évaluation du circuit du médicament	Art. D321-158 7° du CASF	Prescription n°11 Le directeur et le MEDEC doivent contribuer à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions médicamenteuses et des produits et prestations.	3 mois		Prescription levée
Ecart 12 : Constat n°26 L'établissement ne dispose pas d'une politique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des résidents et de gestion des risques associés aux soins	Art. L331-8-1 CASF Art. R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Art. R. 1413-59 Art. R. 1413-79 du CSP (EIGS)	Prescription n°12 Elaborer une procédure de gestion des EIG Former les personnels à la culture du signal et de l'amélioration des pratiques	3 mois 6 mois		Prescription maintenue La procédure transmise ne répond pas aux exigences réglementaires. (Références juridiques obsolètes). L'élément de preuve n°16bis ne constitue pas une démarche d'acculturation des équipes à la

					démarche qualité et à l'amélioration des pratiques.
Ecart 13 : Constat n°27 L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF (contenu PE-durée 5 ans). D311-38 du CASF (projet de soins dans PE). D312-155-3 alinéa 1°, CASF (MEDCO élabore projet de soins dans PE)	Prescription n°13 Elaborer de manière concertée le projet d'établissement incluant un projet de soins. La direction de l'établissement devra veiller à son appropriation par les personnels de l'établissement. Le projet de soins devra identifier et prioriser les actions à déployer au regard de l'analyse des risques d'atteinte à la sécurité sanitaire et protection des résidents.	6 mois		Prescription maintenue. La mission prend acte du calendrier et reste dans l'attente de la communication du projet d'établissement à l'échéance fixée.
Remarque 1 : Constat n° 1 La fonction de direction a été assurée, il est néanmoins constaté un turn-over important sur cette fonction essentielle		Recommandation n°1 Le gestionnaire doit prendre les mesures pour stabiliser la direction de l'établissement.	6 mois		Recommandation levée.
Remarque 2 : Constat n° 2 L'appropriation des procédures de bonnes pratiques professionnelles et la coordination des équipes sont partiellement réalisées.		Recommandation n°2 : L'établissement doit poursuivre la démarche d'appropriation des pratiques entreprises par l'IDEC ; la collaboration de tous les acteurs étant essentielle pour répondre aux attentes et aux besoins des résidents. Une attention particulière doit être portée sur la connaissance mutuelle des objectifs et des modalités de fonctionnement des uns et des autres	6 mois		Recommandation levée

		afin de garantir de coordination efficace de tous les professionnels			
Remarque 3 : Constat n°3 La procédure d’astreinte n’est pas formalisée.		Recommandation n°3 : Finaliser la procédure Astreinte et la présenter à l’ensemble du personnel.	2 mois		Recommandation levée.
Remarque 4 : Constat n°4 Les éléments recueillis ne permettent pas de garantir que le délai d’information et de prévenance de 7 jours a bien été respecté pour la communication des plannings.		Recommandation n°4 : Présenter les plannings mensuels au minimum 7 jours avant le début du mois.	1 mois		Recommandation levée. La mission prend acte et rappelle que les délais de prévenance sont légaux (Article L3123-21 /... code du travail) .

Remarque 5 : Constat n°5 La mission a constaté que l'effectif du personnel technique en charge de la préparation des repas rend cette mission difficilement réalisable dans le délai imparti		Recommandation n°5 : Adapter l'effectif du personnel de cuisine aux besoins de l'établissement et des résidents	6 mois		Recommandation levée. La mission prend acte de cette organisation.
Remarque 6 : Constat n°6 Les équipes de nuit sont majoritairement non qualifiées		Recommandation n°6 : Augmenter le ratio de personnel de nuit qualifié permettant de positionner 2 personnels diplômés par nuit.	3 mois		Recommandation maintenue. La mission note les efforts entrepris dans un contexte de tensions en ressources humaines diplômés.
Remarque 7 : constat n°7 La mission a constaté que la direction a pris en considération la configuration des locaux et le nombre des résidents concernant le nombre de personnel la nuit. Toutefois, l'organisation mise en place est rendue complexe du fait des tensions en RH.		Recommandation n°7 : Maintenir pour toutes les nuits 3 personnels au minimum.	Immédiat		Recommandation maintenue. CF. Supra
Remarque 8 : constat n°8 La continuité des soins est assurée avec l'effectif actuel des IDE. Une baisse des effectifs IDE de 6 à 5 ETP		Recommandation n°8 : Maintenir un effectif à 6 IDE	Immédiat		Recommandation maintenue. La mission prend acte des recrutements réalisés, néanmoins elle note qu'en l'absence d'information sur la présence des

serait préjudiciable à la mise en œuvre des objectifs opérationnels préconisés.					IDEL, il n'est pas possible de garantir que la continuité des soins est assurée lorsqu'il n'y a qu'une seule IDE au planning.
Remarque 9 : Constat n°12 Les produits relatifs à l'hygiène ne sont pas conservés et utilisés dans le respect des bonnes pratiques applicables	Précautions standard Établissements de santé Établissements médicosociaux - Soins de ville JUIN 2017	Recommandation n°9 : Contrôler les péremptions des produits d'hygiène	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 10 : Constat n°13 Les professionnels ne respectent les précautions standard relative à l'hygiène des mains (tenue à manches courtes, ongles courts sans faux ongles ni résine, aucun bijou y compris montre ou alliance).	Précautions standard Établissements de santé Établissements médicosociaux - Soins de ville JUIN 2017	Recommandation n°10 : La direction de l'établissement doit s'assurer de l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles notamment aux moyens de formations initiales et continues.	2 mois		Recommandation levée Veiller à l'appropriation de ces pratiques par les nouveaux agents
Remarque 11 : : Constat n°14 L'utilisation des gants ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques	Précautions standard Établissements de santé Établissements médicosociaux - Soins de ville JUIN 2017	Recommandation n°11 : Une vigilance doit être apportée à l'appropriation des mesures par l'ensemble des personnels.	2 mois		Recommandation levée Veiller à l'appropriation de ces pratiques par les nouveaux agents
Remarque 12 : Constat n°15 L'établissement ne dispose pas de procédure relative à l'organisation de la préparation, de la		Recommandation n°12 : Elaborer une procédure relative à la préparation, de la distribution, de la prise des repas incluant modalité de transport et traçabilité	3 mois		Recommandation maintenue Le document finalisé est attendu dans le délai imparti.

distribution, de la prise des repas ainsi que leur transport et traçabilité					
Remarque 13 : Constat n°16 L'établissement ne dispose pas d'équipement permettant le maintien au chaud/froid des denrées alimentaires		Recommandation n°13 : Faire l'acquisition de matériels assurant le maintien du chaud/froid des repas servis	2 mois		Recommandation levée
Remarque 14 : Constat n°23 L'ensemble des manipulations relatives à la distribution des médicaments monopolisent un temps de travail important des IDE et génère un risque important d'atteinte à la qualité et la sécurité de cette étape du circuit		Recommandation n°14 : Mettre en œuvre une réflexion sur l'optimisation de la distribution des médicaments	6 mois		Recommandation levée