

Membres de la mission :

Pour l'Agence Régionale de Santé

- Madame #####, inspectrice principale – Direction de l'Autonomie
- Madame #####, Pharmacien inspecteur de santé publique – Direction Inspection Contrôle Audit
- Dr #####, Médecin Inspecteur de Santé Publique – Direction de l'autonomie

Pour le Département de la Nièvre

- Madame ##### – Cheffe de service Etablissements et services PA/PH – Direction de l'autonomie – Service Etablissements et services PA/PH
- Madame ##### – Médecin – Direction générale adjointe des solidarités de la culture et du sport – Direction de l'autonomie
- Madame ##### – Référent ESMS – Direction générale adjointe des solidarités de la culture et du sport – Direction de l'autonomie – Service Etablissements et services PA/PH

RAPPORT D'INSPECTION

Octobre 2022

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L300-2 du code des relations entre le public et les administrations et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

☐ Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L311-2 du code des relations entre le public et les administrations). Aussi :

☐ **seul le rapport définitif, établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée, et non le rapport initial ou provisoire, est communicable aux tiers.**

☒ en tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

☐ Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

☒ cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311- du code des relations entre le public et les administrations précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection et à laquelle le rapport d'inspection est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci- dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables.

LISTE RECAPITULATIVE DES ECARTS ET DES REMARQUES

Ecart n° 1 : en ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur, l'établissement ne satisfait pas aux obligations réglementaires des articles R311-33 à R311-37 du CASF.

Ecart n° 2 : en ne disposant pas d'un projet d'établissement actualisé l'établissement ne satisfait pas aux dispositions des articles L311-8 et D311-38 du CASF.

Ecart n° 3 : En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale au moins trois fois par an, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.

Ecart n° 4 : la mission a eu connaissance lors des entretiens menés auprès des professionnels de glissements de tâches (non réguliers) entre IDE et AS et FFAS qui ne respectent pas les obligations de l'article R. 4311-7 du CSP :

- Présence dans le réfrigérateur de l'office (niveau bleu) de suppositoires à la glycérine et de suppositoires de Doliprane® administrés pour ces derniers, parfois la nuit en cas de besoin. Dans ce cas, l'AS ou le FFAS de nuit est amené, en l'absence d'IDE, à évaluer le besoin du résident, à préparer le médicament (acte réservé à l'IDE) et à l'administrer,
- Préparation des gouttes pour les résidents,
- Broyage des médicaments à destination de résidents présentant des troubles de la déglutition,
- Administration à un résident de Microlax® par un FFAS.

Il s'agit d'actes réservés aux IDE au titre de l'article R. 4311-7 du CSP qui ne peuvent pas être réalisés dans le cadre de la collaboration IDE/AS (article R. 4311-4 du CSP) et ne peuvent pas non plus être considérés pour l'administration de Microlax® comme une aide à la prise de médicament (article L. 313-26 du CASF) compte tenu de la nature même du médicament et de son mode de prise qui présentent une difficulté d'administration et un apprentissage particulier.

Risques : exercice illégal de la profession d'infirmier.

Écart n° 5 : Les professionnels infirmiers, en n'étant pas tous inscrits à leur ordre professionnel, ne satisfont pas à l'obligation de l'article L.4311-15 du code de la santé publique. L'infirmier qui n'est pas inscrit à son ordre professionnel n'est pas en conformité au regard d'une profession réglementée et encourt les peines prévues à l'article L.4314-4 du même code.

Ecart n° 6 : en ne diffusant pas la charte de consensus sur le vocabulaire partagé de la maltraitance, l'établissement n'est pas en conformité avec les dispositions de l'article L 119-1 du CASF.

Ecart n° 7 : la charte de confiance prévue par l'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la « Mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » est présente mais méconnue, ce qui ne favorise pas une politique de déclaration des incidents et n'encourage pas une culture positive de l'erreur.

Ecart n° 8 : En ne garantissant pas une connaissance de la direction et des professionnels de la définition exacte de la maltraitance et des conduites à tenir, l'établissement n'est pas en conformité avec l'article L119-1 du CASF qui précise :

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. » :

Ecart n° 9 : en ne s'assurant pas de l'opérationnalité du système d'appels malades, la structure ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

Ecart n°10 : Il a été constaté lors de la visite des locaux depuis le couloir de circulation, la présence de médicaments dans une chambre (en l'occurrence sirop Toplexil® et Doliprane®) et dans l'office, sans aucune sécurisation ; ce qui est contraire aux obligations en la matière (R. 4312-38 CSP, R. 4312-39 CSP). Ecart n° 11 : le réfrigérateur de la salle de soins, équipé d'une sonde, ne fait pas l'objet d'une traçabilité des relevés de température. Risque : Conservation inadaptée des médicaments thermosensibles.

Ecart n° 12 : En n'établissant pas de projet personnalisé d'accompagnement, l'établissement ne satisfait pas à l'article D 312-155-0-3

CASF.

Ecart n° 13 : au regard :

- des propos recueillis lors des entretiens faisant état du manque de temps IDE,
- de la charge de travail inhérente à la prise en soins de 75 résidents (dont la majorité présente un niveau de dépendance important),
- des constats réalisés par la mission (glissement de tâches, absence de sécurisation du circuit du médicament, carence de coordination et de supervision des actes et des soins relevant du rôle propre des IDE, dispensés sous leur responsabilité par les AS),
- des fiches de déclaration des EI transmises (notamment les n°22-1173, 22-2249, 22-0466, 22-2434, 22-0610, 22-0917, 22-2283),

la mission constate que le déploiement des équipes de soins au sein de l'établissement et particulièrement les effectifs d'IDE ne permettent pas de couvrir les besoins de l'établissement et de garantir la sécurité des résidents prévue à l'article L. 311-3 du CASF.

Ecart n°14 : le contrôle par les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de l'exécution et de la qualité des actes et des soins relevant de leur rôle propre, dispensés sous leur responsabilité est insuffisant et ne permet pas de confirmer totalement la continuité des soins infirmiers.

Risque : sécurité des résidents

Ecart n° 15 : en ne disposant plus de médecin coordonnateur, l'établissement ne satisfait pas aux articles D 312-155-0-II, D 312-156 et D 312-158 du CASF.

Ecart n°16 : les protocoles à disposition dans l'établissement présentent des conduites à tenir, qui, si elles sont suivies sans adaptation au cas par cas, sont susceptibles de porter atteinte à la sécurité des résidents garantie par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Ecart n° 17 : en ne consultant pas la prescription en cours pour le résident et en ne s'assurant pas que la dernière prescription orale d'AVK a fait l'objet d'une régularisation, l'IDE, en se basant uniquement sur un document manuscrit (fiche de suivi) et un plan de soins parfois ancien, ne garantit pas la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du résident. Ce manquement est donc susceptible de porter atteinte à la sécurité des résidents garantie par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Ecart n° 18 : les médicaments nécessitant d'être pris à distance des repas ne font pas l'objet de différenciation particulière. Cette pratique ne respecte pas les dispositions de l'article R. 4312-10 CSP et le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de chaque médicament.

Ecart n° 19 : en ne mettant pas en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents, l'établissement ne satisfait pas au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD telles que prévues selon les annexes de l'article D 312-159-2 du CASF.

Écart n° 20 : en ne mettant pas en place de projet de soin pour chaque résident, l'établissement ne satisfait pas à l'article D 312-155-0-3 du CASF.

Ecart n° 21 : la procédure institutionnelle relative au circuit du médicament date de 2019 et n'est plus adaptée au fonctionnement de l'établissement depuis la fermeture de l'USLD et le changement de convention liant l'EHPAD au pharmacien dispensateur (L. 5126-10).

Remarque n° 1 : la présence physique d'une direction déléguée de site par intérim est insuffisante (1jour/semaine) et n'est pas de nature à sécuriser les professionnels qui expriment mal être, souffrance, perte de sens et manque d'écoute de la part de certains personnels d'encadrement.

Remarque n° 2 : les fiches de tâches sont caduques et non connues de certains professionnels, or, elles peuvent être assimilées à un outil de gestion des ressources humaines venant en complément de l'organigramme notamment.

Remarque n° 3 : le processus du dispositif de gestion des plaintes et réclamation n'est pas opérationnel.

Remarque n°4 : la signalétique actuelle ne facilite pas le repérage spatial des résidents et visiteurs.

Remarque n° 5 : le recueil des habitudes de vie des résidents n'est pas actualisé au fil de l'eau.

Remarque n° 6 : il n'a pas été vu de liste de médicaments pouvant être écrasés ou ouverts destinés aux personnes présentant des troubles de la déglutition.

Remarque n° 7 : le CSP prévoit aux articles R. 4311-8 et R. 4311-14 du CSP, les cas où l'IDE est habilitée à mettre en œuvre des protocoles (antalgie et urgence) préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. En dehors de ces situations, la mise en œuvre des autres protocoles par l'IDE nécessite que le médecin désigne par écrit (via l'ordonnance par exemple) les résidents pour lesquels le protocole s'applique.

Remarque n°8 : certains personnels affirment que cinq résidents (parmi les plus dépendants) par étage sont couchés de façon induite dès 16 heures par manque de personnel en soirée.

Remarque n° 9 : la commission « menus » n'existe plus malgré une demande exprimée par les résidents et certains professionnels.

Remarque n° 10 : irrégularité de la pesée des résidents.

Remarque n° 11 : l'analyse des chutes n'est pas systématiquement réalisée.

Table des matières

Présentation de l'établissement.....	9
1 Gouvernance de la structure.....	10
1.1. ELEMENTS INSTITUTIONNELS.....	10
1.1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
1.1.2. Outils de la Loi 2002-2.....	10
1.2. GESTION RESSOURCES HUMAINES	11
1.2.1. Délégation de pouvoirs et signature du directeur	11
1.2.2. Pilotage et continuité de la fonction de direction.....	11
1.2.3. Gestion RH du personnel / QUALIFICATION	12
1.2.4. Gestion RH du personnel / FORMATION.....	16
1.3. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS	18
2 Gestion des risques	21
2.1. Politique de promotion de la bientraitance	21
2.2. Gestion des risques, des crises et des incidents graves	22
2.3. Bâtiments / espaces extérieurs / équipements.....	25
2.4. Sécurité des personnes et des biens.....	27
3 Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement.....	30
3.1. Organisation de la prise en charge.....	30
3.1.1. Admission.....	30
3.1.2. Modalités d'accompagnement / Projet d'accueil et d'accompagnement	31
3.1.3. Continuité des prises en charge et coordination des professionnels au sein de l'établissement	32
3.2. Respect des droits et de la dignité des personnes.....	37
3.2.1. Rythmes de vie, respect des droits et de la dignité des personnes.....	37
3.2.2. Liberté d'aller et venir.....	37
3.2.3. Alimentation/repas	38
3.2.4. La continence et l'altération des téguments.....	39
3.3. Soins	40
3.3.1. Projet de soins individuel	40
3.3.2. Réception et contrôle des médicaments.....	43
3.3.3. Administration des médicaments	43
3.3.4. Vérification de la prise.....	44
3.3.5. Gestion des si besoin.....	44
3.3.6. Broyage	45
3.3.7. Hygiène	45

4	Conclusion	47
	ANNEXES	48
	Annexe 1 – Lettres de mission	48
	Annexe 2 – Liste des personnes entendues	53
	Annexe 3 - Liste des documents demandés.....	54
	Annexe 4 – Glossaire	56

INTRODUCTION

« La maltraitance, [au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles (article L 119-1 du CASF)], vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations ».

Les constats, analyses fondés sur les écarts, les remarques et les appréciations portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I* que l'équipe d'inspection est amenée à formuler à l'issue de ses vérifications font l'objet du présent rapport qui comprend les thématiques suivantes :

I – Gouvernance

II – Gestion des risques

III- Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement

IV- Synthèse

En référence au guide des bonnes pratiques d'inspection pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale (IGAS),

► les écarts formulés dans ce rapport sont l'expression écrite d'une non-conformité constatée par rapport aux exigences législatives ou réglementaires.

► les remarques sont l'expression écrite d'un défaut plus ou moins grave perçu par le(s)inspecteur(s) et qui ne peut être caractérisé par rapport à un référentiel législatif ou réglementaire opposable.

* S.A.M.I

S = Satisfaisant, maîtrise du risque maltraitance, risque identifié au plan institutionnel, mesures de lutte et de préventions formalisées, mises en œuvre par les professionnels et suivies par la direction et l'organisme gestionnaire.

A = Acceptable, maîtrise correcte du risque maltraitance, mais existence d'écarts à la norme ou de défauts mineurs dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation sans conséquence directe toutefois sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

M = Moyen, maîtrise partielle du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences limitées sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

I = Insuffisant, absence de maîtrise du risque maltraitance pouvant entraîner ou entraînant des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

Présentation de la structure

Présentation de l'établissement

Statut	Public
Gestionnaire	CSLD de Luzy
Capacité	78
Population prise en charge	Personnes âgées dépendantes et Alzheimer
GMP (valeur et date du dernier validé)	xxx en date du 13/10/2020
PMP (valeur et date du dernier validé)	xxx en date du 06/10/2020
Jours/heures d'ouverture	365j/365j
Projets en cours	Transformation de l'offre suite à la fermeture de l'USLD

1 Gouvernance de la structure

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
1.1. ELEMENTS INSTITUTIONNELS				
1.1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation				
1.1.1.a. La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profil, capacité autorisée ?	Arrêté d'autorisation tutelle	x		L'établissement accueille des personnes âgées dépendantes avec un âge moyen de 86 ans lors de l'évaluation PATHOS de mars 2022. Le jour de l'inspection, sur une capacité totale de 78 places, l'établissement accueillait 75 résidents.
1.1.2. Outils de la Loi 2002-2				
1.1.2.a. Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF ?	R311-33 à R311-37 du CASF		x	Le règlement de fonctionnement daté de 2015 est caduc. Ecart n° 1 : en ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en vigueur, l'établissement ne satisfait pas aux obligations réglementaires des articles R. 311-33 à R. 311-37 du CASF.
1.1.2.b. Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?	L.311-8 et D311-38 du CASF		x	Le projet d'établissement est actuellement obsolète (2012 – 2016). De plus la structure ne dispose plus d'unité de long séjour et l'unité Alzheimer a été fermée. Ecart n° 2 : en ne disposant pas d'un projet d'établissement actualisé l'établissement ne satisfait pas aux dispositions des articles L. 33168 et D. 311-38 du CASF.
1.1.2.c. Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ?	L. 311-6, D. 311-3 et suivants du CASF		x	Depuis le début de la crise COVID le CVS n'est plus fonctionnel (une séance en octobre 2021) et sa composition est caduque. La mission note que celui-ci est en cours de revue de sa composition, un appel à candidature ayant été lancé auprès des résidents et des familles. Ecart n° 3 : En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale au moins trois fois par an, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
1.2. GESTION RESSOURCES HUMAINES				
1.2.1. Délégation de pouvoirs et signature du directeur				
Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature en matière de : gestion RH, gestion budgétaire, financière et comptable, coordination avec les institutions et intervenants extérieurs, conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ?		X		Le document intitulé "Décision N°2022/107 portant délégation de signature" a été remis à la mission. Ce document est signé du directeur du GHT et est daté du 9 mai 2022, date d'arrivée du directeur par intérim. A la lecture, il apparaît que le champ de compétences du directeur par intérim est peu précis concernant les missions et les compétences.
1.2.2. Pilotage et continuité de la fonction de direction				
1.2.2.a. Le directeur est-il qualifié pour exercer sa fonction ?	D312-176-6 CASF pour le privé art. D312-176-10 CASF pour le public			En l'absence de transmission de diplômes/certifications, la mission d'inspection ne peut se prononcer sur la qualification du directeur délégué du site par intérim.
1.2.2.b. La continuité de la fonction de direction est-elle assurée ?		X		Pour la continuité du service, une délégation est donnée à l'attachée administrative. Cette délégation ne précise pas les montants de signature. Elle donne une grande responsabilité à l'attachée administrative. Parmi ses collaborateurs, le directeur par intérim dispose : - d'un service administratif composé de trois personnes : une adjointe des cadres (accueil, facturation et affaires générales), une adjointe administrative (service économique et financiers) et une attachée administrative. Les astreintes sont assurées par l'adjointe des cadres, l'adjointe administrative, l'attachée administrative et les 2 cadres de santé.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Les astreintes sont uniquement téléphoniques de 17 h à 9 h et le week-end. La présence sur l'établissement est rare. Le directeur par intérim n'est pas indiqué sur le planning des astreintes mais reste joignable en cas de difficulté. Remarque n° 1 : La présence physique d'une direction déléguée de site par intérim est insuffisante (1jour/semaine) et n'est pas de nature à sécuriser les professionnels qui expriment mal être, souffrance, perte de sens et manque d'écoute de la part de certains personnels d'encadrement.
1.2.3. Gestion RH du personnel / QUALIFICATION				
1.2.3.a. Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?		x		Un document appelé "organigramme de direction" a été remis à la mission. Toutefois celui-ci ne fait l'objet d'aucun affichage dans la structure. L'organigramme fournit date de juillet 2022 et précise les fonctions de chacun et les niveaux hiérarchiques. Pour autant, il n'est pas connu de certains professionnels qui n'identifient pas toujours leur supérieur hiérarchique direct tel qu'indiqué sur l'organigramme. Un document appelé "agent présent" a été remis à la mission. Toutefois le nombre de professionnels inscrits n'est pas en corrélation avec les plannings et les dossiers vérifiés.
1.2.3.b. Les personnels sont-ils qualifiés au regard de la fonction occupée?	L. 312-1-II, al.2 CASF		x	Sur 22 dossiers d'AS examinés, il manque un diplôme, Sur 5 dossiers d'IDE contrôles, il manque la copie du diplôme. A titre informatif : les chiffres de la DREES-CNSA 2015/2020, montrent en moyenne les taux d'encadrements suivants : taux d'encadrement global en EHPAD de 65% taux d'encadrement IDE de 6 % (soit un effectif théorique de 4,6 ETP d'IDE pour cet établissement vs 2.8 ETP d'IDE présentes) et un taux d'aides-soignantes de 20 %.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				La mission a constaté les éléments suivants : les 2,8 ETP d'IDE (effectif inférieur aux ratios moyens constatés ces dernières années , à savoir, 4,6 ETP pour cet établissement) travaillant 12 heures/jour permettent d'assurer la présence d'une infirmière quotidienne et de deux infirmières le lundi et le vendredi. Il faut noter que le planning est assuré en partie par des infirmières intérimaires. Les 06/09 et le 07/09/2022, une seule IDE était présente pour 75 résidents. cf. points 3.1.3.3 & 3.1.3.5 relatif à la continuité des soins infirmiers, l'établissement est doté de 2 cadres infirmiers, actuellement l'un d'eux est en arrêt maladie depuis plusieurs mois, la cadre présente exerce à 80%, les effectifs déployés actuellement sont identiques en AS et FFAS quel que soit le jour de la semaine. Les personnels tournent selon les jours sur les 2 étages. La charge de travail n'est pas la même au niveau -1 et au rez-de-chaussée. Ainsi le matin l'effectif théorique est de huit agents (5 et 3) et l'après-midi de six agents (4 et 2), complété en plus sur la journée, par un agent en coupure. Les agents déclarent que ces effectifs ne sont pas toujours respectés (absentéisme) en particulier le week-end. Selon les secteurs, chaque agent devra effectuer entre 8 et 10 toilettes. Les aides-soignantes indiquent qu'elles ne disposent plus que de 20 minutes pour réaliser une toilette complète alors qu'elles disposaient auparavant de 30 minutes. Selon certaines déclarations, la charge de travail des équipes reste soutenable.
1.2.3.c. Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?	R 4311-1 à 10 CSP L 4391-1 CASF R 4311-4 CSP D 312-155-0 CASF	x		L'administration des traitements est en partie réalisé par des FFAS, (secteur jaune), ce qui constitue un glissement de tâches, dès lors où cette administration n'entre pas dans le cadre des actes de la vie courante (aide à la prise des médicaments) et nécessite l'intervention d'auxiliaires médicaux. Ecart n° 4 : la mission a eu connaissance de glissements de tâches (non réguliers) entre IDE et AS et FFAS qui ne respectent pas les obligations de l'article R. 4311-7 du CSP : Administration de suppositoires à la glycérine et de suppositoires de Doliprane® par AS ou FFAS parfois la nuit en cas de besoin (présence non sécurisée de ces médicaments dans le réfrigérateur de l'office (secteur bleu)). Dans ce cas, l'AS ou

				le FFAS de nuit est amené en l'absence d'IDE à évaluer le besoin du résident, à préparer le médicament (acte réservé à l'IDE) et à l'administrer,
--	--	--	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				• Préparation des gouttes pour les résidents, • Broyage des médicaments à destination de résidents présentant des troubles de la déglutition, • Administration à un résident de Microlax® par un FFAS. Il s'agit d'actes réservés aux IDE au titre de l'article R. 4311-7 du CSP qui ne peuvent pas être réalisés dans le cadre de la collaboration IDE/AS (article R. 4311-4 du CSP). L'administration de Microlax® par un AS ou un FFAS ne peut pas par ailleurs, pas être considéré comme une aide à la prise de médicament (article L. 313-26 du CASF) compte tenu de la nature même du médicament et de son mode de prise qui présentent une difficulté d'administration et un apprentissage particulier. Risque : exercice illégal de la profession d'infirmier.

1.2.3.d. Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches métier ?			X	La mission a été destinataire de 6 fiches de tâches génériques : 3 fiches « cuisine » poste du matin – poste de journée et poste du week-end 1 fiche AS 1 fiche IDE 1 fiche IDE de poste matin – journée – soir L'intégralité de ces fiches est obsolète. Datées de 2017/2018, elles mentionnent le nom d'une direction déléguée sur site qui n'est plus présente et les horaires des ASH et AS ne sont plus d'actualité. Enfin, il ressort des entretiens réalisés que les professionnels déclarent ne pas avoir de fiche de poste ou une fiche de tâche inadaptée. Remarque n° 2 : les fiches de tâches sont caduques et non connues de certains professionnels, or, elles peuvent être assimilées à un outil de gestion des ressources humaines venant en complément de l'organigramme notamment. Un livret d'accueil des nouveaux professionnels est remis lors de la prise de poste.
1.2.3.e. Sur le volet de l'individualisation et de	L311-12 du CASF			L'établissement dispose sur ses effectifs de deux animateurs, l'un d'eux est actuellement en arrêt maladie et l'autre a un diplôme d'AS.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
l'accompagnement de la prise en charge relative à la dépendance et à l'hébergement, quelles ressources sont mobilisées ? (animateur, diététicien, référent pour activité physique et sportive,...)				Ce binôme permet d'organiser des animations collectives et individuelles. Le planning des activités est affiché hebdomadairement et chaque résident peut exprimer son souhait de participation via une fiche qui lui est remise individuellement. L'établissement a transmis à la mission d'inspection des fiches animations datées de 2015 et aujourd'hui caduques (cf. nombre d'animateurs, nombre de résidents, mention de l'USLD...). Un professeur d'activité physique adaptée intervient une fois par semaine (convention avec l'association SIEL bleu). L'établissement ne dispose pas actuellement d'appui de la part d'un(e) diététicien (ne).

1.2.3.f. Les administrations de médicaments réglementairement réservées aux IDE le sont-elles effectivement (injectables, transdermiques, aérosols, bains d'oreilles et instillations médicamenteuses, application des protocoles...) ?	R. 4311-7 du CSP L. 313-26 du CASF Si PUI : en plus : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les (...) établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur (...).		x	La mission a constaté qu'une partie de l'administration des traitements a été confiée à des aides-soignantes ou des faisant fonction d'aides-soignantes (secteur jaune). L'exigence de l'administration des médicaments réglementairement réservés aux IDE est majoritairement respectée (selon les AS ou FFAS entendus lors de l'inspection, ceux-ci font appel à l'IDE présente pour l'administration des médicaments prescrits en « si besoin »). Certains écarts ont cependant été relevés, cf. point 1.2.3.c
1.2.3.g. L'aide à la prise des médicaments par les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie	L. 313-26 du CASF		x	On constate l'existence d'une distribution des traitements par des faisant fonction d'aide-soignant sans vérification préalable de la corrélation entre les médicaments distribués et l'ordonnance, ni vérification effective de la prise. Le traitement est posé sur la table où un autre résident peut prendre le traitement
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
courante respecte-t-elle le cadre de l'article L. 313-26 du CASF ?				déposé. La traçabilité de la prise du traitement dans le cadre de l'aide à la prise des médicaments n'est pas réalisée. Cf. point 2.4.d

1.2.3.h. Les professionnels concernés sont-ils inscrits au Conseil de l'Ordre professionnel ?	L 4311-15 et L 4112-3 à 6 du CSP		x	Les personnels infirmiers interrogés déclarent être inscrits au conseil de l'ordre des infirmiers. Cependant, pour la plupart cette inscription n'est pas colligée dans les dossiers administratifs. Écart n° 5 : Les professionnels infirmiers, en n'étant pas tous inscrits à leur ordre professionnel, ne satisfont pas à l'obligation de l'article L.4311-15 du code de la santé publique. L'infirmier qui n'est pas inscrit à son ordre professionnel n'est pas en conformité au regard d'une profession réglementée et encourt les peines prévues à l'article L. 4314-4 du même code.
1.2.4. Gestion RH du personnel / FORMATION				
1.2.4.a. La structure met-elle en place un plan de formation ? Les professionnels en sont-ils informés ?		x		Il existe un plan de formation. Les professionnels sont informés de sa nature. Les plans de formation réalisés en 2020 et 2021 ainsi que le programme 2022 ont été transmis à la mission. La mission relève que les sujets/thèmes abordés sont en lien direct avec l'accompagnement des résidents (manutention, soins palliatifs, bientraitance, risque suicidaire de la personne âgée...).
1.2.4.b. Les souhaits des professionnels (en lien avec la fonction) sont-ils recensés lors des entretiens d'évaluation ?		X		Le plan de formation et les desiderata des personnels sont évoqués lors des entretiens annuels dont une partie des professionnels entendus déclarent ne pas avoir bénéficié. Certains personnels interrogés ont suivi des formations dans les années précédant la crise COVID et leurs demandes n'ont pas été refusées.
1.2.4.c. Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles été		X		Les dernières formations de ce type sont évoquées avec les personnels lors des entretiens. Ceux-ci déclarent que les dernières datent de 2018. Une formation bientraitance figure dans le plan de formation 2020, 2021 et 2022.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
proposées aux personnels au cours des années 2019-2020-2021 ?				

1.2.4.d. Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel, notamment en termes d'accompagnement psychologique ? Est-il connu des professionnels et est- il utilisé ? Les modalités correspondent elles au besoin des professionnels ?			X	Il n'existe pas de système formalisé d'accompagnement. Il a néanmoins été indiqué au personnel qu'il pouvait solliciter le psychologue de l'établissement (cette information figure dans le livret d'accueil des nouveaux professionnels). Le psychologue déclare qu'il a pu ponctuellement aider quelques agents Mais il n'y a pas de temps identifié pour cette activité spécifique. Les professionnels ne se sentent pas accompagnés sur le plan psychologique et ne savent pas vers qui se tourner. Les personnels interrogés préféreraient pouvoir disposer d'un appui extérieur à l'établissement. À noter qu'un personnel a déclaré ne pas avoir été invité à une consultation médecine travail depuis de nombreuses années. La mission a entendu le mal être et la souffrance de plusieurs professionnels dont les causes, selon les entretiens, sont multiples : Manque de personnels avec pour conséquence, une qualité d'accompagnement et de prise en charge moindre Manque de reconnaissance, de soutien et d'écoute de la part de leur hiérarchie Réorganisations à venir Absence de réponses de la part de l'encadrement Absence de réunions d'équipes
1.2.4.e Les Professionnels de santé (Médecins, AS, ASG, Ergothérapeute) sont-ils inscrits dans un dispositif de développement professionnel continu ?	L. 4021-1 du CSP	X		Absence de médecin coordonnateur et d'ergothérapeute. Les aides-soignantes et ASG bénéficient du plan de formation.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

1.3. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS				
1.3.a. La structure a-t-elle conclu des conventions avec des établissements de santé de son environnement ?	Point 11 des missions du médecin coordonnateur : Art D.312-158 du CASF Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 »	X		Plusieurs conventions /contrats formalisent les partenariats avec : le réseau de soins palliatifs xxx l'hôpital psychiatrique, le CH ##### avec l'intervention ponctuelle du CMP- l'équipe mobile de gériatrie dans le cadre du GHT du nivernais l'équipe d'hygiène hospitalière le cabinet médical xxx (consultation en visioconférence avec des spécialistes) les kinésithérapeutes libéraux le laboratoire d'analyse médicale xxx la pharmacie xx à NEVERS l'association xxx Il existe des difficultés pour les soins dentaires et les hospitalisations psychiatriques. Les kinésithérapeutes effectuent les actes prescrits par ordonnance du médecin traitant mais ne notent pas leurs activités dans le plan de soins. Il n'existe pas d'intervention de l'HAD.
1.3.b. La structure a-t-elle conclu des conventions de partenariat avec des établissements et services médico- sociaux de son environnement ?	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 »			Point non investigué par la mission.
1.3.c. La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en	Recommandations de bonnes	X		Intervention du réseau de soins palliatifs Émeraude et de l'équipe mobile de gériatrie du GHT.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

charge (ex : gériatrique, soins palliatifs, ...) ?	pratiques professionnelles : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 »			
--	--	--	--	--

Appréciation de l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	Satisfaisant	Acceptable	Moyen	Insuffisant
La gouvernance et le pilotage de la structure s'inscrivent dans un contexte mouvant de réorganisation. Dans ce cadre, la présence physique d'une direction déléguée de site par intérim est insuffisante (1jour/semaine) et n'est pas de nature à sécuriser les professionnels qui expriment mal être, souffrance, perte de sens et manque d'écoute de la part de certains personnels d'encadrement. Des glissements de tâches sont clairement identifiés (en particulier concernant la distribution des médicaments) et le recours à du personnel non qualifié constitue une source potentielle de risques (dont maltraitance) pour les résidents. Les outils d'ordre institutionnel et organisationnel sont obsolètes et/ou méconnus (projet d'établissement, fiches de postes, projets d'animations) et les temps d'échanges n'existent plus (réunions d'équipes et CVS).				X

2 Gestion des risques

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
2.1. Politique de promotion de la bientraitance				Références réglementaires : L. 1110-1 CSP L. 311-3 CASF L. 119-1 CASF ANSEM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. 2008 HAS FORAP 2021
2.1.a. La charte de consensus de mars 2021 sur le vocabulaire partagé de la maltraitance est-elle connue ?	L. 119-1 CASF		X	Les professionnels rencontrés n'ont pas évoqué une culture de la bientraitance réellement mise en œuvre, ni une sensibilisation à la lutte contre la maltraitance. Il existe un protocole de signalement (non actualisé) de la maltraitance indiquant la conduite à tenir mais méconnu des professionnels. Le plan de formation précise l'inscription annuelle à des formations en lien avec la thématique mais les bilans 2020 et 2021 transmis ne permettent pas d'identifier le nombre de professionnels bénéficiaires. Malgré tout, lors des entretiens et de la visite de l'établissement, il apparaît que le personnel reste attentif à la notion de bientraitance. Certains personnels sont par ailleurs en capacité de réagir face à une situation, adoptent la posture professionnelle idoine, et, le cas échéant savent se rapprocher de l'encadrement au moindre doute sur ce qu'il faut faire ou le comportement à adopter. Ainsi, la mission conclut à des insuffisances dans le dispositif global de promotion de la bientraitance porté par l'établissement. Ecart n° 6 : en ne diffusant pas la charte de consensus sur le vocabulaire partagé de la maltraitance, l'établissement n'est pas en conformité avec les dispositions de l'article L 119-1 du CASF.

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
2.2. Gestion des risques, des crises et des incidents graves				
2.2.a. Existe-t-il des procédures sur les conduites à tenir en cas d'évènements indésirables graves ? (par exemple fugue, suicide...)		X		Il existe des protocoles en cas de chute, de prise en charge en urgence. Celles-ci ont été récemment mises à jour dans le cadre de la mutualisation de la gestion documentaire avec le GHT. Toutefois la mission note la méconnaissance de ces documents par les professionnels, qui ne savent pas y faire référence. Le circuit de diffusion et d'appropriation des nouveaux documents de la gestion documentaire reste à affiner. Par ailleurs, la définition même d'un évènement indésirable ou évènement indésirable grave reste une notion insuffisamment connue des professionnels, qui ne peuvent se référer à des procédures, protocoles et/ou à des conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crise, d'incidents ou évènements indésirables graves.
2.2.b. Le personnel a-t-il connaissance du circuit du signalement en cas d'évènements indésirables graves et d'événement dont les autorités administratives doivent être informées ?	R. 1413-67 et al CSP R. 331-8 et al CSP		X	Le dispositif de gestion des risques n'est pas suffisamment opérationnel et la politique de gestion des risques non établie. L'établissement dispose d'un outil de gestion des évènements indésirables (EI) QualNet : 82 déclarations y ont été réalisées depuis début 2022. La cellule Qualité réceptionne les déclarations pour les adresser aux professionnels en charge d'apporter des éléments de réponse. La mission a constaté la coexistence de 2 gestionnaires des risques au niveau de l'EHPAD, sans que leurs rôles respectifs ne soient clairement identifiés. La date limite de traitement (qui s'affiche automatiquement lors de la déclaration) peut sembler inadaptée en réponse à la gravité de l'évènement (exemple EIG n° xxxx déclaré le 1er juin 2022, réorienté par la cellule qualité le lendemain et a été traité le 13/06). Cet EIG concerne la prise en soins des résidents. Par ailleurs, la mission a pu constater, à travers les entretiens, la méconnaissance du circuit de gestion des EI au sein de l'institution et notamment une absence : de conduites à tenir claire, de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées pour le personnel en matière de signalement des évènements indésirables en général, et de violence ou maltraitance sur les résidents en particulier, de réflexions internes sur la notion d'évènements indésirables,

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				• d'analyse des causes ou mise en place d'actions correctives ou encore de retour d'expérience auprès du personnel à la suite des EIG/réclamations, • de transmission aux autorités administratives d'EI / EIG dont elles doivent être informées. Ce point a fait l'objet de l'injonction immédiate n° 3 transmise par courrier en date du 04/10/2022. D'autre part, une procédure de « gestion des plaintes et réclamations » en cours de validité, a été transmise à la mission. Le processus de réception, traitement, gestion et articulation avec la gestion des risques et la démarche qualité y est décrit. Toutefois, au décours des entretiens et de l'analyse des documents, il est constaté que le processus de gestion opérationnelle est totalement différent. Un carnet de recueil des plaintes et réclamation existe, géré par l'accueil mais celui-ci n'est pas rempli, seuls les courriers y sont insérés. Et dans le cadre du suivi, il n'existe pas toujours une traçabilité de la réponse apportée, du professionnel qui s'en est chargé et du délai de réponse. Remarque n° 3 : le processus du dispositif de gestion des plaintes et réclamation n'est pas opérationnel.

2.2.c. Une charte de "non punition" est-elle connue ?	Instruction « N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à		X	Une « Charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables » (Réf. GHT-MO-CDR-001) a été transmise aux membres de la mission. Toutefois, au décours des entretiens et de la visite, la mission a pu constater l'absence totale de connaissance de ce document, pourtant publié sur la gestion documentaire institutionnelle. Ecart n° 7 : La charte de confiance prévue par l'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la « mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » est présente mais méconnue, ce qui ne favorise pas une politique de déclaration des incidents et n'encourage pas une culture positive de l'erreur.
---	---	--	---	--

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	la qualité des soins et à la sécurité des patients » L. 331-8-1 CASF L. 313-24 CASF			

2.2.d. Avez-vous eu connaissance d'actes de maltraitance ?	L. 1110-1 CSP L. 311-3 CASF L. 119-1 CASF ANSEM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. 2008 HAS FORAP 2021	X		82 déclarations d'EI / EIG ont été réalisées depuis début 2022. Parmi celles-ci, la mission relève que certaines pourraient avoir un caractère de maltraitance envers les résidents accueillis, conformément à l'article L. 119-1 du CASF. (fiches EIG n° 22-2499, 22-2283, 22-2626...). Les personnels de soins interrogés déclarent ne pas avoir constaté ces dernières années de maltraitance. Par contre certains considèrent que le manque d'effectifs et donc de temps à consacrer aux personnes âgées peuvent conduire à une maltraitance institutionnelle. Ecart n° 8 : En ne garantissant pas une connaissance des professionnels de la définition exacte de la maltraitance et des conduites à tenir, l'établissement n'est pas en conformité avec l'article L119-1 du CASF qui précise : «La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »
2.2.e. Tous les EIG et EIGAS sont-ils déclarés à l'ARS et au CD ?	R1413-14 CSP pour les EIGAS L331-8-1 du CASF pour les EIG		X	Le circuit de gestion des EI au sein de l'institution ne satisfait pas l'obligation faite aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de signaler tout dysfonctionnement grave ou événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes prises en charge. La mission a constaté une absence de transmission aux autorités administratives d'une trentaine d'EI relevant du champ de l'obligation de déclaration. Ce point a fait l'objet de l'injonction immédiate n° 3 transmise par courrier en date du 04/10/2022.
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

2.2.f. La structure a-t-elle mis en place des retours d'expérience suite à des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées ?	R 1413-67 et al CSP R 331-8 et al CSP L. 1413-14 CSP L. 331-8-1 du CASF Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales		X	Le dispositif de gestion des risques n'est pas opérationnel et la politique de gestion des risques n'est pas établie. Un « Comité Qualité » a eu lieu la semaine précédant la venue de la mission mais cette instance n'est pas formalisée avec un calendrier et une composition définie. La mission a pu constater, à travers les entretiens, la méconnaissance du circuit de gestion des EI au sein de l'institution et notamment une absence : de conduites à tenir claire, de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées pour le personnel en matière de signalement des événements indésirables en général, d'analyse des causes ou mise en place d'actions correctives ou encore de retour d'expérience auprès du personnel à la suite des EIG/réclamations, de transmission aux autorités administratives d'EI/EIG dont elles doivent être informées. Ce point a fait l'objet de l'injonction immédiate n° 3 transmise par courrier en date du 04/10/2022.
2.3. Bâtiments / espaces extérieurs / équipements				
2.3.b. L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	L 311-3 CASF PASA : Article D312-155-0-1 UHR : Article D312-155-0-2 Recommandations de bonnes pratiques de prévention		X	L'EHPAD est situé dans un bâtiment partagé avec la Clinique du Morvan. Les chambres des résidents sont réparties sur deux étages « Bleu » et « Jaune » (niveau -1 et 0). Les services logistiques (archives, vestiaires des personnels, cuisine et lingerie) sont au -2. Concernant l'hébergement, depuis la suppression de l'USLD et de l'unité Alzheimer, les patients n'ont pas été déménagés. L'entrée : Celle-ci peut s'effectuer par les deux niveaux. Cependant la signalétique reste confuse, notamment pour l'arrivée au niveau -1 où l'entrée est mutualisée avec les services de kinésithérapie de la Clinique, sans indication ni accueil,

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	« Conception et rénovation des EHPAD » ED6099 février 2012 INRS ANESM. Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Octobre 2011			et sans aucun contrôle des allées et venues. Cela constitue un risque en termes d'intrusion mais aussi de fugue de résidents. Par ailleurs, les accès aux niveaux supérieurs (escaliers et ascenseurs) sont mutualisés avec la Clinique. Ces derniers ne disposent pas de système de fermeture (digicode sur porte ou accès limité aux ascenseurs), occasionnant des possibilités d'intrusion à tous les étages ou d'égarement pour les résidents présentant des troubles cognitifs. A noter que chaque étage est desservi par un ascenseur « propre » et un ascenseur « sale » respectant les circuits entre visiteurs et professionnels. Le niveau 0 dispose d'une banque d'accueil et d'un espace accueillant l'administration. Chaque étage dispose de deux salles à manger climatisées, correctement équipées et de locaux d'animation. Les chambres sont simples ou doubles, spacieuses, personnalisables, lumineuses, avec des salles de bain disposant de l'équipement nécessaire et équipées pour parties de rails de transfert. Le niveau -1 dispose d'un salon bibliothèque fréquenté des résidents pour la lecture du journal, et du bureau de l'animation. Une salle d'animation lumineuse permet l'accueil des résidents selon un planning défini et affiché. Ainsi à cet étage, 33 chambres sont occupées sur 54. Le niveau 0 dispose d'un salon de coiffure, et d'une salle de bain dédiée aux résidents moins mobilisables. 42 résidents sont hébergés à ce niveau, qui concentre les patients les plus dépendants. La suppression de l'unité Alzheimer a conduit la structure à transférer les résidents déambulants dans un autre établissement et à restreindre les admissions aux patients n'ayant pas de risque apparent de fugue ou de déambulation. Néanmoins comme dans la plupart des EHPAD, il apparaît que plus de 50 % des patients présentent des troubles cognitifs, et que ceux-ci évoluent de façon péjorative. La suppression de ce lieu spécifique pose donc des questions de qualité et de sécurité comme dans tous les établissements ne disposant pas de l'unité Alzheimer. Les abords de l'établissement propices à la promenade ont une superficie restreinte. Remarque n° 4 : la signalétique actuelle ne facilite pas le repérage spatial des résidents et visiteurs
2.3.c. Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante	L 311-3 CASF PASA : Article D312-155-0-1		X	Les locaux communs nécessitent des adaptations en termes de prévention des risques : - Sécurisation des fenêtres dans les espaces communs (notamment bibliothèque), et prévention du risque de défenestration,

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
et adaptée à la population prise en charge ?	UHR : Article D312-155-0-2 Recommandations de bonne pratiques de prévention « Conception et rénovation des EHPAD » ED6099 février 2012 INRS			Sécurisation des locaux logistiques par fermeture ou pose de digicode (local poubelles, produits d'entretien) Sécurisation des escaliers et ascenseur par pose de digicode Fermeture des portes donnant sur l'extérieur pour prévention du risque de chute / fugue (niveau -1) Ce point a fait l'objet de l'injonction immédiate n° 1 transmise par courrier en date du 04/10/2022.
2.4. Sécurité des personnes et des biens				
2.4.a. Existe-t-il, dans les chambres et les lieux communs, un dispositif d'appel adapté à la population accueillie ?	L 311-3 CASF	X		Lors de la visite des locaux, la mission a réalisé un test pour vérifier le bon fonctionnement de la sonnette dans la chambre 102 (chambre non occupée). Passées 12 minutes, aucun professionnel n'était intervenu. Ecart n° 9 : en ne s'assurant pas de l'opérationnalité du système d'appels malades, la structure ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du CASF.
2.4.b. La salle de soins est-elle sécurisée ?	L 311-3 CASF R 4312-39 CSP	X		
2.4.c. Les médicaments sont-ils détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité ?	Sans PUI : R. 5126-109 du CSP R. 4312-39 CSP Avec PUI : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...) R. 4312-39 CSP	X		Ecart n°10 : Il a été constaté lors de la visite des locaux depuis le couloir de circulation, la présence de médicaments dans une chambre (en l'occurrence sirop Toplexil® et Doliprane®) et dans l'office, sans aucune sécurisation ; ce qui est contraire aux obligations en la matière (R. 4312-38 CSP, R. 4312-39 CSP). Risque : vol et mésusage des médicaments stockés de façon non sécurisée.
2.4.d. Les traitements des résidents sont-ils conservés dans	R. 4312-38 CSP R. 4312-39 CSP		X	Ecart n° 11 : le réfrigérateur de la salle de soins, équipé d'une sonde, ne fait pas l'objet d'une traçabilité des relevés de température.

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
des conditions de sécurité satisfaisantes ?				Risque : Conservation inadaptée des médicaments thermosensibles.
2.4.e. Existe-t-il un stock tampon et/ou stock d'urgence ?	Sans PUI : R. 5126-108 CSP Avec PUI : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...) R. 4312-32 CSP	X		cf. écart et points ci-dessus.
2.4.f. Si oui, ces médicaments sont-ils tous inscrits sur une liste ?	Sans PUI : R. 5126-108 CSP Avec PUI : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...) R. 4312-32 CSP		X	La liste des médicaments à utiliser en cas de soins prescrits en urgence (comprenant le stock présent dans le chariot d'urgence) n'a pas été établie. Cf. points ci-dessus.

Appréciation de l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	Satisfaisant	Acceptable	Moyen	Insuffisant
La mission a identifié des risques majeurs liés à : des insuffisances dans la politique de promotion de la bientraitance portée par l'établissement, des dysfonctionnements majeurs dans le dispositif de prévention et de gestion des risques, dont EI, EIG et EIAS, des carences avérées relatives au circuit du médicament qui engagent la sécurité des résidents, des locaux non sécurisés.				X

3 Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.1. Organisation de la prise en charge				
3.1.1. Admission				
3.1.1.1 Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisée ?	D. 312-158 CASF	X		La procédure d'admission a été communiquée à la mission et mériterait d'être actualisée (nom du directeur délégué sur site). Lors des entretiens, la mission a pu constater que le processus d'admission est organisé, avec une commission d'admission qui se réunit pour statuer sur les demandes. Actuellement il faut signaler l'absence de médecin coordonnateur. La cadre, le psychologue et un personnel administratif étudient les admissions. La cadre de santé et le psychologue s'appuient sur le dossier médical et, lorsqu'elle est possible, sur une visite de préadmission à domicile. L'admission étant prononcée par la direction d'établissement. Toutefois, les interactions entre l'administration et les services de soins restent à affiner pour faciliter l'accueil des nouveaux résidents au sein de la structure, et la délivrance d'information relevant de l'aspect médical et paramédical (directives anticipées...). La mission note toutefois la qualité de tenue des dossiers administratifs des résidents, avec un plan de classement défini. On y retrouve notamment les contrats de séjour et le règlement de fonctionnement signés, et la transmission d'information relatives à la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées.
3.1.1.2 Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	L. 311-3 CASF L. 311-4 CASF	X		Cette recherche est effectuée initialement lors de la préadmission. Le consentement est recherché lors des visites à domicile mais plus difficile à recueillir lorsqu'il s'agit d'admission demandée par le CH et étudiée sur dossier. Les AS lors de l'entrée de la personne doivent vérifier le consentement

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.1.2. Modalités d'accompagnement / Projet d'accueil et d'accompagnement				
3.1.2.1 Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissement, activités de loisirs...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ?		X		Un formulaire est remis avant l'admission définitive du résident, à la constitution du dossier administratif, pour recueillir la situation familiale, l'histoire de vie, les habitudes de vie, les préférences alimentaires et le projet de vie. Toutefois ce document n'est que partiellement renseigné. Cette recherche est effectuée dès l'admission et formalisée dans le dossier du résident. Après l'installation les aides-soignantes remplissent la feuille d'accompagnement, les habitudes de vie de la personne et complètent l'histoire de vie. Les goûts sont respectés même s'il n'y a plus de commission. Ces recueils ne sont plus actualisés régulièrement. Remarque n° 6 : les habitudes de vie des résidents ne sont pas actualisées au fil de l'eau.
3.1.2.2 Le résident a-t-il un ou des professionnel(s) référent(s) ?		X		Chaque résident se voit désigner une aide-soignante comme référente, celle-ci est en particulier le premier interlocuteur de la famille. Néanmoins, dans la pratique, c'est l'AS présente qui répond à la famille.
3.1.2.3 Un projet d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	L 311-3-3 CASF D 312-155-0-3 CASF ANSEM. Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD). 2018		X	Depuis la crise COVID, les projets individuels ne sont plus élaborés. Auparavant deux aides-soignantes étaient référentes pour la réalisation de ces projets de vie. Ecart n° 12 : En n'établissant pas de projet personnalisé d'accompagnement l'établissement ne satisfait pas à l'article D 312-155-0-3 CASF
3.1.2.4 Le projet d'accompagnement est-il partagé avec le résident et, le	L 311-3-3 CASF D 312-155-0 CASF		X	Cf. point 3.1.2.3

cas				
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
échéant, avec sa personne de confiance ?				
3.1.2.5 Ce projet est-il mis en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ?	D 312-155-0 CASF		X	Cf. point 3.1.2.3
3.1.3. Continuité des prises en charge et coordination des professionnels au sein de l'établissement				
3.1.3.1 Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?	L 311-3 CASF R 4312-41 CSP R 4312-35 CSP	X		Les transmissions sont effectuées le matin à la relève de l'équipe de nuit à 6h30 entre aides-soignantes. L'infirmière arrive à 7 heures et prend connaissance des informations. À 14 heures les transmissions sont effectuées sous l'égide de l'infirmière de jour. À 20h45 les aides-soignantes transmettent les informations à l'équipe de nuit (infirmière quittant son poste à 19 heures). La mission a entendu des propos contraires concernant la présence – ou l'absence de la cadre de santé aux transmissions de la mi-journée. De même les agents déplorent la faible présence de la cadre sur le terrain.

3.1.3.2 La continuité de la prise en charge par les aides-soignant.es est-elle assurée ?	L 311-3 CASF D 312-155-0 CASF R 4312-36 CSP	X		Les professionnels tournent sur tous les étages et n'ont pas d'équipes fixes. Actuellement il existe des difficultés de planning : le nombre de professionnels sur place est moindre, le planning change souvent et ils sont prévenus tardivement, la charge de travail est plus lourde qu'avant la fermeture de l'USLD et l'UVP. Ils assurent les soins mais ne participent plus à des synthèses de cas, d'analyse des incidents et aux groupes de travail. La continuité des prises en charge est assurée dans l'établissement mais est fragile et n'est pas consolidée par un travail de coordination. Elle peut parfois, être incomplète, par exemple la prise de poids, normalement concomitante de la réalisation de la douche, n'est pas régulièrement effectuée. De même la rythmicité de la réalisation des douches était erratique et non tracée (1 /15 jours en moyenne) jusqu'à la reprise en main récente par le directeur, informé de ce dysfonctionnement actuellement (1/10 jours).
--	---	---	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Le relevé des fiches d'incident montre des carences de personnel AS survenant le week-end. Les aides- soignantes et infirmières soulignent la difficulté de réaliser des soins de qualité au regard de la faiblesse des effectifs et de la charge de travail. La fiche d'EIG n° 22-2283 montre un incident de discontinuité des soins.

3.1.3.3 La présence infirmière couvre-t-elle l'ensemble des plages horaires journalières ?	D 312-155-0 CASF	X		Une présence infirmière est assurée quotidiennement de 7 heures à 19 heures tous les jours de la semaine soit 2,8 ETP d'IDE, effectif inférieur aux ratios moyens constatés ces dernières années (cf. supra point 1.2.3.b). Le lundi et le vendredi l'effectif est de deux infirmiers. Depuis peu, il a fallu faire appel à des intérimaires. Lors de l'inspection, la mission a constaté la présence d'une seule infirmière pour la prise en soins de 75 résidents. Le premier jour du contrôle, les entretiens prévus par la mission avec l'IDE n'ont pas pu être tous réalisés au regard de la charge de travail de cette dernière (soins + visite d'un médecin). Ecart n° 13 : Au regard : des propos recueillis lors des entretiens faisant état du manque de temps IDE, de la charge de travail inhérente à la prise en soins de 75 résidents (dont la majorité présente un niveau de dépendance important), des constats réalisés par la mission (glissement de tâches, absence de sécurisation du circuit du médicament, carence de coordination et de supervision des actes et des soins relevant du rôle propre de l'IDE, dispensés sous leur responsabilité par les AS), des fiches de déclaration des EI transmises (notamment les n°22-1173, 22-2249, 22-0466, 22-2434, 22-0610, 22-0917, 22-2283), La mission constate que le déploiement des équipes de soins au sein de l'établissement et particulièrement les effectifs d'IDE ne permettent pas de couvrir les besoins de l'établissement et de garantir la sécurité des résidents prévue à l'article L. 311-3 du CASF. Risque : sécurité des résidents
--	------------------	---	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.1.3.4 La structure dispose-t-elle d'une astreinte infirmière formalisée et mise en œuvre la nuit, et les we et fériés le cas échéant ?			X	La présence infirmière est assurée en journée. Cependant l'établissement ne bénéficie pas d'une astreinte infirmière de nuit. Les professionnels de nuit font appel si besoin à l'astreinte du cabinet médical ou au SAMU.

3.1.3.5 La continuité des soins infirmiers est-elle assurée ?	L 311-3 CASF D 312-155-0 CASF R 4312-1 à 10 CSP R 4312-36 CSP		x	Ecart n°14 : Le contrôle par les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de l'exécution et de la qualité des actes et des soins relevant de leur rôle propre, dispensés sous leur responsabilité, est insuffisant et ne permet pas de confirmer totalement la continuité des soins infirmiers. Risque : sécurité des résidents De plus, l'effectif actuel ne permet pas l'administration des médicaments par infirmière sur l'ensemble des horaires et des étages et la réalisation des soins peut être compromise lors de survenue d'incident ou d'activité soutenue. Cf. écart au point 3.1.3.3.
3.1.3.6 L'EHPAD dispose-t-il d'un médecin coordonnateur ?	D 312-155-0-II CASF D 312-156 CASF D 312-158 CASF		X	Le médecin coordonnateur, qui est le médecin traitant de 75 % des résidents, a démissionné de ses fonctions en octobre 2021. Néanmoins, il intervient ponctuellement en appui la cadre de santé lors de ses visites. Au regard de la capacité de 78 lits, la quotité de temps de travail requise de médecin coordonnateur devrait être de 50%. Ecart n° 15 : en ne disposant plus de médecin coordonnateur l'établissement ne satisfait pas aux articles D 312-155-0-II, D 312-156 et D 312-158 du CASF
3.1.3.7 Existe-t-il une articulation entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD ?	D. 312-158 CASF		X	Actuellement l'établissement est sans médecin coordonnateur,
3.1.3.8 Le médecin coordonnateur contribue-t-il auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs	D. 312-158 CASF		X	Actuellement l'établissement est sans médecin coordonnateur

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
gériatriques des prescriptions de médicaments ?				

3.1.3.9 Les médecins tracent-ils leurs consignes dans le dossier de soins infirmiers ?		X		L'examen des dossiers informatisés montre que les médecins développent une bonne traçabilité.
3.1.3.10 Existe-t-il un dossier de liaison de soins urgents ? (DLU)	HAS. ANSEM. Document de liaison d'urgence. Juin 2015	X		Ils sont colligés dans un classeur et ce classeur est connu des agents.
3.1.3.11 Existe-t-il une procédure sur la conduite à tenir en situation d'urgence ?		X		La procédure a été communiquée à la mission d'inspection. Les professionnels interrogés connaissent les mesures de transmission d'information à mettre en place et ont été formés aux gestes d'urgence.
3.1.3.12 La continuité des soins médicaux est-elle assurée ?	D 312-158 CASF R 4127-45 CSP	X		Cinq médecins interviennent dans l'établissement, sachant que la répartition des résidents est inégale. L'ancien médecin coordonnateur reste le médecin de ¾ des résidents. La continuité est assurée selon les entretiens et les plans de soins vus dans quelques dossiers. Selon les déclarations, la quasi-totalité des médecins saisissent les prescriptions des résidents dans OSIRIS. Les ordonnances manuscrites sont retranscrites par le médecin traitant intervenant dans l'EHPAD dans le logiciel métier le plus rapidement possible. Une liste des médicaments à prescrire préférentiellement est en cours de constitution. Remarque n° 6 : il n'a pas été vu de liste de médicaments pouvant être écrasés ou ouverts destinés aux personnes présentant des troubles de la déglutition. Il existe des protocoles dans l'EHPAD : douleur, fièvre, constipation, AVK, gastroentérite, gale. Ils datent de 2018 et n'ont pas été mis à jour récemment. Dans les faits, ces protocoles semblent peu utilisés. Ecart n°16 : les protocoles à disposition dans l'établissement présentent des conduites à tenir, qui si elles sont suivies sans adaptation au cas par cas sont susceptibles de porter atteinte à la sécurité des résidents garantie par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
-----------------	---	---	---	-----------------------------

			En effet, les protocoles « douleurs », « fièvre » « AVK » et « gastroentérite » notamment, ne prévoient pas d'adapter l'administration des médicaments au traitement en cours du résident et à son état de santé. Si la posologie maximale du paracétamol peut être de 3g/jour, elle s'entend de façon globale et doit prendre en compte la totalité du paracétamol administrée au patient. Les protocoles prévoient l'administration de Peridys® (dompéridone), IXPRIM®, Lamaline®, Dafalgan codéiné® sans qu'il soit fait référence aux contre-indications et interactions médicamenteuses figurant dans l'AMM de ces spécialités. Le protocole AVK quant à lui fait référence uniquement à un INR cible compris entre 2 et 3, alors que certains résidents peuvent nécessiter des INR cibles différents en fonction de leur pathologie. Risque : surdosage médicamenteux, survenue d'effets indésirables et/ou d'interactions médicamenteuses. Il a été constaté pour 2 résidents que la posologie de l'AVK figurant sur le plan de soins ne coïncidait pas avec celle figurant sur leur fiche de suivi AVK tenue par les IDE. Selon les explications recueillies, la modification de la posologie de l'anticoagulant avait été modifiée après avis du médecin dans la fiche de suivi mais l'IDE ne disposait pas de la dernière ordonnance rédigée pour ce résident et n'était pas en mesure de certifier si la prescription orale du médecin avait fait l'objet d'une régularisation ; ce qui contrevient aux dispositions de l'article R. 4311-7 du CSP. Par ailleurs, un des 2 plans de soins datait du 22 février 2022 et l'IDE présente ne savait pas si une nouvelle prescription avait été établie depuis. Ecart n° 17 : En ne consultant pas la prescription en cours pour le résident et en ne s'assurant pas que la dernière prescription orale d'AVK a fait l'objet d'une régularisation, en se basant uniquement sur un document manuscrit (fiche de suivi) et un plan de soins parfois ancien, l'IDE ne garantit pas la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du résident. Ce manquement est donc susceptible de porter atteinte à la sécurité des résidents garantie par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. Risque : erreur de posologie et administration de l'AVK à une posologie autre que celle prescrite (surdosage/sous dosage). Remarque n° 7 : Le CSP prévoit aux articles R. 4311-8 et R. 4311-14 du CSP, les cas où l'IDE est habilitée à mettre en œuvre des protocoles (antalgie et urgence) préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. En dehors de ces
--	--	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				situations, la mise en œuvre des autres protocoles par l'IDE nécessite que le médecin désigne par écrit (via l'ordonnance par exemple) les résidents pour lesquels le protocole s'applique.
3.2. Respect des droits et de la dignité des personnes				
3.2.1. Rythmes de vie, respect des droits et de la dignité des personnes				
3.2.1.1 Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?	ANESM. Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Octobre 2011	X		Le rythme de vie est globalement respecté dans l'établissement. Cependant les personnes interrogées déclarent que les effectifs personnels du matin imposent les horaires des levers, petit-déjeuner et toilettes, et que le désir de lever plus tardif est difficile à respecter. Remarque n°8 : certains personnels affirment que cinq résidents (parmi les plus dépendants) par étage sont couchés de façon indue dès 16 heures par manque de personnel en soirée.
3.2.1.2 L'organisation des rythmes de vie permet-elle le respect des posologies des médicaments ?	R. 4312-10 CSP		X	Selon les déclarations, dans le secteur jaune, les médicaments sont distribués à horaire fixe sans prendre en compte les particularités liées à la prise de certains médicaments. Ecart n° 18 : les médicaments nécessitant d'être pris à distance des repas ne font pas l'objet de différenciation particulière. Cette pratique ne respecte pas les dispositions de l'article R. 4312-10 CSP et le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de chaque médicament.
3.2.1.3 Est-ce que des résidents ont un somnifère systématiquement, chaque soir avant de se coucher ?	R. 4312-10 CSP RCP de chaque médicament			Non étudié par la mission
3.2.1.4 L'organisation des locaux permet-elle un respect de l'intimité, de la mixité ?	L 311-3 -1° CASF	X		
3.2.2. Liberté d'aller et venir				

3.2.2.1 Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement »	L 311-3-1° CASF L 311-4-1 CASF	X		
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
est-il garanti et aménagé selon son état ?				
3.2.2.2 La mise sous contention d'une personne accueillie s'opère-t-elle dans le cadre d'un protocole interne formalisé incluant la personne ou son représentant et les personnels (éducatifs, soignants, médicaux) ?	L 311-3-1 CASF L 1110-2 CSP	X		Il existe peu de contention dans l'établissement et les contentions sont discutées en équipe. La mission d'inspection n'a pas étudié la place du résident ou de son représentant dans cette décision. Le protocole a été transmis à la mission, il est souhaitable de le compléter .
3.2.2.3 La mise sous contention fait-elle l'objet d'une prescription médicale ?	R 4312-42 CSP	X		
3.2.2.4 Si oui, cette prescription est-elle réévaluée ?		X		De façon hebdomadaire.
3.2.3. Alimentation/repas				
3.2.3.1 Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?		X		Les petits déjeuners sont distribués en chambre le matin. Les repas du midi et du soir sont pris dans les différentes salles de restauration qui sont équipées de façon adaptée. Les personnes âgées disposent de couverts adaptés à leur handicap. La durée des repas est décrite comme correcte. L'aide aux repas demeure satisfaisante même si la charge de travail sur l'étage recevant les personnes les plus dépendantes est juste « soutenable » d'après les agents interrogés. Depuis peu le pain est posé à même la table et certains résidents s'en plaignent. Le régime des repas est noté, respecté.
3.2.3.2 Est-il fait recours à une diététicienne ?			X	

3.2.3.3 Existe-t-il une commission des menus effective au sein de la structure ?			X	Cette commission n'est plus effective depuis la crise COVID Remarque n° 9 : La commission menus n'existe plus malgré une demande exprimée par les résidents et certains professionnels.
3.2.3.4 L'établissement a-t-il mis en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents ?	Annexe 2-3-1 de l'art D 312-159-2 CASF		X	Non, seule une boisson chaude est possiblement à disposition

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Ecart n° 19 : en ne mettant pas en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents, l'établissement ne satisfait pas au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD telles que prévues selon les annexes de l'article D 312-159-2 du CASF.
3.2.3.5 L'établissement a-t-il mis en œuvre une vigilance particulière quant à la dénutrition des résidents ?	HAS, FFN. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Novembre 2021 HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007	X		La mission n'a pas étudié spécifiquement cet aspect de la prise en charge. Néanmoins une alimentation enrichie est mise en place en cas de perte de poids. Il n'existe pas de problème dans ces circonstances avec le service des cuisines pour adapter les repas. L'analyse des prises en charge des dénutritions, réalisée lors de l'évaluation PATHOS de mars 2022, était satisfaisante. Le protocole a été transmis à la mission d'inspection. Les pesées ne sont pas effectuées de façon régulière et suffisamment fréquente. Remarque n° 10 : irrégularité de la pesée des patients.

3.2.3.6 L'établissement a-t-il mis en œuvre une vigilance particulière quant à l'hydratation des résidents y compris en dehors des épisodes de chaleurs ?		X		Il existe des protocoles de prises en charge particulière lors des épisodes caniculaires. Une famille a porté réclamation vis-à-vis de l'absence de mise à disposition d'eau fraîche lors d'une visite en période caniculaire. La mission n'a pas étudié les protocoles hydratation en dehors des épisodes caniculaires. L'analyse des protocoles et prise en charge de l'hydratation réalisée lors de l'évaluation PATHOS de mars 22 était satisfaisante.
---	--	---	--	--

3.2.4. La continence et l'altération des téguments

3.2.4.1 Existe-t-il un référent « protection » ?		X		Il existe deux référents protections avec un logiciel de suivi et du matériel en quantité.
--	--	---	--	--

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.2.4.2 La mise en place des protections pour les personnes souffrant de troubles de la continence fait-elle l'objet d'une analyse, d'une adaptation par une équipe pluridisciplinaire ?		X		Les besoins sont annoncés lors des transmissions.
3.2.4.3 Le stock de changes est-il suffisant ?		X		
3.2.4.4 Un nombre de protections par résident a-t-il été défini ?		X		Le rythme des changes est défini mais il s'effectue également au besoin. Les personnels déclarent n'avoir aucune restriction à ce niveau.
3.2.4.5 Existe-t-il un référent plaies et escarres au sein de la structure ?			X	

3.2.4.6 Des référentiels et protocoles accessibles et actualisés sur les plaies et escarres sont-ils disponibles ?		X		Cet aspect spécifique n'a pas été étudié par l'équipe médicale lors de cette mission d'inspection. Cependant les protocoles sont réévalués par la qualitiennne du GHT. Ils sont actualisés par le médecin coordonnateur, la cadre et l'IDE. Mais il n'y a plus de médecin coordonnateur et certains protocoles sont à réactualiser.
3.2.4.7 L'accès à du matériel de prévention des escarres est-il organisé ?		X		Les personnels déclarent avoir à disposition les matériels et produits sans aucune difficulté.
3.3. Soins				
3.3.1. Projet de soins individuel				
3.3.1.1 Un projet de soins global (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	D 312-155-0-3 CASF		x	Il existe un plan de soins mais pas de projet de soins en tant que tel. Écart n° 20 : en ne mettant pas en place de projet de soin pour chaque résident, l'établissement ne satisfait pas à l'article D 312-155-0-3 du CASF

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.3.1.2 Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?			x	Il n'existe pas de projet de soins.
3.3.1.3 Les plans de soins qui en découlent font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?		x		Il existe un plan de soin mais il n'est pas réévalué suffisamment périodiquement. Le suivi s'effectue si un besoin existe suite à la visite du médecin traitant. Il faut noter que les personnels disposent des dispositifs et matériels techniques adaptés et en quantité suffisante.
3.3.1.4 La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/confidentialité) ?	L 311-3-4 CASF L 1110-4 CSP R 4312-35 CSP	x		Le dossier de soins est informatisé (système Osiris), les parties médicales et paramédicales sont bien tenues. Une partie du dossier médical est contenu dans un classeur individuel dans une armoire la salle de soins.

3.3.1.5 La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ?	L 1110-5 CSP L 1112-4 CSP D 312-155-0-2 CASF R 4312-19 CSP	x		Les personnels disposent d'échelles adaptées à l'évaluation de la douleur, mais pas de synthèse dans le suivi. A noter que si une personne souffre la nuit il n'y a pas de protocole pour soulager la douleur en l'absence d'IDE. La seule solution serait d'appeler le 15.
3.3.1.6 Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, l'établissement a-t-il recours à la filière gériatrique ?		X		L'Équipe mobile de gériatrie intervient dans l'établissement mais pas spécifiquement pour la douleur. L'établissement peut faire appel au réseau Emeraude.
3.3.1.7 La prise en charge de la chute est-elle organisée et protocolisée ?	L 311-3 CASF D 312-155-0 CASF HAS. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009		X	Il existe un protocole de prise en charge des chutes. Un matériel spécifique de relevage est à disposition. Mais l'analyse de l'événement indésirable n'est pas systématiquement effectuée. Remarque n° 11 : l'analyse des chutes n'est pas systématiquement réalisée.
3.3.1.8 Existe-t-il un dispositif permettant de prévenir les chutes, de les signaler et de les analyser ?			x	Un projet de domotique dans les chambres est en cours.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.3.1.9 Un bilan annuel des chutes est-il réalisé ?				Non étudié par la mission
3.3.1.10 L'établissement a-t-il recours à une équipe mobile de soins palliatifs ?	L 1110-5 CSP L 1112-4 CSP R 4312-20 CSP R 4312-21 CSP	x		
3.3.1.11 La prise en charge en soins psychiatriques est-elle organisée ?		x		Il peut être fait appel ponctuellement à l'équipe du CMP de Decize. Actuellement l'EHPAD adresse en consultation en ville les patients à un psychiatre présent au cabinet médical un jour par semaine. Il existe des difficultés avec le CHS pour les hospitalisations.

3.3.1.12 La prise en charge en soins dentaires est-elle organisée ?				L'Établissement adresse ses patients en cabinet de ville avec grande difficulté.
3.3.1.13 EN L'ABSENCE DE PUI : Une convention a-t-elle été signée avec une ou plusieurs officines de ville ?	L. 5126-10 CSP	x		Dans les faits, le pharmacien intervient ponctuellement au sein de l'EHPAD. La pharmacie est localisée à Nevers (1h30 de route de l'EHPAD). Les médicaments sont livrés une fois par semaine la nuit par le grossiste-répartiteur OCP et autant que de besoin dès lors que des modifications de traitement ont été prescrites. Cependant si les ordonnances sont faxées après 17h, les médicaments ne seront pas livrés avant le surlendemain. Le pharmacien se déplace également tous les vendredis pour venir collecter les ordonnances originales et apporter le cas échéant des compléments de traitement. L'examen des fiches de déclaration d'effets indésirables fait état de plusieurs retards de livraison ayant pour conséquence la non administration des médicaments aux patients (fiche n° 22-2123, 22-2626, 22- 2283). Ecart n° 21 : La procédure institutionnelle relative au circuit du médicament date de 2019 et n'est plus adaptée au fonctionnement de l'établissement depuis la fermeture de l'USLD et le changement de convention liant l'EHPAD au pharmacien dispensateur (L. 5126-10). Risque : dysfonctionnements, défaut de sécurisation du circuit du médicament.
3.3.1.14 EN L'ABSENCE DE PUI : Un pharmacien référent est-il désigné par écrit ?	L. 5126-10 CSP R. 5126-106 CSP R. 5126-108 CSP R. 4312-39 CSP	X		Cf. ci-dessus.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	L. 313-12 CASF D. 312-158 CASF			
3.3.2. Réception et contrôle des médicaments				
3.3.2.1 A la livraison, les IDE vérifient-elles les piluliers préparés par l'officine / la PUI, au regard des prescriptions ?	R. 4312-38 CSP	x		Selon les déclarations, les sachets sont vérifiés par l'IDE au regard des prescriptions.
3.3.3. Administration des médicaments				

3.3.3.1 Toute administration et toute aide à la prise de médicament est-elle réalisée avec sous les yeux la prescription médicale originale à jour ?	IDE : R. 4312-42 CSP R. 4312-38 CSP Aide à la prise : L. 313-26 CASF Si PUI : en plus : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...)		x	Le processus de distribution des médicaments n'est pas sécurisé : les sachets de médicaments préparés par la pharmacie sont distribués selon le seul plan de table et pour certains plusieurs heures à l'avance (à table ou sur les plateaux). Risques : erreur de distribution, prise involontaire par les résidents (cf. fiches d'évènements indésirables déclarés au sein de l'EHPAD). La mission a également constaté l'absence de vérification par le personnel assurant la distribution de la concordance des médicaments distribués avec les prescriptions médicales à jour de chaque résident. La traçabilité des administrations est incomplète pour les résidents du secteur jaune. Risques : la vérification ultime avant administration n'est pas réalisée car la distribution se fait à la vue exclusivement de la retranscription de la prescription faite par le pharmacien. Une erreur d'attribution de médicament causée par une erreur de transcription ou de préparation de la part du pharmacien peut donc survenir sans être détectée. De plus, l'IDE, le médecin et le pharmacien ne sont pas en mesure de vérifier si le résident a effectivement pris son traitement. Ce point a fait l'objet de l'injonction immédiate n° 2 transmise par courrier en date du 04/10/2022. L'administration des traitements est en partie réalisé par des FFAS, ce qui constitue glissements de tâches, dès lors où cette administration n'entre pas dans le cadre des actes de la vie courante et nécessite l'intervention d'auxiliaires médicaux Cf. points 1.2.3 f & 3.3.3.1.
--	--	--	---	--

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

3.3.3.2 La concordance entre l'identité du résident, celle figurant sur la prescription médicale et celle mentionnée sur chaque contenant des médicaments est-elle vérifiée ?	IDE : R. 4312-42 CSP R. 4312-38 CSP Aide à la prise : L. 313-26 CASF SI PUI : en plus arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...)		X	Lors de la distribution par les AS ou FF l'identité du résident est contrôlée à la seule vue du plan de table ou du nom du chevalet sur le plateau. La vérification ultime avant l'administration des médicaments par le résident n'est pas réalisée systématiquement. Cf. point 3.3.3.1
3.3.4. Vérification de la prise				
3.3.4.1 Les IDE s'assurent-elles de la vérification de la prise des médicaments et de l'enregistrement de celle-ci ?	R. 4311-5 CSP R. 4312-41 CSP SI PUI : en plus : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...) si PUI		x	La traçabilité de l'administration n'est pas systématiquement réalisée. Cf. point 3.3.3.1
3.3.5. Gestion des si besoin				
3.3.5.1 Les médicaments dont la posologie doit être adaptée en fonction des symptômes (si-besoin) sont-ils prescrits avec précision et leur	R.4311-7, 8 et 14 du CSP R 4312-19 CSP	x		Dans la majorité des cas, les médicaments prescrits si besoin sont exclusivement administrés par les IDE. Néanmoins, il existe certains cas où ces médicaments peuvent être administrés par les AS ou FFAS, notamment la nuit. Cf. point 1.2.3.f.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

administration est-elle effectuée par une IDE ?	Si PUI : en plus : arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription (...)			
3.3.6. Broyage				
3.3.6.1 Le broyage est-il réalisé exclusivement par les IDE ?	L. 313-26 CASF		x	Cf. point 1.2.3.c
3.3.6.2 Le matériel pour le broyage utilise-t-il des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique ?	R. 4312-37 CSP	x		
3.3.7. Hygiène				
3.3.7.1 Pour les spécialités sous forme multi doses (stylos à insuline, flacons, gouttes, solutés buvables, collyres, etc.), la date d'ouverture et le nom du résident sont systématiquement portés sur le flacon.	R. 4312-37 CSP R. 4312-38 CSP		x	Cf. point 2.4.d

Appréciation de l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	Satisfaisant	Acceptable	Moyen	Insuffisant
				X

4 Conclusion

La mission a réalisé l'inspection dans des conditions satisfaisantes.

Les professionnels ont à cœur d'assurer un accompagnement quotidien et de qualité.

Cependant plusieurs facteurs obèrent la continuité et qualité de la pris en charge et peuvent, pour certains, être source d'insécurité pour les résidents :

- Une gouvernance de proximité peu présente et instable dans la durée
- Un déploiement des ressources soignantes (IDE, médecin) qui n'est pas en adéquation avec les besoins
- Une organisation des soins à renforcer
- Une absence de politique de gestion et de traitement des risques
- Des locaux non sécurisés

##### Pharmacienne Inspectrice De santé publique	##### Médecin inspecteur De santé publique
##### Inspectrice Principale	##### Cheffe du service des établissements pour personnes âgées et handicapées
Dr. ##### Médecin	##### Référente des établissements et services médico-sociaux

ANNEXES

Annexe 1 – Lettres de mission ARS de Bourgogne – Franche-Comté et Conseil départemental de la Nièvre

**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

Liberté
Égalité
Fraterni
té

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE
BOURGOGNE - FRANCHE-COMTE**

MISSIONNE:

Liste globale des personnes missionnées en annexe 1.

AU MOTIF QUE :

L'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté a été destinataire de réclamations et de signalements mentionnant des faits relatifs à la prise en charge et l'accompagnement des résidents susceptibles, s'ils étaient avérés, d'affecter leur santé et leur sécurité.

EN APPLICATION:

- de l'article L. 313-13, du code de l'action sociale et des familles ; des articles L. 1421-1 à 3 du code de la santé publique;
de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique;
des articles des articles L. 6116-1 et L. 6116-2 du code de la santé publique.

POUR INSPECTER:

Les établissements dont la liste figure en annexe II à la présente lettre.

OBJET DU CONTRÔLE :

- Apprécier si les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement : respectent les dispositions applicables du code de l'action sociale et des familles ;
ne présentent pas de risque susceptible d'affecter la prise en charge des résidents ou le respect de leurs droits.

En particulier, les domaines suivants seront investigués :

Gouvernance et fonctions support.

Prévention de la maltraitance et gestion des risques.

Organisation des soins et respect des droits des résidents.

La mission d'inspection pourra être amenée à élargir ses champs d'investigation dans le cadre législatif et réglementaire applicable.

CALENDRIER :

ARS Bourgogne Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535, 21036 Dijon cedex
Tél : 0808 807 107 - site: www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Les inspections se dérouleront à compter du 5 septembre 2022 et seront inopinées.

A l'issue de l'inspection, la mission d'inspection établira dans un délai de deux semaines un rapport qui sera adressé au directeur général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté.

- L'inspection donnera lieu, le cas échéant, à la formulation de propositions de mesures au directeur général de l'ARS. Les mesures envisagées seront notifiées au responsable de la structure dans le cadre d'une procédure contradictoire, hors cas d'urgence.

Dijon, le 01/09/2022

Le directeur général adjoint,

.....
...../.....

#####

ANNEXE I

Liste des personnes missionnées :

ARS Bourgogne Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535, 21036 Dijon cedex
Tél : 0808 807 107 - site: www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Annexe 2 – Liste des personnes entendues

Professions	Cocher la case si entendu	Nbre de personnes entendues
Directeur délégué par intérim	X	1
Attachée d'administration	X	1
Responsable service économat	X	1
Cadre de santé	X	1
AS de nuit	X	1
Psychologue	X	1
IDE	X	2
Aide-soignante	X	3
Faisant fonction d'AS	X	3
Agent de cuisine	X	1
ASH Hôtellerie	X	1
Animatrice	X	1

Annexe 3 - Liste des documents demandés

Documents	Clé USB	A consulter sur place
L'organigramme nominatif à jour	X	X
Le projet d'établissement en cours	X	
Le règlement de fonctionnement	X	
Le règlement intérieur	X	
Le contrat de séjour type	X	X
La composition et les PV (3 derniers exercices) du CVS	X	
La composition et les PV (3 derniers exercices) du CA	X	
Les rapports de la direction (3 derniers exercices)	X	
Le registre légal des personnes accueillies		X
Le livret d'accueil	X	
La procédure d'admission	X	
Le projet d'animation	X	
Les dossiers du personnel dont les diplômes / échantillon		X
Les dossiers administratifs des résidents / échantillon		X
Les projets individuels des résidents/ échantillon		X
Les dossiers de soins / échantillon		X
Les protocoles de soins : urgences, douleur, chutes, dénutrition, escarres, hydratation...	X	X
La liste des médicaments du stock tampon / stock d'urgence	X	X
Le dossier médical- type		X
La fiche de suivi type alimentation / hydratation	X	X
Le dossier de liaison d'urgence type	X	X
Les rapports d'activités médicales annuel (3 derniers exercices)	X	
Les conventions de coopération avec les établissements et personnes ressources extérieures	X	
FONCTIONS SUPPORT		
Registre de sécurité, contrats de maintenance (à définir par le CD)		X
VOLET RH Liste des soignants précisant le diplôme et la fonction exercée (nominative et exhaustive (salariés, intérim, PSL, contractuels), du mois en cours Les plannings prévus des 3 derniers mois Les plannings réalisés les 3 derniers mois, dont codes horaires Les plannings prévisionnels des 3 à 6 mois à venir La liste nominative des professionnels ayant accès au dossier résident et leur fonction Le nombre et la nature des postes non pourvus en 2021 et actuellement (absence de candidats, recrutements en cours...) dont le nombre et la nature des postes non pourvus en 2021 et actuellement en raison d'absences conjoncturelles (maladie, maternité, COVID...)	Tous les documents ci-contre sont à remettre sur clé USB	X

L'organisation en termes de remplacement et notamment la présence ou non d'équipe de suppléance et la procédure de remplacement interne et/ou du groupe		
Les agents mis à disposition par d'autres(s) structure(s) qui apparaissent sur des comptes de personnel extérieur / MAD		
Le livret d'accueil du nouveau salarié		
Le contrat de travail du médecin coordonnateur		
GOUVERNANCE		
Délégation de pouvoir et de signature pour la direction	X	X
Contrat de travail du directeur	X	
Les plannings des astreintes de direction (3 derniers exercices)	X	X
Les fiches de poste et de tâches des agents (y compris direction)	X	X
Les bilans des plans de formation des 2 dernières années et plan de formation prévisionnel	X	
11. Les notes de services et comptes rendus de réunions (service, direction) (3 derniers exercices)	X	X
EI ET RECLAMATIONS		
Le registre des réclamations		x
Le classeur des événements indésirables (EI) et événements indésirables graves (EIG)		X
La charte de non punition / la charte de confiance	X	X
Les différentes procédures et protocoles relatifs à la gestion des risques et des urgences, signalement des EI aux tutelles	X	X

Annexe 4 – Glossaire

AES : Accompagnant éducatif et social (ex AMP : aide médico-psychologique)
MP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
ASG : Assistant de Soins en gériatrie
AVS : Auxiliaire de vie sociale
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reductibles
Covid : ##### disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DSI : dossier de soins infirmiers
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIG/EIGAS : Evènement indésirable/évènement indésirable grave/évènement indésirable grave associé aux soins
ETP : Equivalent temps plein
FEI : fiche d'évènement indésirable
FF AS : faisant fonction d'aide-soignant
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC ou médco : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité

PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
PUI : pharmacie à usage intérieur
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
TIAC : toxi-infection alimentaire collective
UVP : Unité de vie protégée
VAE : validation des acquis de l'expérience