

Délégation départementale du Gers

Direction générale adjointe Solidarité

**Monsieur le Président
de la SAS LE CLOS D'ARMAGNAC
c/o EHPAD « LE CLOS D'ARMAGNAC »
9, rue du Cousiné
32150 CAZAUBON**

Le 22 février 2023

LRAR

Objet : Inspection de l'EHPAD « Le Clos d'Armagnac » - clôture de la procédure contradictoire - notification des décisions définitives

Réf. : MS_2022_DSP_32_18

P.J. : Tableau de synthèse des mesures correctrices prescrites.

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection de votre établissement, réalisée le 14 mars 2022, nous vous avons invité à communiquer vos observations, en réponse, sur les constats et les conclusions de la mission consignés dans son rapport, ainsi que sur les injonctions que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, par courrier en date du 22 août 2022 réceptionné le 4 septembre 2022 par nos services.

Le recueil et l'analyse de vos observations en réponse, sur les différents constats de la mission, n'ont pas permis de façon formelle de conclure à l'effectivité de la mise en œuvre des mesures correctives demandées.

Aussi, la mission d'inspection s'est rendue, à nouveau, dans l'établissement le 15 décembre 2022 afin de mener un contrôle d'effectivité.

Au regard des constats d'effectivité découlant de ce contrôle, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre œuvre, dans les délais impartis, les 4 injonctions et 39 recommandations énumérées dans le tableau ci-joint qui précise la nature des mesures correctrices prescrites.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD « Le Clos d'Armagnac ».

Lorsque les mises en conformité seront effectuées, selon l'échéancier précisé en annexe, vous voudrez bien transmettre à la délégation territoriale du Gers de l'ARS Occitanie et à la DGAS du Département du Gers, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des injonctions et recommandations que nous vous notifions par la présente correspondance.

A défaut de mise en œuvre totale ou partielle des mesures impératives 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.

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de la date de sa notification, d'un recours contentieux près du Tribunal Administratif territorialement compétent.

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

Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé Occitanie


Didier JAFFRE

Par délégation,
~~Le Directeur Général des Services,~~


Robert ROUQUETTE

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ÉCARTS ET DES MESURES CORRECTRICES ATTENDUES

	Écarts	Présence de risque majeur : mesures correctrices à mettre en œuvre	Délais de mise en œuvre	Réponse Établissement	Contrôle d'effectivité du 15/12/2022, réponse définitive et actions à mettre en œuvre
1	En méconnaissance des dispositions du 1° de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles, il est constaté une absence de sécurisation des accès de l'EHPAD.	Le gestionnaire doit restaurer la sécurité des accès de l'EHPAD.	Immédiatement		Le portillon d'accès à l'enceinte de l'EHPAD demeure ouvert. Néanmoins la double porte d'entrée vitrée de l'EHPAD est, désormais, bien fermée (par deux codes dédiés différents : un pour rentrer et l'autre pour partir). L'écart est levé.
2	Il est constaté un défaut général d'entretien ménager des locaux communs. En cela le gestionnaire ne respecte pas : Les dispositions du 1° de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles en matière de sécurité et de dignité qui doivent être garanties à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; 2) L'action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance.	Le gestionnaire doit restaurer le parfait entretien ménager des locaux communs de l'EHPAD.	Immédiatement		Maintien de l'écart : globalement, le gestionnaire a revu l'entretien ménager dans sa globalité. La situation trouvée lors du contrôle d'effectivité est correcte. Néanmoins, quelques réserves sont émises, à savoir : - les sols du restaurant et de la salle de séjour sont collants ; - La salle de balnéothérapie est sale et s'y dégage une odeur désagréable ; - Il a été constaté un mélange de produits ou objets dans les locaux de stockage ou sur les étagères de rangement. Il convient de définir des endroits dédiés au stockage par nature de fourniture - Il a été constaté des stockages de consommables et matériels dans les locaux de l'unité Althéa. Il est demandé au gestionnaire de veiller au parfait rangement de ceux-ci dans des locaux de stockage INJONCTION : Le gestionnaire doit mener à bien les mesures correctives. Délai de mise en œuvre : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection
23	Le risque infectieux n'est pas maîtrisé. La sécurité des personnes n'est pas garantie et en cela le gestionnaire ne respecte pas les dispositions du 1° de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles et l'action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance.	Le gestionnaire doit définir et mettre en œuvre un plan d'actions permettant de maîtriser le risque infectieux au sein de l'EHPAD.	Immédiatement		Maintien de l'écart : suite à l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux (privilégier l'outil GREEPH) INJONCTION : L'établissement doit élaborer un plan d'actions pour 2023. Délai de mise en œuvre : 31 mai 2023

24	En méconnaissance des dispositions de l'article R5212-25 du code de la santé publique, il existe des défauts de matériovigilance pouvant entraîner de graves conséquences en matière de sécurité des résidents et des personnels, concernant les dispositifs médicaux exploités relevant du II de l'annexe de l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R314-161 du code de l'action sociale et des familles. Il est demandé au gestionnaire de régulariser la situation (notamment conclusion d'un contrat de maintenance avec un prestataire spécialisé pour l'ensemble des dispositifs médicaux qu'il exploite, procédure de matériovigilance comprenant une traçabilité globale des dispositifs médicaux exploités, formation des personnels à l'utilisation des dispositifs médicaux, encadrement de l'utilisation des dispositifs médicaux par des protocoles adaptés à chacun d'eux, lesquels doivent définir les catégories de personnels habilités à s'en servir).	Le gestionnaire doit définir et mettre en œuvre un plan d'actions permettant de résorber les carences en matière de matériovigilance, notamment : - Conclure un contrat de maintenance avec un prestataire spécialisé pour l'ensemble des dispositifs médicaux qu'il exploite sans exceptions, - Définir et mettre en œuvre une procédure de matériovigilance comprenant une traçabilité globale des dispositifs médicaux exploités, - Mettre en place une formation des personnels à l'utilisation des dispositifs médicaux, - Encadrer l'utilisation des dispositifs médicaux par des protocoles adaptés à chacun d'eux, lesquels doivent définir les catégories de personnels habilités à s'en servir.	Immédiatement Immédiatement Immédiatement Immédiatement		Un protocole d'utilisation des dispositifs médicaux a été élaboré. Toutefois, maintien de l'écart: Un contrat de maintenance avec les sociétés ARJO (contrat ARJO service conformité) et DMEDICA ont été conclus. En revanche, ceux-ci ne portent que sur une partie des dispositifs médicaux exploités seulement. <u>INONCTION: Il est demandé au gestionnaire de prévoir des contrats d'entretien couvrant l'intégralité des dispositifs médicaux qu'il exploite au sein de l'EHPAD - Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> Le plan d'action pour résorber les carences en matériovigilance existe et est satisfaisant. Une procédure de matériovigilance avec traçabilité des dispositifs médicaux exploités existe. Toutefois, celle-ci doit être complétée avec la liste nominative des personnels formés habilités à leur utilisation - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> Il est constaté que les personnels n'ont toujours pas bénéficié d'une formation à l'utilisation des dispositifs médicaux exploités. <u>Il est demandé au gestionnaire de former les personnels qu'il habilitera à leur utilisation - Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
----	---	---	---	--	---

Codes couleur :

Rappel des injonctions déjà formulées dans la LRAR de mise en demeure du 25 mars 2022
Mesures correctrices complémentaires à engager dès réception du rapport et selon les échéances fixées

Agence Régionale de Santé Occitanie
Département du Gers

RAPPORT : MS_2022_DSP_32_18
STRUCTURE : EHPAD « LE CLOS D'ARMAGNAC »
RAPPORT SIGNÉ LE 13/06/2022

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ÉCARTS ET DES MESURES CORRECTIVES ATTENDUES

Écarts	Actions de suivi prévues : mesures correctrices à mettre en œuvre	Détails de mise en œuvre	Réponse Établissement	Contrôle d'effectivité du 15/12/2022, réponse définitive et actions à mettre en œuvre
Le gestionnaire ne satisfait pas aux dispositions des articles L331-2 et R.331-5 du code de l'action sociale et des familles. Or il lui est rappelé qu'il doit être tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé par le maire de la commune siège de l'établissement médico-social, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre doit également être tenu en permanence à la disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes. Enfin, il est rappelé que toute personne appelée par ses fonctions à prendre connaissance de ce registre est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées par l'article 226-13 du code pénal.	Le gestionnaire doit mettre en place le registre légal où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Ce dernier doit être coté et paraphé par le maire de la commune de Cazubon. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	31 octobre 2022		Le registre légal a été coté et paraphé par le maire de Cazubon. L'écart est levé.
L'établissement n'a pas été en mesure de produire le document unique prévu à l'article D312-176-5 du code de l'action sociale et des familles précisant les compétences et les missions confiées par délégation à la directrice en poste le jour de l'inspection (Mme Bavinga MVUTU) et les subdélégations qui en découlent. Par ailleurs, en méconnaissance des dispositions de l'article D312-176-5 du code de l'action sociale et des familles, il est constaté que le document type en vigueur au sein du groupe Morin qui précise les compétences et les missions confiées par délégation à un personnel de direction n'indique pas la nature et l'étendue de la délégation en matière de conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement.	A fins de vérification, le gestionnaire doit transmettre le document unique précisant les compétences et les missions confiées par délégation à la directrice en poste le jour de l'inspection (Mme Bavinga MVUTU) et les subdélégations qui en découlent.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de l'écart : le gestionnaire a été dans l'incapacité de fournir le document unique de délégation (DUD) de Mme Bavinga MVUTU, directrice "de transition" en poste à la date de l'inspection. Il est rappelé au gestionnaire que tout personnel de direction, qu'il soit recruté directement par lui-même ou bien par une agence de recrutement, doit disposer d'un DUD valide établi en conformité avec les dispositions de l'article D312-176-5 du code de l'action sociale et des familles. Un nouveau directeur étant en place, le jour du contrôle d'effectivité, il est demandé au gestionnaire d'adresser le document unique de délégation (DUD) de l'intéressé à l'ARS et au CD du Gers - Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection
En méconnaissance des dispositions des §8 et 69 de l'article L313-3 du code de l'action sociale et des familles, il est constaté : - une insuffisance d'information des résidents par voie d'affichage relative à la tarification applicable sur l'exercice en cours, qui limite leur droit à déposer un recours devant le tribunal inter-régional de la tarification sanitaire et sociale - une insuffisance d'information des résidents quant à leur droit de bénéficier d'une prise en charge au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement.	Le gestionnaire doit : Afficher la tarification applicable sur l'exercice en cours ; Fournir aux résidents l'information nécessaire quant à leur droit de bénéficier d'une prise en charge au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Dès réception du rapport d'inspection Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de l'écart : l'affichage des tarifs fixés par le CD du Gers est effectué. En revanche, ce n'est pas le cas pour les tarifs fixés librement par le gestionnaire. Il est demandé au gestionnaire de procéder à l'affichage des tarifs qu'il fixe librement - Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection L'établissement ne fournit toujours pas aux résidents les informations nécessaires concernant leur droit à bénéficier d'une prise en charge financière au titre de l'APA en établissement L'établissement ne démontre pas qu'il apporte une information sur les démarches à effectuer et leurs conséquences, notamment en terme de financement du tarif dépendance. Le gestionnaire doit mettre en place une information complète et éclairée aux résidents, concernant l'APA et les démarches à effectuer - Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection
En méconnaissance des dispositions de l'article R.314-304 du code de l'action sociale et des familles et des dispositions du Règlement Départemental de l'Aide Sociale du Département du Gers, ainsi que du montant du forfait hospitalier en vigueur, il est constaté une sous-évaluation de la minoration des tarifs hébergement en cas d'absence pour convenance personnelle ou pour hospitalisation, au détriment de l'intérêt des résidents.	Le gestionnaire doit expliquer la sous-évaluation de la minoration des tarifs hébergement en cas d'absence pour convenance personnelle ou pour hospitalisation.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de l'écart : les éléments apportés par le gestionnaire ne permettent pas d'expliquer la sous-évaluation de la minoration des tarifs hébergement en cas d'absence pour convenance personnelle ou pour hospitalisation. Pour ce point, le gestionnaire doit anticiper l'application des dispositions du décret du 18 avril 2022 dont la date d'effectivité est fixée au 1er janvier 2023. INDICATION : Le gestionnaire doit cesser sa pratique de sous-évaluation de la minoration des tarifs hébergement en cas d'absence pour convenance personnelle ou pour hospitalisation, au détriment de l'intérêt des résidents - Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection

	En méconnaissance des dispositions de l'article L331-8-1 du code de l'action sociale et des familles et de l'arrêté du 26 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, l'établissement n'a pas organisé, de façon opérante, la remontée et la gestion des événements indésirables graves.	Le gestionnaire doit organiser, de façon opérante, la remontée et la gestion des événements indésirables graves. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Dès réception du rapport d'inspection Dans le cadre de la procédure contradictoire.		Le gestionnaire a bien organisé, de façon opérante, la remontée et la gestion des événements indésirables graves. L'écart est levé.
8	En méconnaissance des dispositions de l'article L4311-15 du code de la santé publique, l'établissement n'a pas effectué les vérifications d'obligation d'enregistrement et de mise à jour des inscriptions des infirmiers qu'il emploie au regard du registre partagé des professionnels de santé (RPPS) et du tableau de l'Ordre infirmier.	Le gestionnaire doit procéder aux vérifications d'obligation d'enregistrement et de mise à jour des inscriptions des infirmiers qu'il emploie au regard du registre partagé des professionnels de santé (RPPS) et du tableau de l'Ordre infirmier. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	31 octobre 2022		Maintien de l'écart: le gestionnaire a bien engagé les démarches nécessaires auprès de l'ordre national infirmier pour vérifier l'inscription des professionnels IDE de l'établissement. Toutefois, ce dernier n'a pas obtenu la copie des numéros RPPS qui leur ont été attribués. Le gestionnaire doit récupérer la copie des enregistrements RPPS (avec les numéros homologues) pour chaque IDE qu'il emploie au sein de l'EHPAD. Ces derniers seront à verser dans le dossier administratifs de ces personnels - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
9	En méconnaissance des dispositions de l'article D451-88 du code de l'action sociale et des familles et de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social, l'établissement ne respecte pas la qualification des personnels affectés à l'accompagnement éducatif et social des résidents. Le gestionnaire de l'EHPAD doit s'assurer de la possession de la qualification requise des personnels affectés sur ces postes et revoir en conséquence la gestion des ressources humaines (contrats de travail, fiches de poste, fiches de tâches, organigramme, etc.).	Le gestionnaire doit recruter du personnel diplômé. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	31 octobre 2022		Au regard des éléments fournis (diplômes des personnels employés), l'écart est levé.
10	En méconnaissance des dispositions de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, l'établissement ne respecte pas la qualification des personnels au regard du référentiel d'activité des aides-soignants. L'établissement doit diminuer sa proportion de personnel non diplômé sur des fonctions d'aide-soignant. Pour ce faire, il doit engager une politique de formation qualifiant tout en recrutant autant que de besoin du personnel diplômé.	Le gestionnaire doit recruter du personnel diplômé. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	31 octobre 2022		
11	En méconnaissance des dispositions des articles L311-8, D311-38 et D312-160 du code de l'action sociale et des familles et des recommandations du référentiel de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » (mai 2010) et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – La vie sociale des résidents en EHPAD » (janvier 2022), l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide sous l'imbrication élaboré en associant les professionnels et approuvé par ces derniers.	Le gestionnaire doit procéder à la définition et à la rédaction d'un projet d'établissement. Dans ce cadre, le personnel doit être associé afin qu'il puisse être pleinement partie prenante de la démarche à fins d'appropriation.	31 mars 2023		Maintien de l'écart: le gestionnaire a engagé, le 30 novembre 2022, une démarche d'élaboration du nouveau projet d'établissement, en lien avec les équipes pluridisciplinaires. Le gestionnaire doit procéder à la définition et à la rédaction d'un projet d'établissement. Dans ce cadre, le personnel doit être associé afin qu'il puisse être pleinement partie prenante de la démarche à fins d'appropriation - <u>Délai de réalisation: 30 juin 2023</u>
12	En méconnaissance des dispositions de l'article L 331-4 du code de l'action sociale et des familles, le gestionnaire n'a pas été en mesure de fournir à la mission d'inspection le livret d'accueil qu'il a obligation de remettre à la personne accueillie.	A fins de vérification, le gestionnaire doit faire parvenir le livret d'accueil à destination des résidents.	Dans le cadre de la procédure contradictoire.		Maintien de l'écart: le livret fourni lors du contrôle d'effectivité n'est pas complètement actualisé (linge, informations erronées concernant la balnéothérapie et la salle Snoezelen). Le gestionnaire doit actualiser le livret d'accueil - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
13	En méconnaissance des dispositions de l'article L 331-4 du code de l'action sociale et des familles, de l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, l'établissement n'a pas été en mesure de produire un jugement de tutelle, ou autre mesure de protection des majeurs (habilitation familiale) désignant un mandataire ayant pouvoir pour agir à la place du résident en ce qui concerne la signature du contrat de séjour.	Le gestionnaire doit expliciter l'absence de jugement de tutelle, ou autre mesure de protection des majeurs (habilitation familiale) désignant un mandataire ayant pouvoir pour agir à la place du résident en ce qui concerne la signature du contrat de séjour. Le gestionnaire doit mettre en place une procédure afférente à la protection des majeurs accueillis au sein de l'EHPAD.	Dans le cadre de la procédure contradictoire. 31 octobre 2022		Le contrôle d'effectivité a permis de constater la présence des jugements dans les dossiers des résidents. L'écart est levé.
14	En méconnaissance des dispositions des articles D311-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles, et notamment l'article D311-16, l'établissement n'a pas réuni le conseil de la vie sociale et familiale (CVS) depuis mars 2021 et, sur les années antérieures, n'a pas organisé les 3 séances annuelles obligatoires.	Concernant le conseil de la vie sociale et familiale (CVS), le gestionnaire doit restaurer un fonctionnement conforme à la réglementation. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Les éléments contrôlés attestent d'une reprise de fonctionnement normal du CVS. L'écart est levé.

15	De par l'absence de projets d'accompagnement personnalisés co-construits (comportant un projet de soins et un projet de vie) et d'évaluations gériatriques standardisées et des synthèses qui en découlent et en méconnaissance des articles L311-3, D312-155-0-3" et D312-158 du code de l'action sociale et des familles et des référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement » Le « Qualité de vie en EHPAD (volet 4) / accompagnement personnalisé de la santé du résident » (janvier 2012), il est constaté des carences dans la prise en charge globale et personnalisée des résidents.	Le gestionnaire doit restaurer une prise en charge globale et personnalisée des résidents accueillis. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022	Maintien de l'écart : sur 55 résidents accueillis à l'EHPAD le jour du contrôle d'effectivité : - 23 ont un projet de vie personnalisé signé valide (soit 42 %) ; - 14 ont un projet de vie personnalisé à l'état de "brouillon" (soit 25 %) - 18 n'ont pas de projet de vie personnalisé (soit 33 %) Le gestionnaire doit restaurer une prise en charge globale et personnalisée des résidents accueillis : chaque résident doit avoir un projet de vie personnalisé signé et valide. <u>Délai de réalisation : 31 mai 2023</u>
16	En méconnaissance des dispositions de l'article D312-155-4-1 du code de l'action sociale et des familles, l'établissement ne dispose pas d'un plan conforme au cahier des charges précisé par l'arrêté du 7 juillet 2005 qui détaille les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (le plan bleu »).	Le gestionnaire doit définir et formaliser le « plan bleu » applicable à l'EHPAD. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire	Le plan bleu a été transmis par le gestionnaire. L'écart est levé.
17	En méconnaissance des dispositions des articles R4311-2, R4311-3 et R4311-35 du code de la santé publique, la traçabilité des soins et les transmissions écrites sont une obligation du voie à assurer la bonne prise en charge du patient et à assurer la continuité des soins. A ce titre, les actes de kinésithérapie et infirmiers doivent être tracés et les transmissions ou synthèses rédigées. Aucune transmission ne doit être écrite sur une feuille volante mise dans le logiciel prévu à cet effet pour éviter toutes pertes d'informations et sécuriser l'accès aux données. La formation à l'utilisation du logiciel NETsoins devra être actualisée autant que de besoin.	Le gestionnaire doit instaurer un fonctionnement garantissant une parfaite traçabilité des soins et des transmissions et des synthèses. Le gestionnaire doit actualiser la formation à l'utilisation du logiciel NETsoins, autant que de besoin. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire	L'écart est levé. Un rappel sur l'importance de la traçabilité des actes et des transmissions ciblées écrites a été fait par l'IDEC à l'ensemble du personnel utilisateur avec une formation interne à l'utilisation autant que de besoin. A ce jour, toutes les transmissions se font sur le logiciel NETsoins. On note une progression des transmissions ciblées (ouverture d'une cible/actions mises en place/résultat) chez les aides-soignants passant de 45 % à 63 %. En ce qui concerne les actes de kinésithérapie réalisés, il est rappelé l'importance que les dossiers cibles résidents soient complets (bilans de départ et bilan de fin de prise en charge)
18	En application des dispositions de l'article D312-56 du code de l'action sociale et des familles, l'établissement doit se doter d'une qualité de médecin coordonnateur en conformité avec la capacité autorisée (soit 0,50 ETP).	Le gestionnaire doit se doter d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,50 ETP.	Immédiatement	Maintien de l'écart : le jour du contrôle d'effectivité, l'EHPAD ne dispose plus d'un médecin coordonnateur. Le gestionnaire doit se doter d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,50 ETP - <u>Délai de réalisation : 30 juin 2023.</u> <u>Dans l'attente de ce recrutement, il est demandé que le service médical du groupe ROMAN vienne en appui de l'IDEC et des équipes sylvainiennes de l'EHPAD - Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection.</u>
19	Au regard des dispositions de l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles, un professionnel infirmier doit être systématiquement présent dans l'établissement 7j/7 365j/365	Le gestionnaire doit veiller à ce qu'un professionnel infirmier soit systématiquement présent dans l'établissement 7j/7 365j/365. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire	L'écart est levé. Le jour du contrôle, deux infirmières sont présentes sur une amplitude de 10 h (7 h-19 h et 8h-20h). Les plannings d'octobre et de novembre 2022 effectués montrent bien la présence à minima d'une infirmière sur la journée voire de deux sur une amplitude de 10 h.
20	En méconnaissance des dispositions des articles D312-155-0-3" et D312-158-4" du code de l'action sociale et des familles, l'établissement n'a pas mis en place une évaluation gériatrique standardisée et les synthèses qui en découlent.	Le gestionnaire doit mettre en place une évaluation gériatrique standardisée et les synthèses qui en découlent, pour tous les résidents accueillis. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022	L'écart est levé. Une procédure intitulée "prise en charge d'un nouveau résident par l'équipe soignante" a été mise en place. Elle décrit l'organisation et les actions à mettre en place par chaque intervenant (IDEC/DEC, AS/AMF, psychologue, médecin coordonnateur...) pour une prise en charge optimale du résident. L'évaluation gériatrique est bien intégrée et reprend différents items à savoir le recueil des capacités fonctionnelles, la prise en charge thérapeutique (ordonnances, courriers médicaux, résultats d'exams...) le statut nutritionnel, le dépistage-évaluation de la douleur, le dépistage du risque de chute, le dépistage risque d'escarre, l'évaluation cognitive. Les documents/outils d'évaluation utilisés sont spécifiés pour chaque item. Après consultation d'un dossier d'entrée d'un résident au 1er décembre 2022 on retrouve : - l'histoire de vie du résident - les habitudes du résident en terme de vie sociale et d'activité - les capacités fonctionnelles : une grille des capacités préservées a été remplie permettant d'élaborer le plan de soins AS L'évaluation gériatrique : à ce jour, seules les évaluations cognitives n'ont pas été réalisées (en cours)

Au regard de l'article L1110-5 du code de la santé publique : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » La prise en charge de la douleur doit être mieux prise en compte au sein de l'établissement en mettant en place notamment des « référents douleur » (binôme IDE/AS) en lien avec le médecin coordonnateur pour animer un travail de fond (élaboration d'un protocole douleur, évaluation de la douleur et utilisation des échelles d'évaluation...). Une formation de type « prise en charge de la douleur en EHPAD » doit être envisagée en identifiant les personnels prioritaires. Un protocole de prise en charge de la douleur doit être mis en place en s'assurant que celui-ci pourra être utilisé à bon escient par les équipes soignantes. Un partenariat avec un réseau anti-douleur devra être instauré.	Le gestionnaire doit mettre en place des « référents douleur » (binôme IDE/AS) Le gestionnaire doit prévoir de former les personnels soignants de l'EHPAD à la prise en charge de la douleur Le gestionnaire doit définir et mettre en œuvre un protocole de prise en charge de la douleur en s'assurant que celui-ci pourra être utilisé à bon escient par les équipes soignantes Le gestionnaire doit conclure un partenariat avec un réseau anti-douleur Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	immédiatement immédiatement immédiatement immédiatement 31 octobre 2022	Maintien de l'écart: A ce jour, il n'y a toujours pas de "référents douleur" (binôme IDE/AS) nommés au sein de l'EHPAD. <u>Le gestionnaire doit mettre en place des « référents douleur » (binôme IDE/AS) - Délai de mise en œuvre : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> En ce qui concerne le volet formation, l'écart est maintenu : l'établissement a pris contact avec le service anti-douleur du centre hospitalier d'AUCH pour la mise en place d'une formation "prise en charge de la douleur en EHPAD". L'établissement est en attente d'une proposition de dates. <u>Le gestionnaire doit prévoir de former les personnels soignants de l'EHPAD à la prise en charge de la douleur - Délai de mise en œuvre : 30 juin 2023</u> En ce qui concerne la prise en charge de la douleur: une procédure "prise en charge de la douleur" a été élaborée. Elle comporte 18 pages et reprend les recommandations de la HAS. L'écart est levé. Cependant, il serait utile d'élaborer une fiche réflexe synthétique sur la prise en charge de la douleur en lien avec le médecin coordonnateur. Le directeur signale qu'une convention avec le DAC 32 et son réseau soins palliatifs est en cours d'élaboration pour accompagner les professionnels dans la prise en charge des patients en fin de vie et notamment la prise en charge de la douleur. <u>Il est demandé au gestionnaire de transmettre la convention à la DDARS et au Conseil Départemental dès la signature par les deux parties et au plus tard le 30 avril 2023.</u>
Au regard de l'article R4912-5 du code de la santé publique, la traçabilité du suivi de l'évolution des plaies doit être effective à chaque réflexion de pansements	Le gestionnaire doit mettre en place une traçabilité du suivi de l'évolution des plaies à chaque réflexion de pansements. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	immédiatement 31 octobre 2022	La traçabilité des réflexions des pansements et le suivi de l'évolution est effectuée par les IDE sur INETSOINS. Au seul pansement d'escarre est en cours au sein de l'établissement le jour du contrôle d'effectivité. La lecture des transmissions fait bien état de la traçabilité des pansements et du suivi de son évolution par les infirmières. L'écart est levé.

Agence Régionale de Santé Occitanie
Département du Gers

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES REMARQUES ET DES MESURES CORRECTRICES ATTENDUES

	Remarques	Présence de risque majeur : mesures correctrices à mettre en œuvre	Délais de mise en œuvre	Réponse Etablissement	Contrôle d'effectivité du 15/12/2022, réponse définitive et actions à mettre en œuvre
7	Le gestionnaire opérationnelle doit restaurer une continuité de gouvernance	Le gestionnaire doit restaurer une continuité de gouvernance opérationnelle Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		Un directeur permanent a été recruté et est en poste depuis le 17 octobre 2022. Le contrôle d'effectivité a permis de constater un climat interne plus serein et la relance des réunions d'équipe. La remarque est levée.
9	La gouvernance de l'EHPAD doit être durablement stabilisée Le gestionnaire doit restaurer un management prompt à restaurer la confiance auprès des professionnels de l'EHPAD et du sens dans les missions que ces derniers doivent accomplir au quotidien.	Le gestionnaire doit stabiliser durablement la gouvernance de l'EHPAD Le gestionnaire doit restaurer un management prompt à restaurer la confiance des professionnels de l'EHPAD et du sens dans les missions de que ces derniers doivent accomplir au quotidien Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctrices demandées.	Immédiatement Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		

Agence Régionale de Santé Occitanie
Département du Gers

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES REMARQUES ET DES PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS

	Remarques	Intensité de risque majeur : Proposition de recommandations	Délais de mise en œuvre	Réponse Établissement	Contrôle d'effectivité du 15/12/2022, réponse définitive et actions à mettre en œuvre
1	Le gestionnaire doit indiquer s'il existe un suivi des températures d'eau sanitaire et une procédure de prévention du risque brûlures/légionelles.	Le gestionnaire doit indiquer s'il existe un suivi des températures d'eau sanitaire et une procédure de prévention du risque brûlures/légionelles.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de la remarque: le suivi des purges du système d'eau sanitaire existe et a été remis. Toutefois, les documents remis ne permettent d'attester d'un tel suivi que pour les unités "Althéa" et "Angélique". Par ailleurs, le gestionnaire a été dans l'incapacité de fournir une procédure portant sur la prévention du risque brûlures/légionelles et de fournir le suivi des températures du système d'eau sanitaire. Il est demandé au gestionnaire d'effectuer des purges régulières du système d'eau sanitaire sur l'ensemble de l'établissement et de mettre en place un suivi régulier des températures du système d'eau sanitaire. Il est demandé au gestionnaire de déterminer et mettre en œuvre une procédure portant sur la prévention du risque brûlures/légionelles - Délai de réalisation: 31 mai 2023
2	L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer à la mission d'inspection les documents prouvant l'effectivité de contrats d'entretien pour 2022 relatifs aux ascenseurs, à la porte d'entrée automatique, au désenfumage, à l'éclairage, à la cuisine, à l'alarme, aux extincteurs, au chauffage, à la ventilation, à la climatisation, à la plomberie, à l'électricité et au groupe électrogène.	Le gestionnaire doit transmettre les documents prouvant l'effectivité de contrats d'entretien pour 2022 relatifs aux ascenseurs, à la porte d'entrée automatique, au désenfumage, à l'éclairage, à la cuisine, à l'alarme, aux extincteurs, au chauffage, à la ventilation, à la climatisation, à la plomberie, à l'électricité et au groupe électrogène.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de la remarque: le gestionnaire a remis un contrat de maintenance des ascenseurs conclu entre la société OTS et le groupe OMEGA, ancien gestionnaire de l'EHPAD. Ce contrat est caduc depuis le 1er avril 2022. Le contrat daté du 25/02/2022 portant sur l'entretien des portes automatiques entre la société PORTALP et le gestionnaire de l'EHPAD n'est signé que par ce dernier. Le gestionnaire n'a pas été en mesure de remettre les contrats en vigueur portant sur l'alarme incendie, le désenfumage, l'éclairage, la ventilation, la climatisation et le groupe électrogène. Seuls les contrats en validité portant sur l'entretien de la téléphonie et des équipements de cuisine ont été fournis. Il est demandé au gestionnaire de transmettre des contrats d'entretien valides concernant l'alarme incendie, le désenfumage, l'éclairage, la ventilation, la climatisation, le groupe électrogène, la maintenance des ascenseurs et les portes automatiques - Délai de réalisation: 31 mai 2023
3	L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer à la mission d'inspection les informations relatives à la mise en œuvre des prescriptions de la commission de sécurité	Le gestionnaire doit communiquer les informations relatives à la mise en œuvre des prescriptions de la commission de sécurité	Dans le cadre de la procédure contradictoire		La remarque est levée: le gestionnaire a fourni le procès-verbal de la commission de sécurité en date du 27/07/2021. La prescription émise par celle-ci lors de cette visite a été faite (à savoir former les personnels affectés à la surveillance à l'évacuation des résidents par transfert horizontal).
4	Le gestionnaire doit expliciter la sous-occupation de l'EHPAD constatée le jour de l'inspection.	Le gestionnaire doit expliciter la sous-occupation de l'EHPAD constatée le jour de l'inspection.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de la remarque: la visite d'effectivité s'est tenue le 15 décembre 2022, soit bien après la fin de la crise Covid. Or ce jour-là, 55 résidents sont accueillis au sein de l'EHPAD (soit un taux d'activité de 68,75 % seulement). Cette sous-occupation pose question, au regard des moyens de médicalisation et relatifs à la dépendance alloués par l'ARS et le Département à ce jour à hauteur de 80 lits (soit 100 % de taux d'activité). Aussi, en application des dispositions de l'arrêté du 4 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-174 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global dépendance des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et de l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le gestionnaire doit faire remonter le taux d'occupation de l'EHPAD de manière significative, afin d'atteindre à minima le seuil d'activité national EHPAD fixé à 95%. A défaut, en application des articles R314-160, R314-161 et R314-174 du code de l'action sociale et des familles, l'ARS et le Département se réservent le droit d'appliquer les minorations réglementaires sur les forfaits soins et dépendance versés à l'établissement. Dans cette perspective, l'évolution du taux d'activité de l'EHPAD sera vérifiée, dans le cadre des suites d'inspection.
5	Le gestionnaire doit évaluer sur quelle modalité d'accompagnement sont accueillis chaque résident présent le jour de l'inspection.	Le gestionnaire doit évaluer sur quelle modalité d'accompagnement sont accueillis chaque résident présent le jour de l'inspection.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de la remarque: le protocole fourni par le gestionnaire détaille l'accueil du résident. Au regard de l'autorisation dont il est titulaire, le gestionnaire n'est toujours pas en mesure de préciser, pour l'ensemble des résidents présents le jour de l'inspection sur quelle modalité d'accompagnement ils sont accueillis (hébergement permanent - Alzheimer ou non -, hébergement temporaire). Il est demandé au gestionnaire de mettre en place et de tenir un listing précis, actualisé et précisant sur quelle modalité d'accompagnement chaque résident est accueilli (hébergement permanent - Alzheimer ou non -, hébergement temporaire) - Délai de réalisation: 31 mai 2023
6	Il est demandé au gestionnaire d'expliquer l'irrégularité concernant la numérotation d'ordre des résidents constatée dans le registre légal ouvert sur la période du 18 septembre 2014 et fermé le 28 septembre 2017.	Le gestionnaire doit expliquer l'irrégularité concernant la numérotation d'ordre des résidents constatée dans le registre légal ouvert sur la période du 18 septembre 2014 et fermé le 28 septembre 2017.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Dont acte: la remarque est levée. Il est toutefois rappelé au gestionnaire la responsabilité qui lui incombe de suivre avec précision et rigueur les éléments consignés dans le registre légal.
7	L'organigramme doit être révisé et actualisé en faisant apparaître les chaînes hiérarchiques et les liens fonctionnels. Ne doivent apparaître, dans ce dernier, que les personnels stables recrutés en CDI.	Le gestionnaire doit réviser et actualiser l'organigramme de l'EHPAD en faisant apparaître les chaînes hiérarchiques et les liens fonctionnels. Ne doivent apparaître, dans ce dernier, que les personnels stables recrutés en CDI. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de la remarque: l'organigramme présenté par le gestionnaire ne fait toujours pas apparaître les chaînes hiérarchiques et les liens fonctionnels. Il ne fait toujours pas apparaître les seuls personnels stables recrutés en CDI. Le gestionnaire doit réviser et actualiser l'organigramme de l'EHPAD en faisant apparaître les chaînes hiérarchiques et les liens fonctionnels. Ne doivent apparaître, dans ce dernier, que les personnels stables recrutés en CDI - Délai de réalisation: 31 mai 2023
8	Les rencontres direction/délégués du personnel se tiennent de manière irrégulière.	Le gestionnaire doit restaurer des rencontres direction/délégués du personnel à intervalles réguliers. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Les éléments fournis par le gestionnaire permettent d'attester de la restauration des rencontres direction/délégués du personnel à intervalles réguliers. La remarque est levée.
9	Le DUEP doit être actualisé.	Le gestionnaire doit actualiser le DUEP. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Les éléments fournis par le gestionnaire permettent d'attester de l'actualisation du DUEP. La remarque est levée.
10	La DUEP doit être actualisé.	Le gestionnaire doit actualiser le DUEP. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Maintien de la remarque, concernant la qualité de vie au travail (QVAT) et la prévention des risques psychosociaux (RPS): le gestionnaire n'a pas été en mesure de fournir le détail de la politique institutionnelle, en la matière. Avec l'arrivée de la nouvelle direction depuis le 17 octobre 2022, un COPIL doit être lancé le 22 décembre 2022, dans le but de déterminer le détail celle-ci.

La confidentialité des données de la santé est institutionnellement garantie par le code de l'EHPAD, notamment par le secret de la vie privée.

12	L'établissement n'a pas été en mesure de fournir le détail de la politique institutionnelle applicable au sein de l'EHFAD portant sur la qualité de vie au travail (QVT) et la prévention des risques psychosociaux (RPS).	Le gestionnaire doit fournir le détail de la politique institutionnelle applicable au sein de l'EHFAD portant sur la qualité de vie au travail (QVT) et la prévention des risques psychosociaux (RPS).	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Le gestionnaire doit fournir le détail de la politique institutionnelle applicable au sein de l'EHFAD portant sur la qualité de vie au travail (QVT) et la prévention des risques psychosociaux (RPS) - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
13	L'établissement doit restaurer la réunion hebdomadaire du comité de direction (CODIR).	La gestionnaire doit restaurer la réunion hebdomadaire du comité de direction (CODIR). Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Les éléments fournis par le gestionnaire permettent d'attester de la restauration de la réunion hebdomadaire du comité de direction (CODIR). La remarque est levée.
14	La mission d'inspection a constaté de nombreux défauts de recueil d'information relatif au domicile de secours des résidents alors que celui-ci détermine les conditions de prise en charge des résidents au titre de l'aide sociale à l'hébergement et de l'APA en établissement. Ces manquements sont de nature à compromettre un accès aux droits des résidents en la matière. L'établissement doit systématiquement vérifier le domicile de secours des résidents et le mentionner explicitement dans leur dossier. L'établissement doit appliquer ses consignes internes concernant l'accompagnement des résidents dans leurs démarches pour obtenir les aides légales.	Le gestionnaire doit systématiquement vérifier le domicile de secours des résidents et le mentionner explicitement dans leur dossier. Le gestionnaire doit veiller à faire appliquer ses propres consignes internes concernant l'accompagnement des résidents dans leurs démarches pour obtenir les aides légales. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		Maintien de la remarque, concernant la vérification systématique du domicile de secours des résidents: lors du contrôle d'effectivité: celle-ci n'a toujours pas été effectuée et consignée dans le dossier de 8 résidents, sur les 53 accueilli. Le gestionnaire doit systématiquement vérifier le domicile de secours des résidents et le mentionner explicitement dans leur dossier - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> Maintien de la remarque, concernant l'accompagnement des résidents dans leurs démarches pour obtenir les aides légales: le gestionnaire n'applique toujours pas ses propres consignes internes en la matière. Seuls les documents du site internet du Département du Jura sont présentés concernant l'APA et l'aide sociale générale sont présentés aux résidents. Le gestionnaire doit veiller à faire appliquer ses propres consignes internes concernant l'accompagnement des résidents dans leurs démarches pour obtenir les aides légales - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
15	L'établissement doit procéder sans délai au recrutement d'un directeur sur site afin d'assurer une gouvernance stable. Dès le recrutement réalisé, l'établissement devra réactualiser l'organigramme ainsi que l'ensemble des documents administratifs afférents au personnel (registre du personnel, tableau des effectifs...).	6. Voir actions correctives à engager au titre des Remarques 8 et 9 supra. Le gestionnaire doit réactualiser l'ensemble des documents administratifs afférents au personnel (registre du personnel, tableau des effectifs...) Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		Les éléments fournis par le gestionnaire permettent d'attester de la réactualisation de l'ensemble des documents administratifs afférents au personnel (registre du personnel, tableau des effectifs...). La remarque est levée.
16	L'établissement devra mettre à jour son tableau du personnel salarié, en ce qui concerne le personnel soignant. Il doit indiquer la qualification de chaque personnel soignant en fonction de son diplôme. L'identifiant d'emploi doit correspondre au diplôme du salarié.	Le gestionnaire doit remettre à jour le tableau du personnel salarié de l'EHFAD, en ce qui concerne le personnel soignant. Il doit indiquer la qualification de chaque personnel soignant en fonction de son diplôme. L'identifiant d'emploi doit correspondre au diplôme du salarié. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		Les éléments fournis par le gestionnaire permettent d'attester de la mise à jour le tableau du personnel salarié de l'EHFAD, en ce qui concerne le personnel soignant. La remarque est levée.
17	Il est constaté un turn-over important des personnels.	Le gestionnaire doit expliquer le turn-over important des personnels	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Don't acte. La remarque est levée.
18	Les dossiers administratifs des personnels sont incomplets: 1) Le diplôme correspondant à la fonction occupée par le salarié est absent dans trois dossiers sur les douze contrôlés, 2) Les entrées de casier judiciaire sont absentes de la moitié des dossiers consultés, 3) Les inscriptions et mises à jour des professions réglementées au répertoire ADELI et au RPPS ne sont pas intégrées dans les dossiers des professionnels concernés, 4) Les fiches de tâches individualisées pour chaque agent sont inexistantes, 5) Les comptes rendus d'entretien professionnel ne figurent pas dans tous les dossiers. L'établissement doit compléter les dossiers des personnels.	Le gestionnaire doit compléter les dossiers des personnels Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Maintien de la remarque: le contrôle effectué le 15 décembre 2022, sur la base d'un échantillonnage, des dossiers de Mme Albanot (IDEC), Mme Amouron (AS), Mme Bernadet (serveuse), M. Casart (auxiliaire de vie), Mme El Aïta (AES), Mme Flon (IDE) et de Mme Bélier (auxiliaire de vie en formation AS) permet de conclure que les dossiers des personnels n'ont été que partiellement complétés (fiches de poste et de tâches toujours impersonnelles et toujours sous timbre du groupe OMEGA, précédent gestionnaire de l'établissement, absence de la recevabilité de VAE, absence de l'inscription au RPPS, absence d'extrait n°3 du casier judiciaire). Le gestionnaire doit compléter les dossiers des personnels - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
19	Les fiches de poste et de tâches doivent être rédigées pour l'ensemble des personnels et communiquées à ces derniers.	Le gestionnaire doit rédiger les fiches de poste et de tâches pour l'ensemble des personnels. Celles-ci doivent être communiquées à ces derniers Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Maintien de la remarque: les fiches de poste et de tâches remises sont des "fiches types" issue du groupe KORIAM. Le gestionnaire doit rédiger les fiches de poste et de tâches pour l'ensemble des personnels. Celles-ci doivent être adaptées à la réalité du fonctionnement de l'établissement, nominatives, communiquées aux salariés - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
20	Les derniers entretiens professionnels ayant été effectués en 2018, il revient au gestionnaire de veiller à procéder à une nouvelle campagne d'entretiens dès cette année 2022.	Le gestionnaire doit procéder à une nouvelle campagne d'entretiens professionnels Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		Don't acte. Les éléments de preuve trouvés dans les dossiers des salariés contrôlés le 15 décembre 2022 par échantillonnage crédibilisent la réponse du gestionnaire. La remarque est levée.

21	l'établissement doit établir un plan de formation qui doit avant tout correspondre et répondre aux besoins propres de l'EHPAD sur la base des obligations réglementaires opposables aux ESMS (formations obligatoires et celles relatives aux gestes de premiers secours) et des besoins des résidents pris en charge.	Le gestionnaire doit établir un plan de formation qui doit avant tout correspondre et répondre aux besoins propres de l'EHPAD sur la base des obligations réglementaires opposables aux ESMS (formations obligatoires et celles relatives aux gestes de premiers secours) et des besoins des résidents pris en charge. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	immédiatement 31 octobre 2022		Le plan de formation 2022 et la planification de ce dernier permet de conclure que le gestionnaire a satisfait à la demande de la mission d'inspection. La remarque est levée.
22	Les modalités pratiques de la supervision et de la régulation des personnels ne sont ni définies, ni appliquées et ni tracées. Il n'a pas été retrouvé trace d'analyse des pratiques professionnelles.	Le gestionnaire doit définir, mettre en œuvre et tracer la supervision et la régulation des personnels. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue : le gestionnaire n'a pas remis de preuve de l'effectivité et d'une traçabilité d'une supervision et d'une régulation des personnels. Le gestionnaire doit définir, mettre en œuvre et tracer la supervision et la régulation des personnels - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
23	Il est demandé au gestionnaire d'expliquer s'il existe un système de visites programmées et inopinées organisées à fins de contrôle du travail de nuit. Il est demandé au gestionnaire de transmettre les comptes rendus attestant de la supervision des personnels de nuit.	Le gestionnaire doit expliciter s'il existe un système de visites programmées et inopinées organisées à fins de contrôle du travail de nuit. Le gestionnaire doit transmettre les comptes rendus attestant de la supervision des personnels de nuit.	Dans le cadre de la procédure contradictoire Dans le cadre de la procédure contradictoire		La remarque est maintenue: Le gestionnaire n'a pas été en mesure d'expliquer s'il existe un système de visites programmées et inopinées organisées à fins de contrôle du travail de nuit. Le gestionnaire doit transmettre les comptes rendus attestant de la supervision des personnels de nuit. Le gestionnaire doit mettre en place un système de visites programmées et inopinées organisées à fins de contrôle et de supervision du travail de nuit. Celles-ci doivent faire l'objet de comptes rendus - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
24	Le gestionnaire doit expliciter les mesures en vigueur et mises en œuvre au niveau de l'EHPAD, en matière d'accompagnement et de soutien des professionnels.	Le gestionnaire doit expliciter les mesures en vigueur et mises en œuvre au niveau de l'EHPAD, en matière d'accompagnement et de soutien des professionnels.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Le gestionnaire a expliqué à la mission les mesures en vigueur et mises en œuvre au niveau de l'EHPAD, en matière d'accompagnement et de soutien des professionnels. Il a remis à celle-ci le document-procédure afférent. La remarque est levée.
25	En connaissance des recommandations du référentiel de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) « Quatre de vie en Ehpad (volume 3) - La vie sociale des résidents en Ehpad » (janvier 2022), l'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation formalisé et développé sur la base d'une approche pluridisciplinaire.	Le gestionnaire doit formaliser et développer un projet d'animation, sur la base d'une approche pluridisciplinaire. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue : à la date du 15 décembre 2022, le gestionnaire n'a toujours pas formalisé et développé un projet d'animation, sur la base d'une approche pluridisciplinaire. Le gestionnaire doit formaliser et développer un projet d'animation, sur la base d'une approche pluridisciplinaire - <u>Délai de réalisation: 31 mai 2023</u>
26	Le gestionnaire doit transmettre le livret d'accueil à la mission d'inspection. La communication aux résidents de ce document obligatoire, doit être systématique.	Le gestionnaire doit transmettre le livret d'accueil de l'EHPAD. Le gestionnaire doit mettre en place une communication systématique du livret d'accueil aux résidents accueillis. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Dans le cadre de la procédure contradictoire immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		La remarque est maintenue: le gestionnaire a remis le livret d'accueil de l'EHPAD, lequel n'est que partiellement actualisé. Par ailleurs, le gestionnaire n'a toujours pas mis en place une communication systématique du livret d'accueil aux résidents accueillis. Le gestionnaire doit mettre à jour le livret d'accueil de l'EHPAD - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> Le gestionnaire doit mettre en place une communication systématique du livret d'accueil aux résidents accueillis - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
27	Le règlement de fonctionnement doit être adapté à la situation spécifique de l'EHPAD La Clos d'Armagnac à Caroubon. Il doit être plus précis sur les conditions de prise en charge du legs personnel tant sur les modalités que sur les coûts induits.	Le gestionnaire doit adopter le règlement de fonctionnement à la situation spécifique de l'EHPAD. Dans ce cadre, il doit veiller à ce qu'il soit plus précis sur les conditions de prise en charge du legs personnel tant sur les modalités que sur les coûts induits. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue: le règlement de fonctionnement a été remis par le gestionnaire, lors du contrôle d'effectivité. Celui-ci est établi sous l'ombre Korian et date du 24 septembre 2019. Il n'intègre pas les dispositions prévues par le Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Le gestionnaire doit mettre à jour le règlement de fonctionnement de l'EHPAD, au regard des dispositions du Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
28	Le gestionnaire doit établir les contrats de séjour et ses annexes en respectant leur contenu tel que prévu par le contrat type élaboré par le groupe Korian en application des dispositions légales et en s'adaptant à la situation spécifique d'une part de l'EHPAD La Clos d'Armagnac, d'autre part de chaque personne accueillie. Les contrats doivent être actualisés chaque fois que nécessaire par voie d'avenant. Ils ne doivent pas contenir de documents ne correspondant pas à la situation présente du résident et de documents signés « à blanc ».	Le gestionnaire doit établir les contrats de séjour et ses annexes en respectant leur contenu tel que prévu par le contrat type élaboré par le groupe Korian en application des dispositions légales et en s'adaptant à la situation spécifique d'une part de l'EHPAD La Clos d'Armagnac, d'autre part de chaque personne accueillie. Le gestionnaire doit veiller à ce que les contrats soient actualisés chaque fois que nécessaire par voie d'avenant. Le gestionnaire doit veiller à ce que les contrats de séjour ne contiennent pas de documents ne correspondant pas à la situation présente du résident et de documents signés « à blanc ». Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	immédiatement immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue : le gestionnaire n'a toujours pas mis en œuvre la mesure corrective demandée par la mission d'inspection. Le gestionnaire doit établir les contrats de séjour et ses annexes en respectant leur contenu tel que prévu par le contrat type élaboré par le groupe Korian en application des dispositions légales et en s'adaptant à la situation spécifique d'une part de l'EHPAD La Clos d'Armagnac, d'autre part de chaque personne accueillie. Le gestionnaire doit veiller à ce que les contrats soient actualisés chaque fois que nécessaire par voie d'avenant. Le gestionnaire doit veiller à ce que les contrats de séjour ne contiennent pas de documents ne correspondant pas à la situation présente du résident et de documents signés « à blanc ». <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>

23	Le gestionnaire doit s'assurer : -que toutes les décisions requises en matière de protection des majeurs, de désignation de la personne de confiance, de recherche du consentement, ont été obtenues et vérifiées au moment de la conclusion du contrat de séjour. -que le contrat de séjour et ses annexes soient actualisés par voie d'avantant en cas de modification de la situation du résident relative à sa protection juridique.	Le gestionnaire doit s'assurer que toutes les décisions requises en matière de protection des majeurs, de désignation de la personne de confiance, de recherche du consentement, ont été obtenues et vérifiées au moment de la conclusion du contrat de séjour. Le gestionnaire doit s'assurer que le contrat de séjour et ses annexes soient actualisés par voie d'avantant en cas de modification de la situation du résident relative à sa protection juridique. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue : dans les dossiers de résidents consultés par échantillonnage, les démarches ont été effectuées mais la désignation d'une personne de confiance n'est pas systématique. Le gestionnaire doit compléter les dossiers des résidents avec les coordonnées d'une personne de confiance pour chacun d'eux - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
30	L'établissement doit présenter les résultats des élections des membres titulaires et suppléants du conseil de la vie sociale et familiale (CVS). L'établissement doit établir des relevés de conclusion retraçant notamment les avis et les propositions émis par le CVS. L'établissement doit informer les membres du CVS des mesures prises à la suite des avis et propositions émis par le CVS.	↳ Voir actions correctives à engager au titre de l'écrit n° 14 L'établissement doit présenter les résultats des élections des membres titulaires et suppléants du conseil de la vie sociale et familiale (CVS). L'établissement doit établir des relevés de conclusion retraçant notamment les avis et les propositions émis par le CVS. L'établissement doit informer les membres du CVS des mesures prises à la suite des avis et propositions émis par le CVS. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Dans le cadre de la procédure contradictoire Immédiatement Immédiatement 31 octobre 2022		Le gestionnaire a apporté les preuves du rétablissement du conseil de la vie sociale (PV élections et de relevés de réunion/conclusions du CVS). La remarque est levée. Toutefois, il n'a pas été en mesure d'apporter la preuve d'une information faite auprès des membres du CVS, quant aux suites données aux avis et propositions émis par le CVS. <u>Il est demandé au gestionnaire d'y veiller, avec une attention toute particulière, dès la réception des conclusions définitives de la mission d'inspection.</u>
31	L'établissement doit compléter sa procédure d'accueil par des informations relatives à son habilitation partielle à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement. L'établissement doit mettre en œuvre des actions d'information et de formation de son personnel afin qu'il s'approprie et applique la procédure d'accueil.	Le gestionnaire doit compléter la procédure d'accueil de l'EHPAD par des informations relatives à son habilitation partielle à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement. Le gestionnaire doit mettre en œuvre des actions d'information et de formation de son personnel afin qu'il s'approprie et applique la procédure d'accueil. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement 31 octobre 2022		Maintien partiel de la remarque: le gestionnaire n'a toujours pas complété la procédure d'accueil de l'EHPAD par des informations relatives à son habilitation partielle à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement. Le gestionnaire doit compléter la procédure d'accueil de l'EHPAD par des informations relatives à son habilitation partielle à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement. - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> En revanche, il a été constaté que le gestionnaire avait effectué une information et une formation de son personnel afin qu'il s'approprie et applique la procédure d'accueil. Sur ce point, la remarque est levée.
32	Il est demandé au gestionnaire de former le personnel de l'établissement afin qu'il s'approprie et applique la procédure relative à la protection juridique des résidents, notamment au moment de l'élaboration des contrats de séjour.	Le gestionnaire doit former le personnel de l'établissement afin qu'il s'approprie et applique la procédure relative à la protection juridique des résidents, notamment au moment de l'élaboration des contrats de séjour. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue: le gestionnaire n'a pas été en mesure de fournir la preuve d'une formation du personnel, afin qu'il s'approprie et applique la procédure relative à la protection juridique des résidents, notamment au moment de l'élaboration des contrats de séjour. Le gestionnaire doit former le personnel de l'établissement afin qu'il s'approprie et applique la procédure relative à la protection des biens, effets et valeurs personnels des résidents - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
33	Il est demandé au gestionnaire de former le personnel de l'établissement afin qu'il s'approprie et applique la procédure relative à la protection des biens, effets et valeurs personnels des résidents. L'établissement doit déterminer la liste limitative des salariés qui ont accès au coffre.	Le gestionnaire doit former le personnel de l'établissement afin qu'il s'approprie et applique la procédure relative à la protection des biens, effets et valeurs personnels des résidents. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée. L'établissement doit déterminer la liste limitative des salariés qui ont accès au coffre. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire		Le gestionnaire a fourni la preuve d'une formation dont le personnel a bénéficié pour que ce dernier s'approprie et applique la procédure relative à la protection des biens, effets et valeurs personnels des résidents. La remarque est levée.
34	L'établissement doit déterminer sa politique de promotion de la bientraitance et les actions, notamment de formation qu'il va mettre en place pour son appropriation et son application par le personnel.	Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une politique de promotion de la bientraitance au sein de l'EHPAD et les actions (notamment de formation) pour permettre une pleine appropriation et application de celle-ci par les personnels. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022		La remarque est maintenue : le gestionnaire n'a toujours pas déterminé et mis en œuvre une politique de promotion de la bientraitance au sein de l'EHPAD et les actions (notamment de formation) pour permettre une pleine appropriation et application de celles-ci par les personnels. Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une politique de promotion de la bientraitance au sein de l'EHPAD et les actions (notamment de formation) pour permettre une pleine appropriation et application de celles-ci par les personnels - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
35	L'établissement n'a pas été en mesure de fournir la journée type des résidents et d'expliquer la politique institutionnelle en matière de respect du rythme de vie des résidents.	Le gestionnaire doit fournir la journée type des résidents et d'expliquer la politique institutionnelle en matière de respect du rythme de vie des résidents.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Le gestionnaire a fourni et expliqué la journée type du résident. La remarque est levée.

36	Un méconnaissance des recommandations du référentiel de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) « Qualité de vie en EHPAD (juillet 21) – De l'accueil de la personne à son accompagnement » (décembre 2010), « Qualité de vie en Ehpad (juillet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad » (janvier 2012) et « Qualité de vie en EHPAD (juillet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (septembre 2012). L'établissement n'a pas conclu des conventions de partenariat avec les établissements et services de santé médico-sociaux et les partenaires sociaux de son environnement.	Le gestionnaire doit conclure des conventions de partenariat avec les établissements et services de santé médico-sociaux et les partenaires sociaux de son environnement. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement 31 octobre 2022	La remarque est maintenue: bien qu'il ait conclu des conventions de partenariat avec la clinique d'Aire/Adour et le CH de Mont-de-Marsan (pour le versant sanitaire) et quelques acteurs sociaux, la démarche d'inscription dans le tissu partenarial gersois dans lequel s'inscrit l'EHPAD n'est tenue. Le gestionnaire doit conclure des conventions de partenariat avec les établissements et services de santé médico-sociaux et les partenaires sociaux de son environnement: CH d'Auch, établissement pivot du GHT du Gers, et CH de Condom, siège le plus proche d'un service des urgences (pour les soins somatiques), CH du Gers (pour les soins de santé mentale), acteurs sociaux et médicaux sociaux de l'ouest-gersois (autres EHPAD, etc.) - <u>Délai de réalisation: 30 juin 2023</u>
	L'infirmière coordinatrice doit être recensée sur la coordination de l'équipe soignante (encadrement et management du personnel soignant, supervision des soins et des bonnes pratiques générales) et l'exercice de ses responsabilités propres (hygiène des soins et des locaux, maîtrise du risque infectieux, protocoles de soins...). L'IDEC ne peut pas être d'astreinte de manière permanente. Elle doit disposer de temps de coupure en dehors de son travail. Sa fiche de poste doit être élaborée rapidement dans ce sens.	Le gestionnaire doit veiller à recenser l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD sur la coordination de l'équipe soignante (encadrement et management du personnel soignant, supervision des soins et des bonnes pratiques générales) et l'exercice de ses responsabilités propres (hygiène des soins et des locaux, maîtrise du risque infectieux, protocoles de soins...). Le gestionnaire doit veiller à ce que l'infirmière coordinatrice ne soit pas d'astreinte de manière permanente. Celle-ci doit disposer de temps de coupure en dehors de son travail. Sa fiche de poste doit être élaborée rapidement dans ce sens. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire	La remarque est maintenue. Une fiche de poste IDEC "type" a été remise. Elle traduit les missions principales d'une IDEC. En revanche, elle prévoit des missions qui incombent au plan réglementaire au seul médecin coordonnateur (notamment l'élaboration du projet de soins - cf. article D312-158 du code de l'action sociale et des familles). Il est donc demandé au gestionnaire de modifier la fiche de poste de l'IDEC en conséquence - <u>Délai de réalisation: 30 avril 2023</u> Lors du contrôle d'effectivité, l'infirmière coordinatrice a confirmé ne plus être d'astreinte de manière permanente. Le directeur, l'attachée de direction et l'infirmière coordinatrice se partagent les semaines d'astreinte. Le planning d'astreinte affiché dans la salle de soins confirme l'organisation mise en place. La remarque est levée.
37	La pièce aveugle située dans le pôle de soins situé au premier étage est encombrée et le manque de rigueur dans le rangement ne permettent pas de maîtriser le risque infectieux (C3 point 6.26). La séparation des circuits propre/sale n'est pas assurée dans le pôle soins situé au premier étage. Il est indispensable de réfléchir à l'utilisation et à l'organisation du pôle soins situé au premier étage en assurant la marche en avant des chariots de soins et en séparant la salle du propre. Les zones de rangement doivent être adaptées aux types de matériel et de produits et n'abriter que du matériel de soins. En ce qui concerne l'infirmerie de l'EHPAD (Unité « Marguerite »), il convient de redéfinir son appellation et son organisation en terme de rangement et d'affichage.	Le gestionnaire doit veiller à faire désencombrer et ranger avec rigueur la pièce aveugle située dans le pôle de soins situé au premier étage. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée. Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une nouvelle organisation du pôle soins situé au premier étage, en assurant la marche en avant des chariots de soins et en séparant la salle du propre. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre de la mesure corrective demandée.	Immédiatement Dans le cadre de la procédure contradictoire Immédiatement 31 décembre 2022	La pièce aveugle qui sert de local de stockage pour le matériel de soins a été désencombrée et la circulation en est plus aérée. Le matériel et les dispositifs médicaux propres/stériles ont été rangés par spécialité sur les étagères et armoire prévues à cet effet. A noter que certaines boîtes de rangement sont encore stockées à même le sol ainsi que certains consommables (1 nébulisateur adulte, 1 cartouche contenant un filtre). Il est demandé de stocker le matériel et les dispositifs médicaux surélevés par rapport au sol - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
	Une procédure de nettoyage du réfrigérateur et du micro-ondes doit être mise en place. Le remplacement de la crédence concernant le point d'eau doit être effectué.	Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une procédure de nettoyage du réfrigérateur et du micro-ondes. Le gestionnaire doit procéder au remplacement de la crédence concernant le point d'eau. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement 31 octobre 2022	Il a été constaté que le pôle de soins situé au premier étage de l'EHPAD est toujours dans la même configuration. Celle-ci n'assure toujours pas la marche en avant des chariots de soins et en séparant le sale du propre. L'écart est donc maintenu. Il est demandé au gestionnaire de procéder à une reconfiguration du pôle de soins de l'EHPAD en respectant le principe de la marche en avant (création d'un local retour sale/décontamination des chariots et espace de soins propre, notamment) - <u>Délai de réalisation: 30 septembre 2023</u> En ce qui concerne l'infirmerie de l'EHPAD, les remarques sont partiellement levées. Le jour du contrôle d'effectivité, il est constaté que : - la crédence murale a été remplacée, - le micro-ondes et le réfrigérateur sont propres et une procédure de nettoyage a été mise en place. Cependant, une réflexion globale sur l'utilisation de cette pièce et son organisation n'a toujours pas été engagée. Le jour du contrôle d'effectivité on retrouve sur le plan de travail un appareil à tension, un sèche cheveux, une couverture, un thermomètre, un paquet de fipapants... Il est donc demandé au gestionnaire de redéfinir son appellation et son organisation en terme de rangement et d'affichage - <u>délai de réalisation: 30 juin 2023</u>
38	Il n'y a pas eu d'auto-évaluation des pratiques et risques liés à la mise en charge médicamenteuse en lien avec la pharmacie d'officine qui fournit les médicaments des résidents et il n'existe donc pas de plan d'actions d'amélioration du circuit du médicament au sein de l'EHPAD. Il est essentiel que l'établissement procède à un état des lieux en vue d'identifier les principaux risques inhérents aux différentes étapes du processus du circuit du médicament et de mettre en place un plan d'action d'amélioration du circuit du médicament. Certaines dispositions peuvent d'emblée faire l'objet de mesures correctives : 1) La préparation des médicaments doit être réalisée dans des conditions d'hygiène satisfaisantes et notamment des mains. Il est indispensable que le point d'eau soit fonctionnel et propre et le plan de travail débarrassée de toute denrée alimentaire ; 2) Dès leur livraison, les médicaments doivent être pris en charge dans des conditions de sécurité satisfaisantes (remise à un personnel habilité ou déposé dans un local ou dispositif sécurisé par exemple). Un protocole doit définir les modalités de réception des médicaments par l'EHPAD ; 3) Les médicaments et notamment la dotation d'urgence doivent être stockés dans des conditions d'hygiène satisfaisantes ; 4) Dès que l'infirmerie a terminé la distribution des médicaments, le chariot de distribution doit être nettoyé. Une attention particulière doit être portée aux médicaments sous forme buvable. Les pipettes doivent être nettoyées entre chaque prise et les conditions de stockage de ces médicaments doivent être définies. La date d'ouverture doit systématiquement être apposée sur le contenant de manière à en permettre le suivi ;	Le gestionnaire doit procéder à un état des lieux en vue d'identifier les principaux risques inhérents aux différentes étapes du processus du circuit du médicament et de mettre en place un plan d'action d'amélioration du circuit du médicament. Le gestionnaire doit mettre en œuvre l'ensemble des 9 actions correctives listées à la remarque 39 d'origine. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement 31 octobre 2022	La remarque est maintenue. A ce jour, il n'y a pas eu d'état des lieux permettant de mettre en évidence les points forts et les points faibles de l'établissement en matière de circuit du médicament et par conséquent aucun plan d'action d'amélioration est en cours. Il est donc demandé au gestionnaire en lien avec le pharmacien d'officine référent de procéder à un état des lieux en vue d'identifier les principaux risques inhérents aux différentes étapes du processus du circuit du médicament et de mettre en place un plan d'action d'amélioration du circuit du médicament - <u>Délai de réalisation: 30 septembre 2023</u> Concernant les mesures correctives demandées : > Mesure 1 : la remarque est levée Le jour du contrôle d'effectivité, le point d'eau est fonctionnel et le plan de travail propre. > Mesure 2 : la remarque est maintenue La procédure définissant les modalités de réception des médicaments n'a pas été mise en place. Seul un cahier traçant la livraison et la réception des médicaments (date-heure-identification de la personne assurant la livraison et la réception) est effectif. Il est demandé au gestionnaire de mettre en place une procédure définissant les modalités de réception des médicaments - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> > Mesure 3 : la remarque est maintenue Le jour du contrôle d'effectivité, la dotation d'urgence est stockée dans un cahier plastique à même le sol. Il est demandé au gestionnaire de stocker la dotation d'urgence dans des conditions d'hygiène satisfaisantes - <u>Délai de réalisation: dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u> > Mesure 4 : la remarque est levée Le jour du contrôle d'effectivité, le chariot de distribution des médicaments est propre. Les médicaments sous forme buvable sont rangés sur le chariot avec leur pipette respective propre. > Mesure 5 : la remarque est levée

5) Le réfrigérateur ne doit contenir que des médicaments thermosensibles. Le contrôle journalier de la température doit être effectif et tracé. Le nettoyage du réfrigérateur doit faire l'objet d'une procédure ;				Le jour du contrôle d'effectivité, le réfrigérateur est propre et ne contient que des médicaments thermosensibles. Le contrôle journalier de sa température est effectif et tracé.
6) La réglementation en matière de médicaments stupéfiants doit être impérativement respectée et le stock ne doit correspondre qu'aux traitements en cours ;				On note toujours la présence du réfrigérateur type table-TOP indiqué comme en panne sur un scotch mis en travers de la porte. Il est branché et contient des boîtes de suppositoires DOUPRANE® dont 5 sont périmés (4 depuis le 4 octobre 2022 et une depuis le 1er août 2022).
7) Afin de sécuriser la prise en charge du résident, il importe de sensibiliser les prescripteurs à la nécessité d'utiliser l'outil de prescription informatisée ;				Il est demandé au gestionnaire de sortir ce réfrigérateur de la pharmacie et d'assurer le contrôle des péremptions des médicaments thermosensibles - <u>Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
8) Il convient de mener une réflexion sur les conditions du contrôle des prises avant administration. Il est certain que la préparation des doses par la pharmacie qui conduit à un déconditionnement des formes unitaires sèches (comprimés, gélules) et donc à leur perte d'identification, ce qui ne peut pas faire l'objet d'une vérification par l'équipe infirmière. Toute erreur de médicament relève, dans ces conditions de la pleine et entière responsabilité de la pharmacie. Ceci n'exonère cependant pas les infirmières du contrôle de la correspondance entre le médicament indiqué sur la cuillère et la fiche d'administration, ainsi que le contrôle de posologie (nombre d'unité par prise) ;				> <u>Mesure 6</u> : la remarque est levée Le jour du contrôle d'effectivité, le coffre ne contient que les médicaments stupéfiants correspondants au traitement en cours.
9) Concernant les médicaments buvaux préparés à l'avance, il pourrait être utile de les conserver au réfrigérateur en attendant leur administration.				> <u>Mesure 7</u> : la remarque est levée Les médecins prescripteurs utilisent l'outil de prescription informatisée > <u>Mesure 8</u> : la remarque est maintenue La réflexion sur les conditions de contrôle des prises avant administration doit être menée dans le cadre de l'auto-évaluation liée au circuit du médicament (Cf. 1er paragraphe) > <u>Mesure 9</u> : la remarque est maintenue Les médicaments buvaux préparés à l'avance doivent être conservés au réfrigérateur en attendant leur administration - <u>Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
Pour assurer la sécurité et une prise en charge adaptée des résidents : - Il est indispensable que deux personnels dont 1 diplômé AS/AES soient présents la nuit et cela toutes les nuits de l'année ; - Il est indispensable que deux personnels dont 1 diplômé AS/AES soient présents le jour à l'UPAD ; - Il est indispensable que le nombre de soignant par jour soit suffisant ; - Il est indispensable de mettre en place une politique de prévention de l'absentéisme. Au regard du nombre de résidents, la direction doit s'assurer de la présence de personnel suffisant tant le jour que la nuit et définir une dotation quotidienne en agent permettant d'assurer un accompagnement de qualité auprès des résidents.	Le gestionnaire doit veiller à ce que deux personnels dont 1 diplômé AS/AES soient présents la nuit et cela toutes les nuits de l'année Le gestionnaire doit veiller à ce que deux personnels dont 1 diplômé AS/AES soient présents le jour à l'UPAD Le gestionnaire doit veiller à ce que le nombre de soignant par jour soit suffisant Le gestionnaire doit mettre en place une politique de prévention de l'absentéisme adaptée à l'EHPAD	Immédiatement Immédiatement Immédiatement Immédiatement		Les plannings de nuit d'octobre et de novembre 2022 effectués montrent bien la présence à minima de deux personnels de nuit voire 3 dont au moins un diplômé voire deux (AS et/ou AMP). La remarque est levée. Les plannings soins de l'UPAD d'octobre et de novembre 2022 effectués montrent bien la présence de deux personnels dont 1 diplômé mas tous les jours. En effet, le 1er et le 2 octobre il est noté qu'un seul agent sur l'UPAD (AMP ou AES) de 08h45 à 20h45 ainsi que le 1er et le 10 novembre. La remarque est donc maintenue. Il est demandé au gestionnaire de veiller à ce que deux personnels (dont 1 diplômé AS/AES/AMP) soient présents le jour à l'UPAD - <u>Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
De manière générale et au regard du nombre de résidents accueillis, le gestionnaire doit s'assurer de la présence de personnel suffisant tant le jour que la nuit et doit définir une dotation quotidienne en agent permettant d'assurer un accompagnement de qualité auprès des résidents. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.		Immédiatement Immédiatement		En ce qui concerne la dotation quotidienne en personnel de soins dans les différentes unités (unité générale et UPAD), l'établissement n'a pas été en mesure de la fournir, ni les modalités de fonctionnement en cas d'absentéisme. La remarque est donc maintenue. Il est demandé au gestionnaire de définir une dotation quotidienne par agent et de définir les modalités de fonctionnement en cas d'absentéisme - <u>Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
La toilette doit rester un moment privilégié et de bien-être pour les résidents. Il faut veiller à préserver l'autonomie de la personne et la faire participer autant que possible au soin. Pour cela, le personnel doit être en nombre suffisant (Cf. point 6.13 du présent rapport).	& Voir actions correctives à engager au titre de la Remarque n° 40 ci-dessus			
Pour optimiser le repérage et la prise en charge de la dénutrition, un temps de diététicienne serait opportun de manière à mieux coordonner la prise en charge. De plus, il serait opportun de mettre en place des référents « nutrition » au sein de l'établissement (par exemple binôme IDE/AS) pour ancrer un travail de fond en lien avec la diététicienne et harmoniser les pratiques.	Le gestionnaire doit procéder au recrutement d'un temps de diététicien(ne). Le gestionnaire doit mettre en place des référents « nutrition » au sein de l'établissement (par exemple binôme IDE/AS) pour ancrer un travail de fond en lien avec la diététicienne et harmoniser les pratiques Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement 31 octobre 2022		Les remarques sont maintenues. - L'établissement n'a pas procédé au recrutement d'un temps de diététicienne. Le gestionnaire doit procéder au recrutement d'un temps de diététicien(ne) afin qu'une coordination sur la prise en charge alimentaire soit effective au sein de l'EHPAD en lien avec l'équipe soignante et de restauration (évaluation de la dénutrition, adaptation de l'alimentation pour spécifiques de chaque personne âgée...) <u>Délai de réalisation : 30 juin 2023</u> - L'établissement n'a pas mis en place des référents « nutrition » (binôme IDE/AS) Le gestionnaire doit mettre en place des référents « nutrition » au sein de l'établissement pour ancrer un travail de fond en lien avec la diététicienne et harmoniser les pratiques. <u>Délai de réalisation : 30 juin 2023</u>

43)	L'analyse des documents remis montre des insuffisances graves dans la prévention et la gestion des chutes au sein de l'EHPAD au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) édictées par la HAS et DGS (Recommandations pour la pratique clinique HAS : « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée » / RBPP HAS). « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » (DGS-DGAS-SINGG) « Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » chutes prévention p 28 à 29 – chutes : prises en charge du résident chuteur p 30 à 31). Une politique de lutte contre le risque de chute doit être engagée en lien avec l'ensemble de l'équipe soignante en nommant un binôme IDE/AS référent « Gestion des chutes » en lien avec le médecin coordonnateur au sein de la Commission des chutes. Les axes d'amélioration émis lors des commissions chutes doivent être suivis d'un plan d'actions détaillées et d'un calendrier précis. De plus, il est indispensable de sécuriser notamment les points clés suivants : 1) Le repérage de la personne à risque et la recherche des facteurs de risque ; 2) L'évaluation du risque et la mise en place d'interventions personnalisées (par exemple un programme d'exercice physique, une réduction de la marche, une révision de l'ordonnance, des modifications environnementales et de surveillance...). Ces actions doivent être reprises dans le plan de soins et le projet personnalisé de chaque résident ; 3) La conduite à tenir devant toute chute et notamment la nécessité de prévenir la famille ou la personne de confiance ; 4) L'organisation de la surveillance des résidents la nuit à l'UPAD.	Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une politique globale de lutte contre le risque de chute adaptée à l'EHPAD, en lien avec l'ensemble de l'équipe soignante.	Immédiatement		La remarque est maintenue. Le gestionnaire n'a pas établi un plan d'action détaillé et un calendrier d'application afin d'améliorer la prévention des chutes. Il est demandé au gestionnaire d'établir son plan d'action. <u>Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
		Le gestionnaire doit nommer un binôme IDE/AS référent « Gestion des chutes », en lien avec le médecin coordonnateur au sein de la Commission des chutes.	Immédiatement		Un binôme IDE/AS a été nommé : il s'agit de l'infirmière coordinatrice et d'une AES diplômée. Sur ce point, la remarque est levée.
44)	L'évaluation et la prise en charge des troubles du comportement doivent se référer aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la HAS. « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social » HAS RBPP février 2009 / Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge - HAS RBPP décembre 2011 (Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs HAS RBPP mai 2009). Le fonctionnement de l'unité protégée doit faire l'objet d'une réflexion collective pour permettre une prise en charge optimale des résidents accueillis. Un accompagnement des professionnels (et notamment formation adaptée) devra être mis en place.	Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une politique globale d'évaluation et de prise en charge des troubles du comportement conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées de la Haute autorité de santé (HAS). Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre un projet de fonctionnement spécifique à l'unité protégée de l'EHPAD, sur la base d'une réflexion collective. Dans ce cadre, un accompagnement des professionnels (et notamment formation adaptée) devra être mis en place. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement		L'établissement a recruté un psychologue à mi-temps. L'évaluation des troubles du comportement est intégrée dans l'évaluation gériatrique à l'entrée du résident. Le psychologue réalise les évaluations avec des outils spécifiques (MMSE, NPI, GDS) ce qui permet d'adapter la prise en charge en tenant compte des capacités cognitives du résident. Sur ce point, la remarque est levée. Le projet de fonctionnement spécifique de l'unité protégée n'a pas été remis le jour du contrôle d'effectivité. Sur ce point, la remarque est maintenue. Il est demandé au gestionnaire de définir et mettre en œuvre un projet de fonctionnement spécifique à l'unité protégée de l'EHPAD, sur la base d'une réflexion collective - <u>Délai de réalisation : 31 mai 2023</u>
45)	La gestion de l'incontinence doit respecter la dignité des résidents. Les changes anatomiques doivent être à la bonne taille et garantir un taux d'absorption adéquat de manière à réduire les risques d'irritations notamment. L'établissement doit impérativement veiller à la gestion du stock des différents modèles de changes de manière à ce que chaque résident dispose du modèle adapté à son incontinence tous les jours de l'année. L'accompagnement aux toilettes et la surveillance des éliminations doit être mieux prise en compte et la prise en charge du résident doit prévaloir.	Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une politique de gestion de l'incontinence qui respecte la dignité des résidents. Le gestionnaire doit veiller à ce que les changes anatomiques soient systématiquement à la bonne taille et permettant de garantir un taux d'absorption adéquat de manière à réduire les risques d'irritations notamment. Le gestionnaire doit impérativement veiller à la gestion du stock des différents modèles de changes de manière à ce que chaque résident dispose du modèle adapté à son incontinence tous les jours de l'année. Le gestionnaire doit veiller à ce que l'accompagnement aux toilettes et la surveillance des éliminations soit systématiquement prise en compte. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement Immédiatement		Les remarques sont levées. Le personnel interroge le jour du contrôle d'effectivité s'il dispose de changes anatomiques en adéquation avec les besoins des résidents. La surveillance des éliminations est effective et tracée sur le logiciel NETsoins.
46)	Il est impératif que le contenu du chariot d'urgence corresponde à la liste établie par le médecin coordonnateur. Le contenu du chariot d'urgence doit être vérifié tous les mois et à chaque utilisation et tout matériel manquant doit être remplacé. L'établissement doit donc disposer du stock nécessaire pour remplacer tout matériel utilisé, manquant ou périmé du chariot d'urgence. Le matériel doit être complété par : 1) Une deuxième bouteille d'oxygène 1000 L stockée dans les conditions de sécurité édictées pour ce type de produit ; 2) Un BAVU complet en réserve, emballé et un assortiment de masques de différentes tailles (petit-moyen-grand). Les formations aux gestes de premiers secours et à l'utilisation du DSA doivent être actualisées pour l'ensemble du personnel soignant. Une trousse de secours adaptée doit être positionnée à l'UPAD et contenir à minima de quoi prendre les paramètres vitaux (appareil à tension automatique, saturimètre, thermomètre), désinfecter une plaie et faire un pansement.	Le gestionnaire doit impérativement veiller à ce que le contenu du chariot d'urgence corresponde à la liste établie par le médecin coordonnateur. Le gestionnaire doit veiller à ce que le contenu du chariot d'urgence soit vérifié tous les mois et à chaque utilisation. Tout matériel manquant doit être remplacé. L'EHPAD doit disposer du stock nécessaire pour remplacer tout matériel utilisé, manquant ou périmé du chariot d'urgence. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement Immédiatement		Les remarques suivantes sont maintenues : - l'établissement doit se munir d'une deuxième bouteille d'oxygène 1000 L qui doit être stockée dans les conditions de sécurité édictées pour ce type de produit ; - un BAVU complet emballé doit être en réserve avec un assortiment de masques de différentes tailles (petit-moyen-grand) ; - une trousse de secours adaptée doit être positionnée à l'UPAD et contenir l'ensemble du matériel. <u>Délai de réalisation : dès réception des conclusions définitives de la mission d'inspection</u>
				Dans le cadre de la procédure contradictoire	

Il est impératif que les ateliers cuisine soient encadrés par une procédure et sous la responsabilité du chef de cuisine. Les denrées alimentaires doivent être récupérées au service cuisine le jour de l'atelier et ramené si non utilisées. Le matériel de cuisine doit être nettoyé après chaque utilisation. Une fiche de traçabilité « atelier pâtisserie » doit être rédigée et indiquer à minima la date, le nom des résidents participants, les ingrédients utilisés avec traçabilité des numéros de lot et la réalisation d'un plat témoin pour conservation par le service hôtelier.	Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une procédure applicable aux ateliers cuisine. Ces derniers doivent être placés sous la responsabilité du chef de cuisine. Dans ce cadre, le matériel de cuisine doit être nettoyé après chaque utilisation. Une fiche de traçabilité « atelier pâtisserie » doit être rédigée et indiquer à minima la date, le nom des résidents participants, les ingrédients utilisés avec traçabilité des numéros de lot et la réalisation d'un plat témoin pour conservation par le service hôtelier. Il est demandé au gestionnaire d'attester de la parfaite mise en œuvre des mesures correctives demandées.	Immédiatement 30 octobre 2022		La remarque est levée. C'est l'animatrice qui organise des ateliers pâtisserie au sein de l'EHPAD (1 à 2 par mois). Ils se déroulent dans la salle d'animation située au 1er étage équipée en conséquence (pont d'eau, four, four micro-ondes propres le jour du contrôle). L'animatrice envoie une semaine avant la recette choisie par un résident au chef cuisinier. Le jour de l'atelier, elle récupère l'ensemble des ingrédients et ustensiles utiles à la réalisation du dessert. La traçabilité des numéros de lot pour chaque ingrédient est effectuée par la cuisine et la liste des résidents participants est tracée dans le logiciel NETSoins par l'animatrice. L'animatrice prépare une "part témoin" pour conservation par le service hôtelier.
---	---	---	--	---

Agence Régionale de Santé Occitanie
Département du Gers

RAPPORT : MS_2022_DSP_34_18
STRUCTURE : EHPAD « LE CLOS D'ARMAGNAC »
RAPPORT SIGNÉ LE 13/06/2022