

Service émetteur : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques de
l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspections- Contrôles

Monsieur le Président du Conseil
d'administration de l'EHPAD « Saint Jacques »
9 rue Pierre Marchet
31340 VILLEMUR-SUR-TARN

Réf. Interne : DUAJIQ-PIC/2025-024
Date : 06 février 2025
N° PRIC : MS_2024_31_CS_05

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à Mme la Directrice de l'EHPAD « Saint-Jacques »

Objet : Inspection de l'EHPAD « Saint-Jacques » à Villemur-sur-Tarn (31)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Saint Jacques » à Villemur-Sur-Tarn en date des 10 et 11 septembre 2024, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 02 décembre 2024, 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 09 janvier 2025.

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 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 L.121-1 et L.122-1 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 chargée de l'Autonomie et du Handicap, 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 ».

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 Président, l'expression de mes salutations distinguées.

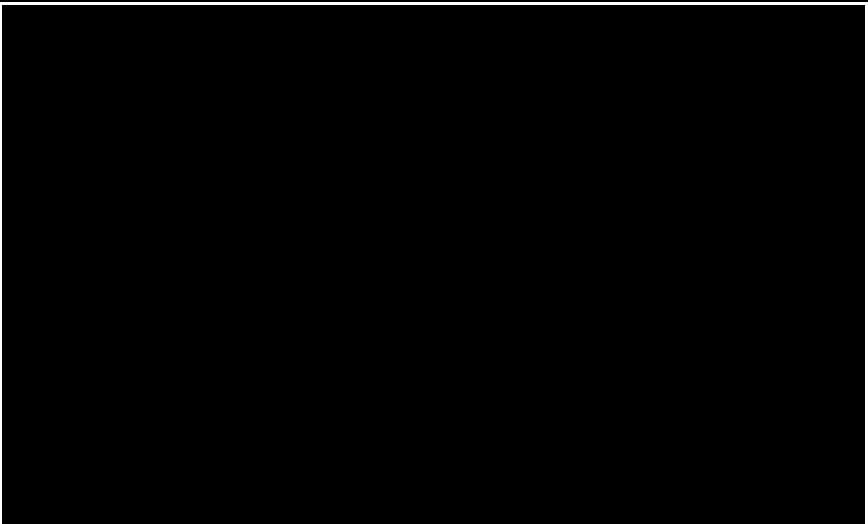

Pour le Directeur général et par délégation,
La Responsable du Pôle Inspections-Contrôles

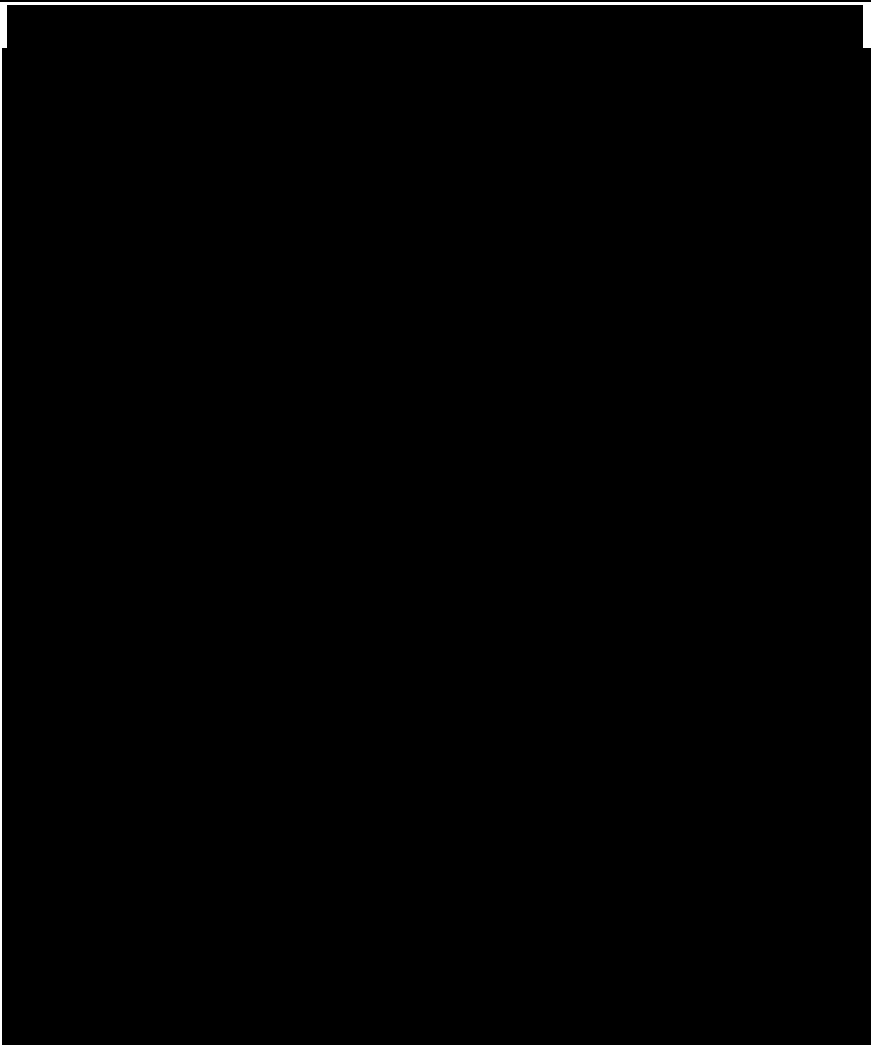
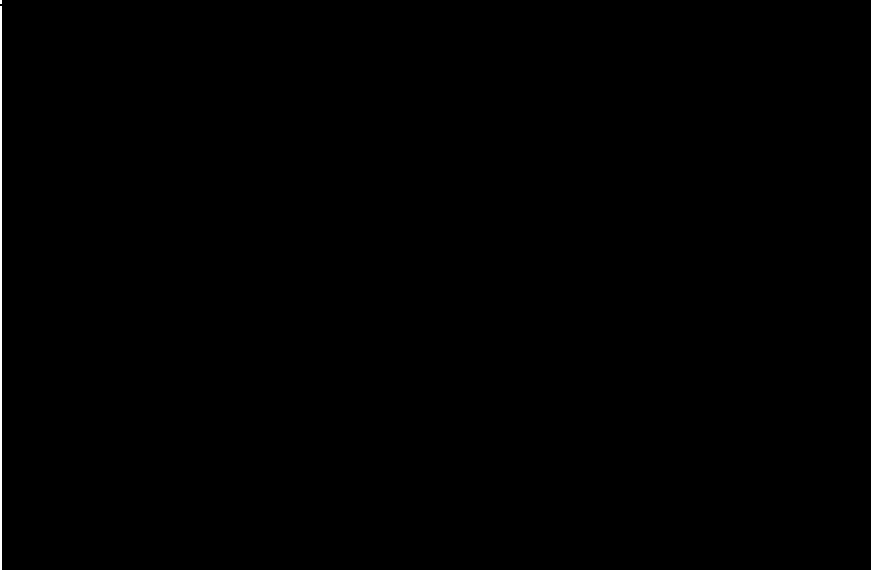



Stéphanie HUE

Tableau de Synthèse des écarts/remarques issus des constats présents au rapport d’inspection et rapport médical : Inspection de l’EHPAD Pierre Ducis (31)
(MS_2023_31_CS_09)

Ecart	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Décision des autorités (ARS-CD31)
ECARTS				
<p>Ecart 1 (Art. D312-158 10° du CASF)</p> <p><u>Constat 1</u> : L'établissement n'a pas transmis le RAM-EHPAD 2022 à l'ARS. L'absence de transmission annuelle du RAM EHPAD est imputée à l'absence d'informatisation du système de soin, jusqu'à récemment, puisqu'elle n'a été déployée qu'en septembre 2023 (logiciel TITAN).</p> <p><u>Constat M6</u> : L'établissement n'a pas transmis de RAM-EHPAD 2022 à l'ARS</p>	<p>Le RAM EHPAD doit être produit annuellement et transmis aux autorités de régulation (ARS-CD31).</p> <p>Le RAM EHPAD en tant que synthèse des profils et des besoins de la population accueillie, constitue un des outils de pilotage d'un EHPAD. Son usage doit s'inscrire dans une démarche d'évaluation continue de la qualité. Il doit permettre l'optimisation des démarches analytiques aux fins d'ajustement des stratégies d'accompagnement : profils de personnel recrutés, formation, investissements et aménagements d'espace, stratégies de prise en charge, politique partenariale.</p> <p>Prescription : Transmettre le RAM EHPAD 2023 à l'ARS</p>	Immédiat		<p>Le RAM EHPAD 2023 est transmis. L'élaboration du RAM EHPAD 2024 devra faire l'objet d'une attention particulière sur l'exhaustivité de sa complétude en regard des objectifs de l'outil.</p> <p>Prescription levée.</p>
<p>Ecart 2 (Art. R311-35 du CASF)</p> <p><u>Constat 2</u> : Le Règlement de Fonctionnement (RF) de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions réglementaires en vigueur, du fait de l'absence de description :</p> <ul style="list-style-type: none">- de la distribution architecturale des locaux et des dispositions particulières attachées à l'EHPAD Pierre Ducis ;- des offres de services spécifiquement déployées sur le site et des règles associées;- du profil des résidents accueillis. <p><u>Constat 18</u> : Il existe un livret d'accueil. Ses modalités de délivrance ainsi que le RF (règlement de fonctionnement) ne sont pas mentionnées dans les procédures.</p>	<p>Le RF doit être mis à jour afin de décrire les spécificités de l'établissement ainsi que les droits et devoirs qui s'y appliquent.</p> <p>Le RF de l'établissement, dès qu'il sera corrigé/actualisé doit être remis au moment de la procédure d'admission, tout comme Le livret d'accueil.</p> <p>Prescription : Transmettre le RF actualisé, procéder à sa communication auprès du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et son affichage, l'intégrer dans la procédure d'admission ainsi qu'à la procédure d'accueil des nouveaux salariés.</p>	6 mois		<p>Dont acte.</p> <p>Prescription levée.</p>
<p>Ecart 3 (Art. L311-8 du CASF) (HAS - Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE (RBPP) - Mis en ligne le 05 mai 2010 - Mis à jour le 16 mars 2018)</p> <p><u>Constat 3</u> : La présentation de l'équipe assurant la direction opérationnelle de l'établissement faite dans le PE, n'apparaît pas spécifique à l'établissement.</p>	<p>Le PE constitue un outil stratégique de pilotage d'un établissement. Si ce dernier s'inscrit dans la stratégie de l'entité gestionnaire, il doit néanmoins faire état des spécificités de la structure à laquelle il se rapporte. Il doit servir le plan d'amélioration continue de la structure dans la perspective de l'évaluation de l'établissement. Afin de renforcer la conformité du Projet d'Etablissement (PE) aux dispositions du CASF, et dans le cadre de la conduite de l'évaluation prévue à l'article L312-8 CASF, la direction de l'établissement est invitée à procéder à sa révision pour une mise en cohérence avec l'organisation, la stratégie et les actions déployées sur le site.</p> <p>Prescription : Procéder aux ajustements requis en application des dispositions du CASF en vigueur et RBPP HAS) dans la perspective de la construction d'un dispositif de suivi nécessaire à la démarche d'évaluation prévue à l'article L312-8 du CASF, qui interviendra en 2027.</p>	6 mois		<p>Le PE est un outil de pilotage caractéristique à chaque établissement, il doit être retravaillé par l'équipe en interne, en articulation et avec le soutien de l'entité gestionnaire. La formalisation du tableau de bord du plan d'amélioration de la qualité constitue une base intéressante afin de faire évoluer le PE en intégrant les spécificités de l'établissement.</p> <p>Dans l'attente de la transmission d'un PE spécifique à l'établissement et développant la démarche d'amélioration continue de la qualité,</p> <p>Prescription maintenue.</p>

<p>Ecart 4 (Art. L315-17 du CASF alinéa 6)</p> <p><u>Constat 4</u>: Plusieurs missions et tâches réglementaires restent traitées par la direction générale du CCAS-CTMR à l’instar de :</p> <ul style="list-style-type: none">la procédure réglementaire de gestion financière et budgétaire de l’établissement : les EPRD –ERRD sont établis par la direction financière. La direction opérationnelle de l’établissement se voyant attribuer des enveloppes financières pour certains postes de dépenses, comme la formation ;l’entretien des bâtiments : la direction opérationnelle informe le CCAS-CTMR par « bons » des dysfonctionnements ou besoins relevant des bâtiments et équipements du site. Les agents techniques étant mutualisés au niveau du CCAS-CTMR, leur intervention n’est pas maitrisée par la direction opérationnelle ;la procédure de gestion des risques : le site est dépourvu de l’affichage recommandé par l’ARS Occitanie en matière de déclaration des évènements indésirables. La gestion et le suivi sont assurés par la direction générale du CCAS-CTMR uniquement. <p><u>Constat 5</u>: Concernant Mme ZYLA, bien que l’organigramme la positionne en direction d’établissement, et que la fiche de poste de Monsieur DUBOS, cadre de santé, l’identifie en tant que Directrice, sa délégation de signature ne peut être identifiée. Dans la chaîne de délégation de signature, la position du Directeur d’Etablissement est insuffisamment précise.</p>	<p>La direction de site dispose d’une visibilité partielle sur les outils de pilotage financiers et organisationnels. Cette orientation stratégique reste susceptible de limiter les possibilités d’ajustements aux besoins du site, notamment en matière de pilotage logistique, RH et de gestion de risques.</p> <p>Prescription : Au regard des particularités organisationnelles induites par le statut de l’établissement des précisions sont attendues dans la formalisation la répartition des missions/tâches entre la « direction générale » et la « direction opérationnelle » :</p> <ul style="list-style-type: none">au niveau de l’organigramme,des fiches de poste/missiode la chaîne de délégation de signature en regard des responsabilités et des orientations stratégiques de l’entité gestionnaire.	<p>6 mois</p>		<p>Dans l’attente de la transmission des documents (organigramme, fiche de poste, arrêtés de subdélégation).</p> <p>Prescription maintenue.</p>
<p>Ecart 5 (Art. D311-15 du CASF - Article D311-21 CASF)</p> <p><u>Constat 6</u> : Un compte rendu du CVS précise que les doléances des familles font dorénavant d’un traitement ad hoc en dehors du CVS. En conséquence, les derniers comptes rendus du Conseil de la vie sociale (CVS) ne font pas état des doléances des familles.</p> <p><u>Constat 20</u> : Aucune commission d’animation n’est formalisée entre l’animateur et un groupe de résidents, cependant il a été indiqué que les échanges sont réguliers. De plus, l’animateur est régulièrement présent aux CVS.</p> <p><u>Constat 23</u> : Il n’y a pas de “Commission Menus” mise en place, même si l’animateur échange avec les résidents sur les repas.</p>	<p>Bien que l’EHPAD Pierre Ducis dispose d’une politique active en matière d’association des usagers (CVS dynamique et enquête de satisfaction), il est rappelé que le CVS doit permettre l’expression des doléances issues des représentants des familles, tout comme les éléments encourageant la poursuite des actions par l’équipe. Aussi, bien que figurant aux ordres du jour, en l’absence de commissions dédiées, l’intégration des discussions autour du projet d’animation et de restauration, au sein du CVS doit faire l’objet d’une formalisation.</p> <p>Prescription : Le règlement de fonctionnement du CVS est actualisé et intègre la possibilité d’expression des doléances issues des représentants des familles sous un format pouvant être proposé par l’établissement. Il formalise les modalités de participation des représentants d’usagers et usagers au projet d’animation et de restauration.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Le Règlement Intérieur modifié du CVS est transmis. La mission note l’engagement de la formalisation des temps d’échanges avec les résidents aux moyens de comptes rendus. Les éléments formalisés devront constituer une base documentée aux échanges dans le cadre des CVS ainsi qu’aux travaux autour de l’amélioration continue de la qualité.</p> <p>Prescription levée.</p>

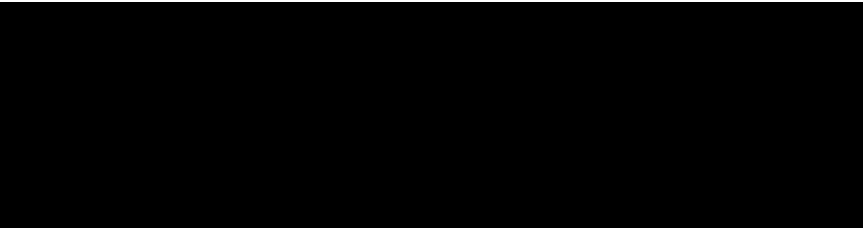


<p>Ecart 6 (Art. L311-5-1 CASF, Art. L1111-11 CSP)</p> <p><u>Constat 7</u> : Les Projets Personnalisés (PP) nécessitent une formalisation plus rigoureuse, en lien avec le dossier patient et un accès facilité à l’ensemble du personnel impliqué dans la prise charge. En effet, ces projets doivent être rendus disponibles aux professionnels afin d’assurer la qualité et la continuité de la prise en charge : accès informatiques, papiers.</p> <p><u>Constat 17</u> : La personne de confiance et les directives anticipées sont recherchées. Néanmoins, la consultation des dossiers ne permet pas d’attester du recueil systématique de ces informations. Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas non plus systématiquement renseignées dans le logiciel de soin.</p> <p><u>Constat 21</u> : En cas de décès, le MEDEC est appelé pour le constater. Sa disponibilité est soulignée. Néanmoins, en cas d’indisponibilité, l’établissement contacte le 15. En effet, il a été indiqué que “SOS MEDECINS” ne se déplace qu’à partir de 20h, dans un délai de 48h.</p> <p><u>Constat 22</u> : Les dispositions particulières de fin de vie ne sont pas systématiquement tracées ou accessibles.</p>	<p>L’intérêt de l’élaboration des Projets Personnalisés est correctement appréhendé par le personnel rencontré sur l’EHPAD Pierre Ducis.</p> <p>L’établissement est actif dans l’accompagnement global à la fin de vie.</p> <p>L’établissement doit être davantage rigoureux en ce qui concerne la collecte des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance. Ces informations doivent être accessibles à toute personne intervenant dans la prise en charge.</p> <p>Aussi ses actions autour de l’éthique du soignant et du soin, doivent engager la direction et le personnel à établir un contrôle de complétude des dossiers administratifs et soignants afin que les dispositions souhaitées par les usagers puissent être repérées, connues et partagées par l’ensemble de la chaîne socio-médico-soignante.</p> <p>Prescription : La personne de confiance, les directives anticipées ainsi que les dispositions particulières liées à la fin de vie sont tracées dans le Projet Personnalisé. Le Projet Personnalisé actualisé est rendu accessible à tout professionnel de l’établissement sur les items sur lesquels chaque professionnel est habilité. Ces informations doivent être systématiquement remises au résident ou à son accompagnant en cas de déplacements et associées ou éventuellement incluses dans le Document de Liaison Unique (DLU).</p>	<p>6 mois</p>		<p>L’intégration des éléments dans le logiciel TITAN et la confirmation par l’établissement de la formation ou l’actualisation du personnel du personnel à l’usage, doit être poursuivie.</p> <p>Prescription maintenue.</p>
<p>Ecart 7 (Art. L312-8 du CASF, Art. D312-203 CASF - Référentiel HAS « évaluation de la qualité des ESMS » mars 2022)</p> <p><u>Constat 11</u> : Aucun plan de suivi et d’amélioration continue de la qualité établi à partir de la précédente évaluation externe, des conclusions des instances de participation et du suivi des évènements indésirables, n’est formalisé. Malgré les délais réglementaires opposables à l’établissement le retro planning et les plans d’action associées aux démarches d’évaluation sont indisponibles. L’équipe encadrante a déclaré ne pas avoir connaissance des procédures d’évaluation et des délais associés.</p>	<p>Bien que l’équipe encadrante s’inscrive dans une approche évaluative du pilotage au travers des savoirs faire et être, la mission constate une structuration, un formalisme et un outillage insuffisant qui limitent la démarche. Un rapport d’évaluation est attendu au 1^{er} semestre 2027.</p> <p>Prescription : Le CTMR-CCAS doit engager l’accompagnement des équipes de l’EHPAD Pierre Ducis dans la démarche d’évaluation par :</p> <ul style="list-style-type: none">- la formalisation d’un plan d’amélioration dont le suivi doit être assuré par la direction opérationnelle de site, en lien avec services supports du CCAS-CTMR, intégré au rapport d’activité : projet de soin et d’accompagnement, plan bleu, politique RH, politique logistique.- La communication autour de la démarche d’évaluation intégrant le retro planning du pilotage.	<p>6 mois</p>		<p>Dans l’attente de formalisation d’une démarche qualité par l’intermédiaire d’un plan d’amélioration continue de la qualité. Un rétro planning de la démarche d’évaluation doit être mis en place.</p> <p>Prescription maintenue.</p>
<p>Ecart 8 (Art. D312-155-0 du CASF, Art. L4391-1 du CSP)</p> <p><u>Constat 12</u> : Certains postes d’aide-soignant (AS) sont occupés par des personnes non diplômées ce qui peut conduire à des glissements de tâches non réglementaires. Exemple : l’équipe de nuit composée de 2 personnels, ne compte qu’un seul AS.</p> <p><u>Constat 13</u> : Un point de vigilance est repéré la mission d’inspection sur les procédures d’accueil des</p>	<p>Bien que déployant une politique active de formation de son personnel, aidée par le statut hospitalier de l’établissement, et apportant une grande vigilance à l’équilibre des charges de travail (planification annuelle, rotation équilibrée des équipes jour/nuit), l’établissement, comme l’ensemble des établissements du secteur est confronté à un défaut d’attractivité (AS-IDE).</p> <p>Prescription : L’établissement s’assure d’un effectif permanent diplômé garantissant l’adéquation en volume et compétence de</p>	<p>Immédiat</p>		<p>La démarche active de l’EHPAD dans la diplomation/qualification du personnel soignant et accompagnant est bien relevée.</p> <p>Reste que tous les postes d’aide-soignant (AS) doivent être occupés par des personnes diplômées conformément à la réglementation en vigueur.</p> <p>Prescription maintenue.</p>

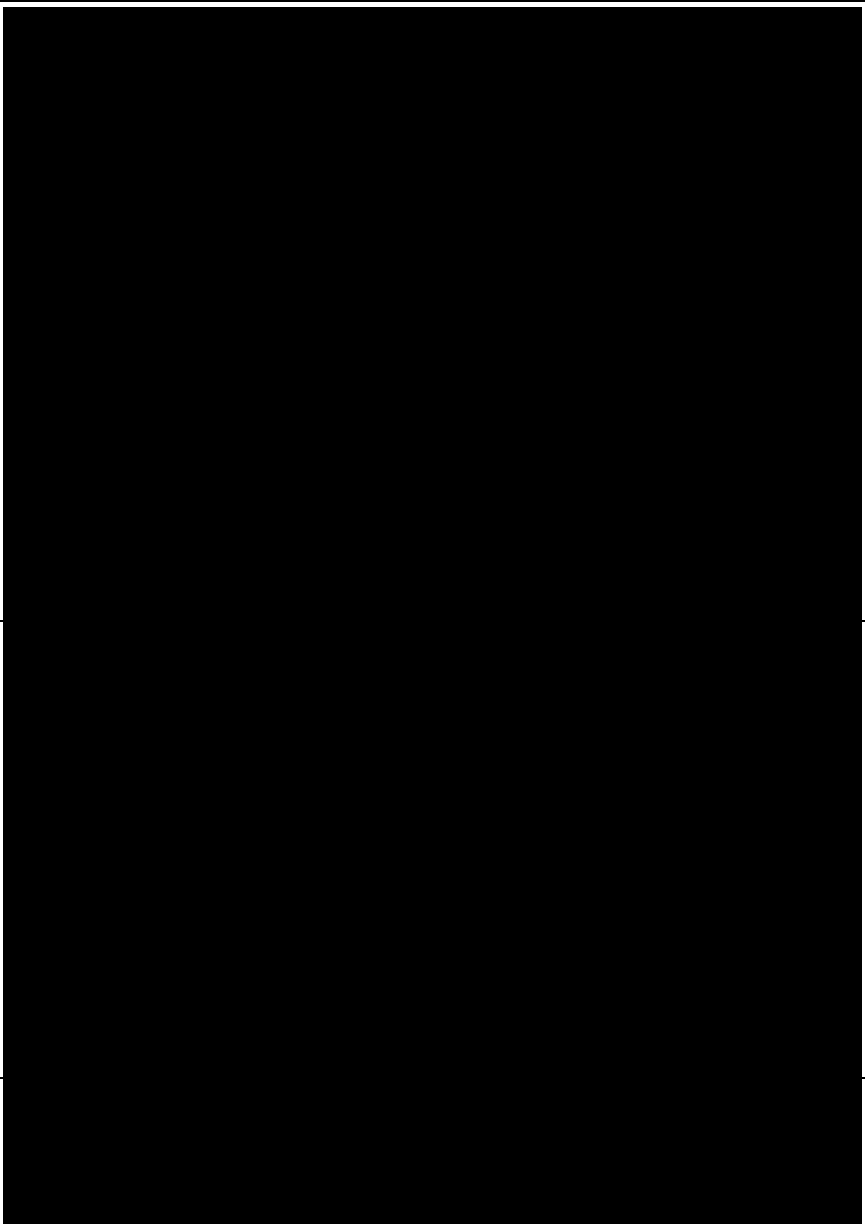
<p>nouveaux salariés. Une AS interrogée confirme qu’il n’y a pas de procédure particulière d’accueil d’un nouveau salarié : visite des locaux, AS doublée pendant quelques jours sur le planning. Il n’est pas prévu d’entretien particulier avec les différents coordinateurs des soins (cadre de santé, MEDEC ...).</p> <p><u>Constat 34</u> : L’établissement connaît, comme bien d’autres EHPAD, un sous-effectif chronique en personnel diplômé notamment AS ou AMP. En effet, il a été relevé que des agents occupaient des fonctions d’AS ou d’AMP ou leur équivalent, sans disposer des diplômes, et donc, des compétences requises.</p>	<p>l’équipe de prise en charge en regard du nombre et des pathologies des résidents accueillis.</p>			
<p>Ecart 9 (Art. D311 du CASF)</p> <p><u>Constat 19</u> : Plusieurs dossiers administratifs des résidents contrôlés, y compris récents, contenaient des contrats de séjours non signés, ou signés mais non remplis (pas de date d’entrée, ni de numéro de chambre renseigné). De plus, l’avenant PP au contrat de séjour n’est pas toujours présent dans les dossiers consultés (Art. D311 du CASF).</p>	<p>Prescription : L’établissement procède à la vérification de l’ensemble des dossiers administratifs. Les contrats de séjours, actualisés des révisions éventuelles du Projet Personnalisé, sont signés. Ils assurent la traçabilité de remise du Livret d’Accueil et du Règlement de Fonctionnement (actualisé).</p>	6 mois		<p>Dont acte.</p> <p>Prescription levée.</p>
<p>Ecart 10 (Art. D312-156 du CASF)</p> <p><u>Constat 25</u> : L’établissement a une capacité d’accueil de 81 résidents. Le temps de présence du MEDEC devrait donc être de 0.60 ETP et non 0.30 ETP (lundi après-midi ; mardi matin et jeudi matin).</p> <p><u>Constat M4</u> : La quotité de travail du médecin coordonnateur (MEDEC) n’est pas conforme à la réglementation établie à 0,60 ETP pour 60 à 99 places).</p>	<p>Bien que le MEDEC soit également le médecin traitant de la majorité des résidents, le temps de présence du MEDEC dans l’établissement est inférieur à celui exigé sur le plan réglementairement (0.3 ETP à la place 0.6 ETP) (D. 312-156 du CASF).</p> <p>Prescription : Prévoir un temps de présence du MEDEC conforme aux obligations réglementaires soit de 0.60 ETP (6 demi-journées) pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places.</p>	3 mois		<p>Bien que l’implication de l’effectif médical ait pu être constatée, le temps de présence du MEDEC doit être conforme aux obligations réglementaires (0.60 ETP - 6 demi-journées).</p> <p>Prescription maintenue</p>
<p>Ecart 11 (Art. R5125-47 du CSP)</p> <p><u>Constat 27</u> : Il a été observé que les boîtes de médicaments des traitements des résidents étaient</p>	<p>Prescription : Demander à la pharmacie de livrer les traitements des résidents de façon individualisés (sachet scellée au nom du résident).</p>			<p>Reste prescrit à l’établissement de demander à la pharmacie de livrer les traitements des résidents de façon</p>

livrées par la pharmacie, de façon non individualisée, en vrac dans une caisse en plastique. Elles ne sont pas regroupées dans un paquet scellé opaque au nom du résident destinataire.	A titre d’exemple, des sachets en nylon réutilisable (type sachet en textiles en grande surface destinés à l’achat de fruits et légumes en vrac) peuvent être utilisés, scellés par une étiquette comportant l’identité du destinataire, dans la mesure où ils sont transportés dans un bac plastique fermé opaque.			individualisés (sachet au nom du résident). Prescription maintenue.
Ecart 12 (R5132-12,0 R5123-2, R4235-1-3, R4235-9, R4235-18, R4235-25, R4235-64 du CSP). <u>Constat 31</u> : Le jour de la visite il a été relevé un nombre important de boites de médicaments non entamées et très éloignées de la date de péremption, dans un carton « cyclamed » remis par la pharmacie. Il était rempli. Il a indiqué qu’il s’agissait de boîtes surnuméraires délivrées par la pharmacie ou de changements de traitements. Le carton étant destiné à être remis à la pharmacie en vue d’être incinéré. Ces boites de médicament entières, non utilisées et non périmées, jamais ouvertes et jamais manipulées par le résident pourraient être utilisées alors qu’elles sont jetées. Elles doivent être, dans la mesure du possible, à titre d’économie, isolées et réattribuées (ou réutilisés) de façon tracée pour répondre aux besoins des résidents ou de leurs soins.	Prescription : - Isoler dans un bac réservé à cet effet et identifié en tant que tel (bac de rompus non entamés) les boîtes de médicaments non entamées et en cours de validité (non périmées) doivent être enregistrés (tableur informatique des « médicaments non entamés » : date - médicament - DCI – 1 - péremption - résident : Prénom NOM & n°chambre) - L’IDE doit réattribuer les boites de médicaments non entamées en fonction des besoins de l’infirmierie (dotation pour besoins urgents) ou des résidents (réattribution) et procéder à leur enregistrement (suite du tableur d’une autre couleur : “réattribution” : date - dénomination - code 34 – date de péremption - résident : Prénom NOM & n°chambre / dotation pour besoins urgents / carton « cyclamed » (périmés)). Chaque réattribution doit être soumise à la validation du MEDEC. - L’IDE doit procéder à une vérification mensuelle des péremptions de ces rompus (tableur => classement par date) et jeter ceux qui périment à la fin du mois dans le carton « cyclamed » ; ceci afin de limiter la dispensation de médicaments inutiles par la pharmacie.	Immédiat		La note de service sur l’usage des médicaments, et des conteneurs cyclamed ne correspond pas à la prescription formulée. Les médicaments non entamés et non périmés rendus à la pharmacie devraient faire l’objet d’une annulation de facturation dans un délai de 24H-48H. Prescription maintenue.
Ecart 13 (R5132-12, R5123-2, R4235-9, R4235-18, R4235-25, R4235-64 du CSP) <u>Constat 32</u> : Il a été constaté la présence de nombreuses boites de médicaments, délivrées par la pharmacie, surnuméraires voire inutiles puisque destinées à être jetées alors qu’elles sont non entamées et non périmées	Prescription : La pharmacie doit être sensibilisée à la nécessité de ne délivrer que les médicaments nécessaires au traitement des résidents. A ce titre, si malgré la demande de l’IDE, des boîtes surnuméraires sont délivrées par la pharmacie, elles doivent lui être retournées avant 3 jour , de façon à être reprises. La modification de la facturation par la pharmacie doit être alors transmise à l’infirmierie comme justificatif.	Immédiat		Les boîtes surnuméraires délivrées par la pharmacie doivent lui être retournées avant 3 jours et la modification de la facturation doit alors être transmise comme justificatif. Prescription maintenue.
Ecart 14 (Art. R4311-4, R4311-3 du CSP) <u>Constat 35</u> : Une procédure de « Distribution des médicaments par les AS ou AMP », affiché dans l’infirmierie (du 1 ^{er} étage), en date du 14/03/2023, précise que l'après-midi, elles assistent l’IDE présente pour la distribution des traitements à administrer par voie orale (“peros”).	Prescription : Actualiser la procédure de « Distribution des médicaments par les AS ou AMP » afin de décliner cette organisation sur tout le temps de présence des IDE. La compléter en indiquant que l’IDE remet à chaque AS le traitement à administrer en lui indiquant le résident destinataire (protocoles de soins infirmiers).	Immédiat		Actualiser la procédure de « Distribution des médicaments par les AS ou AMP » comme prescrit. Prescription maintenue.
Ecart 15 (Art. L313-26 du CASF). <u>Constat 36</u> : Les administrations de médicaments sont assurées par les aides-soignantes en l’absence d’IDE, dans le cadre de l’aide aux actes de la vie courante. Il n’y pas été établi de protocole de soins infirmiers l’organisant et de formation des agents correspondante.	Prescription : - Etablir un protocole de soins infirmiers organisant l’aide à la prise en l’absence d’IDE et former les agents qui y participent en conséquence. Il serait judicieux d’utiliser un dispositif facilitant cette administration du coucher, comme, à titre d’exemple, un plateau compartimenté, dont chaque case serait identifiée au numéro de chambre du résident destinataire. - Prévoir la remise à l’équipe de nuit d’une liste des résidents concernés : à titre d’exemple, 1 liste par mois : liste des résidents avec une case par jour de prise (31 cases).	Immédiat		Etablir un protocole de soins infirmiers organisant l’aide à la prise (de médicaments) en l’absence d’IDE et former les agents qui y participent en conséquence. Prescription maintenue.

Les AS de nuit ne disposent pas non plus de la liste à jour des résidents concernés de façon à s’assurer de ne pas en oublier.				
Ecart 16 (Art. R4311-7 du CSP) <u>Constat 38</u> : Les protocoles médicaux permettant la prise en charge des symptômes courants (diarrhée, migraines, fièvre, constipation ...), signés du médecin, permettant de prendre en charge des symptômes courants dans l’attente de la visite du médecin ou avec son accord, n’ont pu être présentés. A titre d’exemple, il a été indiqué qu’en cas de constipation il était administré un sachet de laxatif et au-delà d’une semaine il était réalisé un lavement. Le protocole correspondant n’a pas pu être présenté le jour de la visite. <u>Constat M9</u> : Les fiches ou protocoles de soins ne sont pas formalisés et ne sont pas facilement accessibles par l’ensemble des personnels soignants.	Prescription : - Rédiger ces protocoles (méd-co), les regrouper dans un classeur laissé à la disposition des IDE et former les IDE à l’application de ces protocoles et à en assurer la traçabilité et l’information du médecin en cas de mise en œuvre. - clarifier le contenu de la dotation de médicaments nécessaires à l’application de ces protocoles médicaux : dénomination - quantité - date de péremption. Une commande à usage professionnel du méd-co était disponible à l’infirmierie. S’assurer mensuellement de leur disponibilité (renouvellement en cas de péremption et détention séparée et identifiée. Recommandation : Elaborer des protocoles de soins standardisés facilement accessibles aux IDE et aides-soignants.	Immédiat		Les protocoles de prise en charge sont transmis. L’établissement s’assurera de leur actualisation. Prescription levée.
Ecart 17 (Art. L312-7 du CASF) <u>Constat M1</u> : La convention avec la clinique Rive Gauche (Toulouse), pour la filière imagerie et traumatologie, n’était pas disponible le jour de l’inspection.	Prescription : Transmettre la convention avec la clinique Rive Gauche	1 mois		La conclusion de convention(s) de coopération, tel que mentionné à l’article L312-7 du CASF, doit servir la continuité des prises en charge et des accompagnements. Les conventions de coopération avec les établissements de santé intégrant un dispositif évaluatif assurent la facilitation des prises en charge de second recours, notamment en cas d’urgence. Prescription levée.
Ecart 18 (Art. R.313-30-1 du CASF) <u>Constat M2</u> : Les contrats avec les kinésithérapeutes libéraux n’ont pas été présentés le jour de l’inspection.	Prescription : Transmettre le contrat avec les kinésithérapeutes libéraux	1 mois		Dont acte. Prescription levée.
REMARQUES				
Remarque 1 <u>Constat 8</u> : Le Plan Bleu de l’établissement nécessite une actualisation, en raison notamment de l’informatisation du système de soins et de suivi des résidents. <u>Constat 9</u> : Bien qu’une procédure de gestion des événements indésirables graves (associés ou non aux soins) existe, elle n’apparaît pas adaptée, notamment dans son suivi et le déploiement d’actions correctives. A titre d’exemple, elle ne permet pas l’information aux autorités de régulation (ARS-CD31) puisque l’adresse de signalement est inexacte. De plus, celle-ci n’intègre pas les Evénements Indésirables dont l’analyse doit être intégrée à un plan d’amélioration de la qualité. <u>Constat M11</u> : La procédure de signalement à l’ARS des EIGS et des alertes sanitaires n’est pas affichée	Bien que les qualités managériales, relationnelles et professionnelles constatées au sein de l’établissement sont de nature à prévenir les événements indésirables, la politique de gestion des risques souffre d’un manque de formalisme et de suivi opérationnel. Recommandations : Le CTMR-CCAS doit engager : - la révision du Plan Bleu en regard des caractéristiques organisationnelles de l’EHPAD Pierre Ducis (ainsi que des risques associés à son implantation). Le plan actualisé et les procédures devront intégrer les modalités d’information de la plateforme régionale de signalement indiquées sur le site internet de l’ARS Occitanie : https://www.occitanie.ars.sante.fr/signaler-alerter-declarer-1 . De même il devra intégrer les éléments relatifs à la gestion en mode dégradé, notamment des plans de soins et des Dossiers de Liaison Uniques, en cas de panne du système d’information ; - la facilitation les modalités de signalement de tout événement indésirable en donnant accès au formulaire ad-hoc à tout professionnel et usager de l’établissement, et en	6 mois		Dont acte. Recommandation levée.

<p>L'adresse de messagerie de la plateforme régionale de l'ARS n'est pas à jour dans la procédure de déclaration des EIGS.</p> <p><u>Constat M10</u> : Les EIAS et EIGS ne font pas l'objet de Retours d'Expérience (RETEX) systématique au niveau des équipes soignantes.</p> <p><u>Constat 10</u> : L'établissement a été en capacité de transmettre la liste des personnes accueillies au sein de l'établissement. Toutefois, ce registre n'a pu être consulté de façon dématérialisée. De la même façon les DLU ne sont pas disponibles en version dématérialisée de manière préventive.</p> <p>(Art. L331-2 CASF)</p> <p><u>Constat 33</u> : L'utilisation de moyens dématérialisés expose l'établissement, en cas de panne, à une perte d'informations qui pourrait remettre alors en cause les modalités d'administration des traitements. Cependant, aucun fonctionnement en mode "dégradé", sans recours à l'informatique, n'a été réfléchi, pour parer à une telle éventualité.</p>	<p>mobilisation l'infographie mise à disposition par l'ARS Occitanie à l'adresse précitée ;</p> <p>- l'accompagnement de l'EHPAD Pierre Ducis dans le suivi des événements signalés (RETEX, analyse des causes, définition des mesures correctives, référencement pour en faciliter le suivi) et leur intégration au plan d'amélioration continue de la qualité.</p>			
<p>Remarque 2</p> <p><u>Constat 14</u> : La signalétique des locaux apparaît peu adaptée : pas/peu de panneaux indiquant les numéros de chambres, éléments d'affectation de pièce erronés. Celle des espaces privatifs nécessiterait une évaluation aux fins de précision, et d'aide aux repérages des usagers, notamment ceux souffrant de troubles cognitifs, ainsi que des nouveaux personnels.</p> <p><u>Constat 15</u> : Lors de la visite, il a été constaté à plusieurs endroits la présence de dispositifs non conformes maintenant les portes coupe-feu bloquées en position ouverte. Plusieurs espaces de stockage et de circulation (portes) sont entravées et ne permettent pas le respect des conditions de sécurité, notamment incendie.</p>	<p>Recommandation :</p> <p>En équipe pluri-professionnelle, en lien avec le CCAS-CTMR, l'établissement est invité à procéder à une analyse de l'usage de l'ensemble des locaux (dont locaux de stockage) et des modalités de circulation. Cette analyse doit conduire à la :</p> <ul style="list-style-type: none">- mise en œuvre d'une signalétique adaptée au repérage des professionnels, des usagers ainsi que leur famille ;- le déploiement de dispositifs conformes permettant de garantir la fluidité des circulations dans le respect des conditions minimales de sécurité, notamment en cas d'incendie/d'inondation.	<p>1 mois</p>		<p>Dans l'attente d'une analyse de l'usage des locaux permettant la mise en place d'une signalétique adaptée et de dispositifs assurant la libre circulation tout en respectant les normes de sécurité,</p> <p>Recommandation maintenue.</p>
<p>Remarque 3</p> <p><u>Constat 16</u> : Le Projet d'établissement (PE) rappelle la présence au sein du CCAS, au bénéfice des établissements du CTMR, d'une cellule chargée du contrôle qualité et de l'eau. La consultation des classeurs disponibles à l'accueil de l'établissement n'a pas permis de constater la régularité des contrôles sanitaires et du suivi des obligations réglementaires (vidanges des points morts, changement de flexible, relevés de températures...).</p>	<p>Recommandation :</p> <p>En lien avec l'Ecart 4 et la Remarque 1 sur la chaîne de responsabilité et le déploiement d'un plan d'amélioration continue de la qualité, le CCAS-CTMR est encouragé à procéder à l'actualisation des contrôles sanitaires et déployer un système de suivi et de traçabilité partagé avec la direction opérationnelle de site.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Dans l'attente de la confirmation de la mise en place et de la formalisation du suivi sanitaire et des obligations réglementaires en matière de contrôle qualité et de l'eau,</p> <p>Recommandation maintenue</p>
<p>Remarque 4</p> <p><u>Constat 24</u> : Certains personnels de l'établissement utilisent le logiciel TITAN en suivant les instructions de leurs collègues mais</p>	<p>L'EHPAD Pierre Ducis est engagé dans l'acquisition d'un système informatisé de suivi. L'usage approprié du dispositif est en cours d'acquisition par le personnel titulaire, de surcroît par le personnel temporaire.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Dans l'attente de la confirmation de la mise en place d'une formation et des supports appropriés permettant l'utilisation du logiciel TITAN,</p> <p>Recommandation maintenue.</p>

sans avoir été véritablement formé à son utilisation.	Recommandations : - veiller à ce que l'ensemble du personnel qui utilise le logiciel (TITAN) soient formés à son utilisation et organiser celle des nouveaux arrivants ; - prévoir un accompagnement (tutorat) avec un support papier adapté pour les personnels employés de façon occasionnelle ou pour des missions très courtes (inférieures à 1 semaine). Ceci doit être intégré à la procédure d'accueil du nouveau salarié à formaliser et déployer ; - prévoir une formation complète en cas de présence cumulée supérieure à 1 mois au sein de l'établissement.			
Remarque 5 <u>Constat 26</u> : Les prescriptions ne précisent pas si les médicaments doivent être broyés ou non avant administration. L'information est donc méconnue du pharmacien qui ne peut pas s'assurer que le traitement est compatible avec ce broyage. Le tiroir des résidents ne sont pas non plus identifiés en tant que tels. L'administration n'est pas non plus sécurisée puisque c'est la nature du régime alimentaire (mixé ou pas) et la connaissance du résident qui conduit à ce broyage au moment de l'administration.	Recommandation : Renseigner la prescription (mentionner) et identifier le tiroir des résidents pour lesquels les médicaments doivent être broyés avant administration (à titre d'exemple par une pastille de couleur).	3 mois		Dans l'attente de la confirmation d'une formalisation en cas de nécessaire broyage de médicaments avant administration, Recommandation maintenue.
Remarque 6 <u>Constat 28</u> : L'établissement a l'avantage de disposer de 3 pièces utilisées comme des infirmeries et donc de place pour réaliser et suivre les soins. Cependant, leur état et leur utilisation ne sont pas apparues optimales le jour de la visite.	Recommandation : Il serait utile de procéder à une révision complète de ces 3 pièces de façon à en rationaliser et optimiser l'utilisation, notamment : - Procéder à leur nettoyage, réparation (placards cassés ou abimés...) et rangement - Rationaliser leur usage : spécialiser l'utilisation de chacune selon les besoins des résidents (en vue d'une utilisation mutualisée) - Revoir l'aménagement (mobilier) pour augmenter l'ergonomie de leurs utilisateurs (IDE, médecin, AS) pour concourir à une meilleure qualité de vie au travail.	3 mois		En l'absence de réponse en ce qui concerne une révision des 3 infirmeries, Recommandation maintenue.
Remarque 7 <u>Constat 29</u> : Il a été relevé l'absence de poster de correspondance entre DCI (dénomination commune internationale / générique) et dénomination de référence (PRINCEPS®) affiché dans les infirmeries.	Recommandation : Solliciter la pharmacie (fournisseur de médicaments) pour la remise de posters de correspondance (princeps <=> DCI) qui seront affichée dans chacune des infirmeries.	3 mois		Dont acte. Recommandation levée.
Remarque 8 <u>Constat 30</u> : Le jour de la visite, une grande partie des rayonnages était occupée par des aliments diététiques (complément alimentaires protéinés) si bien que la place réservée aux médicaments était trop réduite.	Recommandation : Conserver les aliments diététiques regroupés ailleurs afin de disposer de davantage de place pour assurer une détention séparée et ordonnée des médicaments de façon à facilement distinguer : les médicaments des résidents (étagères nominatives), les si-besoins collectifs (les laxatifs et gros volumes classé par référence). Préférer aux petites étagères plastiques nominatives des bacs en plastique identifiés au nom et prénom des résidents pour éviter tout risque d'erreur ou de confusion.	3 mois		Dans l'attente du transfert des aliments diététiques ailleurs afin de disposer de davantage de place pour le stockage des médicaments, Recommandation maintenue.
Remarque 9	Recommandation :	3 mois		Dans l'attente de la confirmation des mises en œuvre,

<p><u>Constat 37</u> : La traçabilité et le suivi des médicaments stupéfiants réalisés par les IDE ne sont pas adaptés.</p>	<p>-La fiche de contrôle de la dotation (« Balance des antalgiques palier III ») quotidienne pourrait être établie pour 1 mois.</p> <p>-Ré-évaluer la dotation en patch de fentanyl 5 µg (puisqu’il peut en être appliqué plusieurs à la fois : 2 pour 10 µg, 3 pour 15µg).</p> <p>- Le “relevé nominatif d’administration et de gestion des stocks de stupéfiants” (fascicule à feuilles vertes pré-imprimées) pourrait avantageusement être remplacé par un formulaire spécifique à l’établissement permettant d’enregistrer chronologiquement les administrations, par résident et par médicament. Cette fiche d’enregistrement des administrations (par résident et par médicament) serait conservée dans un classeur, en vis-à-vis de la prescription en vigueur correspondante (originale de la prescription sécurisée délivrée et donc complétée par la pharmacie).</p> <p>- Regrouper les médicaments stupéfiants destinés à un même patient, à titre d’exemple, dans un sachet plastique zippé identifié à ses nom et prénom.</p>			<p>Recommandation maintenue.</p>
<p>Remarque 10</p> <p><u>Constat 39</u> : Le chariot d’urgence n’était pas scellé le jour de la visite. Il avait été utilisé il y a peu et n’avait ni été complété, ni été re-scellé.</p>	<p>Recommandations :</p> <p>-Après chaque utilisation du chariot d’urgence, procéder à sa complétude dans les meilleurs délais puis à sa fermeture par un scellé (dispositif permettant de s’assurer qu’il n’a pas été ouvert/utilisé).</p> <p>-Procéder à sa vérification mensuelle et l’enregistrer sur la fiche (N° de scellé : oui/non => si c’est le même inutile d’ouvrir le chariot pour en vérifier le contenu)</p> <p>-En cas d’utilisation : renseigner la date d’ouverture et le motif, renouveler le contenu et le sceller de nouveau.</p> <p>-Actualiser, tous les 2 ans, la liste des médicaments associée au chariot d’urgence au regard de la fréquence de leur utilisation.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Dont acte.</p> <p>Recommandation levée.</p>
<p>Remarque 11</p> <p><u>Constat M3</u> : La convention avec le laboratoire de biologie médicale (LBM) n’a pas été transmise par la direction.</p>	<p>Recommandation :</p> <p>Transmettre la convention avec le laboratoire.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Dont acte.</p> <p>Recommandation levée.</p>
<p>Remarque 12</p> <p><u>Constat M8</u> : Le MEDEC n’a pas encore analysé les risques sanitaires au regard des pathologies des résidents et des situations médicales à risque par l’exploitation de la fonction « statistiques » de TITAN.</p>	<p>Recommandation :</p> <p>Former le MEDEC à la fonction « statistiques » de TITAN</p>	<p>6 mois</p>		<p>Dans l’attente de la confirmation de la formation du MEDEC à la fonction « statistiques » de TITAN,</p> <p>Recommandation maintenue.</p>