

Service émetteur : Direction des usagers, des affaires juridiques et de  
l'inspection-contrôle - Pôle inspection-contrôle

Monsieur le Directeur Général de la SAS  
DomusVI  
Groupe DomusVI  
46 - 48 rue Carnot  
92150 SURESNES

Réf. Interne : DUAJIC-PIC/2024-036

Date : 19 février 2024

N°PRIC : MS\_2023\_31\_CS\_08

Courrier RAR n° [REDACTED]

*Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'établissement*

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Nouvelle Orléans » à Toulouse  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur général,

Suite à l'inspection réalisée sur le site de l'EHPAD « Nouvelle Orléans » sis 163-165 avenue des États-Unis à Toulouse (31200) en date des 24 et 25 octobre 2023, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 15 décembre 2023, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives,

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 18 janvier 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

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 la Haute-Garonne en charge du suivi de votre dossier tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, j'organiserai 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.

.../...

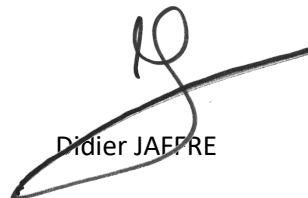
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré 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](http://www.telerecours.fr) ».

Je sais 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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur général



Didier JAFFRE

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle  
Pôle Régional Inspection Contrôle

## Tableau définitif de synthèse des écarts et des remarques

# Inspection de l'EHPAD « Nouvelle Orléans » à Toulouse 24 et 25 octobre 2023

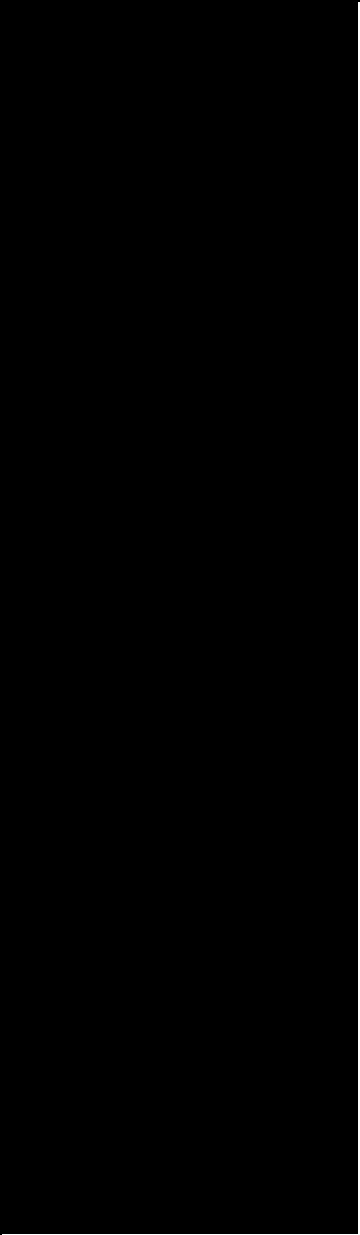

N° PRIC 2023 : MS\_2023\_31\_CS\_08

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

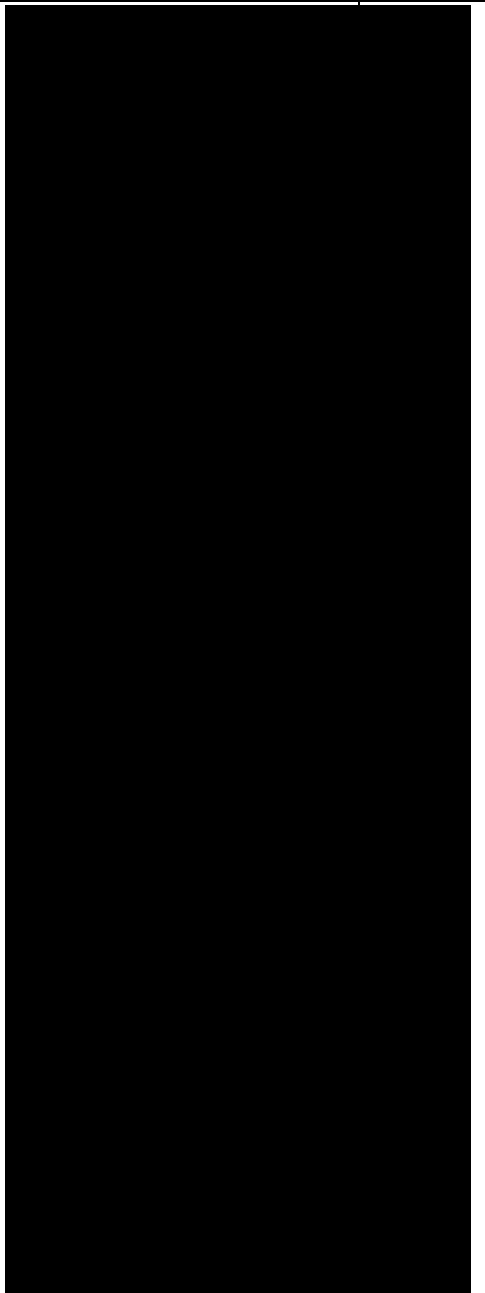
*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

Ecarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription, recommandation) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Numéro de pièce jointe	Décision de l'ARS
<b>Ecart 1</b> Les modalités d'accueil ne sont pas conformes avec l'autorisation accordée	L313-4 CASF	<b>Prescription 1</b> Le gestionnaire doit se conformer sans délai à l'agrément délivré par les autorités en ce qui concerne l'hébergement temporaire fixé à 4 lits et ne pas faire de nouvelles entrées en hébergement permanent tant que le nombre de lits pour l'hébergement temporaire n'est pas revenu à 4.	Immédiat			<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 2</b> Les relevés de conclusions des séances du CVS ne sont pas signés par le président du CVS et ne sont pas transmis, au même titre que l'ordre du jour, aux autorités administratives.	D311-3 et suivants CASF	<b>Prescription 2</b> Le gestionnaire doit veiller à faire signer le relevé de conclusions des séances de CVS par le président de cette instance. Le relevé de conclusions doit être transmis, au même titre que l'ordre du jour, aux autorités administratives.	Prochains relevés de conclusions de CVS			<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 3</b> La mission n'a pas retrouvé d'information concernant l'obligation de signalement <b>sans délai</b> aux autorités.	L331-8-1 CASF	<b>Prescription 3</b> Le gestionnaire doit veiller à informer ses salariés quant à la nécessité de signaler <b>sans délai les EIG</b> et EIGS aux autorités. Afin que l'information soit bien entendue, les documents de l'établissement et procédure doivent faire apparaître cette mention.	Immédiat			<b>Prescription levée</b>

<p><b>Ecart 4</b> L'absence de méthode RABC pour atteindre la qualité d'hygiène maximale du linge et réduire les risques de contamination microbiologique ne permet pas de garantir la sécurité sanitaire des personnes dans l'établissement, résidents, familles et salariés.</p>	<p>L311-3 1°, L312-1-II et de l'article 7 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, CPias « Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social », REPIAS « Guide des bonnes pratiques du linge de résident en EHPAD</p>	<p><b>Prescription 4.a</b> Afin de limiter les risques sanitaires dans l'établissement, le gestionnaire doit produire une procédure RABC, la diffuser au sein de l'établissement, réaliser régulièrement des formations en interne, notamment pour les nouveaux salariés, s'assurer de sa compréhension par le personnel.</p> <p><b>Prescription 4.b</b> Le gestionnaire doit veiller à ce que l'organisation des espaces permette le circuit de la marche en avant en ce qui concerne l'hygiène du linge.</p>	<p>3 mois</p> <p>6 mois</p>			<p><b>Prescription levée</b></p> <p><b>Prescription levée</b></p>

<p><b>Ecart 5</b> Du personnel non qualifié effectue des tâches relatives au soin réservées au personnel disposant du diplôme d'aide-soignant</p>	<p>L4394-1 CSP, L311-3 3°, L312-1 –II al.4, D312-155-0 du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2L312-1-II,</p>	<p><b>Prescription 5.a</b> Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.</p> <p><b>Prescription 5.b</b> Le gestionnaire doit encourager les personnels non diplômés à monter en compétences notamment via la VAE afin d'acquérir les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leur mission au sein de l'établissement.</p>	<p>Immédiat</p> <p>1 an</p>			<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p><b>Prescription levée</b></p>
---	---	---	-----------------------------	---	---	---

<b>Ecart 6</b> La mission n'a pas retrouvé le bulletin n°3 extrait du casier judiciaire dans les dossiers de plusieurs salariés. Aucune liste n'a été transmise permettant de signaler que tous les salariés avaient présenté le B3 les concernant	L133-6 CASF	<b>Prescription 6</b> Le gestionnaire doit veiller à demander le bulletin n°3 extrait du casier judiciaire au recrutement pour chacun des salariés de l'établissement afin de s'assurer de la compatibilité du personnel à exercer ses fonctions auprès de personnes vulnérables.	Immédiat		Prescription levée
<b>Ecart 7</b> Le plan de formation fait état de trois formations d'accompagnant en gérontologie pour un montant de 11 554,99 chacune soit un total de 34 662 € pour trois agents seulement dont une IDE qui n'apparaît pas dans la liste du personnel de l'établissement. Ces trois formations ont été validées dans le plan de formation par quelqu'un d'autre que l'ancienne directrice, a priori seule à pouvoir valider et signer.	L1421-3 CSP, L314-7 CASF	<b>Prescription 7</b> Transmettre les éléments de compréhension concernant les trois formations d'accompagnant en gérontologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justification du coût</li> <li>• Identification du choix de l'IDE qui ne nécessite pas cette formation au regard de ses qualifications et qui de plus n'est pas dans la liste du personnel de l'établissement</li> <li>• Validation par une personne autre que la directrice en poste à l'époque.</li> </ul>	1 mois		Prescription levée

<p><b>Ecart 8</b></p> <p>Plusieurs dispositifs de vidéo surveillance via des caméras sont présents dans l'établissement et ce quel que soit le niveau. Il n'a été transmis à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune information faite aux résidents ou leurs représentants, aux familles ainsi qu'aux salariés</li> <li>- Aucune procédure, protocole d'utilisation</li> <li>- Aucune déclaration à la CNIL</li> </ul>	<p>L311-3 1° CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 3, 7 et 12</p>	<p><b>Prescription 8</b></p> <p>Le gestionnaire doit se rapprocher de la CNIL si le dispositif est opérationnel. Dans le cas de l'opérationnalité du dispositif, le gestionnaire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier un délégué à la protection des données</li> <li>• Rédiger une procédure d'utilisation du dispositif de vidéo-surveillance incluant d'identifier le fondement juridique du dispositif, les destinataires des informations, la durée de conservation des images</li> <li>• Prévoir une information, par tout moyen, concernant le dispositif de vidéo-surveillance installé au sein de l'établissement. Cette information doit être présente dans les documents institutionnels donnés aux résidents ou à leurs représentants légaux, aux familles ainsi qu'aux salariés. Une information visible doit signaler clairement l'existence et l'objectif du dispositif et préciser comment exercer son droit d'accès aux enregistrements.</li> </ul>	<p>1 mois</p>		<p><b>Prescription levée</b></p>
--	--	--	---------------	---	----------------------------------



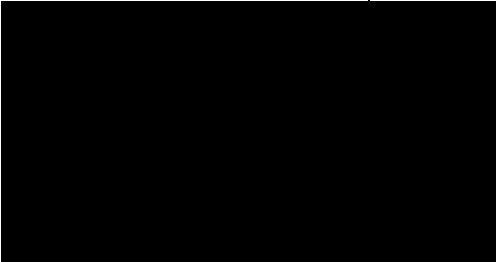
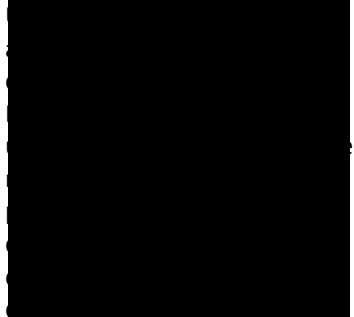
--	--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 9</b> Certains matériels et espaces sont dans un état de saleté flagrant. Le traçage du nettoyage n'est pas assuré de façon formalisée et généralisée. L'organisation du rangement est tout aussi problématique, que ce soit au sein des étages ou au sous-sol dans le local dédié au rangement du matériel.</p>	<p>L311-3 3°, L312-1-II CASF</p>	<p><b>Prescription 9</b> La gestionnaire doit veiller à mettre en œuvre une organisation efficiente et optimale du ménage ainsi que son traçage. Il doit inclure dans cette organisation le rangement adapté des dispositifs médicaux ainsi que du matériel, et ce quel que soit le niveau de l'établissement, du sous-sol au 4ème étage.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Prescription levée</b></p>

<b>Ecart 10</b> Certains mobiliers, dans les espaces cuisines des unités notamment et particulièrement de l'unité de vie protégée (UVP), sont dans un état de délabrement avancé.	L311-3 3°, L312-1-II CASF	<b>Prescription 10</b> Le gestionnaire doit engager une rénovation des espaces dont l'état ne convient pas dans un établissement médico-social.	Immédiat		<b>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b>
<b>Ecart 11</b> La séparation d'avec l'immeuble jouxtant l'établissement est assurée par une protection sommaire et instable en limite du jardin et de la terrasse de l'établissement.	L311-3 3°, L312-1-II CASF	<b>Prescription 11</b> En l'absence d'accord avec le propriétaire de l'immeuble en construction et afin d'éradiquer tout risque de chute de résidents, de familles et/ou de salariés et d'éviter tout risque d'intrusion dans l'établissement, le gestionnaire doit mettre en œuvre une clôture séparative en limite de propriété.	Immédiat		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 12</b> A la lecture des dossiers des résidents, la mission n'a pas retrouvé d'éléments indiquant que la recherche du	311-3-3°, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.4	<b>Prescription 12</b> Le gestionnaire doit veiller à rechercher, par tout moyen, le consentement de la personne pour intégrer l'établissement. L'information doit pouvoir être tracée.	Immédiat		<b>Prescription levée</b>

consentement était réalisée, ni d'information concernant cette dernière.					
<b>Ecart 13</b> Les projets personnalisés ne traduisent que peu la dynamique d'une équipe pluridisciplinaire ainsi que les besoins précis des résidents et les réponses à apporter en termes d'objectifs/ d'indicateurs/	L311-3 3° CASF, Recommandations HAS "Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD)", RBPP ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé", "La co-construction du projet personnalisé :	<b>Prescription 13.a</b> Le gestionnaire doit engager des formations auprès du personnel concernant la construction des projets d'accompagnement personnalisés, notamment à partir des recommandations HAS "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" ainsi que "Le projet personnalisé : une	6 mois		<b>Prescription levée</b>

d'évaluations et de réévaluations. Le PAP doit être le fruit d'un travail collaboratif élaboré en équipe pluridisciplinaire. Il doit permettre d'identifier clairement et individuellement pour chacun des résident le travail co-construit, les objectifs posés et les indicateurs permettant de mesurer la/les progressions.	des réponses personnalisées, adaptées et évolutives", "Guider la co-construction du projet personnalisé", "L' accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social " (annexe 2), Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	<p>dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD)" et ANESM. Il s'assurera de la bonne compréhension par les professionnels de la notion de projet et de ce qu'elle implique en termes d'équipes et de pluridisciplinarité.</p> <p><b>Prescription 13.b</b> Le gestionnaire veillera à la mise en place d'une organisation conforme permettant la co-construction en équipe des projets personnalisés en incluant le résident ou son représentant légal et sa famille. Il veillera à s'assurer de la désignation de référents pour chacun des résidents. Les référents doivent être partie prenante au PAP et identifiés dans ce même document.</p> <p><b>Prescription 13.c</b> Le gestionnaire doit bâtir des projets d'accompagnement personnalisés conformément aux attendus législatifs et réglementaires médico-sociaux ainsi qu'aux recommandations HAS et RBPP ANESM. Il garantira l'effectivité de leur réalisation en équipe pluriprofessionnelle.</p>	6 mois			
			1 an			<p><b>Prescription levée</b></p> <p><b>Prescription levée</b></p>

<p><b>Ecart 14</b> Tous les PAP n'ont pas fait l'objet d'une réévaluation annuelle (et biennale pour les résidents de l'UVP).</p>	<p>(L311-3 3° CASF, Recommandations HAS "Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD)", RBPP ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé", "La co-construction du projet personnalisé : des réponses personnalisées, adaptées et évolutives", "Guider la co-construction du projet personnalisé", "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social " (annexe 2), Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2)</p>	<p><b>Prescription 14</b> Les PAP doivent faire l'objet d'une évaluation annuelle (et biennale pour les résidents de l'UVP).</p>	<p>En fonction de la date de réévaluation recommandée</p>			<p><b>Prescription levée</b></p>
<p><b>Ecart 15</b> Un défaut de matériel (télécommande) et d'accompagnement est identifié au sein de l'établissement avec pour conséquence des résidents se retrouvant à regarder la télévision dans des</p>	<p>L311-3 1° CASF, L3112-1 II CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie</p>	<p><b>Prescription 15</b> Le gestionnaire doit s'assurer du maintien optimal des conditions techniques et matérielles afin de proposer un accompagnement quotidien adapté, bienveillant et dans le respect de la dignité du résident.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><b>Prescription levée</b></p>

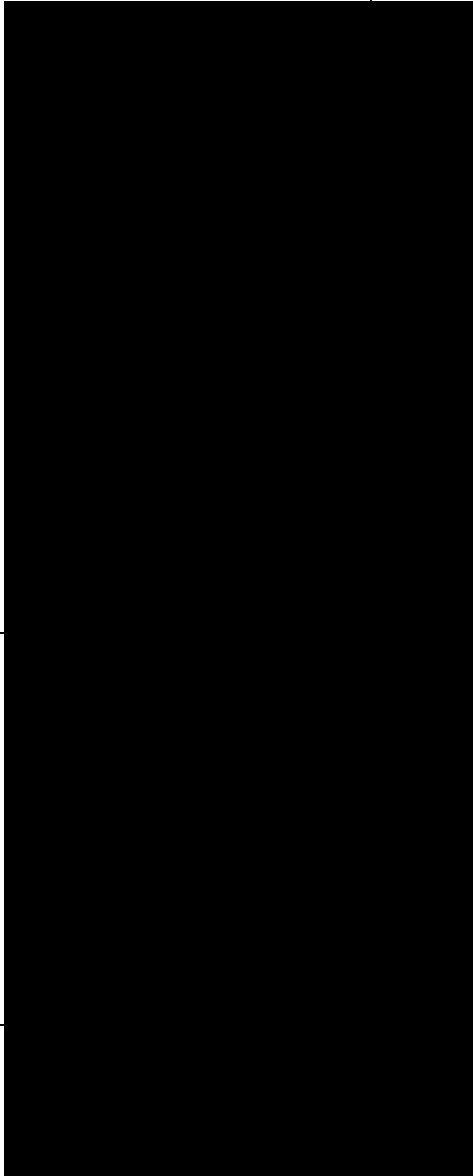
conditions très défavorables. La télécommande ayant été perdue depuis un certain temps, aucune action corrective n'a été entreprise, que ce soit en termes de matériel ou d'accompagnement.		Une télécommande doit donc être rachetée a minima. La vigilance des salariés doit être attirée afin d'éradiquer ce type de dysfonctionnement totalement inopportun dans un établissement médico-social.			
<b>Ecart 16</b> Les GIR et Pathos ne figurent pas dans chaque dossier résident.	L313-22, D312-155-01 CASF, Arrêté d'autorisation	<b>Prescription 16</b> Mettre à jour les GIR et PATHOS pour chaque résident.	3 mois		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 17</b> Le projet d'établissement remis à la mission ne comporte pas l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert	L311-8, L312-7, D311-38, D312-158 CASF	<b>Prescription 17</b> Compléter le projet d'établissement avec l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert.	3 mois		<b>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b>
<b>Ecart 18</b> Pas de convention signée avec la clinique Pasteur et utilisation de l'application Domoplaie sur un portable personnel.	Plan national télémédecine	<b>Prescription 18</b> Une convention concernant l'application Domoplaie en télémédecine avec la clinique Pasteur doit être signée et la consultation doit se faire sur les tablettes reliées au réseau Netsoin de l'EHPAD.	3 mois		<b>Prescription levée</b>

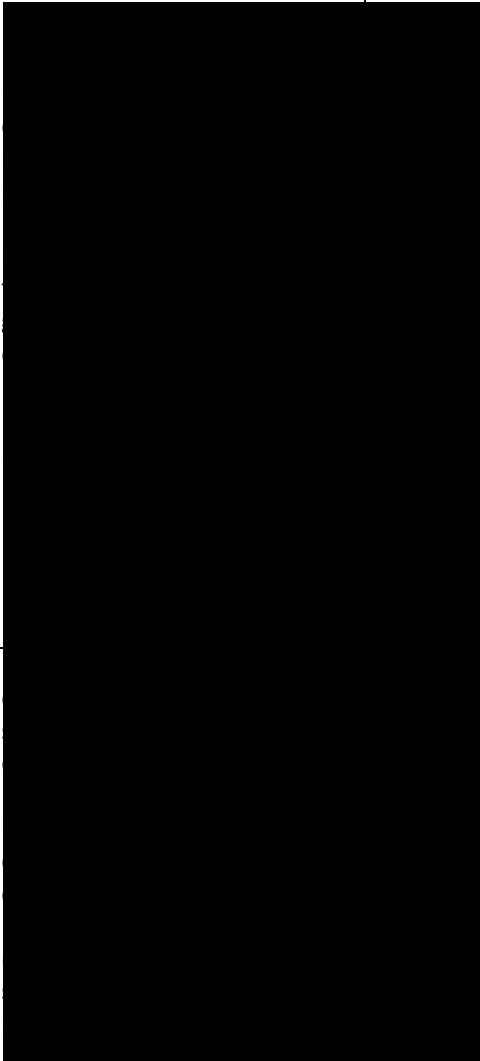
<b>Ecart 19</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable à l'identification des acteurs internes et externes du parcours de santé des résidents.	D312-158 CASF	<b>Prescription 19</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.			Prescription levée
<b>Ecart 20</b> Les contentions physiques sont prescrites pour plusieurs mois, voire de façon illimitée, sans réévaluations médicales régulières	L311-4-1, L342-2, R311-0-6 et 0-9 CASF	<b>Prescription 20</b> Les contentions physiques doivent être réévaluées régulièrement (au moins 1 fois par mois) par le médecin traitant et tracées par prescription médicale datée avec durée déterminée n'exédant pas un mois.	Immédiat		<b>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure.</b> <b>Le document transmis (pièce 39) ne fait pas clairement apparaître la mesure prise.</b>
<b>Ecart 21</b> Absence de Médecin coordonnateur le jour de l'inspection. Vacance du poste depuis avril 2023 D312-126	L313-12 V, R311-0-7, D312-156 à D312-159-1 CASF	<b>Prescription 21.a</b> Recruter un médecin coordonnateur avec les qualifications requises pour occuper ce poste (ou en cours d'inscription à une formation diplômante).	6 mois		Prescription levée



		<p><b>Prescription 21.b</b> Dans l'attente du recrutement du médecin coordonnateur pour l'établissement, le groupe doit venir en appui en proposant un appui en ressource médicale mutualisée.</p> <p><b>Prescription 21.c</b> Le nouveau médecin coordonnateur devra répondre aux obligations réglementaires incombant à la fonction de médecin coordonnateur</p>	<p>Immédiat</p> <p>A la prise de fonction</p>		<p><b>Prescription levée</b></p> <p><b>Prescription levée</b></p>
<p><b>Ecart 22</b> Le projet général de soins n'a pas été remis à la mission.</p>	L6143-2-2 CSP; D312-158 CASF	<p><b>Prescription 22</b> En lien avec l'écart 20 et la prescription liée ainsi qu'à la prescription 22.c, le projet général de soins devra être élaboré à l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur.</p>	6 mois		<p><b>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b></p>
<p><b>Ecart 23</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable à la réalisation des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux.</p>	D312-158 CASF	<p><b>Prescription 23</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.</p>			<p><b>Prescription levée</b></p>

<b>Ecart 24</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable à l'organisation de la coordination des interventions des professionnels de santé	D312-158 CASF	<b>Prescription 24</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.			Prescription levée
<b>Ecart 25</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable à coordination de l'évaluation gériatrique individuelle ainsi qu'à l'évaluation du GIR moyen pondéré (GMP) et du PATHOS moyen pondéré (PMP) de la population hébergée.	L314-9, R314-170 et 170-1, R232-18, R311-0-7, D312-158 CASF	<b>Prescription 25</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.			Prescription levée
<b>Ecart 26</b> PAI/PAP parfois sommaires concernant la recherche du maintien cognitif, physique et psychologique de chaque résident.	L311-3, L312-1, D312-158 CASF	<b>Prescription 26</b> Les PAP doivent être plus explicites concernant la recherche du maintien cognitif, physique et psychologique de chaque résident.	A la rédaction ou à la révision de chaque PAP		Prescription levée

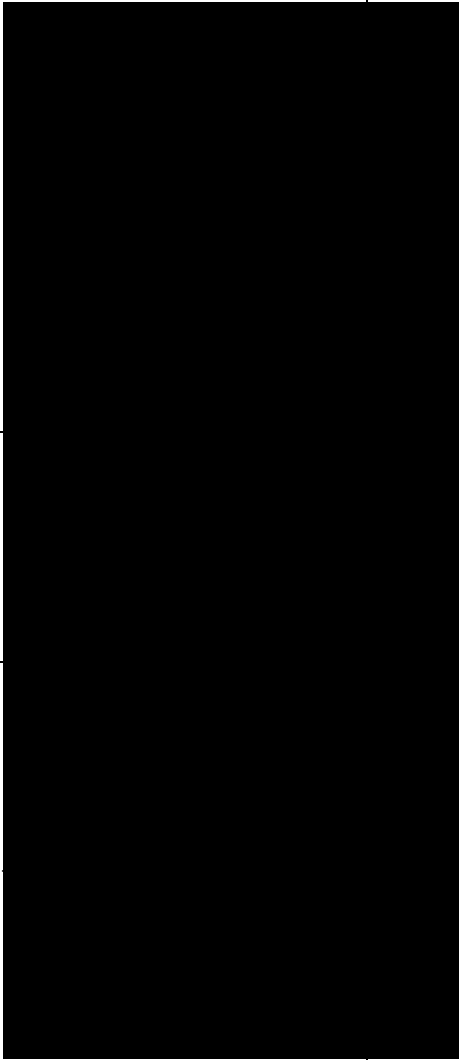
<b>Ecart 27</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable à la mise en œuvre d'une politique de formation et à la participation aux actions d'information des professionnels de santé de la structure.	D312-158 CASF	<b>Prescription 27</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.			<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 28</b> Beaucoup d'exemples de cas où il n'y a aucun traçage de la dispensation médicamenteuse. Impossible de retrouver si le traitement a été donné, et par qui.	L1110-4, L1110-4-1, R1112-37, R4127-4 CSP, D 312-158 du CASF	<b>Prescription 28</b> Traçage obligatoire dans Netsoin de toute dispensation médicamenteuse.	immédiat		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 29</b> Il n'existe pas de tableau des résidents à risque vital.	D312-158 CASF	<b>Prescription 29</b> Elaborer un tableau des résidents à risque vital.	6 mois		<b>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b>

<p><b>Ecart 30</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable, entre autres,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>à l'appropriation et à l'application des bonnes pratiques gériatriques dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la bientraitance</li> <li>à l'évaluation de la qualité des soins.</li> </ul>	<p>D312-158, Guides et Recommandations HAS, ANESM</p>	<p><b>Prescription 30</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.</p>			<p><b>Prescription levée</b></p>
<p><b>Ecart 31</b> L'enlèvement des déchets DASRI n'est pas fait régulièrement et les contenants ne sont pas fermés. Les contenants débordent et sont en équilibre les uns sur les autres</p>	<p>R1335-1 à R1335-8 CSP, Recommandations HAS et CEPIAS bio nettoyage</p>	<p><b>Prescription 31</b> Les déchets DASRI doivent être entreposés et conditionnés pour l'enlèvement conformément aux dispositions réglementaires afin de respecter la sécurité sanitaire : fermeture des boîtes OPCT et des cartons L'enlèvement doit se faire régulièrement.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Prescription levée</b></p>

<b>Ecart 32</b> L'absence de médecin coordonnateur est préjudiciable à la contribution auprès des professionnels de santé notamment concernant la bonne adaptation aux impératifs institutionnels gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations en lien avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie	D312-158 CASF	<b>Prescription 32</b> Cf prescriptions 21.a/ 21.b/ 21.c et délais associés.				<b>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure</b>
---	---------------	---	--	--	--	---

Remarques	Recommandations Mesures attendues	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Numéro de pièce jointe	Décision de l'ARS
<b>Remarque 1</b> Le projet d'établissement demande à être mis à jour.	<b>Recommandation 1</b> Transmettre le document révisé aux autorités.	3 mois			<b>Recommandation maintenue dans l'attente de la mise à jour de la mesure</b>
<b>Remarque 2</b> L'organigramme ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels.	<b>Recommandation 2</b> Etablir un organigramme, daté et permettant d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de l'établissement.	1 mois			<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 3</b> Le DUD transmis "Délégation de pouvoirs et de responsabilité" ne signale pas de délégation de signature au profit de la directrice.	<b>Recommandation 3</b> Afin de gagner en précision, le DUD peut explicitement signaler que la délégation de pouvoirs s'étend aussi à la signature.				<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 4</b> Le DUD ne prévoit aucune subdélégation de la directrice au profit de l'adjoint(e) de direction et d'autres cadres éventuellement.	<b>Recommandation 4</b> Pour les actes courants de l'établissement, une subdélégation limitée de la direction, a minima au profit de la direction adjointe et éventuellement au profit d'autres cadres pourrait permettre de répondre rapidement à des demandes spécifiques en l'absence de la direction dans le champ de compétence des agents identifiés. Cela permettrait, de plus, de responsabiliser les cadres intermédiaires.				<b>Recommandation levée</b>

<b>Remarque 5</b> Le document signale que, la nuit, les équipes peuvent contacter la direction de résidence et/ou régionale. Ce qui revient à dire, qu'en l'absence de prise d'astreinte d'autres cadre d'un établissement, seule la direction assure la réception des appels la nuit, toute l'année. Ce dispositif n'apparaît pas comme propice à la déconnexion permettant de garantir le temps de repos des salariés.	<b>Recommandation 5</b> Afin de garantir le droit à la déconnexion de ses équipes de direction, de garantir le temps de repos, de réguler la charge de travail et de respecter la vie privée des salariés, le gestionnaire peut envisager de répartir l'astreinte de nuit sur plusieurs cadres d'un établissement, à tour de rôle.				
<b>Remarque 6</b> Aucun ordre du jour pour le CSE n'a été émis depuis avril 2023, absence de composition du CSE et de calendrier pour cette instance.	<b>Recommandation 6</b> Le gestionnaire doit veiller à la composition du CSE ainsi qu'à la réactivation de cette instance afin de se conformer aux dispositions du code du travail.	Immédiat			<b>Recommandation maintenue dans l'attente des élections.</b>
<b>Remarque 7</b> La mission n'a pas identifié d'affichage du n° national 3977 ALMA (Allo Maltraitance) au sein de l'établissement. Le numéro national 3977 ALMA dédié à lutter	<b>Recommandation 7</b> Afin de garantir la possibilité d'un signalement anonyme des actes de maltraitance par les salariés, les familles ou les résidents eux-mêmes ou leurs représentants, le gestionnaire doit procéder à l'affichage sur les cinq niveaux de	Immédiat			<b>Recommandation levée</b>

contre les maltraitances envers les personnes âgées et handicapées est insuffisamment connu par les agents.	l'établissement du flyer ALMA (Allo maltraitance 3977) numéro national dédié à lutter contre les maltraitances envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (3977).				
<b>Remarque 8</b> L'adresse de signalement en ce qui concerne le point focal de l'ARS Occitanie est erronée.	<b>Recommandation 8</b> Le gestionnaire doit veiller à la mise à jour de ses documents en ce qui concerne l'adresse de messagerie pour les signalements au point focal de l'ARS Occitanie. La nouvelle adresse du point focal est active depuis le 12 juin 2023. L'ensemble des établissements a été informé et l'information a été relayée par le bulletin d'informations de l'ARS Occitanie n°253 à destination des EHPAD de la Haute-Garonne.	Immédiat			<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 9</b> L'établissement n'a pas identifié de référent qualité en interne.	<b>Recommandation 9</b> Dans le cadre du suivi de la démarche qualité, le gestionnaire peut engager une réflexion permettant d'identifier un référent qualité interne au sein de l'établissement.	3 mois			<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 10</b> L'établissement n'a pas transmis de plan d'action de la démarche qualité.	<b>Recommandation 10-a</b> Il est signalé à la mission la réalisation d'un diagnostic interne préalable à l'évaluation externe à venir. Transmettre aux autorités l'organisation retenue, la composition des groupes de travail et les thèmes identifiés.	Immédiat			<b>Recommandation levée</b>
	<b>Recommandation 10-b</b> Transmettre aux autorités le diagnostic interne assorti du plan d'action.	3 mois			<b>Recommandation levée</b>



<b>Remarque 11</b> Les salariés méconnaissent globalement le contenu des documents de l'établissement.	<b>Recommandation 11</b> Le gestionnaire doit s'assurer que les documents institutionnels sont bien compris par l'ensemble du personnel qui compte certains agents n'étant pas a priori dans une culture de l'écrit.	3 mois			Recommandation levée
<b>Remarque 12</b> La mission n'a pas retrouvé les fiches de postes/tâches dans les dossiers de plusieurs salariés.	<b>Recommandation 12</b> S'il veut s'assurer de la parfaite adéquation agent/poste, qui sera valorisée dans l'entretien professionnel, le gestionnaire doit veiller à ce que les fiches de postes / tâches deviennent un véritable outil de management, et donc soient réalisées pour chaque fonction représentée dans l'établissement et qu'elles soient acceptées et signées par les agents.	3 mois			Recommandation levée
<b>Remarque 13</b> Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission une procédure formalisée concernant la gestion des absences, notamment en urgence afin de permettre la continuité de service.	<b>Recommandation 13</b> Le gestionnaire doit transmettre une procédure formalisée concernant la gestion des absences, notamment en urgence.	1 mois			Recommandation levée

<b>Remarque 14</b> La mission n'a pas retrouvé les entretiens professionnels dans les dossiers de plusieurs salariés.	<b>Recommandation 14</b> Dans le cadre du suivi des salariés, le gestionnaire doit veiller à la réalisation des entretiens professionnels du personnel, conformément aux dispositions du code du travail, et à leur archivage dans les dossiers des salariés.	Dès la prochaine campagne des entretiens professionnels.		<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 15</b> L'établissement n'a pas mis en place des groupes d'analyse des pratiques (GAP) et/ou de la supervision	<b>Recommandation 15</b> Le gestionnaire doit permettre à ses salariés de bénéficier de soutien aux pratiques professionnelles par le biais de groupes d'analyses des pratiques et de la supervision réalisés par un intervenant extérieur.	3 mois		<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 16</b> Dans les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) de certains résidents, le recueil des habitudes de la personne est rajouté au stylo.	<b>Recommandation 16</b> Dans le cadre du suivi des habitudes de la personne accueillie, le gestionnaire doit veiller à formaliser le recueil des informations de façon structurée et lisible afin de permettre une meilleure appropriation des équipes. De plus, le rajout manuscrit, non identifié et non daté, ne permet pas de savoir s'il a été posé avant ou après la signature du PAP, et donc validé en équipe puis par le résident ou son représentant ainsi que sa famille (Cf prescriptions 14.a, 14.b,14.c).	Immédiat		<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 17</b> L'espace Snoezelen ainsi que l'espace de balnéothérapie ne sont pas utilisés.	<b>Recommandation 17</b> L'établissement dispose d'un espace Snoezelen, "en sommeil" au jour de l'inspection. Le gestionnaire doit utiliser cet espace comme d'un outil de travail, en l'aménageant et	6 mois		<b>Recommandation levée</b>

<p>L'espace est dans un état de propreté "discutable".</p>	<p>en l'entretenant, propre à favoriser le bien-être et/ou le lâcher-prise des résidents qu'ils soient en situation de crise ou non.</p> <p>L'occupation de cet espace doit faire l'objet d'une planification d'occupation avec des plages libérées susceptibles d'être prises sans réservation, et s'inscrire dans le cadre des PAP en fonction des besoins identifiés.</p> <p>Le personnel doit accéder à la formation ad hoc afin de permettre l'activité sensorielle telle qu'elle doit être envisagée.</p> <p>L'espace de balnéothérapie doit faire l'objet de réparations techniques afin de permettre son utilisation. Cet espace à visée thérapeutique peut notamment faciliter la prise en charge de certains résidents dans le cadre d'une aggravation de l'état de santé.</p> <p>L'espace sensoriel et la balnéothérapie, afin d'être un atout pour l'établissement, doivent s'inscrire dans le projet d'établissement et résulter d'une dynamique d'équipe forte et engagée.</p>			
<p><b>Remarque 18</b> Les contraintes du planning notamment par l'organisation des équipes et des horaires n'apparaît pas toujours</p>	<p><b>Recommandation 18</b> Le gestionnaire doit engager une réflexion concernant l'organisation des équipes, les horaires et donc le planning.</p>	<p>1 mois</p>		<p><b>Recommandation levée</b></p>



	Former et sensibiliser régulièrement l'ensemble des membres de l'équipe sur le dépistage et l'évaluation des risques de maltraitance pour ce public spécifique (personnes âgées, personnes avec troubles cognitifs...).	1 mois			Recommandation levée
--	---	--------	--	--	----------------------

<b>Remarque 21</b> Caducité de la convention avec le CHU.	<b>Recommandation 21</b> Si reprise d'acte de télémedecine avec le CHU, refaire la convention.				<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 22</b> Pas de convention avec un dentiste.	<b>Recommandation 22</b> Il serait souhaitable qu'un partenariat puisse être trouvé avec un dentiste, au mieux se déplaçant dans la structure.				<b>Recommandation maintenue dans l'attente d'un partenariat formalisé</b>
<b>Remarque 23</b> Pas d'évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents.	<b>Recommandation 23</b> Procéder à un examen bucco-dentaire systématique et régulier pour chaque résident.				<b>Recommandation maintenue dans l'attente d'un partenariat formalisé</b>

<b>Remarque 24</b> Absence de contrat d'adhésion à un réseau d'expertise	<b>Recommandation 24</b> Etablir les contrats d'adhésion avec les filières actives.	6 mois		<b>Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b>
<b>Remarque 25</b> Pas d'adhésion à une filière soins urgents et non programmés	<b>Recommandation 25</b> Il serait souhaitable d'établir un contrat d'adhésion à une filière soins urgents et non programmés	6 mois		<b>Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b>
<b>Remarque 26</b> Les directives anticipées ne sont présentes que pour environ une dizaine de résidents.	<b>Recommandation 26</b> En lien avec la remarque 24 et la recommandation associée, la procédure d'admission formalisée administrative et médicale doit prévoir le recueil des directives anticipées pour chacun des résidents.			<b>Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</b>
<b>Remarque 27</b> La dernière commission de coordination gériatrique date du mois de mars 2023. Il n'a pas été donné de compte rendu à la mission.	<b>Recommandation 27</b> A l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur, programmer de façon régulière des commissions de coordination gériatrique présidées par le Medec, avec ordre du jour et compte rendu écrit.	6 mois		<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 28</b> Les résidents n'ont pas tous de médecin traitant.	<b>Recommandation 28</b> : Le nouveau médecin coordonnateur devra s'assurer que chaque résident ait un médecin traitant.	Dans les 3 mois suivant sa prise de fonction		<b>Recommandation levée. Une vigilance doit être apportée au fait que tous les résidents doivent avoir un médecin traitant</b>
<b>Remarque 29</b> les plages horaires des personnels sont variables au sein d'une même catégorie.	<b>Recommandation 29</b> Tendre à homogénéiser les horaires par catégorie de personnel Faire en sorte que l'AS de nuit de l'UVP puisse faire sa transmission			<b>Recommandation levée</b>

Il n'y a pas de transmission directe à l'UVP entre le personnel de nuit et celui de relève du matin.	directement à l'équipe de jour, sans intermédiaire.				
--	---	--	--	--	--



<b>Remarque 30</b> <b>(Recommandations HAS et OMEDIT (chariot d'urgence))</b> Le BAVU n'est pas contenu dans le sac d'urgence et ne fait pas partie du matériel vérifié périodiquement	<b>Recommandation 30</b> Vérifier le bon fonctionnement du BAVU en même temps que le sac d'urgence				<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 31</b> Des protocoles existent mais ne sont pas utilisés habituellement par le personnel soignant	<b>Recommandation 31</b> Faciliter l'accès et la connaissance des protocoles par le personnel. S'assurer régulièrement et par tout moyen que le personnel soignant a intégré les protocoles, y compris le personnel intérimaire.				<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 32</b> <b>(Recommandations HAS)</b> L'IMC ne figure pas dans tous les dossiers	<b>Recommandation 32</b> L'établissement doit être en possession du matériel nécessaire (toise) permettant de mesurer les résidents et de calculer l'IMC régulièrement pour chaque résident.				<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 33</b> : le port de bijoux est observé lors de soins	<b>Recommandation 33</b> Le personnel de soin doit retirer les bijoux lors des soins.	Immédiat			<b>Recommandation levée</b>

<b>Remarque 34</b> Le mortier pour écraser les médicaments est sale et non entretenu	<b>Recommandation 34</b> Commander un ou plusieurs nouveaux mortiers	Immédiat		Recommandation levée
<b>Remarque 35</b> Il ne figure pas toujours de date d'ouverture sur les flacons	<b>Recommandation 35</b> Toujours marquer la date d'ouverture sur chaque flacon	Immédiat		Recommandation levée
<b>Remarque 36</b> <b>(Recommandations HAS, CEPIAS bio nettoyage)</b> Défaut d'entretien des réfrigérateurs en salles de soins. Des aliments sont entreposés avec les médicaments dans les réfrigérateurs en salles de soins.	<b>Recommandation 36</b> Veiller à satisfaire aux règles d'hygiène concernant le nettoyage et l'entretien des réfrigérateurs en salles de soins. Ne doivent y être entreposés que les produits pharmaceutiques nécessitant d'être conservés au froid avec traçage du relevé des températures.	Immédiat		Recommandation levée

<p><b>Remarque 37</b> Le circuit de déclaration des EIAS et des EIGS n'est pas bien connu du personnel soignant.</p>	<p><b>Recommandation 37</b> Prévoir les formations nécessaires pour l'appropriation des circuits de déclaration des EIAS et des EIGS par le personnel soignant</p>			<p><b>Recommandation levée</b></p>
--	--	--	--	------------------------------------