

Service émetteur : Délégation Départementale du Lot
Courriel : ars-oc-dd46-direction@ars
Téléphone : [REDACTED]

Date : **13 JUIN 2024**

N° PRIC : **MS-2023-46-CS-03**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et

Le Président du Conseil Département du Lot

À

[REDACTED]
Président du Conseil d'Administration
Représentant légal de la structure
EHPAD Val du Célé
3 route des sonneries
46270 Bagnac sur Célé

Courrier RAR n° 1A 213 545 8214 1

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'EHPAD Val du Célé

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD VAL DU CELE

Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président du Conseil d'Administration,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 28 septembre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention envoyée sous pli recommandé le 31 Janvier 2024 et remise à l'établissement le 7 Février 2024, à communiquer vos observations, en réponse à la proposition de mesures correctives,

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, en date du 1er Mars 2024.

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

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

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

.../...

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

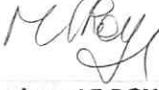
Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Nous savons pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le président du Conseil d'Administration, l'expression de nos salutations distinguées.

Le directeur général et par délégation,
la directrice par intérim de la délégation
départementale du Lot


Maguelone LE ROY

Le président du Département

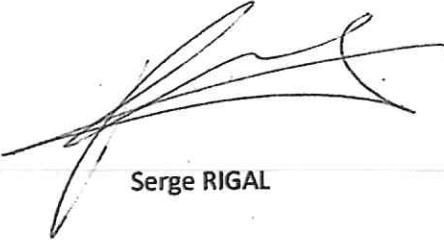

Serge RIGAL

TABLEAU DE SYNTHESE DES ECARTS ET REMARQUES

Inspection de l'EHPAD Val du Célé à Bagnac (46)

28 Septembre 2023

N° PRIC : MS_2023_46_CS_03

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

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

ECARTS	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure correctrice attendue (Injonction (I) / Prescription (P) / Recommandation (R))	Délai de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Décision de l'autorité
Ecart Majeur n° 1 : La mission constate que l'établissement ne dispose pas de projet d'établissement dans un contexte d'absence clairement identifiée par l'établissement dans le cadre des divers audits et diagnostics réalisés, notamment dans le CPOM qui arrive à échéance en 2024.		I. n°1 : En vertu des dispositions de l'article L311-8 du CASF et dans un contexte de récurrence de l'identification du manquement et en l'absence de sa mise en œuvre, l'établissement est mis en demeure de débouter, sans délai, les travaux d'élaboration du projet d'établissement (et de toutes ses composantes), par une animation de réunions pluri-professionnelles, en impliquant les usagers et leurs familles, dans l'objectif de définir les éléments cadre de son pilotage et de fait, de garantir la sécurité des pratiques.			La mission prend acte de cette information. Les mesures qui seront mises en place, seront examinées dans le cadre du suivi de cette inspection. L'injonction est maintenue.
Ecart n° 11 : De par son absence, le projet d'établissement ne peut préciser la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance afin d'en définir son cadre et la sécurisation et continuité de sa mise en œuvre.	Article L311-8 du CASF				
Ecart n°21 : L'absence de projet général de soins contrevient à l'article D312-158 du CASF. Ecart n° 30 : L'absence de projet général de soins contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Article D312-158 du CASF.				
Ecart n°38 : L'établissement ne dispose pas de projet général de soin faisant état des coopérations nécessaires dans la mise en œuvre de soins palliatifs. La démarche de soins palliatifs n'est pas élaborée par le directeur, le médecin coordinateur et l'ensemble des professionnels. Il s'agit là d'une non-conformité aux dispositions prévues à l'article D311-38	Article D311-38 du CASF				
Ecart n°1 : Les résidents n'ont pas connaissance de façon systématique du règlement de fonctionnement. Il s'agit là d'une non-conformité.	Article R311-34 du CASF	P. n°1 L'établissement doit remettre systématiquement aux résidents le règlement de fonctionnement en vigueur.	15 jours		Levée de la prescription. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Ecart n°2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis à chaque personne de l'établissement qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole. Il s'agit là d'une non-conformité.	Article R311-33 à R311-37 CASF	P. n°2 L'établissement doit remettre systématiquement à chaque personne de l'établissement qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole le règlement de fonctionnement en vigueur.	15 jours		Levée de la prescription. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.

Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas daté, il ne permet pas de suivre sa modification (qui ne peut être supérieure à 5 années). Il s'agit là d'une non-conformité.	Article R311-33 du CASF	P. n°3 Afin de suivre son délai de révision réglementaire, l'établissement doit dater son règlement de fonctionnement.	15 jours		Levée sur pièce remise dans le cadre du contradictoire.
Ecart n° 4 : Le règlement de fonctionnement ne peut pas faire l'objet de consultation du CVS en son absence d'installation et de fonctionnement de celui-ci (cf. Ecart n°10). Il s'agit là d'une non-conformité. Art. R311-33 à R311-37 CASF	Article R311-33 à R311-37 CASF	P. n°4 L'établissement doit veiller à une consultation des usagers et des familles dans la rédaction du règlement de fonctionnement.	3 mois		Levée sur pièces remises dans le cadre du contradictoire. La pérennité de cette mise en œuvre sera objectivité dans le cadre du suivi.
Ecart n° 5 : Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement. Il s'agit là d'une non-conformité.	Article R311-34 du CASF	P n°5 L'établissement doit afficher son règlement de fonctionnement dans ses locaux.	15 jours		Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection.
Ecart n°6 : Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles de façon suffisamment détaillé. Il s'agit là d'une non-conformité.	Art. R311-35 du CASF	P n°6 L'établissement doit inclure les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles de façon précise et détaillée dans son règlement de fonctionnement.	3 mois		Mesure maintenue.
Ecart n°7 : Bien que disposant d'une nomination par arrêté au grade d'attaché principal de la fonction publique territoriale, la direction ne dispose pas des délégations du Conseil d'Administration précisant ses compétences et ses missions.	Article D315-71 CASF	P n°7 Les missions et tâches déléguées au directeur de l'établissement par le Président du Conseil d'Administration doivent faire l'objet d'une délégation de pouvoir formalisée, comme définie à l'article D315-71 CASF. Le Président d'administration doit procéder à cette mise en conformité dans un délai de 1 mois.	1 mois		Mesure maintenue.
Ecart n° 8 : La continuité de la fonction de direction n'est pas formalisée et ne fait pas l'objet d'un planning transmis aux agents. Ce manque de formalisation est susceptible d'entraîner la désorganisation et la perte de sécurité dans les activités de soin et de prises en charge des résidents.	L 311-3 du CASF	P n°8 Le gestionnaire de l'établissement doit organiser et mettre en œuvre une astreinte formalisée de la fonction de direction. Le planning doit être actualisé et communiqué au personnel de l'établissement afin de garantir la sécurité des activités menées auprès des résidents.	1 mois		Mesure maintenue. La mise en œuvre des mesures débutées au 1 ^{er} janvier 2024 sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection.

<p>Ecart n°9 : Les postes de direction et d'infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur (IDEC) sont amenés à répondre sans discontinuité aux divers appels potentiels des professionnels en l'absence de planning d'astreinte de direction. Ce manque de formalisation est susceptible d'entraîner des risques psycho sociaux pour ces professionnels induit par l'absence de déconnexion à la vie professionnelle. Il s'agit là d'une non-conformité aux dispositions de l'article L2242-17 du Code du travail.</p> <p>Ce manquement lié à l'absence de formalisation du cadre des astreintes de direction contrevient également aux dispositions prévues à l'article 1 du décret n°2005-542 du 19 mai 2005 relatif aux modalités de la rémunération ou de la compensation des astreintes et des permanences dans la fonction publique territoriale.</p>	Article L2242-17 du Code du travail Article 1 du décret n°2005-542 du 19 mai 2005	Transmission aux autorités compétentes		Transmission aux autorités compétentes
<p>Ecart n°10 : Les personnels de l'établissement ne disposent pas de l'affichage du règlement intérieur dans les locaux de l'établissement.</p>	Article L1311-1 à L133-4-1 du code du travail.	Transmission aux autorités compétentes		Transmission aux autorités compétentes
<p>Ecart n° 12 : L'absence de déclaration systématique aux autorités de tous les incidents importants ou les évènements indésirables graves contrevient aux dispositions des articles L 331-8-1 du CASF.</p>	Article L 331-8-1 du CASF	<p>P n°9</p> <p>L'établissement doit procéder au signalement de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation de ses activités susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.</p> <p>Il doit donc transmettre sans délai l'ensemble des évènements indésirables impliquant un agent extérieur ou toute activité interne, observée, consécutive ou résultante de l'organisation menée par celui-ci.</p>	<p>Dès à présent</p>	Prescription maintenue.

Ecart n° 13 : L'établissement ne dispose pas de l'ensemble des qualifications requises pour les professionnels.	Article D312-155-0 et D312-157 du CASF et L.4391-1 du CSP.			Mesure maintenue et l'élément sera constaté dans le cadre du suivi de l'inspection.
Ecart n° 28 : En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D 312-156 du CASF.	Article D 312-156 du CASF			Mesure maintenue.
Ecart n° 25 : L'absence de médecin coordonnateur ne permet pas de garantir la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins et contrevient ainsi à l'article D312-158 du CASF.	Article D312-158 du CASF		Les travaux de mise aux normes et la recherche des qualifications du personnels (notamment en aides-Soignants qualifiés ou mesures d'accompagnement vers des parcours de VAE ainsi que la recherche de recrutement d'un médecin coordinateur)	Mesure maintenue.
Ecart n° 26 : L'absence de médecin coordonnateur ne permet pas de garantir la compatibilité de l'état de santé des personnes accueillies avec les capacités de soins de l'institution, contrevenant ainsi à l'article D312-158 du CASF.	Article D312-158 du CASF	P n°10 <u>Afin de garantir l'accompagnement des prises en charge et la sécurité des résidents</u> et en vertu des normes prévues aux articles D312-155-0, D312-156, D312-157, L311-3, D312-158 du CASF et L.4391-1 du CSP nous vous demandons de prendre des mesures immédiates pour les respecter. Ces normes vous sont opposables en référence aux écarts suivants : 13, 14, 25, 26, 29, 31, 32,	+ Organisation de la mise en place de la coordination gériatrique <u>Doivent débuter immédiatement</u> <u>Date line de la finalisation de l'ensemble de ces mises aux normes</u> <u>6 mois</u>	Mesure maintenue.
Ecart n° 31 : En l'absence de MEDEC pouvant réaliser des prescriptions médicales en situation d'urgence, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Article D312-158 du CASF.			Mesure maintenue.
Ecart n°32 : L'absence de médecin coordonnateur ne permet pas de garantir la réalisation d'une évaluation gériatrique ni son actualisation, contrevenant à l'article D312-158 du CASF.	Article D312-158 du CASF.			Mesure maintenue.
Ecart n° 29 : L'absence de commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Article D312-158 du CASF			Mesure maintenue.
Ecart n° 14 : Les professionnels de l'établissement ont recours à des glissements de tâches afin de pallier des manquements de qualifications au sein de l'établissement. Ce fonctionnement est susceptible d'entraîner des risques pour les personnes prises en charge.	Article L 311-3 du CASF			Mesure maintenue.

Ecart n°15 : Le gestionnaire ne s'assure pas, de façon uniforme, à la compatibilité de leurs professionnels à exercer leurs fonctions auprès des personnes vulnérables. Il s'agit là d'une non-conformité aux dispositions prévues à l'article L133-6 CASF	Article L133-6 CASF	P n°11 L'établissement doit procéder systématiquement au contrôle de la compatibilité de leurs professionnels à exercer leurs fonctions auprès des personnes vulnérables en vertu de l'article L133-6 CASF	Dès à présent		Mesure maintenue. Cette mesure sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection.
Ecart n° 16: Les anomalies constatées concernant la sécurisation du jardin de l'unité dédiée Alzheimer ne permet pas d'assurer le respect de la sécurité des personnes prises en charge dans l'établissement et contreviennent à l'article L 311- 3 CASF	L 311- 3 CASF	P n°12 La sécurisation des barrières de l'unité Alzheimer doit être mise en place immédiatement.	Début des travaux immédiat Finalisation 15 jours		Mesure maintenue Grillage qui borde le jardin de l'unité protégée trop bas et qui peut, par enjambement, engendrer des fugues de résidents et un risque de blessure.
Ecart n°17 : A défaut d'une procédure d'admission formalisée et en l'absence du médecin coordinateur dans la structure, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311 et suivants et D312-158 du CASF	L311 et suivants et D312-158 du CASF	P n°13 L'établissement doit tracer une procédure d'admission formalisée.	3 mois		Mesure maintenue.
Ecart n°18 : De par l'absence de formalisation d'une procédure qui vise à recueillir le consentement de la personne lors de l'admission, et en l'absence de médecin coordinateur dans la structure, l'établissement contrevient aux dispositions prévues à l'article L311-3 CASF, L311-4 du CASF, D312-156 du CASF.	Article L311-3 CASF, L311-4 du CASF, D312-156 du CASF	P n°14 L'établissement doit rechercher de façon systématique et recueillir le consentement de la personne lors de l'admission. L'établissement doit inclure le médecin coordinateur dans le processus de mise en œuvre.	Dès les prochaines entrées de résidents 6 mois maximum pour la participation du Médecin Coordinateur sur cette tâche		Mesure maintenue.
Ecart n°19 : En ne tenant pas à disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes, le registre des entrées et des sorties, l'établissement contrevient aux dispositions prévues à l'article L331-2 CASF.	Article L331-2 CASF.	P n°15 L'établissement doit mettre en place un registre des entrées et des sorties.	1 mois		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Ecart n°20 : L'établissement ne répond pas de façon uniforme, pour l'ensemble des résidents, aux dispositions prévues à l'article L.311-4 du CASF.	Article L.311-4 du CASF	P n°16 L'établissement doit remettre le livret d'accueil et ses annexes à l'ensemble des résidents.	3 mois		Mesure maintenue. Sa diffusion sera constatée dans le cadre du suivi.

<p>Ecart n°22 : L'organisation de l'unité dédiée Alzheimer ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient à l'article 311-3 du CASF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Au vu des anomalies constatées, la sécurisation du jardin de l'unité dédiée Alzheimer entraînent un risque de fugue ○ L'organisation des soins ne garantit pas la sécurité du fait de : <ul style="list-style-type: none"> Absence de protocoles de soins, Absence de chariot d'urgence, absence d'affichage des numéros d'urgence Éloignement géographique de la salle de soins infirmiers, Isolement professionnel des personnels 		<p>P n°17 L'organisation de l'unité Alzheimer doit faire l'objet de travaux immédiats afin de garantir la sécurité des personnes en charge des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cf P n° 11 - Mettre en place des protocoles de soins - Mettre en place un chariot d'urgence - Remédier à l'éloignement des professionnels de la salle de soin infirmier - Remédier à l'isolement des professionnels - Mettre en place un circuit du médicament 	3 mois	
<p>Ecart n°44 : L'organisation du circuit du médicament au niveau de l'unité dédiée Alzheimer constitue un risque pour la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p>				
<p>Ecart n°23 : En l'absence de convention avec un établissement de santé, l'établissement contrevient à l'article D 312-158 11° du CASF en ne permettant pas de garantir la continuité des soins.</p>	Article D 312-158 11 du CASF	<p>P n°18 L'établissement doit mettre en œuvre une démarche de contractualisation avec un établissement de santé afin de garantir la continuité des soins.</p>	6 mois	<p>Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi notamment afin de répondre au besoin de proximité en matière de continuité des soins.</p>
<p>Ecart n° 24 : En ne traçant pas le consentement libre et éclairé du résident pour les actes de télémédecine, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R6316-2 du CSP.</p>	Article R6316-2 du CSP	<p>P n°19 L'établissement doit tracer le consentement libre et éclairé du résident pour les actes de télémédecine.</p>	A partir des prochains actes de télémédecine	<p>Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi</p>
<p>Ecart n° 27 : En n'annexant pas au contrat de séjour les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident, l'établissement contrevient à l'article R311-0-6 du CASF.</p>	Article R311-0-6 du CASF	<p>P n°20 L'établissement doit annexer au contrat de séjour les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident.</p>	3 mois	<p>Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi</p>
<p>Ecart n°33 : L'absence de procédure formalisée définissant et graduant les accès aux informations contenues dans le dossier médical ne garantit pas le respect du secret des informations et contrevient à l'article L1110-4 du CSP.</p>	Article L1110-4 du CSP	<p>P n°21 L'établissement doit mettre en place une procédure formalisée définissant et graduant les accès aux informations contenues dans le dossier médical afin de respecter le secret médical.</p>	3 mois	<p>Mesure maintenue.</p>
<p>Ecart n°34 : En ne faisant pas figurer dans le dossier médical le compte-rendu de la réalisation de l'acte de téléconsultation, les actes et prescriptions médicamenteuses effectués, l'identité des professionnels participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte, l'établissement contrevient à l'article R6316-4 du CSP.</p>	Article R6316-4 du CSP	<p>P n°22 L'établissement doit faire figurer dans le dossier médical le compte-rendu de la réalisation de l'acte de téléconsultation, les actes et prescriptions médicamenteuses effectués, l'identité des professionnels participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte.</p>	3 mois	<p>Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi</p>

Ecart n°35 : En ne disposant de défibrillateur automatisé externe, l'établissement contrevient au Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes.	Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes	P n°23 L'établissement doit se doter d'un défibrillateur automatisé externe.	1 mois		Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi
Ecart n°36 : L'absence de formalisation claire, adaptée et suffisante des procédures de soins ne permet pas une lisibilité des rôles et missions des équipes, et compromet la sécurité des soins et contrevient ainsi aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	L311-3 du CASF	P n°24 Afin de garantir la sécurité des soins, l'établissement doit mettre en place une formalisation claire, adaptée et suffisante des procédures de soins afin de permettre une lisibilité des rôles et missions des équipes.	Début des travaux immédiats Finalisation 6 mois		Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi
Ecart n°37 : En n'ayant pas formalisé de politique d'établissement de prévention, d'évaluation, de prise en compte et de traitement de la douleur, l'établissement n'est pas en capacité de satisfaire aux dispositions des articles L. 1110-5 et L1112-4 du CSP.	L. 1110-5 et L1112-4 du CSP	P n°25 L'établissement doit formaliser la politique de prévention, d'évaluation, de prise en compte et de traitement de la douleur.	6 mois		Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi
Ecart Majeur 2 : L'absence de concertation autour du risque iatrogénique, et en particulier en regard du nombre de chutes et de patients ayant des chutes répétées, ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient ainsi aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Article L311-3 du CASF	I. N°2 L'établissement <u>doit mettre en œuvre une concertation immédiate et tout autre procédure autour du risque iatrogénique</u> (et en particulier en regard du nombre de chutes et de patients ayant des chutes répétées), afin de garantir la sécurité des résidents. L'établissement doit veiller au respect de cette mise aux normes et est tenu de mettre en place toute l'organisation médicale nécessaire en la matière.	Début des travaux Immédiats		Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi
Ecart n°39 : L'administration de Compléments Nutritionnels Oraux sans prescription médicale ou de protocole écrit qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP.	Article R4311-7 du CSP	P n°26 L'administration de Compléments Nutritionnels Oraux doivent faire l'objet de prescriptions médicales ou de protocole écrit qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.	1 mois		Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi
Ecart n°40 : L'absence de régime spécifique pour les patients diabétiques et l'absence de recherche de consentement éclairé pour l'absence de régime adapté ne garantit pas une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité du résident favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	Article L311-3 du CASF	P n°27 L'établissement doit mettre en œuvre des régimes spécifiques pour les patients diabétiques et rechercher le consentement éclairé pour l'absence de régime adapté afin de garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, adapté à son âge et à ses besoins.	1 mois		Mesure maintenue.

<p>Ecart n°41 : En n'ayant aucune procédure validée décrivant les différentes étapes du circuit du médicament et responsabilités respectives des différents intervenants, l'établissement ne dispose pas d'un des éléments constitutifs de la qualité de ce circuit et majore le risque d'erreurs médicamenteuses et d'événements indésirables associés aux soins. Cela constitue un risque pour la sécurité des résidents. (Art L311-3 CASF)</p>	<p>P. 28</p> <p>Art L311-3 CASF</p>	<p>L'établissement doit mettre en place une procédure validée décrivant les différentes étapes du circuit du médicament et responsabilités respectives des différents intervenants afin de garantir l'absence d'erreur médicamenteuses et d'événements indésirables associés aux soins.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi afin de respecter toutes les composantes de sécurisation du circuit.</p>
<p>Ecart Majeur n°3 : L'administration de médicaments en l'absence de prescription médicale ou de protocole daté et signé par un médecin contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP.</p>	<p>Article R4311-7 du CSP</p>	<p>I. N°3 En vertu de l'article R 4311-7 du CSP <u>l'administration médicamenteuse doit être consécutive à une prescription médicale et/ou résulter d'un protocole dédié daté et signé par un médecin.</u> L'établissement doit garantir la sécurisation de cette pratique par son organisation de la filière « soin », conformément à sa responsabilité en matière de sécurité sanitaire des résidents.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Mesure maintenue.</p>
<p>Ecart n°42 : En l'absence d'une convention avec une officine, l'établissement contrevient à l'article L.5126-10 du CSP.</p>	<p>Article L.5126-10 du CSP.</p>	<p>P. 29 L'établissement doit conventionner avec une officine.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Mesure levée.</p>
<p>Ecart n°43 : L'absence d'encadrement et de formalisation de la collaboration des AS avec les IDE pour l'administration de médicaments dans les axes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable • Vérification de leur prise • Surveillance de leurs effets Contrevient à l'article R4311-4 du CSP et ne permet pas la sécurité des résidents.</p>	<p>Article R4311-4 du CSP</p>	<p>P. 30 La collaboration des AS avec les IDE pour l'administration de médicaments doit faire l'objet d'un encadrement et d'une formalisation écrite dans les axes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable • Vérification de leur prise • Surveillance de leurs effets </p>	<p>1 mois Procédure écrite finalisée</p>		<p>Mesure maintenue. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi notamment sur la partie relative à la traçabilité des informations.</p>
<p>Ecart n°45 : L'absence de formalisation du suivi des préremptions des médicaments constitue un risque pour les résidents et contrevient à l'article R4312-38 CSP.</p>	<p>Article R4312-38 CSP</p>	<p>P. 31 Les suivis des préremptions des médicaments doit faire l'objet d'une formalisation afin d'en garantir sa mise en œuvre.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi</p>
<p>Ecart n°46 : La présence dans l'établissement de médicaments autres que ceux dispensés nominativement par le pharmacien aux résidents pour leur traitement en cours, et détenus dans l'établissement au titre de médicaments pour soins urgents et l'absence de liste de médicaments pour soins urgents n'est pas conforme aux dispositions du I de l'article L5126-10 du code de la santé publique.</p>	<p>Article L5126-10 CSP</p>	<p>P. 32 L'établissement doit garantir que tous les médicaments détenus dans la structure résultent d'une prescription nominative pour le résident ou sont mentionnés dans la liste des soins urgents.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Mesure maintenue.</p>

REMARQUES	Nature de la mesure correctrice attendue : Recommandation (R)	Délai de mise en œuvre	Réponse de l'établissement
<p>Remarque majeure n°1 : Les professionnels de l'établissement ne sont pas uniformément informés du contenu de leur poste et de leur champ d'intervention auprès des résidents. Cette lacune est d'autant plus préjudiciable pour la continuité et la sécurité des prises en charge, notamment dans un contexte de recours important à l'intérim.</p>	<p>R. Majeure n°1 : Dans l'objectif de structurer et sécuriser les rôles et missions des professionnels de l'établissement (dans un contexte de turnover important, notamment sur des emplois intérimaires), nous vous recommandons de veiller à mettre en place une organisation de la prise de poste qui comprend systématiquement la prise de connaissance de la fiche de poste et de tout élément organisationnel susceptible d'éclairer celui-ci sur le cadre d'intervention attendu.</p>	3 mois	
<p>Remarque majeure n°2 : L'absence de politique visant à favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels est de nature à présenter des risques dans la continuité et la qualité des prises en charge des résidents. Elle est source de risques professionnels importants.</p>	<p>R. Majeure n°2 : En référence aux bonnes pratiques (notamment dans le cadre de la démarche co portée DGOS, l'ANACT et HAS de 2016) en matière de pilotage de la qualité de vie au travail et de tout autres mesures susceptibles de favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels en secteur médico-social, nous vous recommandons de définir un plan d'action en ressource humaine au sein de votre établissement. Ce plan d'action est entendu comme un ensemble de processus qui sécurisent les différents volets de la politique de l'établissement en la matière (accueil des nouveaux professionnels, organisation du travail, accompagnement des carrières, entretiens professionnels, parcours formation...).</p>	12 mois	
<p>Remarque majeure n°3 : L'organisation des ressources humaines au sein de la planification du travail ne permet pas de sécuriser des périodes d'activité nécessitant des renforts en personnel. De plus, cette organisation est susceptible de fragiliser la sécurité des patients et la participation de tous les agents aux temps de transmissions, sensibilisation, lors des réunions pluri-professionnelles.</p>	<p>R. Majeure n°3 : En références aux divers guides de bonnes pratiques en soin des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et en adéquation avec les éléments du guide de la bientraitance en EHPAD notamment, il est recommandé à l'établissement de poursuivre les travaux engagés en matière de réorganisation profonde du travail, afin de répondre aux enjeux soulevés au sein du présent rapport d'inspection.</p>	9 mois	
<p>Remarque n° 1 : Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas la périodicité de sa modification comme le propose le texte. Cette précision permettrait le suivi de sa mise à jour pour l'établissement et la transparence des informations fiables pour les usagers et leurs familles.</p>	<p>R. n°1 Nous vous recommandons d'inscrire dans le règlement de fonctionnement la périodicité de sa révision afin de permettre une vigilance calendaire pour sa mise en œuvre (élément du tableau de bord de pilotage de l'établissement).</p>	1 mois	
<p>Remarque n°2 : Le personnel de l'établissement n'a pas été associé récemment à des travaux relatifs au projet d'établissement, comme le préconisent les recommandations HAS du 18/03/2018. L'établissement n'a pas engagé cette démarche de co construction.</p>	<p>R. n°2 En lien avec la l'Injonction numéro 1 qui impose à l'établissement un livrable de projet d'établissement à 6 mois, il est recommandé à celui-ci de s'appuyer sur le guide d'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service de l'ANESM.</p>	<p>Début des travaux : Immédiatement Livrable du projet d'établissement finalisé : 6 mois</p>	
<p>Remarque n°3 : L'établissement ne dispose pas de document actualisé et facilement disponible pour les professionnels et les usagers précisant les fonctions des personnels et leurs niveaux hiérarchiques.</p>	<p>R. n°3 En référence aux bonnes pratiques qui tendent à accroître la visibilité des places et des rôles au sein de l'établissement, pour les usagers et les professionnels, il est recommandé de mettre en place un document actualisé de type « organigramme » au sein de l'établissement et de rendre facilement visible.</p>	3 mois	
<p>Remarque n°4 : La fonction de direction ne dispose pas de formations continues permettant de renforcer et sécuriser les compétences de direction en établissement médico-sociaux (notamment pour le pilotage et la mise en conformité de l'établissement au normes légales et recommandations des bonnes pratiques professionnelles : outils de la loi 2002-2 ; outils ANESM/HAS).</p>	<p>R. n°4 Il est recommandé au Conseil d'Administration de l'établissement de soutenir toutes les mesures formatives qui visent à étendre les compétences nécessaires au pilotage de la fonction de direction en EHPAD (secteurs : juridique et normatif, apports réglementaires - bonnes pratiques, ressource humaine, management, gestion financière, logiciels métiers...). Dans un souci de démarche continue de la qualité, celles-ci sont nécessaires qu'elles soient, initiales (sécurisation à la prise de fonction) ou continues. Elles permettent de garantir un niveau de connaissance maximisé des enjeux du secteur et des responsabilités attendues.</p>	En continu	

Remarque n°5 : La fonction de direction n'a pas de fiche de poste.	R. n°5 En lien avec la prescription n°7, il est recommandé à l'établissement de compléter la délégation de compétence formalisée attendue de la fonction de direction, par une fiche de poste dédiée.	1 mois	
Remarque n°6 : L'établissement présentait au 1er janvier 2023 un effectif ne justifiant pas de CST au regard des éléments transmis par l'établissement. Au 18 septembre 2023, il comptabilise 55 effectifs physiques. L'établissement doit être en mesure de surveiller ce seuil durant l'exercice à venir afin de veiller à la bonne conformité des prérogatives prévues par le cadre réglementaire et légal.	R. n°6 Il est recommandé à l'établissement une vigilance du seuil des salariés (effectif physique) au 1 ^{er} janvier 2024, afin de mettre en place un CST le cas échéant.	Début 2024	
Remarque n°7 : L'établissement ne dispose pas de Conseil de Vie Sociale qui permettrait une participation régulière, des usagers et de leurs familles, au fonctionnement de l'établissement. Cependant, d'autres formes de participations permettent épisodiquement de les associer. Ce fonctionnement n'est pas suffisamment pérenne et généralisé à toutes les activités de l'établissement.	R. n°7 Il est recommandé à l'établissement de sécuriser les initiatives participatives des résidents et de leurs familles par l'installation d'un Conseil de Vie Sociale afin de garantir une activité continue de celui-ci.	3 mois	
Remarque n° 8 : Le système de recueil et d'analyse des évènements indésirables au sein de l'établissement n'est pas abouti et efficient. Tous les professionnels ne sont pas autonomes dans le recueil formalisé des évènements en interne et il n'y a pas d'analyse systématique et formalisée des faits signalés pour éviter leur répétition.	R. n°8 Il est recommandé à l'établissement de mettre en place une véritable politique de gestion des risques en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques en vigueur.	6 mois	
Remarque n° 9 : L'établissement n'a pas de procédure aboutie de gestion des risques attendue dans le cadre du plan bleu, notamment en termes de méthodologie, définition et de mise en œuvre.			
Remarque n° 10 : La démarche d'évaluation continue de la qualité ne fait pas l'objet de formalisation et d'un suivi régulier de l'établissement impliquant les professionnels.			
Remarque n° 11 : L'absence de médecin coordinateur et la fragilité de la politique de formation de l'établissement ne permet pas la sécurisation optimale des compétences des professionnels et l'accompagnement de celles-ci de façon structurée et uniforme.	R. n°11 Il est recommandé à l'établissement de renforcer toute sa politique de formation professionnelle afin de développer les compétences et de garantir l'évolution et la sécurisation des pratiques.	Dès à présent	
Remarque n° 12 : il n'existe pas de procédure d'admission formalisée.	R. n°12 Il est recommandé à l'établissement de formuler une procédure d'admission.	3 mois	
Remarque n° 13 : L'établissement ne possède pas de procédure ou de fonctionnement uniforme, facilement disponible et connu par l'ensemble des professionnels, sur le recueil des habitudes de vie des résidents. Ce manquement est de nature à créer des ruptures dans la généralisation des prises en charge individualisées des résidents. Cette remarque est majorée par le recours important de l'établissement à l'intérim et aux postes non permanents.	R. n°13 Il est recommandé à l'établissement de formuler une procédure et des outils en matière de recueil des habitudes de vie des résidents. Cette procédure est de nature à sécuriser la généralisation et le cadre de recueil de celles-ci.	3 mois	
Remarque n° 14 : afin de sécuriser et renforcer la coordination des pratiques, une formation complémentaire devra être suivie par ce professionnel pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. (sujet IDEC).	R. n°14 Il est recommandé au Conseil d'Administration de l'établissement et à la fonction de direction de soutenir toutes les mesures formatives qui visent à étendre les compétences nécessaires dans la fonction du poste d'IDEC. Ces accompagnements formatifs seront de nature à soutenir une prise de fonction récente. Dans un souci de démarche continue de la qualité, celles-ci sont nécessaires qu'elles soient, initiales (sécurisation à la prise de fonction) ou continues.	En continu	

<p>Remarque 15 : L'absence de projet d'établissement induit l'absence de politique formalisée sur le sujet qui tiendrait compte des recommandations de bonnes pratiques en ma matière. (sujet liberté d'aller et venir).</p>	<p>R. n°15 En lien avec la l'Injonction numéro 1 qui impose à l'établissement un livrable de projet d'établissement à 6 mois, il est recommandé à celui-ci de s'appuyer sur le guide d'élaboration, en matière de liberté d'aller et venir des résidents.</p>	<p>Début des travaux : Immédiatement Livrable du projet d'établissement finalisé : 6 mois</p>	
<p>Remarque 16 : L'absence de procédure formalisée et de circuit défini pour les soins urgents et non programmés n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratique - Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad » HAS Juillet 2015</p>	<p>R. n°16 Il est recommandé à l'établissement définir une procédure formalisée et de circuit défini pour les soins urgents et non programmés.</p>	<p>6 mois</p>	
<p>Remarque 17 : L'absence d'évaluation annuelle du projet individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins. ANESM : Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Décembre 2008.</p>	<p>R. n°17 L'établissement est recommandé de suivre les recommandations de bonnes pratiques en matière de suivi (dont formalisation et réévaluation périodique) du projet individualisé des résidents.</p>	<p>6 mois</p>	
<p>Remarque 18 : L'absence de réflexion institutionnelle autour des risques liés à la population accueillie n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnels de l'ANESM. ANESM : missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Décembre 2008.</p> <p>Remarque 20 : L'absence de démarche institutionnelle de prévention de la maltraitance n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM. ANESM : missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Décembre 2008.</p>	<p>R. n°18 L'établissement est attendu par recommandation dans la mise en œuvre d'une formalisation de la politique institutionnelle en matière de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ainsi que des procédures, formations, mesures en matière de prévention et de traitement de la maltraitance, et ce en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.</p>	<p>6 mois</p>	
<p>Remarque 19 : L'absence d'appropriation des protocoles prévoyant les conduites à tenir en cas d'incident grave ou de situation aiguë ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilité, l'anticipation et une bonne gestion des situations d'urgence. DGS/DGAS/Société Française de Gériatrie et Gérontologie : Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – octobre 2007</p>	<p>R. n°19 L'établissement est recommandé de mettre en place des protocoles prévoyant des conduites à tenir en cas d'incident grave ou de situation aiguë afin de permettre l'organisation d'une chaîne de responsabilité, l'anticipation et une bonne gestion des situations d'urgence et ce, en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques en EHPAD (octobre 2007).</p>	<p>6 mois</p>	
<p>Remarque 21 : En l'absence de convention avec un établissement siège d'une structure des urgences hospitalières du territoire avec service de médecine gériatrique en amont et en l'absence de possibilité d'admission directe non programmée sans passer en SU, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021.</p>	<p>R. n°21 L'établissement est recommandé de mettre en place des conventions avec les établissements siège des urgences hospitalières du territoire avec service de médecine gériatrique en amont et en l'absence de possibilité d'admission directe non programmée sans passer en SU.</p>	<p>6 mois</p>	
<p>Remarque 22 : Le protocole nutrition utilisé n'est pas conforme aux recommandations professionnelles de l'HAS. HAS : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007.</p>	<p>R. n°22 L'établissement est recommandé d'actualiser le protocole nutrition en vigueur.</p>	<p>3 mois</p>	

Remarque 23 : L'absence d'analyse des chutes et de mesures de prévention n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées d'Avril 2009.	R. n°23 L'établissement est attendu par recommandation à une analyse et une mesure des chutes des résidents conformément aux recommandations de bonnes pratique en la matière.	3 mois	
Remarque 24 : L'existence de contentions sans protocolisation ne permet pas de garantir le respect des recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004 (liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité).	R. n°24 L'établissement est attendu par recommandation à une protocolisation de la « liberté d'aller et venir dans les ESMS » conformément aux recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004.	3 mois	
Remarque 25 : Les prescriptions de contention (non actualisées, non réévaluées, durée de validité de 3 mois, absence de définition et de traçabilité des modalités de surveillance dans le dossier médical) ne sont pas conformes aux recommandation ANAES. ANAES, Service évaluation en établissements de santé : Limiter les risques de contention physique de la personne âgée.	R. n°25 Les prescriptions de contention sont attendues conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en la matière.	3 mois	
Remarque 26: L'absence de formalisation des procédures de prise en charge et l'absence de formation en lien avec les troubles du comportement place l'établissement en non-conformité avec les recommandations de bonnes pratiques HAS et génère un risque de maltraitance. HAS : Recommandations de bonnes pratiques : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur. – 08 juin 2012	R. n°26 Il est recommandé à l'établissement de formaliser des procédures et développer les formations des professionnels en matière de prises en charge avec troubles du comportement, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en la matière.	6 mois	
Remarque 27 : La distribution et l'administration des médicaments au niveau de l'Unité dédiée Alzheimer n'est pas conforme aux recommandations – HAS - Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Médicaments - mars 2022	R. n°27 Il est recommandé à l'établissement de veiller à la conformité des recommandations en matière de distribution et administration des médicaments sur l'unité Alzheimer.	15 jours	
Remarque 28 : L'absence de surveillance de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques.	R. n°28 Il est recommandé à l'établissement de mettre en œuvre la surveillance de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments.	15 jours	
Remarque 29 : La présence de nourriture ou de boisson dans le réfrigérateur dédié aux médicaments n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques.	R. n°29 Il est recommandé à l'établissement de ne pas stocker de la nourriture dans le réfrigérateur dédié aux médicaments.	Immédiatement	
Remarque 30 : L'absence de lisibilité de l'organisation des astreintes administratives ne permet pas de sécuriser la chaîne des responsabilités et la gestion des situations d'urgence.	Requalifié / cf Prescription n°8	1 mois	

