

Direction Inspection, Contrôle, Audit

Membres de la mission

- Madame #####, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Bourgogne Franche Comté, coordinatrice de la mission
- Monsieur #####, Infirmier de santé publique, inspecteur à l'ARS Bourgogne Franche Comté,
- Monsieur #####, Pharmacien inspecteur de santé publique, ARS Bourgogne Franche Comté,
- Madame #####, Conseil départemental de l'Yonne,

Membres complémentaires à la mission- analyses RH et financières.

#####, Chargée de mission, ARS Bourgogne Franche Comté, #####,
Chargé de mission, ARS Bourgogne Franche Comté

RAPPORT D'INSPECTION

Juin 2022

AVERTISSEMENT

☒ 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 1: En l'absence de communication des éléments demandés, la mission n'a pu prendre connaissance de tout document ou éléments nécessaires à la réalisation de sa mission ou de son expertise conformément à ce que prévoit l'article L 1421-3 du code de santé publique.

1- Gouvernance :

Ecart 2 : La capacité autorisée n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation n°2016-DA-R-468 du 28 décembre 2016 et arrêté n° DA18-012 du 7 février 2018 portant transfert de l'autorisation délivrée à la SARL RESIDENCE FLORE pour le fonctionnement de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Saint Agnan « Résidence Flore », au profit de la SARL EHPAD FLORE sis ##### (#####).

Ecart 3 : En ne tenant pas à jour et dans des conditions non formelles le registre des entrées et sorties, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 331- 2 du CASF.

Ecart 4 : En l'absence d'affichage dans les locaux du règlement de fonctionnement, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article R 311-4 du CASF qui prévoit que sans préjudice de sa communication aux résidents, le règlement de fonctionnement doit faire l'objet d'un affichage.

Ecart 5 : Le règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet de modification périodique depuis le 1er avril 2012. En l'absence d'évolution de celui-ci, l'établissement ne respecte pas l'obligation définie à l'article R 311-37-1 du CASF.

Ecart 6 : L'établissement n'assure pas le respect de la dignité, l'intégrité, la sécurité, du droit à aller et venir librement, d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité, tel que prévu à l'article L 311-3 du CASF.

Ecart 7: En n'ayant pas de projet d'établissement sincère, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation de définir les modalités d'organisation prévues à l'article L 311-8 du CASF.

Ecart 8 : En ne mettant pas en place de Conseil de Vie Sociale ou autre instance représentative des personnes accueillies et leurs familles, l'établissement ne satisfait pas aux exigences définies à l'article L 311-6 du CASF.

Ecart 9: En ne mettant pas à disposition des personnes accueillies ou à son représentant légal un livret d'accueil, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-4 du CASF.

Ecart 10: L'établissement ne satisfait pas à l'obligation d'affichage du livret d'accueil tel que prévu à l'article R 311-34 du CASF.

Ecart 11: En l'absence de document attestant de la qualification de la direction, celle-ci ne peut être considérée comme qualifiée pour l'exercice d'une direction d'établissement. En conséquence, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article D312-176-6 du CASF.

Ecart 12: En ne précisant pas une organisation continue de la fonction de direction, la structure ne répond pas à l'obligation d'organisation générale d'accompagnement de manière continue tout au long de l'année définie à l'article D 344-5-7 du CASF.

Ecart 13: le personnel affecté aux soins n'est pas qualifié, l'établissement ne respecte pas l'obligation définie à l'article L 312-1-II al 2 du CASF qui prévoit que les prestations délivrées par les ESMS sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.

Ecart 14 : En n'organisant pas une présence continue de personnel qualifié, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article D344-5-7 du CASF qui prévoit que l'organisation générale de l'établissement ou du service garantit l'accompagnement de la personne dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année.

Ecart 15: L'établissement en faisant réaliser les plans de soins de nursing par un personnel non qualifié et/ou sans supervision par un IDE positionne celui-ci dans un exercice illégal d'une profession réglementé (article L4314-4 du CSP).

Ecart 16: En n'organisant pas la prise en charge au travers de document de type fiche de poste ou fiche de tâches en cohérence avec l'organisation du personnel, permettant au personnel de garantir une cohérence et une continuité des soins en coordination avec l'ensemble des intervenants, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie dans l'article D312-155-0 du CASF.

Ecart 17 : En n'ayant pas identifié de référent pour l'activité sportive, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie dans l'article L 311-12 du CASF.

Ecart 18: En ne mettant pas en corrélation le plan de formation avec les objectifs de prise en charge des personnes accueillies au travers d'une amélioration continue de la qualité, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article D 344-5-10 du CASF.

Ecart 19: en l'absence de partenariat pour la prise en charge des soins palliatifs, l'établissement n'a pas mis en œuvre l'obligation définie à l'article D311-38 du CASF.

2- Gestion des risques :

Ecart 20: En ne définissant pas les cas de transmissions des évènements indésirables selon l'article L 331-8-1 du CASF, l'établissement ne satisfait pas à son obligation.

Ecart 21: En n'ayant pas de formulaire défini selon l'arrêté en vigueur pour la conduite à tenir en cas d'évènements indésirables graves, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation de l'article R 331-8 du CASF.

Ecart 22: En ne communiquant pas sur les évènements indésirables ayant eu lieu au sein de la structure auprès du conseil de la vie sociale ou tout autre organisation représentative des résidents et des familles, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article R 331-10 du CASF.

Ecart 23: En n'ayant pas de protocole de signalement à l'ARS et au CD selon les dispositions obligatoires, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie aux articles R 331-8 et R 331-9 du CASF.

Ecart 24 : En ne stipulant pas aux salariés qu'ils sont protégés pour leur témoignage d'actes de maltraitances, l'établissement ne satisfait à l'obligation définie à l'article L 313-24 du CASF.

Ecart 25 : La notion de non-punition dans le cadre d'un signalement n'est ni écrite ni connue. Il n'existe pas dans l'établissement de document tel que 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.

Ecart 26 : L'établissement, en n'ayant pas communiqué les EIG relevant du circuit du médicament et de situation de violence entre les résidents, ne satisfait pas à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et à l'obligation de l'article L331-8-1 du CASF qui prévoit le signalement de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge.

Ecart 27: Les EIG et notamment les erreurs relatives aux médicaments ne donnent pas lieu aux démarches suivantes, prévues 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 :

- L'analyse des causes qui ont conduit à l'erreur ainsi que les barrières de sécurité qui ont cédé ou qui sont manquantes ;
- La détermination d'un plan d'actions pour éviter la reproduction mais aussi pour favoriser la détection et la récupération d'une erreur de même nature, avec suivi et évaluation des mesures correctives ;
- La diffusion et le partage d'information sur les enseignements et les recommandations tirés de l'erreur pour renforcer la résilience de l'organisation.

L'établissement, en ne réalisant pas au sein de son établissement de retour d'expérience sur les EIGAS ne satisfait pas à l'obligation de l'article L 1413 du code de santé publique et de l'arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute Autorité de Santé.

Ecart 28 : En ne sécurisant pas les accès extérieurs, ni l'accès aux escaliers intérieurs, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-3 du CASF.

Ecart 29 : les locaux techniques accueillant des produits toxiques et les installations électriques, l'infirmier, la cuisine, ne sont pas sécurisés et accessibles aux résidents, induisant un risque non maîtrisé. L'établissement n'assure pas la sécurité des résidents conformément à l'obligation définie dans l'article L 311-3 du CASF.

Ecart 30 : L'établissement, en ne disposant pas de tenues identifiées, adaptées pour chaque professionnel et en quantité suffisante, ne permet pas d'assurer l'hygiène attendue dans les soins portés aux résidents et n'est pas en mesure de satisfaire aux obligations de l'article R.4312-37 du code de la santé publique qui prévoit que « l'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne [...] et dans la tenue des locaux professionnels ».

Ecart 31 : En ne mettant pas en place un dispositif d'appel malade adapté et fonctionnel, l'établissement ne respecte pas l'obligation de sécurité définie dans l'article L 311-3 du CASF.

3- Circuit du médicament :

Ecart 32: L'administration des traitements est réalisée sur la base de multiples documents, non forcément à jour au regard de la dernière ordonnance en vigueur. La question reste posée concernant le document de prescription transmis à l'officine pour la préparation des médicaments. Aucun pharmacien n'était présent le jour de l'inspection (les ordonnances sont faxées d'après les déclarations de la direction).

Ecart 33: Tous les éléments prévus dans la convention ne sont pas mis en œuvre en pratique (présence d'un IDE référent dans l'EHPAD notamment pour réceptionner les traitements, utilisation du logiciel TITAN par l'EHPAD et l'officine, politique de réduction du risque lié aux médicaments, étiquetage des formes multidoses comme les insulines etc.). De plus, il n'y est pas fait mention de l'élaboration de la liste préférentielle des médicaments à utiliser au sein de l'EHPAD contrairement à ce qui est prévu par l'article L. 5126-10 du CSP.

Ecart 34 : Il a été déclaré que les IDE préparaient pour les AS les traitements à administrer lorsqu'elles n'étaient pas présentes, en mettant les sachets de médicaments dans un casier. Cependant le jour de l'inspection, un traitement par Gaviscon® avait été oublié par l'IDE libérale qui intervenait ce jour-là. De plus, l'AS présente le jour de l'inspection a déclaré qu'elle préparait et administrait les gouttes buvables, de même que les collyres.

Ces médicaments multidoses nécessitent un apprentissage et une manipulation spécifiques. Ils sont donc réservés aux IDE et n'entrent pas dans le cadre des actes de la vie courante.

Ecart 35: Le jour de l'inspection, un contrôle des traitements pour M. H a permis de relever qu'il manquait dans l'escargot les comprimés de biotine pourtant toujours prescrits sur l'ordonnance en vigueur. Ce patient n'a donc pas son traitement au moins depuis le 29/4/22 sans que personne ne s'en aperçoive et ce malgré un contrôle de l'escargot à son arrivée à l'EHPAD.

Ecart 36: Des sachets de Gaviscon® sont administrés en même temps que les autres médicaments, alors que leur RCP prévoit qu'il est recommandé de respecter un délai de 2h au moins, sous peine d'entraver l'efficacité de ces traitements.

Ecart 37: Les collyres sont administrés par des AS. De plus, d'après les déclarations d'une AS recueillies le jour de l'inspection, il apparaît en fait que des patchs transdermiques de trinitrine sont posés par des veilleuses de nuit (pour au moins 3 résidents). Ceci a été confirmé par d'autres déclarations de veilleuses de nuit ayant d'ailleurs trouvé un patient avec 3 patchs posés simultanément sur lui (risque de surdosage important).

Ecart 38 : L'administration des traitements, qu'elle soit réalisée par une IDE quand elle est présente ou des AS dans le cadre des actes de la vie courante, ne respecte en rien la réglementation (pas de traçabilité, ni de moyen de contrôle).

Ecart 39 : Des traitements nécessitant un apprentissage et des modalités d'administration particulières (donc exclus du cadre des actes de la vie courante) sont administrés par des AS sans présence d'IDE, comme des collyres, des gouttes et des patchs de trinitrine.

Ecart 40 : L'aide à la prise des médicaments ne respecte pas les conditions énoncées dans l'article L.313-26 du CASF : la personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante doit être informée des doses prescrites et du moment de la prise.

Ecart 41: ce protocole est une simple feuille de papier, manuscrite, ni datée, ni signée d'un médecin, qui rappelle les posologies pour chaque patient sous insuline, mais sans correspondre à l'ordonnance en vigueur par ex pour M. H. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir si ce protocole émane bien d'une décision médicale.

Ecart 42: Aucune administration de traitement n'est enregistrée, le logiciel TITAN n'étant pas utilisé pour le circuit du médicament (n'est plus à jour depuis avril concernant les plans d'administration que l'IDE, en poste avant sa démission, élaborait à partir des retranscriptions des ordonnances médicales).

Ecart 43: Il a été indiqué que les refus de prise étaient notés dans TITAN dans la partie transmission par les AS. Cependant, il n'est pas possible de savoir si ces transmissions sont lues par le médecin et le pharmacien référent (elles ne leur sont pas directement transmises).

Ecart 44: Faute de médecin traitant désigné pour cette patiente et de médecin coordonnateur exerçant à l'EHPAD, cette décision ne relève d'aucun avis médical.

Ecart 45 : Ce sont les AS qui écrasent les comprimés et ouvrent les gélules pour les patients ayant des problèmes de déglutition (Mme S. par ex), alors que ni le médecin traitant ni le pharmacien n'en sont informés.

Ecart 46 : Les pratiques de broyage des comprimés et ouverture de gélules ne respectent pas les exigences relatives aux médicaments : tous les traitements sont écrasés simultanément et il n'existe pas de liste permettant de savoir ce qui peut ou non être écrasé. Par exemple, les AS sont amenées à ouvrir des gélules de Modopar® alors que le résumé des caractéristiques du produit (RCP) l'interdit, de même qu'elles écrasent des comprimés de rispéridone orodispersibles. Ces pratiques sont à risque d'inefficacité des traitements et/ou de toxicité.

Ecart 47 : De nombreux traitements sous forme de multidoses ne sont pas identifiés nominativement avec une date d'ouverture, comme des insulines (informations parcellaires écrites à la main, étiquettes déchirées...), un dispositif inhaler (Symbicort), etc.

Ceci est à risque car un stylo d'insuline ouvert ne peut pas être conservé plus de 28 jours à température ambiante.

Ecart 48 : Le coffre à stupéfiants dysfonctionne et ne peut plus s'ouvrir depuis le dernier confinement, ce qui était inconnu de la directrice. Aussi, les traitements stupéfiants en cours (Skenan® pour une patiente) sont stockés avec les autres traitements dans l'armoire à pharmacie.

Ecart 49 : Le thermomètre à mercure présent le jour de l'inspection ne fonctionne plus (entre 10 et 15°C indiqué alors qu'au toucher les médicaments étaient froids) et aucun relevé n'est réalisé quotidiennement, ce qui ne permet pas de s'assurer de la température régnant dans l'enceinte et que les traitements sont ainsi correctement conservés (entre +2 et +8°C).

Ecart 50 : L'identification des casiers ne comporte pas le prénom, ni la photo des résidents et ni leur n° de chambre.

Ecart 51 : L'EHPAD détient des médicaments qui ne sont plus en cours, ainsi que des traitements qui ne figurent pas sur la liste de médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.

Ecart 52 : Aucune dotation de médicaments pour des besoins de soins prescrits en urgence n'a été établie entre les médecins référents de l'EHPAD et le pharmacien référent qui l'approvisionne.

Ecart 53 : Des produits de santé de la trousse d'urgence sont identifiés comme périmés sur l'affiche recensant le contenu de cette trousse (NaCl, G5, G30) ou de péremption inconnue (furosémide, méthylprednisolone).

4- Organisation de la prise en charge

Ecart 54 : L'établissement, en ne disposant plus de médecin coordonnateur donnant un avis sur les admissions des personnes à accueillir et veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution, ne satisfait pas à l'obligation du point 2° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 55 : La direction de l'établissement, en ne procédant plus au recueil du consentement éclairé de la personne avant ou lors de son entrée dans la structure de manière systématisée, ne satisfait pas à l'obligation de l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 56 : En l'absence d'animation et d'activités thérapeutique visant au maintien de l'autonomie des résidents, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-3 3° qui précise qu'il doit assurer une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement et l'autonomie du résident.

Ecart 57 : En ne respectant pas les rythmes et habitudes de vie des résidents, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-3 3° qui précise qu'il doit assurer une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins.

Ecart 58 : L'établissement, en n'élaborant pas pour et avec chaque résident le projet d'accompagnement personnalisé et adapté de manière formalisé, ne satisfait pas aux obligations définies aux articles D 344-5-4 du CASF et L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 59 : L'établissement :

- en hébergeant des résidents présentant des troubles démentiels ;
- en sachant qu'il ne peut en assurer la prise en charge faute de personnel qualifié ;
- en n'assurant pas un transfert de ces résidents dans une unité adaptée ;

n'est pas en mesure de satisfaire à son obligation d'assurer le respect de la dignité, de l'intégrité, ainsi qu'une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins du résident (article L311-3 CASF).

Ecart 60 : L'établissement, en ne disposant pas d'un dossier de soins infirmiers normalement constitué disposant des informations pertinentes et actualisées relatives à la prise en charge du résident, ne satisfait pas à l'obligation de l'article R.4312-35 du code de la santé publique.

Ecart 61 : En l'absence de personnel diplômé de manière continue au sein de l'établissement, la continuité de la prise en charge n'est pas assurée, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article D 312-155-0 CASF.

Ecart 62 : L'établissement, en ne disposant plus de professionnel infirmier diplômé et de continuité de prise en charge des soins infirmiers, ne satisfait pas à l'obligation du II de l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 63 : L'établissement, en ne disposant pas de temps de médecin coordonnateur sur la structure, ne satisfait pas aux obligations de l'article D 312-155-0-II et D.312-156 du code de l'action sociale et des familles et n'est plus en mesure de mettre en œuvre l'intégralité des quatorze missions prévues à l'article D.312-158 du même code.

ECART 64 : L'établissement, en n'étant pas en mesure d'éditer dès que besoin un dossier de liaison d'urgence actualisé, ne satisfait pas aux obligations d'amélioration des bonnes pratiques professionnelles (Décision n°2015.0159/DC/SMACDAM du 24 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé).

Ecart 65 : L'établissement :

- en ne procédant pas à la réactualisation des procédures relevant de la prise en charge de l'urgence vitale ;
- en ne réalisant pas systématiquement le recyclage de l'AFGSU 2 des infirmiers et des aides-soignants ;

ne satisfait pas aux obligations de formation de l'article 6 de l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence et à l'article R.4312-46 du code de la santé publique concernant l'actualisation des connaissances des Infirmiers ;

et ne satisfait pas à son obligation de réaliser une prise en charge sécurisée conformément aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 66 : L'établissement, en ne disposant plus de médecin coordonnateur et en n'ayant pas réalisé une continuité des soins médicaux sur la structure pour tous ses résidents, ne satisfait pas à l'obligation du II de l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 67 : En ne mettant pas en place un système respectant l'intimité des résidents dans les chambres doubles lors de la réalisation des soins, l'établissement ne satisfait pas à son obligation de préserver l'intimité des résidents accueillis conformément à l'article L 311-3-1 du CASF.

Ecart 68 : L'établissement, en hébergeant un résident de manière à l'isoler des autres usagers sans aucune raison médicale, n'a pas satisfait à son obligation de garantir la dignité et la liberté d'aller et venir de ce résident et ne satisfait pas à l'article L311-3 du CASF.

Ecart 69 : L'établissement, en ne disposant pas de toutes les prescriptions de contentions actualisées et régulièrement révisées pour chaque résident, n'est pas en mesure d'assurer le respect de la sécurité, de la dignité, de la liberté d'aller et venir pour chaque résident. (L311-3 du CASF).

Ecart 70 : L'établissement, en ne prévoyant pas l'accès à une collation en soirée ou la nuit de manière systématisée pour tous les résidents et en disposant par conséquent d'une amplitude de jeûne pouvant être supérieure à 12h00, ne satisfait pas à l'article L.311-3 et D 312-159-2 et de l'annexe 2-3-1 du code de l'action sociale concernant la qualité de la prise en charge et le socle minimal de prestation.

Ecart 71 : L'établissement :

- en ne disposant pas pour le repas et l'aide au repas du matériel adapté au profit du résident (table à hauteur variable, table ergonomique, couvert ergonomique, assiette compartimentée, assise adaptée, local adapté) ;
- en ne procédant plus au recueil des poids des résidents ;

ne satisfait pas à l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles concernant la qualité de la prise en charge et à l'article R.4312-42 du code de santé publique.

Ecart 72 : L'établissement, en ne disposant pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, ne satisfait pas aux dispositions de l'article D.312-160 du CASF.

Ecart 73 : L'établissement, en n'assurant pas le change des résidents en veillant au respect de la dignité de la personne prise en charge, ne satisfait pas à l'obligation de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 74 : L'établissement, en prévoyant la réalisation des plans de soins infirmier par du personnel non infirmier, place ses salariés dans une situation d'exercice illégal d'une profession réglementée et se rend complice d'exercice illégal d'une profession réglementée. L'établissement ne satisfait pas aux obligations des articles R4311-3 du CSP

Ecart 75 : L'établissement, en ne disposant pas d'un dossier de soins infirmiers normalement constitué disposant des informations pertinentes et actualisées relatives à la prise en charge du résident, ne satisfait pas à l'obligation de l'article R.4312-35 du code de la santé publique.

Ecart 76 : L'établissement, en disposant dans les couloirs de la structure des informations concernant la prise en charge individualisée, n'est pas en mesure d'assurer la sécurité des informations concernant le résident et ne satisfait pas à l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles et à l'article R.4312-5 du code de la santé publique.

Ecart 77 : L'établissement, en ne procédant pas à un recueil formalisé en continu de la douleur, en ne disposant pas de référent douleur, en ne disposant pas d'un personnel suffisamment formé à la prise en charge adaptée de la douleur du sujet âgé, en ne disposant pas d'un protocole de prise en charge de la douleur valide, ne satisfait pas aux obligations des articles R.4311-8, R.4312-10, R.4312-19 du code de la santé publique et de l'Al 3 de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ecart 78 : L'établissement, en ne mettant pas en œuvre ou en ne réalisant pas les réunions pluri professionnelles concernant la prise en charge du risque de chute des résidents, ne satisfait pas à son obligation de sécurité et de qualité des soins (article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles).

Remarques :

1- Gouvernance

Remarque 1 : L'organigramme ne reflète pas l'organisation réelle de manière identique dans les documents où il est requis et en insérant les liens fonctionnels et/ou hiérarchiques.

Remarque 2 : Aucune tenue n'est identifiée au nom de l'agent qui, compte tenu du turn-over important, du nombre d'intérimaires et de professionnels libéraux intervenant dans la structure, n'est pas de nature à faciliter l'identification des professionnels par les résidents, leurs proches et ne satisfait pas aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne HAS, septembre 2011 ».

Remarque 3 : l'établissement n'a pas de gestion des ressources humaines et des compétences en regard de son activité.

Remarque 4 : La direction n'est pas présente régulièrement pour engager un dialogue avec les salariés et prévenir tout risque de maltraitance inhérent aux divers dysfonctionnements. « Guide décembre 2008 de l'ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ».

Remarque 5 : en n'organisant pas les modalités de gestion des compétences, l'établissement ne met pas en œuvre des recommandations de bonnes pratiques attendues en matière de management (référence : HAS GUIDE POUR L'AUTODIAGNOSTIC DES PRATIQUES DE MANAGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ).

Remarque 6 : En l'absence de plan de formation intégrant la prévention de la maltraitance, l'établissement ne s'inscrit pas dans une démarche de prévention de la maltraitance (circulaire du 20 février 2014 relative à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux).

Remarque 7 : Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 » prévoit la conclusion de conventions de partenariats. En l'absence de partenariats, l'établissement ne s'inscrit pas dans une dynamique de bonnes pratiques pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées accueillies.

4- Organisation de la prise en charge

Remarque 8 : L'établissement n'a pas organisé la gestion du stock de protections, n'a pas désigné de référent sur l'adaptation de protections, ne pilote pas le réajustement des protections en équipe pluriprofessionnelle, ne procède pas à la formation de ses professionnels, ce qui n'est ni habituel, ni satisfaisant.

Remarque 9 : Les plans de soins des résidents ne font pas l'objet de réévaluation régulière en équipe pluriprofessionnelle (au moins une fois par an), ce qui n'est pas satisfaisant.

Table des matières

Présentation de l'établissement	18
1 Gouvernance de la structure	19
1.1. ELEMENTS INSTITUTIONNELS.....	19
1.1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation.....	19
1.1.2. Outils de la Loi 2002-2.....	20
1.2. GESTION RESSOURCES HUMAINES	25
1.2.1. Délégation de pouvoirs et signature du directeur	25
1.2.2. Pilotage et continuité de la fonction de direction.....	25
1.2.3. Gestion RH du personnel / QUALIFICATION.....	27
1.2.4. Gestion RH du personnel / FORMATION.....	30
1.3. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS	31
2 Gestion des risques.....	34
2.1. Politique de promotion de la bientraitance	34
2.2. Gestion des risques, des crises et des incidents graves	34
2.3. Bâtiments / espaces extérieurs / équipements	37
2.4. Sécurité des personnes et des biens.....	39
3 Circuit médicament.....	40
3.1 Prescription/fourniture/préparation des médicaments	40
3.2 Administration.....	41
3.3 Distribution	43
3.4 Gestion des si-besoins et adaptation des posologies.....	43
3.5 Vérification de la prise	44
3.6 Protocoles	44

3.7 Broyage	45
3.8 Hygiène	45
3.9 Sûreté.....	46
3.10 Dotation	47
4 Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement.....	49
4.1. Organisation de la prise en charge	49
4.1.1. Admission.....	49
4.1.3. Modalités d'accompagnement / Projet d'accueil et d'accompagnement	51
4.1.4. Continuité des prises en charge et coordination des professionnels au sein de l'établissement.....	54
4.2. Respect des droits et de la dignité des personnes.....	60
4.2.1. Rythmes de vie, respect des droits et de la dignité des personnes	60
3.2.2. Liberté d'aller et venir.....	60
4.2.3. Alimentation/repas	62
4.2.4. La continence et l'altération des téguments.....	64
4.3. Soins.....	66
4.3.1. Projet de soins individuel	66
ANNEXES	72
Annexe 1 – Lettres de mission	73
Annexe 2 – Liste des personnes entendues	76
Annexe 3 - Liste des documents demandés.....	77
Annexe 4 – Glossaire.....	93

INTRODUCTION

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

1.1 Présentation de l'établissement

Situé 13-15 rue #####, l'EHPAD Résidence Flore est géré par la SARL Résidence Flore située à la même adresse. L'EHPAD Résidence Flore dispose de 33 places en hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire. Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le rapport d'activité médicale fourni pour 2021, le GMP s'élève à XXX et le PMP à XXX. Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région BOURGOGNE – FRANCHE COMTE sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216. Aussi, les données de l'EHPAD sont quasi identiques aux chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 39 résidents accueillis étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Résidence Flore, 2021	26%	34%	25%	11%	4%
N=53	14	18	13	6	2
BFC1	18%	40%	18%	17%	7%

Son budget de fonctionnement selon l'EPRD validé est en 2021 de xxx € au titre de la dépendance et xxx€ € au titre du soin. La section hébergement ne fait pas l'objet d'une validation des AT s'agissant d'une structure non habilitée à l'aide sociale.

Réalisation de la mission :

Si le contrôle s'est déroulé dans des conditions matérielles correctes, la mission d'inspection n'a pu prendre connaissance des documents indiqués sur la liste des documents demandés (cf. Annexe 4), ces derniers n'ayant pas été transmis.

Ecart 1 : En l'absence de communication des éléments demandés, la mission n'a pu prendre connaissance de tout document ou élément nécessaires à la réalisation de sa mission ou de son expertise conformément à ce que prévoit l'article L 1421-3 du code de santé publique.

2 Gouvernance de la structure

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
2.1 1.1. ELEMENTS INSTITUTIONNELS				
2.1.1 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	Le jour de l'inspection, la Résidence Flore accueille 39 résidents en hébergement permanent l'arrêté n° DA18-012 du 7 février 2018 portant transfert de l'autorisation délivrée à la SARL RESIDENCE FLORE pour le fonctionnement de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Saint Agnan « Résidence Flore », au profit de la SARL EHPAD FLORE sis ##### (xxx) autorise le fonctionne de la Résidence Flore pour 33 hébergements permanents et 4 places d'hébergement temporaire. Ecart 2 : La capacité autorisée n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation n°2016-DA-R-468 du 28 décembre 2016. Et arrêté n° DA18-012 du 7 février 2018 portant transfert de l'autorisation délivrée à la SARL RESIDENCE FLORE pour le fonctionnement de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Saint Agnan « Résidence Flore », au profit de la SARL EHPAD FLORE sis ##### (xxx) ; Par ailleurs, la mission précise qu'est puni d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 euros la création, la transformation et l'extension des établissements et services énumérés à l'article L. 312-1, sans avoir obtenu l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ; conformément à l'article L 313-22 1° du CASF.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
2.1.2 b L'établissement tient-il à jour le registre prévu à l'article L. 331-2 du CASF où sont mentionnées l'identité des personnes accueillies, la date de leur entrée et de leur sortie ?			x	Le registre consulté par la mission comprend de nombreuses ratures, et traces d'usage de blanc correcteur, ce qui remet en question la rigueur de la tenue du registre et la sincérité d'un document officiel (paraphe de la mairie effectué en avance). Une liste des résidents présents par chambre a été remis à la mission d'inspection, celle-ci fait apparaître des résidents absents de la structure depuis de nombreux mois. (Ex #####). L'établissement est en incapacité de connaître l'ensemble des personnes présentes. Ecart 3 : En ne tenant pas à jour et dans des conditions non formelles le registre des entrées et sorties, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 331-2 du CASF.
1.1.1.c Quelle est la date de la dernière visite de la commission de sécurité ? L'établissement a-t-il un avis favorable de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité ?				La mission n'a pu consulter le dernier procès-verbal de la commission de sécurité malgré une réitération des demandes auprès de la direction. Le document n'a par ailleurs pas été transmis. L'arrêté de fonctionnement daté de 2020 signé du maire a été consulté par la mission.
2.1.3 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 a été validé le 1er avril 2012. L'article R 311-33 du CASF prévoit que la périodicité pour les modifications ne peut être supérieure à 5 ans. L'établissement n'a pas mis en œuvre cette obligation. D'autre part, le règlement de fonctionnement ne fait pas mention des dispositions relatives à la liberté d'aller et venir des résidents tel que prévu à l'article R 311-37-1 du CASF. La mission a constaté sur l'échantillon consulté de dossiers administratifs des résidents la présence un règlement de fonctionnement signé. La mission n'a pas constaté d'affichage au sein de l'établissement du règlement de fonctionnement. La mission a noté que les points suivants que l'établissement s'engage contractuellement à remplir ne sont pas mis en œuvre : 1.2 ; droits et liberté

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				valeurs fondamentales : respect de la dignité et de l'intégrité des résidents : cf. xxx sur l'absence de dignité. Liberté de circulation : cf. résident enfermé pendant 8 semaines dans sa chambre, à défaut d'être transféré dans une chambre accessible. CVS : La mission n'a eu connaissance ni de compte rendu ni de délibération le constituant alors que ces éléments figurent sur la liste des documents demandés pour le contrôle. 1.5- prévention de la violence et de la maltraitance. P 6 du document « la direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance. » Cf. courrier xxx sur absence de sécurité, maltraitance (abs. De chauffage, eau chaude, de matériel, etc.). 2.7 - Sécurité des personnes P 9 du document « l'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour le plus haut niveau de sécurité possible des résidents. Notamment, il assure une permanence 24H/24H : appel malade, veille de nuit ». Cf courrier de xxx sur l'absence d'appel malade, l'insécurité des locaux, l'absence de continuité des soins, la défaillance du circuit du médicament qui mettent en péril la sécurité des résidents. 3.1- organisation des locaux collectifs et privés a- locaux privés : P 11 « les petites réparations sont assurés par un agent d'entretien de l'établissement, l'intervention est comprise dans le tarif journalier ». l'absence d'entretien des locaux fait preuve de l'absence de respect de cette disposition contractuelle. Lors des entretiens, les professionnels ont indiqué procéder eux-mêmes à des réparations d'entretien avec leurs propres outils (débouchage des bodes de douche, chasse d'eau) 3-5 : activités et loisirs :

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				P 13 « les activités et animations sont proposées plusieurs fois par semaine ». La mission a constaté l'absence de planification d'animation. Certaines sont assurées lorsqu'il y a un peu de temps dégagé par les personnels en poste l'après-midi. Il n'y a pas de projet d'animation. La mission n'a pas eu connaissance d'animations à visées thérapeutiques tel que mentionnées dans le règlement de fonctionnement. 3.6- Prise en charge médicale. P 13 « le matériel pour l'aide au déplacement n'est pas à la charge de la résidence ». Or le décret du 30 mai 2008 qui détermine la liste des dispositifs médicaux entrant dans la dotation globale des établissements prévoit la prise en charge de : Béquille et canne anglaise. Déambulateur. Fauteuil roulant à pousser ou manuel non affecté à un résident particulier pour un handicap particulier. Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes. 3.7- linge et son entretien P 13 « Le linge domestique (draps, serviettes, serviettes de table) est fourni par l'établissement ». La mission a constaté l'insuffisance de linge domestique pour la prise en charge d'un résident. La mission a eu connaissance d'un manque de linge de toilettes obligeant à recourir à des taies d'oreillers et draps pour réaliser les toilettes des résidents ; Il est fait mention également d'une insuffisance de franges de ménage auquel il est difficile de pallier par une cadence de lavages soutenue dans une machine à laver ménagère de 12 kg . 3.9- Fin de vie P 14 « Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés... ». La mission n'a constaté aucun accompagnement particulier pour les moments de fin de vie. L'absence de psychologue dans la structure, de convention avec le réseau de soins palliatifs ou tout autre partenaire permettant un soutien et un accompagnement pour la fin de vie permet d'affirmer l'absence d'accompagnement spécifique.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Ecart 4 : En l'absence d'affichage dans les locaux du règlement de fonctionnement, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article R 311-4 du CASF qui prévoit que sans préjudice de sa communication aux résidents, le règlement de fonctionnement doit faire l'objet d'un affichage. Ecart 5 : Le règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet de modification périodique depuis le 1er avril 2012. En l'absence d'évolution de celui-ci, l'établissement ne respecte pas l'obligation définie à l'article R 311-37-1 du CASF. Ecart 6 : L'établissement n'assure pas le respect de la dignité, l'intégrité, la sécurité, le droit à aller et venir librement, une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, tel que prévu à l'article L 311-3 du CASF. Par ailleurs, xxx.
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	La mission a eu connaissance d'un projet d'établissement pour la période 2021-2026. Toutefois, la mission s'interroge quant à l'élaboration de ce document. Les entretiens menés avec le personnel montrent que celui-ci n'a pas connaissance du projet d'établissement bien qu'il soit indiqué une élaboration participative par le biais de groupes de travail entre novembre 2020 et mars 2021. La mission s'interroge également sur la temporalité de son élaboration, l'année 2021 ayant été marquée par une succession de direction (au moins 3 sur la période avec des durées de fonction courtes). Si le document affiche les éléments obligatoires précisés aux articles L 311-8 et D 311-38 du CASF, la mission s'interroge sur la sincérité du document. La description des organisations des soins, des procédures d'admission, du personnel présent, des coopérations, etc., ne sont pas en concordance avec les observations, les documents consultés et les entretiens avec le personnel dont la mission a eu connaissance. De nombreuses incohérences sont relevées. A titre d'exemple, il est indiqué que les admissions sont validées par un médecin coordonnateur. Or ce poste est vacant depuis 2020. Le projet évoque le renouvellement du CVS le 18/01/2021. Bien qu'ayant demandé les comptes rendus des années 2020, 2021, 2022 de cette instance, aucun document attestant de sa mise en place n'a été transmis. Le personnel n'a pas connaissance du CVS.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				il est fait mention de la mise en place de projets de vie individualisés qui n'ont pu être transmis à la mission d'inspection. En matière de maltraitance, le projet indique que le personnel est formé et qu'une procédure pour le traitement des réclamations est mise en place, ne reflétant pas la réalité de l'organisation. En effet, aucun dispositif de prévention de la maltraitance n'est mis en place au sein de l'établissement. Il en est de même de l'organisation des soins, la prise en charge des soins palliatifs, ainsi que le circuit du médicament dont la description ne reflète pas la réalité. Ecart 7: En n'ayant pas de projet d'établissement sincère, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation de définir les modalités d'organisation prévues à l'article L 311-8 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	Lors de l'entretien avec la direction, l'organisation d'une réunion du conseil de vie sociale en janvier 2022 a été évoquée. Néanmoins, malgré sa demande, la mission n'a pas eu connaissance du compte rendu de celle-ci ni de la composition du CVS. Ecart 8 : En ne mettant pas en place de Conseil de Vie Sociale ou autre instance représentative des personnes accueillies et leurs familles, l'établissement ne satisfait pas aux exigences définies à l'article L 311-6 du CASF.
1.1.2.d Contrat de séjour Est-il conclu un contrat de séjour ou un DIPC conformément à l'article D. 311 du CASF ? Le contenu du contrat de séjour et du DIPC sont ils conformes à la réglementation (	L 311-4 du CASF	x		Le contrat de séjour n'a pas de date de validation et n'est pas adapté à l'utilisation de la résidence (aucune référence à la structure). Les documents transmis sont incomplets. Certaines annexes au contrat de séjour sont manquantes. annexe 2 : livret d'accueil du résident Annexe 4 : liste des prestations complémentaires Il prévoit un renvoi au règlement de fonctionnement pour la description des prestations. Le point 7.4 « prestations liées à la dépendance » prévoit que l'établissement doit mettre à disposition les fournitures hôtelières. Or, la mission a constaté l'absence de linge de maison en nombre suffisant, l'absence de vaisselle et couvert en nombre suffisant. La mission a constaté la signature de contrat dans les dossiers administratifs des résidents. Néanmoins, le contrat ne s'accompagnait pas toujours de la liste des prestations complémentaires choisies par le résident.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
1.1.2.e. Le livret d'accueil est-il remis à chaque nouvelle personne ou à son représentant légal ? - Le livret d'accueil comporte-t-il l'ensemble des annexes obligatoires	R 311-34 du CASF			La mission n'a pas eu connaissance d'un livret d'accueil, bien que le contrat type mentionne son existence, aucune attestation de remise n'a été constatée dans l'échantillon des dossiers de résidents consulté. Ecart 9: En ne mettant pas à disposition des personnes accueillies ou à son représentant légal un livret d'accueil, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-4 du CASF. Ecart 10: L'établissement ne satisfait pas à l'obligation d'affichage du livret d'accueil tel que prévu à l'article R 311-34 du CASF
2.2 1.2. GESTION RESSOURCES HUMAINES Les documents demandés sur la gestion des ressources humaines, cf. « liste des documents demandés » annexe 3, ont été analysés et les constats figurent en annexe 4. »				
2.2.1 1.2.1. Délégation de pouvoirs et signature du directeur				
1.2.1.a. 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 ?	pour le privé D312-176-5 du CASF	x		Le directeur dispose d'une délégation de compétences datée du 10 mai 2022. Le tableau annexe de délégation de signature ne figure pas dans le document remis. Celui-ci est donc incomplet et ne permet pas à la mission de connaître le niveau de responsabilité du directeur 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
2.2.2 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		x	La mission d'inspection s'est entretenue avec deux personnes de la direction, une passation entre les

				deux étant en cours.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	art. D312-176-10 CASF pour le public			L'une et l'autre ont indiqué être en possession d'un diplôme de niveau 1, sans toutefois que les éléments de preuve ne soient transmis à la mission d'inspection. En l'absence de diplôme, la mission d'inspection ne peut affirmer que la direction est qualifiée pour exercer sa fonction. Ecart 11: En l'absence de document attestant de la qualification de la direction, celle-ci ne peut être considérée comme qualifiée pour l'exercice d'une direction d'établissement, en conséquence, il n'est pas satisfait pas à l'obligation définie à l'article D312-176-6 du CASF.
1.2.2.b. La continuité de la fonction de direction est-elle assurée ? Une astreinte de direction est elle organisée ?		x		Entre 2021 et 2022, au moins 3 directions se sont succédées. Entre chaque directeur, l'intérim a été assuré in situ par la gouvernante qui avait une qualification d'AMP. La mission a été informée de sa démission à compter d'avril 2022. Depuis l'absence de cette dernière et toujours sans direction au sein de l'établissement, la direction d'exploitation a assuré l'intérim. La faible présence pendant cette période ne permet d'affirmer d'une continuité de direction. Les entretiens avec le personnel ont permis de préciser que celle-ci est difficilement joignable. Depuis le 10 mai 2022, une directrice est recrutée à temps partiel. Aucune astreinte de direction n'est formalisée. Le contrat de travail de la directrice ne précise pas cette obligation. Un numéro est affiché en salle de soins pour joindre la direction en cas d'urgence, avec néanmoins beaucoup de difficulté à joindre les interlocuteurs identifiés. Aucune modalité d'organisation en cas d'absence n'a été précisée. Ecart 12: En ne précisant pas une organisation continue de la fonction de direction, la structure ne répond pas à l'obligation d'organisation générale d'accompagnement de manière continue tout au long de l'année définie à l'article D 344-5-7 du CASF.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
2.2.3 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	L'organigramme présenté est obsolète. Il ne correspond pas à l'organisation observée au sein de l'EHPAD par la mission et ne permet pas d'identifier la coordination des soins. En effet, l'établissement ne comprend ni IDE, ni médecin coordonnateur, ni agent de maintenance, ni psychologue et gouvernante tel qu'indiqué sur l'organigramme. Par ailleurs, un kinésithérapeute intervenant 4 matinées par semaine ne figure pas sur l'organigramme. Il en est de même pour les IDEL dont on ne trouve pas mention. Remarque 1: L'organigramme ne reflète pas l'organisation réelle de manière identique dans les documents où il est requis et en insérant les liens fonctionnels et/ou hiérarchiques.
1.2.3.b Quels sont les effectifs ? Comment se répartissent-ils : catégories professionnelles, qualifications, domaines, statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), ratios d'encadrement... ?				Dans l'attente des données de la TF.
1.2.3. c. Quels sont les effectifs et les qualifications, expériences et formation des personnels intervenant la nuit, les week end et jours fériés ?				Cf. continuité des soins
1.2.3.d. Les personnels sont-ils qualifiés au regard de la fonction occupée?	L312-1-II, al.2 CASF		X	L'établissement dispose d'un nombre important de personnel non qualifié affecté aux soins. Sur les xx ETP d'aides-soignants diplômés budgétés par l'ARS et le CD89, la structure n'en dispose plus que de la moitié (x sur une équipe, x en contre équipe qui démissionne le 19 mai 2022, et x AS de nuit), la mission ne dispose pas de l'intégralité des diplômes et n'est assurée de la qualification d'Aide-Soignant que pour une partie des professionnels). Par ailleurs, en l'absence de pilotage et de coordination des soins, ces

				professionnels sont positionnés dans le cadre d'un exercice non conforme pour tout ce qui concerne les
--	--	--	--	--

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				actes de soins effectués en collaboration avec une infirmière, de même que pour certaines administrations de médicaments qui ne relèvent pas des actes de la vie courante (cf. chapitre 3). L'organisation en place prévoit une carence en personnel qualifié dans la structure à de nombreux moment durant la journée. Ecart 13: le personnel affecté aux soins n'est pas qualifié, l'établissement ne respecte pas l'obligation définie à l'article L 312-1-II al 2 du CASF qui prévoit que les prestations délivrées par les ESMS sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ecart 14 : En n'organisant pas une présence continue de personnel qualifié, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article D344-5-7 du CASF qui prévoit que l'organisation générale de l'établissement ou du service garantit l'accompagnement de la personne dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année. Ecart 15: L'établissement en faisant réaliser les plans de soins de nursing par un personnel non qualifié et/ou sans supervision par un IDE positionne celui-ci dans un exercice illégal d'une profession réglementé. Article L4314-4 du CSP.

1.2.3. e. L'identification des professionnels permet-elle de s'assurer que chaque personne est correctement identifiée au sein de la structure par les personnes prise en charges ?				La mission a noté l'absence de tenue homogène du personnel et d'identification. En effet, les tenues du personnel ne permettent pas d'identifier la fonction de la personne au sein de l'établissement. Ce n'est pas sans poser quelques difficultés, un membre du personnel occupant des fonctions d'ASH se présente comme une AS. Remarque 2: Aucune tenue n'est identifiée au nom de l'agent qui, compte tenu du turn-over important, du nombre d'intérimaires et de professionnels libéraux intervenant dans la structure, n'est pas de nature à faciliter l'identification des professionnels par les résidents, leurs proches et ne satisfait pas aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne HAS, septembre 2011 ».
---	--	--	--	--

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
1.2.3.f. Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ?	R 4311-1 à 10 CSP	X		Certains professionnels réalisent des soins infirmiers (pose de patch de trinitrine le matin et réalisation de glycémie capillaire). Ecart: cf. Ecart 37
1.2.3.g. Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches métier ?		X		Des fiches de postes et de tâches ont été remises à la mission d'inspection, élaborées entre 2019 et 2020. Néanmoins, la mission s'interroge sur l'exactitude des documents remis, l'organisation du travail ayant évolué suite à la réorganisation du travail et à la modification du nombre de postes en journée. La mission a en effet été informée par le personnel que fin 2021, un poste de journée a été supprimé. L'ensemble du personnel n'a pas connaissance des fiches de tâches. Ecart 16: En n'organisant pas la prise en charge au travers de document de type fiche de poste ou fiche de tâches en cohérence avec l'organisation du personnel, pour permettant au personnel de garantir une cohérence et une continuité des soins en coordination avec l'ensemble des intervenants, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie dans l'article D312-155-0 du CASF

1.2.3. h. Quel est le contenu des dossiers (embauches, diplôme, suivi de carrières...) ?				L'échantillon des dossiers du personnel consultés met en évidence une gestion parcellaire du personnel : Contrat de travail pas à jour Pas de demande de l'extrait du bulletin du casier judiciaire périodique. Lorsqu'il a été demandé, ce qui n'est pas systématique, celui-ci date de plusieurs années. Pas de diplôme Pas d'inscription à l'ordre pour les professionnels soumis à l'obligation (dossier ex salarié ide) Pas de compte rendu des entretiens professionnels ou d'évaluation Pas d'attestation de formation depuis au moins 4 ans. Remarque 3: l'établissement n'a pas de gestion des ressources humaines et des compétences en regard de son activité. Remarque 4: La direction n'est pas présente régulièrement pour engager un dialogue avec les salariés et prévenir tout risque de maltraitance inhérent aux divers dysfonctionnements. « Guide décembre 2008
--	--	--	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				de l'ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »
1.2.3. i. Existe-t-il des statistiques sur l'absentéisme des personnels par catégorie, par services, en distinguant les principaux motifs (congés de maternité, accidents du travail, maladies, absences de courtes durées...) ?			x	L'établissement n'a pas transmis le bilan social de la structure. Cf Ecart 1.

1.2.3.j. Sur le volet de l'individualisation et de 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,...)	L311-12 du CASF		X	Il n'existe pas de référent pour l'activité sportive Il n'existe pas d'animatrice, ce temps d'animation est réalisé par les agents en poste La mission est informée de la validation des menus par la diététicienne du prestataire restauration xxx. Ecart 17 : En n'ayant pas identifié de référent pour l'activité sportive, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie dans l'article L 311-12 du CASF.
1.2.3.g. Les professionnels concernés sont-ils inscrits au Conseil de l'Ordre professionnel ?	L 4311-15 et L 4112-3 à 6 du CSP	X		En l'absence de médecin et d'infirmier sur la structure, la mission s'est assurée que le directeur des soins du groupe est bien inscrit à son ordre professionnel.
2.2.4 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	Le document transmis intitulé « plan de formation » n'est pas daté, identifie des thématiques mais pas le personnel à former ni la programmation de celles-ci. Lors des entretiens, le personnel non qualifié a exprimé ne pas être formé à l'accompagnement de personnes âgées dépendantes et à la maltraitance et a exprimé une difficulté à assumer certaines fonctions normalement dévolues à du personnel qualifié.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Ecart 18: En ne mettant pas en corrélation le plan de formation avec les objectifs de prise en charge des personnes accueillies au travers d'une amélioration continue de la qualité, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article D 344-5-10 du CASF

1.2.4.b. Les souhaits des professionnels (en lien avec la fonction) sont-ils recensés lors des entretiens d'évaluation ?			X	Il n'y a pas d'entretien d'évaluation organisé ni d'entretien professionnel. Certains professionnels ont recensé leur souhait via une fiche de recueil fournie par le gestionnaire. Remarque 5: En n'organisant pas les modalités de gestion des compétences, l'établissement ne met pas en œuvre des recommandations de bonnes pratiques attendues en matière de management. (référence : HAS GUIDE POUR L'AUTODIAGNOSTIC DES PRATIQUES DE MANAGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ) Janvier 2005
1.2.4.c. Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles été proposées aux personnels au cours des années 2019-2020-2021 ?			X	La direction n'a transmis aucun bilan des formations des 3 années précédentes. Les entretiens avec le personnel permettent toutefois d'affirmer qu'aucune formation de prévention de la maltraitance/ bientraitance n'a été organisée durant cette période. Remarque 6 : En l'absence de plan de formation intégrant la prévention de la maltraitance, l'établissement ne s'inscrit pas dans une démarche de prévention de la maltraitance. Circulaire du 20 février 2014 relative à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux
2.3 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 :		X	L'établissement n'a fourni aucune convention à la mission, bien que ces documents figurent dans la liste des documents demandés. Cf Annexe
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

	« Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 »			
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 »		X	La mission ne dispose pas des conventions. Remarque 7 : Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 » prévoit la conclusion de conventions de partenariats. En l'absence de partenariats, l'établissement ne s'inscrit pas dans une dynamique de bonnes pratiques pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées accueillies.
1.3.c. La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en charge (ex : gériatrique, soins palliatifs, ...) ?	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, HAS, 2008 »		X	La mission est informée de l'existence de l'intervention de la HAD et de l'EMSP mais n'en retrouve pas trace ni dans les conventions, ni dans les rapports d'activités médicaux 2021 et 2020. Par ailleurs, le projet d'établissement transmis fait référence à une convention avec le réseau de soins palliatifs OPERA, l'absence de convention de partenariat et de traçabilité d'intervention au sein de la structure interroge la mission quant à l'effectivité de ce partenariat. Ecart 19: en l'absence de partenariat pour la prise en charge des soins palliatifs, l'établissement n'a pas mis en œuvre l'obligation définie à l'article D311-38 du CASF.

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
En l'absence de gouvernance avérée de la structure, la sécurité, la prise en charge, la dignité des personnes accueillies ne sont pas assurées. L'organisation, le management, la gestion des emplois et des compétences, sont autant de point défailants, qui induisent une maltraitance des personnes accueillies.				X

3 Gestion des risques

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.1 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	
3.2 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	L'établissement a transmis des procédures à tenir en cas d'évènements indésirables graves. Celles si ne sont pas validées ni mises en œuvre et connues du personnel. Ecart 20: En ne définissant pas les cas de transmissions des évènements indésirables selon l'article L 331-8-1 du CASF, l'établissement ne satisfait pas à son obligation. Ecart 21: En n'ayant pas de formulaire défini selon l'arrêté en vigueur pour la conduite à tenir en cas d'évènements indésirables graves, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation de l'article R 331-8 du CASF. Ecart 22: En ne communiquant pas sur les évènements indésirables ayant eu lieu au sein de la structure auprès du conseil de la vie sociale ou tout autre organisation représentative des résidents et des familles, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article R 331-10 du CASF.

2.2.b. Le personnel a-t-il connaissance du circuit du signalement en cas d'évènements indésirables graves et d'événement	R 1413-67 et al CSP R331-8 et R331-9 CASF		X	Le personnel ainsi que la direction méconnaît le circuit du signalement. La mission ne dispose pas des EIG sur l'établissement. Le personnel n'a pas connaissance de la procédure à appliquer en l'espèce.
--	--	--	---	--

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
dont les autorités administratives doivent être informées ?				Ecart 23: En n'ayant pas de protocole de signalement à l'ARS et au CD selon les dispositions obligatoires, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie aux articles R 331-8 et R 331-9 du CASF.
2.2.c. Une charte de "non punition" est-elle connue ?	Instruction « N° DGS/PP1/DGOS/P F2/DGCS/2A/201 7/58 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		X	La direction a indiqué lors de l'entretien avec la mission d'inspection l'absence de charte de confiance au sein de l'établissement. Ecart 24 : En ne stipulant pas aux salariés qu'ils sont protégés pour leur témoignage d'actes de maltraitances, l'établissement ne satisfait à l'obligation définie à l'article L 313-24 du CASF Ecart 25 : La notion de non-punition dans le cadre d'un signalement n'est ni écrite ni connue. Il n'existe pas dans l'établissement de document tel que 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.

	et à la sécurité des patients » L. 331-8-1 CASF L. 313-24 CASF			
2.2.d. Tous les EIG et EIGAS sont-ils déclarés à l'ARS et au CD ?	L1413-14 CSP pour les EIGAS L331-8-1 du CASF pour les EIG		X	L'ARS et le CD n'ont été destinataires d'aucun EIG/EIGAS de 2019 à 2022. Pour autant, la mission note un incident le 11 mai 2022 (agression de deux résidents entre eux) déjà signalé en interne par le personnel mais qui ne fait pas l'objet de réajustement de la part de la direction, ni d'une information à l'ARS ainsi que des problématiques relatives à l'administration de médicament.(cf. partie circuit médicament).

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Ecart 26 : L'établissement, en n'ayant pas communiqué les EIG relevant du circuit du médicament et de situation de violence entre les résidents, ne satisfait pas à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et à l'obligation de l'article L331-8-1 du CASF qui prévoit le signalement de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge.
2.2.e. 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		X	Ecart 27: Les EIG et notamment les erreurs relatives aux médicaments ne donnent pas lieu aux démarches suivantes, prévues 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 : - L'analyse des causes qui ont conduit à l'erreur ainsi que les barrières de sécurité qui ont cédé ou qui sont manquantes ;

	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			- La détermination d'un plan d'actions pour éviter la reproduction mais aussi pour favoriser la détection et la récupération d'une erreur de même nature, avec suivi et évaluation des mesures correctives ; - La diffusion et le partage d'information sur les enseignements et les recommandations tirés de l'erreur pour renforcer la résilience de l'organisation. L'établissement, en ne réalisant pas au sein de son établissement de retour d'expérience sur les EIGAS ne satisfait pas à l'obligation de l'article L 1413 du code de santé publique et de l'arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute Autorité de Santé.
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.3 2.3. Bâtiments / espaces extérieurs / équipements				
	L 311-3 CASF PASA : Article D312-155-0-1 UHR : Article D312-155-0-2 Recommandation		X	Le bâtiment a fait l'objet d'évolution. Il comprend 4 niveaux et en raison des différentes évolutions, de nombreuses pentes au sein de la structure existent entre les bâtiments. Sous sol : accueil de locaux techniques (buanderie, vestiaires du personnel, locaux de stockage). RDC : accueil administratif, locaux communs (salle à manger principale et secondaire, bibliothèque, ex salle de kinésithérapie, cuisine), ainsi que 8 chambres individuelles dont 1 en RDC réhaussé

2.3.b. L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	s de bonne pratiques de prévention « 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			La mission a notamment constaté l'installation d'une chambre (n°8) dans une partie du bâtiment non accessible aux personnes à mobilité réduite (accès uniquement par quelques marches). 1ère étage : 17 Chambres de résidents dont 14 simples et 3 doubles 2ème étage : 15 chambres de résidents L'établissement comprend 40 chambres dont 3 chambres doubles soit 43 lits installés pour une capacité autorisée de 33 places et 4 places d'hébergement temporaire Compte tenu de la capacité, le nombre de lits installés est trop élevé Deux ascenseurs desservent les 4 niveaux. Lors des entretiens, la mission a eu connaissance de pannes fréquentes ont été évoquées ainsi qu'un refus d'intervention de l'entreprise de maintenance en raison du non règlement des factures, ce qui oblige à faire intervenir les secours. La mission a constaté les vérifications périodiques des ascenseurs et la traçabilité des interventions de maintenance sans pouvoir affirmer que toutes les prescriptions ont été réalisées compte tenu de la mauvaise tenue du classeur des rapports d'intervention et du registre de sécurité. Cette observation vaut pour l'ensemble des vérifications obligatoires . Le bâtiment présente des risques de chute pour plusieurs raisons : Les trois escaliers intérieurs du bâtiment ne sont pas suffisamment sécurisés (palier marche et contremarche de couleur identique et accès non sécurisés) - escalier à proximité de l'entrée non sécurisé menant aux étages, absence de barrières adaptées permettant d'en limiter l'accès aux résidents
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

				escalier à proximité de la salle de soins infirmiers donnant au sous sol complètement accessible aux résidents, bien qu'équipé d'arrêt podotactile, cela s'avère insuffisant compte tenu de la nature du sol (palier, marche et contremarche en béton peinte de couleur crème, ne permettant pas à une personne malvoyante de distinguer un risque potentiel. escalier secondaire donnant sur les étages non sécurisé et accessible aux résidents Les sols glissants (car venant d'être lavé) ne sont pas identifiés. Les axes de circulation dans les étages entre l'ancien bâtiment et une construction plus récente présente des dénivelés importants. Le réseau de production d'eau chaude présente un risque de brûlure pour les résidents. En effet, la température de l'eau a été mesurée à 54.9 °C dans les sanitaires communs. Enfin, les portes de secours ne sont pas asservies sur une centrale incendie ou munies de digicode ce qui permet aux résidents de sortir de l'établissement à même la rue. Le portail de l'établissement ne ferme plus, obligeant le personnel à une ouverture ou fermeture manuelle, notamment la nuit pour l'accueil des services de secours. Ecart 28 : En ne sécurisant pas les accès extérieurs, ni l'accès aux escaliers intérieurs, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-3 du CASF.
2.3.c. Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la podénutripulation prise en charge ?	L 311-3 CASF PASA : Article D312-155-0-1 UHR : Article D312-155-0-2 Recommandations de bonne		X	Les locaux techniques ne sont pas sécurisés et présentent un risque pour les résidents : Les armoires électriques, les produits toxiques sont accessibles par les résidents, les portes n'étant pas fermées. De nombreux locaux à usages professionnels sont laissés ouverts, dont le local infirmier. La centrale de dilution ainsi que les armoires électriques ne sont pas sécurisées. Par ailleurs, le sous sol qui accueille la lingerie pour le traitement du linge de maison et les tenues du personnel est accessible par les résidents.

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	pratiques de prévention « Conception et rénovation des EHPAD » ED6099 février 2012 INRS			Ecart 29 : les locaux techniques accueillant des produits toxiques et les installations électriques, l'infirmierie, la cuisine, ne sont pas sécurisés et accessibles aux résidents, induisant un risque non maîtrisé. L'établissement n'assure pas la sécurité des résidents conformément à l'obligation définie dans l'article L 311-3 du CASF. La mission fait le constat que les tenues des professionnels sont disparates. La mission est informée que les agents ne disposent que d'une à deux tenues parce que le gestionnaire n'a pas procédé au renouvellement des tenues. Les agents, afin de disposer d'une tenue pour le lendemain réalisent l'entretien des tenues chez eux ce qui n'est pas satisfaisant. Ecart 30 : L'établissement, en ne disposant pas de tenues identifiés, adaptés pour chaque professionnel et en quantité suffisante, ne permet pas d'assurer l'hygiène attendue dans les soins portés aux résidents et n'est pas en mesure de satisfaire aux obligations de l'article R.4312-37 du code de la santé publique qui prévoit que « l'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne [...] et dans la tenue des locaux professionnels »
3.4 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	L'établissement a mis en place un système d'appel malade par le biais d'un médaillon, qui à ce jour dysfonctionne. Les médaillons, les téléphones permettant de recevoir le signal d'appel ne sont plus en état de marche. Ecart 31 : En ne mettant pas en place un dispositif d'appel malade adapté et fonctionnel, l'établissement ne respecte pas l'obligation de sécurité définie dans 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	La salle de soins reste régulièrement ouverte. Ecart : Cf écart 29

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
-------------------	---	---	---	-----------------------------

3. Circuit médicament

3.1 Prescription/fourniture/préparation des médicaments				
Ces opérations sont-elles réalisées avec, sous les yeux, les prescriptions médicales à jour de chaque résident ? Préparation des traitements ; Administration, distribution ou aide à la prise de chaque médicament.	R. 5132-3 CSP R. 4312-42 CSP R. 4312-38 CSP R. 4311-7 CSP		x	Le logiciel TITAN n'est pratiquement pas utilisé, ni par les médecins prescripteurs ni par les IDE quand elles interviennent. De fait, de multiples prescriptions papiers coexistent (celles des médecins traitant habituels, et des spécialistes) et la dernière version n'est pas forcément celle qui est présente dans le classeur du chariot de soins. Par ailleurs, des plans de traitement étaient édités via TITAN, issus de retranscriptions des ordonnances par les IDE, d'après les déclarations de la directrice rencontrée. Ecart 32: L'administration des traitements est réalisée sur la base de multiples documents, non forcément à jour au regard de la dernière ordonnance en vigueur. La question reste posée concernant le document de prescription transmis à l'officine pour la préparation des médicaments. Aucun pharmacien n'était présent le jour de l'inspection (les ordonnances sont faxées d'après les déclarations de la direction)
3.1.2. Existe-t-il une convention avec un pharmacien référent d'une officine ?	L. 5126-10, II CSP R. 5126-105 et suivants CSP	x		Une convention est établie avec la pharmacie xxx sise à xxx (77). En pratique cette convention n'est ni opérante ni totalement conforme aux attendus de la réglementation. Ecart 33: Tous les éléments prévus dans la convention ne sont pas mis en œuvre en pratique (présence d'un IDE référent dans l'EHPAD notamment pour réceptionner les traitements, utilisation du logiciel TITAN par l'EHPAD et l'officine, politique de réduction du risque lié aux médicaments, étiquetage des formes multidoses comme les insulines etc.). De plus, il n'y est pas fait mention de l'élaboration de la liste préférentielle des médicaments à utiliser au sein de l'EHPAD contrairement à ce qui est prévu par l'article L. 5126-10 du CSP.
3.1.3. Qui est responsable de la préparation des doses à administrer ?	R. 4311-7 CSP R. 4312-42 CSP R. 4312-38 CSP L. 5126-10, II CSP	x		L'officine prépare les doses à administrer (formes sèches) sous forme d'escargots contenant les prises par moment de la journée (matin, midi et soir). Les formes multidoses sont livrées par patient et stockées dans leurs casiers nominatifs ou l'armoire (un sachet vide de l'escargot mentionnant le nom du médicament qui ne peut pas être placé en sachet permet de rappeler le moment de prise et de préparer extemporanément le traitement).

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	R. 5126-106 CSP L. 313-26 CASF			Ecart 34 : Il a été déclaré que les IDE préparaient pour les AS les traitements à administrer lorsqu'elles n'étaient pas présentes, en mettant les sachets de médicaments dans un casier. Cependant le jour de l'inspection, un traitement par Gaviscon® avait été oublié par l'IDE libérale qui intervenait ce jour-là. De plus, l'AS présente le jour de l'inspection a déclaré qu'elle préparait et administrait les gouttes buvables, de même que les collyres. Ces médicaments multidoses nécessitent un apprentissage et une manipulation spécifiques. Ils sont donc réservés aux IDE et n'entrent pas dans le cadre des actes de la vie courante. Par ailleurs, le directeur des soins a indiqué que des contrôles de concordance avec les ordonnances étaient systématiquement réalisés sur les escargots reçus. Ecart 35: Le jour de l'inspection, un contrôle des traitements pour M. H a permis de relever qu'il manquait dans l'escargot les comprimés de biotine pourtant toujours prescrits sur l'ordonnance en vigueur. Ce patient n'a donc pas son traitement au moins depuis le 29/4/22 sans que personne ne s'en aperçoive et ce malgré un contrôle de l'escargot à son arrivée à l'EHPAD.
3.1.4. Respect posologie et rythme de vie				
3.1.5. Les horaires d'administration respectent-ils les posologies (attention en particulier aux biphosphonates et aux antiparkinsoniens) ? Les horaires d'administration des hypnotiques sont-ils adaptés et préservent-ils un rythme de vie ?	R. 4312-10 CSP RCP de chaque médicament L. 313-26 du CASF		x	D'après les déclarations, les hypnotiques sont préparés par les IDE et délivrés par les AS au coucher, ce qui est conforme aux rythmes de vie. Les antiparkinsoniens sont également distribués selon les prescriptions, à heures fixes. Au jour de l'inspection, il n'a pas été trouvé de traitement par biphosphonates en cours. Ecart 36 : Des sachets de Gaviscon® sont administrés en même temps que les autres médicaments, alors que leur RCP prévoit qu'il est recommandé de respecter un délai de 2h au moins, sous peine d'entraver l'efficacité de ces traitements.
3.2 Administration				
3.2.1. Les administrations réglementairement réservées aux IDE le sont-elles effectivement	R. 4311-7 CSP L. 313-26 CASF		X	Il a été déclaré que les IDE réalisent les injections d'insuline.

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
(Injectables, transdermiques, aérosols, bains d'oreilles et instillations médicamenteuses, application des protocoles...) ?				Ecart 37 : Les collyres sont administrés par des AS. De plus, d'après les déclarations d'une AS recueillies le jour de l'inspection, il apparaît en fait que des patchs transdermiques de trinitrine sont posés par des veilleuses de nuit (pour au moins 3 résidents). Ceci a été confirmé par d'autres déclarations de veilleuses de nuit ayant d'ailleurs trouvé un patient avec 3 patchs posés simultanément sur lui (risque de surdosage important).
3.2.2 Toute administration et toute distribution de médicament est- elle réalisée avec sous les yeux les prescriptions médicales à jour de chaque résident ? La concordance entre l'identité du résident, celle figurant sur la prescription médicale et celle mentionnée sur chaque contenant des médicaments est-elle vérifiée ?	R. 4312-42 CSP R. 4312-38 CSP L. 313-26 CASF		X	Les administrations et distributions de médicament ne sont pas effectuées à partir des prescriptions médicales à jour de chaque résident (coexistence de multiples sources, dont certaines issues de retranscription des prescriptions, et non forcément à jour). De plus, aucune procédure n'existe pour indiquer aux AS qui administrent des traitements la manière de vérifier la bonne administration, contrairement aux dispositions de l'article L. 313-26 du CASF. Aussi, elles se basent uniquement sur l'escargot préparé par la pharmacie ce qui ne leur permet pas de relever des erreurs de préparation comme celle relatée plus haut (manque de comprimés de biotine). Par ailleurs, le plan de soins pour ce même patient indique de poser des patchs de trinitrine le soir alors qu'ils sont collés le matin (l'ordonnance ne précisant pas le moment de prise). Enfin, il n'y a aucune traçabilité des administrations (sauf pour les insulines où des initiales apparaissent, et encore pas systématiquement, sur une fiche spécifique).

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Ecart 38 : L'administration des traitements, qu'elle soit réalisée par une IDE quand elle est présente ou des AS dans le cadre des actes de la vie courante, ne respecte en rien la réglementation (pas de traçabilité, ni de moyen de contrôle).
3.3 Distribution				
3.3.1. L'aide à la prise des médicaments par une personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante respecte-t-elle le cadre de l'article L. 313-26 du CASF ?			X	Ecart 39 : Des traitements nécessitant un apprentissage et des modalités d'administration particulières (donc exclus du cadre des actes de la vie courante) sont administrés par des AS sans présence d'IDE, comme des collyres, des gouttes et des patchs de trinitrine.
3.4 Gestion des si-besoins et adaptation des posologies				
3.4.1. Les médicaments dont la posologie doit être adaptée en fonction des symptômes (si- besoins) sont-ils prescrits avec précision et leur administration est-elle effectuée par une IDE ? Les protocoles relatifs à certaines prescriptions sont-ils régulièrement révisés, validés, datés et signés ? Le médecin prescrit-il dans le dossier de soins qu'un protocole général peut s'appliquer à un résident donné ?	R.4311-7,8 et 14 du CSP		X	Les AS peuvent être amenées à décider ou non de donner un antalgique (paracétamol) « si besoin », préparée au préalable par une IDE, ce qui n'est pas prévu dans le cadre de l'aide aux actes de la vie courante (l'initiative de donner ou non un traitement ne rentre pas dans le cadre des actes de la vie courante mais doit se baser sur des protocoles qui restent de la compétence des IDE selon l'article R. 4311-7 du CSP). Ecart 40: L'aide à la prise des médicaments ne respecte pas les conditions énoncées dans l'article L.313-26 du CASF : la personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante doit être informée des doses prescrites et du moment de la prise. Un « protocole » d'administration des doses d'insuline en fonction des glycémies est présent sur le chariot de soins. Ecart 41: ce protocole est une simple feuille de papier, manuscrite, ni datée ni signée d'un médecin, qui rappelle les posologies pour chaque patient sous insuline, mais sans correspondre à l'ordonnance en vigueur par ex pour M. H. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir si ce protocole émane bien d'une décision médicale.

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.5 Vérification de la prise				
3.5.1. Les IDE s'assurent-ils de la vérification de la prise des médicaments et de l'enregistrement de celle-ci ? Pour chaque médicament, la dose administrée, l'heure d'administration, ainsi que le cas échéant la non-administration, sont-elles enregistrées ? Le prescripteur et le pharmacien ont-ils accès à ces informations ?	R. 4311-5 CSP R. 4312-41 CSP		X	L'AS présente le jour de l'inspection a déclaré que, pour les traitements en gouttes déposés dans un verre par exemple, elle s'assurait que celui-ci avait bien été bu. La question reste toutefois posée pour le reste des traitements. Ecart 42 : Aucune administration de traitement n'est enregistrée, le logiciel TITAN n'étant pas utilisé pour le circuit du médicament (n'est plus à jour depuis avril concernant les plans d'administration que l'IDE, en poste avant sa démission, élaborait à partir des retranscriptions des ordonnances médicales). Ecart 43: Il a été indiqué que les refus de prise étaient notés dans TITAN dans la partie transmission par les AS. Cependant, il n'est pas possible de savoir si ces transmissions sont lues par le médecin et le pharmacien référent (elles ne leur sont pas directement transmises). Une résidente récemment entrée à l'EHPAD gère seule ses traitements (#####). Ecart 44 : Faute de médecin traitant désigné pour cette patiente et de médecin coordonnateur exerçant à l'EHPAD, cette décision ne relève d'aucun avis médical.
3.6 Protocoles				

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.9 Sûreté				
3.9.1. 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 ? Dans tous les cas, ces armoires ou dispositifs de rangement ne contiennent-ils que des médicaments quelles que soient les conditions particulières de leur conservation (réfrigérateurs) ? Une IDE désigné par écrit et le pharmacien ont-ils fixé les dispositions propres à éviter toute perte, vol ou emprunt des clefs de ces dispositifs de rangement ?	R. 4312-39 CSP R. 5126-109 CSP R. 5132-80 CSP RCP de chaque médicament		X	Les médicaments des résidents sont stockés dans la salle de soins, accessible par un code connu des AS, et au sein de celle-ci dans une armoire à pharmacie fermée à clé. Ecart 48 : Le coffre à stupéfiants dysfonctionne et ne peut plus s'ouvrir depuis le dernier confinement, ce qui était inconnu de la directrice. Aussi, les traitements stupéfiants en cours (Skenan® pour une patiente) sont stockés avec les autres traitements dans l'armoire à pharmacie. Des EPO et des insulines sont stockés dans le réfrigérateur de la salle de soins. Ecart 49: Le thermomètre à mercure présent le jour de l'inspection ne fonctionne plus (entre 10 et 15°C indiqué alors qu'au toucher les médicaments étaient froids) et aucun relevé n'est réalisé quotidiennement, ce qui ne permet pas de s'assurer de la température régnant dans l'enceinte et que les traitements sont ainsi correctement conservés (entre +2 et +8°C).

Les modalités de détention, de mise à disposition et de				
---	--	--	--	--

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
transmission des clefs font elles l'objet d'une procédure écrite ?				
3.9.2. Les traitements de chaque résident sont-ils tous regroupés dans des casiers nominatifs de capacité suffisante ? L'étiquetage des casiers, semainiers, piluliers, est-il satisfaisant (parexemple : salutation, nom, prénom, numéro de chambre, photo du résident) ?	R. 4312-38 CSP R. 4312-39 CSP		X	Du fait de la préparation en escargots, les casiers des résidents sont de taille suffisante, sauf pour certains conditionnements très volumineux (macrogol® par ex) qui sont dans le bas de l'armoire (pas toujours au nom du résident toutefois). Ecart 50 : L'identification des casiers ne comporte pas le prénom, ni la photo des résidents ni leur n° de chambre.

3.9.3. Le retour à la pharmacie des traitements qui ne sont plus en cours est-il systématique ? La constitution d'un stock issu des traitements interrompus par les résidents est-elle interdite ? Tout médicament fait-il partie soit d'un traitement appartenant à patient soit de la dotation destinée à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence ?	R. 5126-108 CSP		X	De nombreux traitements qui ne sont plus en cours sont conservés dans l'armoire à pharmacie (Acupan®, antibiotiques...) et dans le réfrigérateur (Eprex®), ce qui d'une part entraîne leur risque de péremption, et d'autre part un surstock avec manque de place. Ceci est source également de confusion et à risque d'erreur. D'après la convention établie avec la pharmacie (cf. supra), ces traitements devraient être repris par cette dernière en vue de leur élimination par la filière appropriée (Cyclamed). Ecart 51 : L'EHPAD détient des médicaments qui ne sont plus en cours, ainsi que des traitements qui ne figurent pas sur la liste de médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.
--	--------------------	--	---	--

3.10 Dotation

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
3.10.1. La dotation destinée à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence est-elle formalisée : liste (qualitative et quantitative, tenue à jour) établie par le pharmacien, un médecin et une IDE) ?	R. 5126-108 CSP		X	Ecart 52 : Aucune dotation de médicaments pour des besoins de soins prescrits en urgence n'a été établie entre les médecins référents de l'EHPAD et le pharmacien référent qui l'approvisionne. Ecart 53 : Des produits de santé de la trousse d'urgence sont identifiés comme périmés sur l'affiche recensant le contenu de cette trousse (NaCl, G5, G30) ou de péremption inconnue (furosémide, méthylprednisolone).

SYNTHÈSE RELATIVE À L'ORGANISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Il est fait appel à une officine de xxx pour la délivrance des médicaments, ceux-ci étant mis en piluliers pour les formes sèches (escargots) au sein de cette officine. La convention passée avec cette officine ne comprend pas tous les éléments prévus par la réglementation (absence d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments à utiliser au sein de l'EHPAD) et reste théorique sur plusieurs aspects (il n'y a pratiquement aucun échange entre l'officine et l'EHPAD sur le bon usage des médicaments). L'administration des médicaments est effectuée à partir de multiples documents différents et pas tous à jour, qui la rend particulièrement complexe et génère des erreurs. L'administration des traitements n'est pas tracée

Des administrations réservées aux IDE sont réalisées par des AS ou veilleuses de nuit (patchs de trinitrine), engendrant des erreurs et un risque important pour la santé des patients

Les documents et procédures à détenir à l'EHPAD sont absents, notamment : liste préférentielle des médicaments, liste des médicaments pouvant ou non être broyés, ouverts et mélangés à de la nourriture, liste de dotation pour besoins prescrits en urgence, procédure relative au circuit du médicament (notamment celle sur l'administration), etc.

L'étiquetage des casiers est minimaliste (à la main, pas de n° chambre, ni prénom ni photo du résident)

Des formes galéniques sont modifiées par des AS (broyage) sans que cela soit possible au vu du médicament.

Les formes multidoses ne sont pas systématiquement identifiées au nom du résident, et avec la date d'ouverture (insulines notamment)

Les stocks de médicaments stupéfiants sont détenus de manière non sécurisée (coffre qui ne peut plus s'ouvrir obligeant à conserver les stupéfiants dans l'armoire dont la clé est à disposition de tous ceux pouvant entrer dans l'infirmerie).

Les stocks de médicaments thermosensibles sont détenus dans un réfrigérateur dont la température n'est pas contrôlée depuis plusieurs mois

Les stocks ne répondent pas aux exigences réglementaires : présence de médicaments non destinés à un patient donné ni constitutifs de besoins de soins prescrits en urgence, présence de traitements arrêtés non récupérés par l'officine

Appréciation de l'organisation du circuit du médicament S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance	Satisfaisant	Acceptable	Moyen	Insuffisant
---	--------------	------------	-------	-------------

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				X

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

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
4.1	4.1. Organisation de la prise en charge			
4.1.1	4.1.1. Admission			
4.1.1. a. Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisée ?	D312-158 CASF		X	La mission dispose d'un protocole « ACCUEIL PROSPECT ET ADMISSION RESIDENT » remis le 13/05/2022, non validé, non signé, incomplet, inadapté à la structure et qui prévoit l'avis d'un médecin coordonnateur et d'une IDEC. La mission est informée qu'il n'y a pas d'avis médical et paramédical concernant l'admission d'un résident confirmé par le rapport d'activité médicale 2021.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

				L'absence d'avis médical est d'autant plus dommageable que les réclamations font état d'une absence de prise en charge adaptée, qu'à la suite de demande de la part des familles pour que celle-ci le soit, la direction renvoie vers une inadéquation de l'établissement à certains types de prises en charge. Il a donc été accepté des résidents sans s'assurer de la capacité à prendre en charge et accompagner. Ecart 54: L'établissement, en ne disposant plus de médecin coordonnateur donnant un avis sur les admissions des personnes à accueillir, en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution, ne satisfait pas à l'obligation du point 2° de l'article D.312- 158 du code de l'action sociale et des familles.
4.1.1. b. Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	L 311-4 CASF		X	Cette procédure ne prévoit pas le consentement du résident. Ecart 55 : La direction de l'établissement, en ne procédant plus au recueil du consentement éclairé de la personne avant ou lors de son entrée dans la structure de manière systématisée ne satisfait pas à l'obligation de l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles.
4.1.2. Vie sociale et relationnelle /Activités d'animation				
4.1.2.a Existe-t-il un ou des référent(s) chargé de coordonner l'animation ? - Existe-t-il un projet d'animation ? Est-il écrit ? Est-il dans le projet d'établissement ? Est-il validé par les instances consultatives (conseil de la vie sociale...) ? Est-il connu des résidents et des familles ? Est-il évalué ? - L'ensemble du personnel concourt- il à l'animation (personnel de restauration, personnel d'entretien...) ? - Les animations sont elles individualisées et/ou collectives ? Comment sont recherchés en cours de séjour les envies, les goûts et les besoins d'activité des résidents ? - Des			x	Il n'existe pas de référent animation au sein de l'établissement. La direction a informé de la suppression de ce poste sans préciser la période à laquelle cette décision a été prise, l'animation serait réalisée par les AS ou ASH, en fonction de leur disponibilité. Il n'y a ni programmation, ni planning affiché pour les résidents. La direction indique qu'il existe des partenariats pour des activités physiques adaptées et l'intervention d'un zootherapeute. La mission s'interroge sur la véracité de ces interventions, aucune convention n'a été transmise et ces intervenants n'ont jamais été mentionnés lors des entretiens avec le personnel. Ecart 56: En l'absence d'animation et d'activités thérapeutique visant au maintien de l'autonomie des résidents, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-3 3° qui précise qu'il doit assurer une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement et l'autonomie du résident.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
activités sont-elles proposées à l'extérieur de l'établissement (promenades, marché, courses, activités sportives, culturelles, artistiques..., avec un accompagnement : famille, bénévoles, membres du personnel) ?				
4.1.3. Modalités d'accompagnement / Projet d'accueil et d'accompagnement				
4.1.3.a. Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissement, activités de loisirs, jouets favoris...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ?			X	La procédure d'accueil non validée prévoit un recueil des habitudes de vie du résident par l'infirmière. La mission n'a pas eu connaissance de recueil des habitudes de la personne lors des admissions. De la même manière, il n'y a pas d'adaptation des goûts alimentaires (carte de remplacement) pour les résidents. Le rythme de la vie individuelle (lever, coucher, heure de repas) n'est pas pris en compte dans l'organisation de la prise en charge. La mission a mis en évidence le lever des résidents pour faire leur toilette . Ecart 57 : En ne respectant pas les rythmes et habitudes de vie des résidents, l'établissement ne satisfait pas à l'obligation définie à l'article L 311-3 3° qui précise qu'il doit assurer une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins.
4.1.3.b. Le résident a-t-il un ou des professionnel(s) référent(s) ?			X	La mission n'identifie pas de référent de résident au sein de la structure.
4.1.3.c. 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		X	Les Projets d'accompagnement ne sont plus réalisés, il n'existe pas de référent, ni de réunion pluridisciplinaire au profit du résident. Le résident ne participe pas à son projet d'accompagnement. Ecart 58: L'établissement, en n'élaborant pas pour et avec chaque résident le projet d'accompagnement personnalisé et adapté de manière formalisé ne satisfait pas aux obligations définies aux articles D 344-5-4 du CASF et L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	d'accompagnement (volet EHPAD). 2018			
4.1.3.d. Le projet d'accompagnement est-il partagé avec le résident et, le cas échéant, avec sa personne de confiance ?	L 311-3-3 CASF D 312-155-0 CASF			Sans objet
4.1.3.e. Ce projet est-il mis en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ?	D 312-155-0 CASF			Sans objet
4.1.3.f. Modalité de prise en charge de résidents souffrant de troubles démentiels, maladie d'Alzheimer ou apparenté				La mission est informée qu'au moins une douzaine résidents présentent des troubles démentiels dans la structure dont au moins 6 avec des troubles de déambulation. La mission relève l'absence d'animation adaptée permettant de conserver les acquisitions, absence de PASA, absence d'unité de vie protégée, absence d'unité d'hébergement renforcée, absence d'assistant de soins en gérontologie. La mission est informée de la situation de ##### ##### est une résidente de 73 ans hébergée dans la structure depuis début 2020, suite à un accident de la voie publique de l'aidant rendant impossible son maintien au domicile, ##### souffre d'un trouble démentiel apparenté à la maladie d'Alzheimer mais reste mobile, chante, danse et s'est plutôt bien adaptée à son entrée en structure. La situation se dégrade à compter de novembre 2021 : ##### va se plaindre de douleur au genou, l'orientation sur un spécialiste ne sera pas effectuée malgré la demande de la famille, la patiente va peu à peu se grabatiser et perdre en autonomie. ##### va perdre ses lunettes dans la structure, l'orientation sur un spécialiste ne sera pas effectuée

				malgré la demande de la famille.
--	--	--	--	----------------------------------

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

			##### nécessite des soins dentaires, l'orientation sur un dentiste ne sera pas effectuée malgré la demande de la famille ##### va perdre régulièrement du poids sans que la patiente puisse être pesée, en l'absence de matériel adapté dans la structure. La mise sous complémentation alimentaire n'aurait pas été mise en œuvre. ##### ne pourra plus mettre son dentier faute de soins dentaires adaptés (perte d'une dent) et d'une perte de poids non mesurée. ##### ne sera pas accompagnée dans la majoration de ses troubles démentiels en l'absence de psychologue, de personnels qualifiés, d'unité de vie adaptée, d'animation et d'une prise en charge adaptée et va devenir agressive. La famille fera part de tous ses constats à la direction de l'établissement et au gestionnaire par mail le 03 mars 2022 et via une réunion peu après en visioconférence. La réponse donnée fut que l'établissement n'est pas adapté à la prise en charge de #####.il est à noter que madame L est entrée au sein de l'établissement, selon la procédure en cours, sur validation d'un médecin coordonnateur dont le rôle est de vérifier l'adéquation entre la pris en charge et le besoin de la personne. La famille procédera au transfert de ##### dans une autre structure plus adaptée à ses besoins fin mars 2022. La mission rappelle que depuis le 01 janvier 2022, il n' y a plus qu'une seule infirmière sur la structure et fait les constats suivants sous réserve d'expertise : bien qu'il soit demandé en continu par la famille des soins spécialisés pour la résidente (rhumatologue, dentiste, ophtalmo, prothésiste) celle-ci n'en bénéficiera jamais car d'après la direction, la résidente présente des troubles démentiels rendant les rendez-vous impossibles. dégradation continue de l'état général du patient depuis novembre 2021 sans action de la part de la structure absence de recours à un psychologue, psychiatre ou infirmier psychiatrique au regard de l'altération de l'état de la résidente, La mission note à cet effet l'absence de convention avec le CMP. aucune solution apportée par le gestionnaire et la direction à l'inadaptation de la structure à la prise en charge de personne souffrant de troubles démentiels ou proposition de réorientation face à l'incapacité de prendre en charge. Ecart 59: L'établissement,
--	--	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				en hébergeant des résidents présentant des troubles démentiels en sachant qu'il ne peut en assurer la prise en charge faute de personnel qualifié en n'assurant pas un transfert de ces résidents dans une unité adaptée n'est pas en mesure d'assurer son obligation d'assurer le respect de la dignité, de l'intégrité, ainsi qu'une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins du résident (article L311-3 CASF)
4.1.4. Continuité des prises en charge et coordination des professionnels au sein de l'établissement				
4.1.4.a 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		X	Transmissions orales. Il existe des temps de transmissions orales de 5 minutes le matin entre l'équipe de nuit et l'équipe de journée. Il existe des temps de transmission orales de 5 minutes le soir entre l'équipe de journée et l'équipe de nuit. Il existait un temps de transmission de 15 minutes entre l'équipe de journée et l'infirmière mais en l'absence d'infirmière la mission est dans l'impossibilité d'identifier si ce temps existe toujours et quelles en sont les modalités. Transmissions écrites Les transmissions écrites sont réalisés sur TITAN La mission fait le constat de l'usage des transmissions ciblées par une partie des professionnels ce qui est satisfaisant mais note l'insuffisance de transmission et d'action pour de trop nombreuses problématiques. La mission souligne qu'il n'existe qu'un seul outil de saisie des transmissions qui oblige à patienter ou à s'organiser pour incrémenter le dossier de soin. De même la mission identifie que de nombreux professionnels sont identifiés dans le logiciel de transmission avec des titres qui prêtent à confusion. L'infirmière est identifiée comme « Cadre Infirmier »(la fiche de poste IDE de l'agent fournie à la mission ne le précise pas). Les titres d'aides soignants et d'auxiliaire de vie sont confondues quelque soit la qualification de l'agent : « aide soignant(e)/auxiliaire de vie »

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				La mission ne retrouve pas de transmission des interventions des IDELS dans le dossier de soin du résident. Ecart 60: L'établissement, en ne disposant pas d'un dossier de soins infirmiers normalement constitué disposant des informations pertinentes et actualisées relatives à la prise en charge du résident, ne satisfait pas à l'obligation de l'article R.4312-35 du code de la santé publique.
4.1.4.b.La continuité de la prise en charge par les aides-soignant.es est-elle assurée ?	D 312-155-0 CASF		X	L'organisation des soins ne prévoit pas systématiquement la présence continue d'au moins un aide soignant diplômé dans la structure. Présence AS le 11/05/2022 : Carence de personnel AS de 06h45 à 07h00 / de 14h00 à 15h00 1 seul professionnel AS diplômé pour 39 résidents de 07h00 à 08h00 Présence AS le 12/05/2022 : Carence de personnel diplômé AS de 08h00 à l'arrivée de l'équipe de nuit. D'autres jours la carence est continue sur la journée avec une absence totale de professionnel qualifié en soins jour et nuit. Sur les xx ETP d'aides-soignants diplômés budgétés par l'ARS et le CD89, la structure n'en dispose plus que de xx, la mission ne dispose pas de l'intégralité des diplômes et n'est assurée de la qualification d'Aide-Soignant que pour xx professionnels). Par ailleurs, en l'absence de pilotage et de coordination des soins, ces professionnels sont positionnés dans le cadre d'un exercice non conforme pour tout ce qui concerne les actes de soins effectués en collaboration avec une infirmière. L'organisation en place prévoit une carence en personnel qualifié dans la structure à de nombreux moment durant la journée. La mission s'est fait délivrer un tableau d'affectation des postes (facsimilé ci-dessous)

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations			
				Postes	Cible	A pourvoir	
				Direction administration	xx	xx	Secrétariat
				Cuisine - Services généraux	xx	xx	Agent entretien
				Animation		xx	
				ASH	xx	xx	
				Aide-Soignant	xx	xx	Plusieurs VAE en accompagnement
				Psychologue	xx	xx	
				Infirmier	xx	xx	
				Médecin	xx	xx	
				TOTAL	xx	xx	
				La structure n’identifie que xx postes d’aide soignant à la vacance alors qu’l elle n’est assuré que de xx personnes diplômées. (une professionnelle est identifiée par la mission en VAE d’aide soignante)			
				Ecart 61 : En l’absence de personnel diplômé de manière continue au sein de l’établissement, la continuité de la prise en charge n’est pas assurée, l’établissement ne satisfait pas à l’obligation définie à l’article D 312-155-0 CASF.			
4.1.4.c. La présence infirmière couvre- t- elle l’ensemble des plages horaires journalières ?	D 312-155-0 CASF		X	La mission fait le constat de l’absence d’au moins xx infirmière depuis début janvier 2022. A compter du 10 mai 2022, la xx infirmière n’est plus sur les plannings de la structure. La mission note l’intervention ponctuelle d’un cabinet d’infirmières libérales pour la réalisation des soins programmés suivants :Pansements Insuline Stupéfiant Les Antivitamines K ne sont pas gérés par les infirmières libérales pour l’instant.			

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				Il n'existe pas de protocole de réajustement des AVK, confirmé par le Rapport d'activité médicale 2021(page 7) Ecart 62: L'établissement, en ne disposant plus de professionnel infirmier diplômé et de continuité de prise en charge des soins infirmiers, ne satisfait pas à l'obligation du II de l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.
4.1.4.d.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	Il n'existe aucune astreinte infirmière formalisée et mise en œuvre.
4.1.4.e. La continuité des soins infirmiers est-elle assurée ?	R 4312-35 CSP		X	La mission fait le constat d'une absence de continuité des soins infirmiers en l'absence d'infirmier sur la structure depuis le 10 mai 2022. Ecart : Cf Ecart 61
4.1.4.f. L'EHPAD dispose-t-il d'un médecin coordonnateur ?	D 312-155-0-II CASF D 312-156 CASF D 312-158 CASF		X	La structure ne dispose plus de médecin coordonnateur, bien que le nom du ##### apparaisse sur le rapport d'activité médicale 2021. Ecart 63: L'établissement, en ne disposant pas de temps de médecin coordonnateur sur la structure, ne satisfait pas aux obligations de l'article D 312-155-0-II et D.312-156 du code de l'action sociale et des familles et n'est plus en mesure de mettre en œuvre l'intégralité des quatorze missions prévues à l'article D.312-158 du même code.
4.1.4.g. Existe-t-il une articulation entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD ?	D. 312-158 CASF		X	Sans objet

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
4.1.4.h. Le médecin coordonnateur contribue-t-il auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments ?	D. 312-158 CASF		X	Sans objet
4.1.4.i. Les médecins tracent-ils leurs consignes dans le dossier de soins infirmiers ?			X	Un seul médecin retranscrit dans le dossier informatisé du résident Cf point 3.3.1.4
4.1.4.j.Existe-t-il un dossier de liaison de soins urgents ? (DLU)		X		Il existe un DLU au sein du logiciel TITAN, mais en l'absence d'imprimante fonctionnel ou de cartouche d'impression, en l'absence de transmission des médecins traitants dans le dossier de soins informatisé en l'absence d'infirmier pour retranscrire les informations pertinentes en l'absence de dossier de soins infirmier correctement colligé par les professionnels le DLU ne peut pas être actualisé et édité afin d'accompagner le résident en cas d'urgence. ECART 64 : L'établissement, en n'étant pas en mesure d'éditer dès que besoin un Dossier de liaison d'urgence actualisé, ne satisfait pas aux obligations d'amélioration des bonnes pratiques professionnelles (Décision n°2015.0159/DC/SMACDAM du 24 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé).
4.1.4.kExiste-t-il une procédure sur la conduite à tenir en situation d'urgence ?			X	L'établissement a remis un protocole CAT EN CAS D'URGENCE ET D'HOSPITALISATION datée du 01/01/2022 qui n'a fait l'objet d'aucune procédure d'adaptation sur la structure et de validation par les instances de la structure, et/ou au moins par un médecin. Cette procédure, en l'absence de validation ne permet pas de s'assurer qu'elle soit valide, connue et diffusée auprès des salariés. La mission est informée qu'aucun professionnel n'est à jour de sa formation de gestes et soins d'urgence

				(FGSU 1 et 2) : Si un plan de formation le prévoit pour juin 2022, la mission ne retrouve pas d'organisme
--	--	--	--	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				formateur, et aucune information ou de détachement des professionnels concerné au sein du planning de juin 2022 fournis afin de réaliser la formation. Ecart 65 : L'établissement, en ne procédant pas à la réactualisation des procédures relevant de la prise en charge de l'urgence vitale, en ne réalisant pas systématiquement le recyclage de l'AFGSU 2 des infirmiers et des aides-soignants, ne satisfait pas aux obligations de formation de l'article 6 de l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence et à l'article R.4312-46 du code de la santé publique concernant l'actualisation des connaissances des Infirmiers ; et ne satisfait pas à son obligation de réaliser une prise en charge sécurisée conformément aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.

4.1.4.I. La continuité des soins médicaux est-elle assurée ?	D 312-158 CASF R 4127-45 CSP		X	Il n'y a pas de médecin coordonnateur sur la structure. Cinq médecins généralistes interviennent sur la structure selon des périodicités diverses : 1 intervient une fois par mois 4 autres interviennent 1 fois tous les 3 mois, plus si besoin. Un de ces médecins est en arrêt maladie longue durée et n'intervient plus dans la structure en l'absence de remplaçant. Il prenait en charge 6 résidents. Un de ces médecins part à la retraite prochainement et ne sera pas remplacé, la direction n'en a pas informé la mission d'inspection. Il prend en charge 8 résidents. Le jour de l'inspection, au moins 6 résidents n'étaient plus suivis médicalement, sans que la structure en informe l'ARS. La mission n'a pas été informée d'une recherche active de médecins pour assurer la continuité des soins. Ecart 66 : L'établissement, en ne disposant plus de médecin coordonnateur et en n'ayant pas réalisé une continuité des soins médicaux sur la structure pour tous ses résidents ne satisfait pas à l'obligation du II de l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.
--	---------------------------------	--	---	---

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
4.2. Respect des droits et de la dignité des personnes				
4.2.1. Rythmes de vie, respect des droits et de la dignité des personnes				
4.2.1.1 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	Cf. 4.1.3

4.2.1.2. Les personnes accueillies disposent-elles d'une chambre individuelle, avec sanitaires complets ? - L'aménagement des chambres est-il adapté aux personnes accueillies ?			x	Les chambres sont prévues pour un ou deux lits. Certaines chambres individuelles sont transformées en chambre double, ne permettant pas une circulation avec un fauteuil roulant ou autre appareil de transfert. Les bandeaux lumineux au dessus du lit, l'espace de rangement ne sont prévus que pour une personne, bien que la chambre soit occupée par deux personnes. Par ailleurs, le mobilier n'est pas adapté à la prise en charge d'une personne âgée dépendante.
4.2.1.3 L'organisation des locaux permet-elle un respect de l'intimité, de la mixité ?	L 311-3 -1° CASF		x	La mission n'a pas observé de paravent ou autre système préservant l'intimité des personnes lors de la réalisation des soins dans les chambres doubles. Ecart 67 : En ne mettant pas en place un système respectant l'intimité des résidents dans les chambres doubles lors de la réalisation des soins, l'établissement ne satisfait pas à son obligation de préserver l'intimité des résidents accueillis conformément à l'article L 311-3-1 du CASF.
4.2.2. Liberté d'aller et venir				
4.2.2.1 Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ?	L 311-3-1° CASF L 311-4-1 CASF		X	La mission fait le constat que le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » n'est pas garanti et n'est pas aménagé selon l'état de celui-ci. La mission est informée de la situation de M. C.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

				M. C est un résident hébergé dans la chambre N°xx, chambre uniquement accessible par un escalier et isolée du reste de la structure. M. C est hospitalisé le 30 janvier 2022 pour un problème de santé. A son retour, le 08 février 2022 il est devenu dépendant pour la marche avec oxygénothérapie et nécrose talon. Il est réinstallé dans la chambre N°xx, isolé du reste de la structure où il restera huit semaines jusqu' à son décès le 31/03/2022. La mission rappelle que depuis le 01 janvier 2022, il n' y a plus que x infirmière sur la structure et fait les constats suivants sous réserve d'expertise : dégradation continue de l'état général du patient, absence de recours à un psychologue, psychiatre ou infirmier psychiatrique au regard de l'altération de l'état psychique du patient, bien qu'il soit demandé dans les transmissions par une professionnelle le recours à l'HAD pour les pansements, celle-ci ne sera pas sollicitée (la raison n'est pas connue). décision tardive de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs (le matin du décès du résident). La mission s'est rendue dans la chambre N°xx et fait le constat d'une chambre dégradée, avec des volets qui dysfonctionnent et des meubles inadaptés. Ecart 68: L'établissement, en hébergeant un résident de manière à l'isoler des autres usagers sans aucune raison médicale, n'a pas satisfait à son obligation de garantir la dignité et la liberté d'aller et venir de ce résident et ne satisfait pas à l'article L311-3 du CASF.
4.2.2.2 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	La mission ne retrouve pas de protocole interne concernant la mise sous contention. Si la mission dispose de quelques prescriptions, celle ci n'a pas été en mesure de s'assurer que chaque résident sous contention dispose bien d'une prescription médicale actualisée.
4.2.2.3 La mise sous contention fait-elle l'objet d'une prescription médicale ?	R 4312-42 CSP	X		Cf ci-dessus.

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
4.2.2.4 Si oui, cette prescription est-elle réévaluée ?				Cf ci-dessus. Ecart 69: L'établissement, en ne disposant pas de toutes les prescriptions de contentions actualisées et régulièrement révisées pour chaque résident, n'est pas en mesure d'assurer le respect de la sécurité, de la dignité, de la liberté d'aller et venir pour chaque résident. (L311-3 du CASF).
4.2.3. Alimentation/repas				
4.2.3.1 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	La mission note que l'établissement ne dispose pas de petites cuillères en quantité suffisantes, ni de vaisselle adaptée. Concernant l'aide au repas : Le jour de l'inspection sept résidents nécessitaient une aide au repas, celle-ci s'effectue dans une pièce inadaptée qui ne permet pas le passage des fauteuils roulants (que les agents doivent par conséquent soulever pour les faire pivoter et permettre leur installation en salle). Les outils d'aide au repas sont insuffisants. Absence de table à hauteur variable pour permettre le passage des fauteuils Absence de table adaptée (type table ergo'technik 3+1) Absence d'assise adaptée pour les soignants aidants au repas Absence de couvert adapté pour l'aide au repas (repas donné à la grosse cuillère à soupe métallique) Si 4 personnes sont présentes le midi pour l'aide au repas des sept résidents, le soir, il n'y a plus que deux personnes pour l'aide au repas et une personne pour donner un plateau en chambre. Le temps consacré pour chaque personne le soir est très contraint.
4.2.3.2 Est-il fait recours à un diététicien ?				La prestation restauration est externalisée auprès de la société VITALREST selon un accord cadre avec le groupe BRIDGE et d'un contrat d'application avec les spécificités retenues au niveau de l'établissement ; le prestataire est chargé de l'achat des marchandises, la production sur place avec son personnel dans les locaux et matériels fournis par l'établissement. La diététicienne du prestataire valide tous les menus ; Il ressort des auditions menées par la mission que les locaux sont adaptés à la prestation de restauration .En revanche , le prestataire manque de matériels comme une

				essoreuse à
--	--	--	--	-------------

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
				salade, une râpe à légumes obligeant l'achat de ces derniers en sachet. De plus, le prestataire prête un robot mixeur et une girafe afin de réaliser les textures modifiées et soupes aux résidents , l'établissement ne disposant pas de ces appareils. L'établissement ne dispose pas de bain marie pour le service mais de chariots isothermes. Pour des raisons d'économie ,les viennoiseries , apéritif , vin, fromage blanc ont été supprimés ,et une seule variété de jus de fruit est désormais proposée. La mission ne retrouve pas d'intervention d'un diététicien au profit des résidents à titre individuel.
4.2.3.3 Existe-t-il une commission des menus effective au sein de la structure ?			X	Un affichage à l'entrée de la structure prévoit une commission restauration et animation le lundi 23 mai à 15h00. Pour autant, la mission ne dispose pas de compte rendu de la commission des menus permettant entre autres de savoir si la suppression de l'apéritif le dimanche et divers produits alimentaires (viennoiseries du week-end, compote et fromage blanc) on fait l'objet d'une information et d'une discussion auprès des résidents.

4.2.3.4 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	La mission note que si certains plans de soins prévoient une collation, cela n'est pas proposé ou mis à disposition systématiquement. Ecart 70 : L'établissement, en ne prévoyant pas l'accès à une collation en soirée ou la nuit de manière systématisée pour tous les résidents et en disposant par conséquent d'une amplitude de jeûne pouvant être supérieure à 12h00, ne satisfait pas à l'article L.311-3 et D 312-159-2 et de l'annexe 2-3- 1 du code de l'action sociale concernant la qualité de la prise en charge et le socle minimal de prestation.
4.2.3.5 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		X	La mission retrouve des Mini NutritionalAssessment réalisée par une infirmière jusqu'en novembre 2021. La mission relève qu'au moins 50 % des résidents sont dénutris et nécessitent la mise en œuvre de complément alimentaire. Le rapport d'activité 2021 faisait également état de la mise en œuvre de régime hyperprotidique ou de complément alimentaire pour près de 50 % des résidents (p 13). La mission rappelle qu'il n'existe plus de pesée des résidents depuis octobre 2021.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007			La mission note également que les fiches de suivis alimentaires ne sont pas régulièrement réalisées et/ou retranscrites dans le logiciel de soins informatisés. La mission note également que les supplémentations à base d'aliment (fromage, crème) ont été remplacées par des poudres hyper-protéinés et autres compléments alimentaires. (pour information, certains résidents ne peuvent bénéficier de ces poudres au risque de détériorer la fonction rénale). Ecart 71: L'établissement : en ne disposant pas pour le repas et l'aide au repas du matériel adapté au profit du résident (table à hauteur variable, table ergonomique, couvert ergonomique, assiette compartimentée, assise adaptée, local adapté) ; en ne procédant plus au recueil des poids des résidents ; Ne satisfait pas à l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles concernant la qualité de la prise en charge et à l'article R.4312-42 du code de santé publique.

4.2.3.6 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	La mission note l'absence de plan bleu au sein de la structure et une absence de procédure hydratation des résidents à disposition des professionnels. Ecart 72 : L'établissement, en ne disposant pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, ne satisfait pas aux dispositions de l'article D.312-160 du CASF.
4.2.4. La continence et l'altération des téguments				
4.2.4.1 Existe-t-il un référent « protection » ?			X	Le référent protection identifié était une infirmière de l'établissement. le jour de l'inspection, il n'existait plus de référent protection. La mission a visité le local protection et fait le constat d'un stock de protection pour la nuit évalué à 140, soit environ 5 jours de stocks (la mission n'a pas pris en compte les stocks tampons situés dans les chambres des résidents ou dans les étages). La mission a par conséquent alerté le directeur des soins présent pour ne pas risquer une rupture d'approvisionnement de ces consommables indispensables à la prise en charge des résidents. L'établissement ne s'est pas assuré de la continuité des commandes de protection suite au départ de l'infirmière.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations

				Remarque 8 : L'établissement n'a pas organisé la gestion du stock de protection, n'a pas désigné de référent sur l'adaptation de protections, ne pilote pas le réajustement des protections en équipe pluri professionnelle, ne procède pas à la formation de ses professionnels, ce qui n'est ni habituel, ni satisfaisant. Sous réserve d'expertise, la mission fait le constat qu'il n'est programmé en moyenne, tant dans le plan de soins que sur le logiciel de change spécialisé (ID expert) que seulement deux changes de résidents en journée (un après la toilette du matin et un avant le coucher), que la mise aux toilettes n'apparaît pas dans le plan de soins. Le nombre de changes de résidents ne correspond pas à ce qui est habituellement programmé, réalisé et constaté dans les EHPAD du même type. Ecart 73 : L'établissement, en n'assurant pas le change des résidents en veillant au respect de la dignité de la personne prise en charge, ne satisfait pas à l'obligation de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.
4.2.4.2 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	Cf 4.2.4.1
4.2.4.3 Le stock de changes est-il suffisant ?			X	Cf 4.2.4.1
4.2.4.4 Un nombre de protections par résident a-t-il été défini ?		X		Cf 4.2.4.1
4.2.4.5 Existe-t-il un référent plaies et escarres au sein de la structure ?			X	Il n'existe pas de référent plaies et escarres
4.2.4.6 Des référentiels et protocoles sont-ils accessibles et actualisés sur les plaies et escarres sont-ils disponibles ?			X	Sans commentaires

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
4.2.4.7 L'accès à du matériel de prévention des escarres est-il organisé ?			x	L'accès à du matériel de prévention des escarres n'est pas organisé notamment la nuit, le local étant fermé à clé.
4.3. Soins				
4.3.1. Projet de soins individuel				
4.3.1.1 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	En l'absence de médecin coordonnateur et d'infirmière sur la structure, la mission n'est pas en mesure d'affirmer qu'il existe des projets de soins élaborés pour chaque résidents.
4.3.1.2 Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?			X	Sans objet.
4.3.1.3 Les plans de soins qui en découlent font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?			X	La mission est informée que les AS réalisent les plans de soins afin de les responsabiliser. La mission informe que le plan de soins est un acte professionnel infirmier, celui-ci identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. La mission note que si un des neuf plans de soins remis a été réalisé en avril 2022, les autres sont tous supérieurs à un an, dont un seul a fait l'objet d'une réévaluation, ce qui n'est pas satisfaisant. ECART 74: L'établissement, en prévoyant la réalisation des plans de soins infirmier par du personnel non infirmier, dispose ses salariés dans une situation d'exercice illégal d'une profession réglementée et se rend complice d'exercice illégal d'une profession réglementée. L'établissement ne satisfait pas aux obligations des articles R4311-3 du CSP Remarque 9: Les plans de soins des résidents ne font pas l'objet de réévaluation régulière en équipe pluriprofessionnelle (au moins une fois par an), ce qui n'est pas satisfaisant.

4.3.1.4 La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes	L 311-3-4 CASF L 1110-4 CSP R 4312-35 CSP		X	Le dossier de soin du résident ne dispose pas des informations actualisées nécessaires à sa prise en charge.
---	---	--	---	--

Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/confidentialité) ?				Un classeur de change des résidents est positionné dans les circulations et est à dispositions des visiteurs, ainsi qu'un classeur disposant des projets de soin simplifié du résident parfois ancien ou non actualisé. Ecart 75 : L'établissement, en ne disposant pas d'un dossier de soins infirmiers normalement constitué disposant des informations pertinentes et actualisées relatives à la prise en charge du résident, ne satisfait pas à l'obligation de l'article R.4312-35 du code de la santé publique Ecart 76 : L'établissement, en disposant dans les couloirs de la structure des informations concernant la prise en charge individualisée, n'est pas en mesure d'assurer la sécurité des informations concernant le résident et ne satisfait pas à l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles et à l'article R.4312-5 du code de la santé publique.
4.3.1.5 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	La mission fait les constats suivants : pas d'évaluation systématique de la douleur du sujet âgé à l'entrée peu de formation à l'utilisation des échelles et au repérage de la douleur de la personne âgée. (1/3 des résidents disposent d'une évaluation avec une grille adapté de la douleur en 2021, la mission n'a pas vu d'évaluation de la douleur mise en œuvre durant la visite, les transmissions consultés n'en font pas état) absence de référent douleur identifié. coffre à toxique non conforme (cf. circuit du médicament) protocole de prise en charge de la douleur non valide et à risque pour les professionnels et les résidents Ecart 77 : L'établissement, en ne procédant pas à un recueil formalisé en continu de la douleur, en ne disposant pas de référent douleur, en ne disposant pas d'un personnel suffisamment formé à la prise en charge adaptée de la douleur du sujet âgé, en ne disposant pas d'un protocole de pris en charge de la douleur valide, ne satisfait pas aux obligations des articles R.4311-8, R.4312-10, R.4312-19 du code de la santé publique et de l'Al 3 de l'article L311-3 du

				code de l'action sociale et des familles
4.3.1.6 Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, l'établissement a-t-il recours à la filière gériatrique ?			X	Absence de recours.
4.3.1.7 La prise en charge de la chute est-elle organisée et protocolisée ?	L 311-3 CASF D 312-155-0 CASF	X		Les professionnels inscrivent les chutes au sein du logiciel TITAN. La mission retrouve un suivi de la chute et des fiches de chute correctement réalisée par les professionnels en poste.
Points vérifiés	Références réglementaires Bonnes pratiques	O	N	Commentaires / observations
	HAS. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009			Une kinésithérapeute intervient 4 matins par semaine au profit du résident, sur prescription médicale. Pour autant, l'analyse pluriprofessionnelle (médical, kiné, pharmaceutique) de la chute n'est pas effectuée, ce qui n'est pas satisfaisant. Un protocole non validé a été fourni à la mission. Ecart 78 : L'établissement, en ne mettant pas en œuvre ou en ne réalisant pas les réunions pluri professionnelles concernant la prise en charge du risque de chute des résidents, ne satisfait pas à son obligation de sécurité et de qualité des soins (article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles).

4.3.1.8 Existe-t-il un dispositif permettant de prévenir les chutes, de les signaler et de les analyser ?			X	Cf. ci-dessus
4.3.1.9 Un bilan annuel des chutes est-il réalisé ?		X		Un bilan annuel est réalisé au sein du rapport d'activité médicale mais aucune analyse ni action n'en découle. Cf. ci-dessus
4.3.1.10 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	La mission n'en retrouve pas trace.
4.3.1.11 La prise en charge en soins psychiatriques est-elle organisée ?			X	La mission n'en retrouve pas trace.
4.3.1.12 La prise en charge en soins dentaires est-elle organisée ?			X	Si la mission observe la prise de deux rendez-vous dentaire inscrite sur un tableau blanc au sein du local infirmier, celle-ci s'interroge sur la poursuite de cette prise de rendez-vous en l'absence d'infirmière.

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
Le gestionnaire n'a pas pris l'entière mesure de la prise en charge pluri professionnelle des personnes âgées dépendantes en négligeant à la fois : les besoins de santé médicaux (absence de médecin coordonnateur, absence de médecin traitant référent), les besoins de santé paramédicaux des résidents (absence d'infirmière salarié pour réaliser les soins non programmés, rendez-vous médicaux non pris car patient jugé incapable par la structure, pansement non réalisé car infirmière non remplacée ou soins non programmés), les besoins fondamentaux : besoin de se recréer pour les personnes souffrant de troubles démentiels besoin de communiquer et de se mobiliser (un patient enfermé dans une aile inaccessible du bâtiment) besoin de se nourrir (suppression d'aliment sans raison valable, locaux et matériel inadapté à l'aide au repas etc...) et en négligeant la sécurité, la dignité, et la liberté de la personne accueillie. La mission insiste sur la gravité des constats réalisés qui sont à ce jour inédits sur ce type d'établissement et rappelle l'absence de médecin coordonnateur, l'absence de coordinatrice des soins, l'absence d'infirmière en poste, l'insuffisance de professionnels en nombre et qualifiés pour assurer la prise en charge attendue.				X

5 Analyse financière

Cf. annexe 4.

6 Conclusion

La mission d'inspection s'est déroulée dans des conditions matérielles correctes.

Des difficultés de réalisation au sein de la structure ont toutefois nuit à celle-ci :

- Absence de documents demandés permettant d'analyser le fonctionnement de la structure qui a fait l'objet d'un écart.
- Absence de matériel nécessaire pour transmettre les documents (pas d'imprimante fonctionnelle, difficulté du réseau informatique).

Selon les constats effectués, la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents, la dignité et l'intégrité des personnes ne sont pas assurés.

C'est pourquoi l'établissement a fait l'objet d'une suspension immédiate à la date du 18 mai 2022 avec nomination de trois administrateurs provisoires.

En effet, la politique de gestion prévoit l'organisation d'une surcapacité systématique, la non-vérification de l'adéquation de l'offre d'accueil de la résidence avec le besoin du résident en terme de prise en charge.

La continuité des soins n'est pas assurée. L'établissement présente une sous qualification du personnel affecté aux soins, un défaut de personnel infirmier et médical. Cette carence en personnel est complétée par un management qui met en défaut les salariés en les obligeant à des tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences, celles-ci sont justifiées par le fait d'autonomiser le personnel dans son fonctionnement.

Par ailleurs, le circuit du médicament est défaillant.

La gestion des locaux et des espaces présente des risques de chute, d'accès à des produits toxiques ou de sorties non maîtrisées pour les résidents accueillis.

Au niveau du management, la mission a constaté que la gouvernance n'était pas claire et explicite, confuse, avec une instabilité et une insuffisance du temps de direction au sein de l'établissement, le relai étant confié à un stagiaire, ce qui en termes de responsabilité peut être remis en question.

L'établissement fait preuve d'une absence quasi-totale de gestion des ressources et des compétences induisant le départ successif de personnel, l'absence de plan de formation et le recrutement de personnel adapté en nombre suffisant alors que ce sont des éléments essentiels de ce qui est attendu de la part de la direction d'un établissement. Les outils de la loi de 2002-2 sont obsolètes et non conformes.

#####,

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Bourgogne Franche Comté,

#####

Infirmier de santé publique, inspecteur à l'ARS Bourgogne Franche Comté, ARS
ARS Bourgogne Franche-Comté

#####,
Pharmacien inspecteur de santé publique,
ARS Bourgogne Franche Comté,

#####,
Conseil départemental de l'Yonne,

ANNEXES

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 :

- Les inspections se dérouleront à compter du 9 mai 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 _ 5 MAI 2022

Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535,
Tél : 0808 807 107 - site :
www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

▪ Professionnels entendus :

Professions	Nbre de personnes entendues
Directeur	2
Stagiaire de direction	1
Médecin libéral	1
IDEC	0
IDE	1 IDE (ex ide) et 1 IDEL
Aide-soignante (jour et nuit)/	3
FFAS/auxiliaire de vie	3
ASH dont fonction lingerie	4
directeur des soins du groupe	1
Kinésithérapeute libérale	1
Chef cuisinier	1
Autres professionnels	3

Annexe 3 - Liste des documents demandés

Les éléments non transmis sont surlignés.

Documents	Clé USB	A consulter sur place	A imprimer
Arrêté d'autorisation de la structure (initial et dernier en date)	x		x
Statut gestionnaire (société)	x		x
Extrait K bis	x		x
Liste des résidents			
Plan des locaux			
Organigramme nominatif à jour	X		x
Le projet d'établissement	X		x
Le règlement de fonctionnement	X		x
Le règlement intérieur	X		x
Le contrat de séjour type	X		x
Composition et PV (années 2019, 2020, 2021) du CVS	X		
Composition et PV (années 2019, 2020, 2021) du CA	X		
Rapports de la direction (années 2019, 2020, 2021)	X		
Le registre légal des personnes accueillies		x	
Le livret d'accueil	X		x
Procédure d'admission	X		x
Projet de l'animation, ou socio-éducatif	X		x
Les dossiers du personnel/ échantillon		x	
Diplômes du personnel + inscription à l'ordre	x		x
Les dossiers administratifs des résidents / échantillon		x	
Les projets individuels des résidents/ échantillon		x	
Les dossiers de soins / échantillon		x	
10 courbes de poids anonymisées	x		
10 grilles d'évaluation de la douleur anonymisées	x		
10 fiches de chute anonymisées	x		
10 feuilles de suivi nutritionnel	x		
10 fiches de mise en œuvre des protections anatomiques anonymisées	x		
10 plans de soins anonymisés	x		
Protocoles de prise en charge : douleur, chutes, urgences	X	X	
Liste des médicaments du stock tampon / stock d'urgence	X	X	
Les différentes procédures et protocoles de soins	X	X	
Le dossier médical type		x	
Conventions de coopération avec les établissements et personnes ressources extérieures	x		
Le rapport d'activité médical 2019-2020-2021	x		
FONCTIONS SUPPORT			

Registre de sécurité, contrats de maintenance (à définir par le CD)		x	
VOLET RH			
Liste des soignants précisant la fonction exercée (nominative et exhaustive (salariés, intérim, PSL, contractuels), du mois en cours), CDD, CDI, temps de travail	x		x
Planning février, mars avril 2022	x		
plannings prévisionnels des 3 à 6 mois à venir	x		
Nombre et la nature des postes non pourvus en 2021 et actuellement (absence de candidats, recrutements en cours, modalité de recherche...)	x		
Bilan social 2021	x		
Organisation en termes de remplacement et la procédure de remplacement interne et/ou du groupe Agents mis à disposition par d'autres(s) structure(s) qui apparaissent sur des comptes de personnel extérieur / MAD	x		
livret d'accueil du nouveau salarié	x		x
Contrat de travail ou convention avec les professionnels libéraux intervenants au sein de la structure (IDEL, médecins, kinésithérapeute, etc.)	x		
La liste nominative des professionnels ayant accès au dossier résident et leur fonction			
contrat du médecin coordonnateur	X	X	
GOUVERNANCE			
Délégation de pouvoir et de signature pour la direction	X	X	
Contrat de travail du directeur	X		
Les plannings des astreintes de direction (années 2019, 2020, 2021)	X	X	
Les fiches de poste et de tâches des agents (y compris direction)	X	X	x
Les bilans des plans de formation des 2 dernières années et plan de formation prévisionnel 2022	X		
Les notes de services et comptes rendus de réunions (service, direction) (années 2019, 2020, 2021)	X	X	
EI ET RECLAMATIONS			
Registre des réclamations		x	
Classeur des EI, EIG		X	
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 n°4 - RH/finances

Sur la base des documents transmis par l'établissement, il s'agira de mener une analyse documentaire permettant de dégager des tendances et des remarques sur la GRH et plus spécifiquement sur les thèmes suivants :

- Effectivité des organisations et traduction financière
- Cadre réglementaire et légal des organisations
- Compétences et qualification des professionnels
- Formation des personnels
- Astreinte de direction

	Action	Documents	Observations
Maquettes organisationnelles (organisation théorique, ou prescrite)	Construire les maquettes organisationnelles par métier permettant de décrire l'organisation de travail: pour chaque jour, quels horaires (amplitude et TTE - temps de travail effectif). En déduire le besoin en effectifs, c'est à dire l'effectif théorique nécessaire (ETN), exprimé en heures et en ETP (équivalent temps plein) Appliquer une majoration pour tenir compte des absences (maladie, maternité/paternité, formation etc.) - sauf si présence d'une équipe de suppléance.	Plannings Maquettes plannings	L'établissement n'a pas remis les documents permettant de produire la maquette organisationnelle. Un doute subsiste quant à la sincérité des fiches de postes heurées transmises. Pour pallier à cela, il a été décidé de reconstituer « un planning organisationnel » à partir du planning réalisé de la semaine du 9 mai 2022 : semaine durant laquelle s'est passée l'inspection sur site (cf. annexe 1). La maquette reconstituée ne fait apparaître que des postes d'aides-soignant(e)s (AS) diplômé(e)s ou faisant fonction AS et un temps IDE uniquement le lundi 9 mai 2022. Nous notons l'absence de médecin coordinateur et d'IDEC. Cela se confirme par la fiche de poste à pourvoir transmise par l'établissement (cf. annexe 2). Les postes d'IDE et de médecin sont vacants.

	En déduire aussi une visualisation des plannings sur 24 heures et identifier les éventuels, discontinuités de couverture paramédicale, les possibilités ou impossibilités de transmissions etc.		
Effectivité des organisations prescrites	Vérifier la réalité de l'application de l'organisation sur le terrain: quelle consommation réelle d'effectifs ? Prendre en compte le temps des employés (CDD, CDI) Les heures supplémentaires L'intérim Les temps de mise à disposition (en + ou en -)	Effectifs déclarés (EPRD, ERRD) Relevés de paie Liste du personnel (annexe ERRD Etat Réalisé des Recettes et Dépenses) Absences du personnel (exprimées en heures par métier) Procédures en cas d'absentéisme inopiné	La maquette organisationnelle n'a pas pu être reconstituée faute d'éléments manquants. Néanmoins, une extraction du logiciel RH année 2020 /2021/2022 permet de mettre en évidence certains points : Nombre d'agents : en 2021, xx agents sont intervenus dans la structure pour un total de xx Equivalents Temps Plein ; au total, xx agents étaient en CDI et xx en CDD ; en plus de ces agents, l'établissement a souscrit à des temps d'IDE libérale (cf. factures). Focus CDD : la durée moyenne du CDD est de xx jours ; x CDD étaient de très courte durée (1 ou 2 jours). 3- Nombre de départ en 2021 : Sur xx agents, xx départs (divers motifs : fin de contrat CDD, démission, départ en retraite, etc.), soit 53 % 4- Liste des emplois occupés et rémunérés en 2021 (cf. annexe 3) 5- Focus fonction d'aide-soignant(e) : Sur un total de xx aide-soignant(e)s : - XX AS diplômé(e)s (32 %)

			- xx AS non diplômé(e)s (68%) Fonction de direction : Nous notons un turn over important sur la fonction de direction. Fonction de médecin coordonnateur : Nous notons la présence du dernier médecin coordonnateur xx
Heures supplémentaires et intérim	Réaliser l'inventaire des heures de travail rémunérées au-delà des effectifs présents: heures supplémentaires, c'est à dire au delà des 1586 heures annuelles) heures d'intérim achetées	Bons de commande d'intérim (2021, si possible 2019 et 2020). Bulletins de paie (permet de retrouver le métier des professionnels, s'ils ont travaillé mois par mois, à quelle quotité)	Des factures de temps d'interventions IDE libérale ont été transmises par l'établissement (cf factures communiquées) détaillant des jours d'intervention et prestations effectuées.
Compétences du personnel	Vérifier les diplômes par rapport aux compétences affichées (IDE, AS, psychologues, médecins co etc.)	Liste des diplômes Etat et bilan des VAE	3 diplômes d'aide-soignant ont été transmis, ces agents figurent bien dans l'extraction RH. Les fiches de postes « heurées » ont été transmises pour les fonctions d'aides-soignants, pour les ASH, et les IDE.

	S'assurer que les bonnes missions sont attribuées aux bons métiers (et du coup vérifier la bonne imputation budgétaire sur les 3 enveloppes)	Fiches métiers Fiches horaires journalières Prescriptions médicales Protocoles de soins relatifs à l'aide à la prise des médicaments	Les fiches de postes sont indistinctes pour les AS, auxiliaire de vie et les FFAS.
Formation du personnel	Vérifier que les professionnels ont bénéficié de formation pour entretenir et développer leurs compétences.	Plan de formation prévisionnel 2022 Bilan des plans de formation antérieurs (2019, 2020, 2021) Fiches formation salariés	Absence d'éléments concernant les formations passées. Il y a bien un plan de formation prévisionnel 2022 à destination des AS / ASH / IDE (C) qui n'est pas suffisamment précis pour suivre le calendrier de réalisation et le nombre de professionnel concerné. Formations inscrites au plan : Formation gestes et soins d'urgence Accompagnement et approche palliative chez les personnes âgées MONTESSORI « accompagnement des personnes âgées » Tutorat encadrement stagiaires Ateliers Apprentissage langue des signes Formation Alzheimer VAE + 1 alternance

Masse salariale et imputations budgétaires	Comparer les effectifs et leur coût avec les dotations	ERRD 2020 ET 2021 Grand Livre	L'établissement n'a pas remis les documents permettant d'analyser l'ERRD 2020 et 2021 notamment le Grand livre 2020 et Grand livre section soin 2020 et 2021. Dans sa réponse mail du 4 juin 2022, l'établissement indique ne pas disposer de comptabilité analytique traduisant les imputations par sections. Les organismes gestionnaires d'établissements et services médico- sociaux doivent déposer leur dossier d'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) au titre de l'exercice 2021 avant le 30 avril 2022 sur la plateforme ImportERRD. Cette obligation réglementaire (CASF Article R314-232 III) n'a pas été respectée, le dépôt a été réalisé le 8 juin et transmis par mail le 4 juin après demande de la mission d'inspection. L'établissement indique avoir eu des difficultés d'accès à la plateforme, néanmoins non signalées auprès des autorités.
Activité et financement	Comparer l'activité avec les financements	ERRD 2020 ET 2021 Grand Livre	Capacité autorisée : 33 places en hébergement permanent et 4 en hébergement temporaire soit un total de 37 places / lits. Une suroccupation importante a été constatée sur site lors de la mission d'inspection (xx résidents) mais aussi en amont de celle-ci. En effet, un courrier conjoint ARS / CD 89 du 10 mars 2022 évoque la présence de xx résidents et une autorisation exceptionnelle accordée depuis 2019 à l'établissement d'utiliser les places d'hébergement temporaire pour de l'hébergement permanent (donc au maximum 37 résidents), durant des travaux de restructuration et jusqu'au 30 juin 2020. L'annexe activité des ERRD 2021 fait apparaître une suroccupation au-delà de ce seuil maximum et de cette date limite : L'établissement était en suroccupation entre 2019 et le jour de l'inspection. Sur 2021, alors que es actions pour revenir à une activité

			normale et supportable auraient été nécessaires, des frais de placement sont constatées pour réaliser des admissions supplémentaires et maintenir cette suractivité. Malgré cette suroccupation avérée, l'établissement a sollicité des crédits non reconductibles (CNR) auprès de l'ARS concernant la compensation des pertes d'hébergement sur 2020 xx et 2021 xx Ces crédits devant permettre de compenser les baisses d'activité des EHPAD suite à la pandémie, ils sont incompatibles avec la sur- occupation expliquée ci-dessus.
Masse salariale et imputations budgétaires	Comparer les effectifs et leur coût avec les dotations	ERRD 2020 ET 2021 Grand Livre	Dotations et résultats : - Rappels élémentaires : Nombre de places HP : 33 Nombre de places HT : 4 Option tarifaire : xx xx PMP/GMP : xx validés sur 2019 / 2021 Etablissement non habilité à l'aide sociale L'ERRD 2020 n'a pas pu être analysé par manque de document justificatif. Cependant, la dotation soin déclarée dans l'ERRD 2020 xx ne correspond pas au montant réellement financé (xx En lien avec la crise Covid, d'importants CNR ont été octroyés sur 2020 hors SEGUR soit xx € (dont prime Covid xx€ - perte recettes xx masques xx€, renfort personnel xx €, petit mat médical xx € et frais logistique xx €). Constat assez proche sur 2021 : forfait soin versé à hauteur xx € alors que l'ERRD fait apparaître xx €

			CNR de xx € dont compensation de perte de recettes xx € et renfort de personnel pour xx €. A noter,
--	--	--	---

Masse salariale et imputations budgétaires	Comparer les effectifs et leur coût avec les dotations	ERRD 2020 ET 2021 Grand Livre et export RH	
--	--	---	--

DIVERS FINANCES et activités	Comparer les coûts avec les dotations et imputations	EPRD et ERRD Grand livre	

--	--	--	--

Annexe 1 : planning organisationnel reconstitué à partir du planning réalisé la semaine du 9 mai 2022

Organisation Saint Agnan														
Reconstituée à partir du planning de la semaine du 9 mai au dimanche 15 mai														
AV/AS		Nombre de postes							Consommation horaire		Calcul ETN			
Plage horaire	TTE	L	M	M	J	V	S	D	Total hebdo	Total 2021	Dénominateur	Besoin ETP (=ETN)	Majoration absentéisme	
A1 8-20 H *2H de pause														
A2 6H45-14H10 *20 min de pause														
A3 7H00-19H00 * 2H de pause														
N 19H50-6H50 * 1H de pause														
TOTAL D'HEURES REQUIS POUR FAIRE TOURNER CETTE ORGANISATION														
Soit, en nombre de professionnels à temps plein														
Et si on intègre l'absentéisme, ça donne:														
IDE		Nombre de postes							Consommation horaire		Calcul ETN			
Plage horaire	TTE	L	M	M	J	V	S	D	Total hebdo	Total 2021	Dénominateur	Besoin ETP (=ETN)	Majoration absentéisme	
IDE 8-19H *1H de pause														
TOTAL D'HEURES REQUIS POUR FAIRE TOURNER CETTE ORGANISATION														
Soit, en nombre de professionnels à temps plein														
Et si on intègre l'absentéisme, ça donne:														

ASH		Nombre de postes							Consommation horaire		Calcul ETN		
Plage horaire	TTE	L	M	M	J	V	S	D	Total hebdo	Total 2021	Dénominateur	Besoin ETP (=ETN)	Majoration absentéisme
ASH 7H30-19H30 *2H de pause													
gouvernante G 8H-17H * 1H de pause													
gouvernant G1 9-12H													
TOTAL D'HEURES REQUIS POUR FAIRE TOURNER CETTE ORGANISATION													
Soit, en nombre de professionnels à temps plein													
Et si on intègre l'absentéisme, ça donne:													
Autre		Nombre de postes							Consommation horaire		Calcul ETN		
Plage horaire	TTE	L	M	M	J	V	S	D	Total hebdo	Total 2021	Dénominateur	Besoin ETP (=ETN)	Majoration absentéisme
Agent de maintenance T 9H-17H													
TOTAL D'HEURES REQUIS POUR FAIRE TOURNER CETTE ORGANISATION													
Soit, en nombre de professionnels à temps plein													
Et si on intègre l'absentéisme, ça donne:													

Annexe 2 : Extrait de la convention tripartite 2011 « TABLEAU DES EMPLOIS AUTORISES DE L'ANNEE 2011 »

Tableau de répartition des effectifs transmis par l'établissement par catégorie de personnels, dans les trois sections d'imputation tarifaire :

Postes	Cible	A pourvoir	
Direction administration			Secrétariat
Cuisine - Services généraux			Agent entretien
Animation			
ASH			
Aide-Soignant			Plusieurs VAE en accompagnement
Psychologue			
Infirmier			
Médecin			
TOTAL			

Postes	Effectifs autorisés définis dans la convention tripartite en ETP pour l'hébergement permanent- 33 places.
Direction administration	
Cuisine-services généraux	
Animation	
ASH	
AS	
Psychologue	
Infirmier	
Médecin coordonnateur	
Total	

Entre la cible établie par l'établissement et l'effectif autorisé permettant le fonctionnement de la structure, une différence de 2.35 ETP et une différence de 8.75 ETP au regard du nombre de poste à pourvoir.

Annexe 3 : Extraction RH des postes occupés et ETP 2021

Emploi occupée	ETP
----------------	-----

Annexe 4 : Fonction direction durée et motif de départ

Annexe 5 : répartition des effectifs et des charges de personnel 2021 par section tarifaire

Charges de personnel réel 2021 par section tarifaire :

	Hébergement		Dépendance		Soin		TOTAL		cout moyen	ETP CTP 2012 2016	RATIO hors AJ
	ETP	€	ETP	€	ETP	€	ETP	€			
Autre personnel de direction ou d'administration											
Agent de service général											
ANIMATION											
ASH											
ASD / AMP											
PSY											
IDE											
Médecin AAM											
TOTAL											
TOTAL charges de personnel ERRD											
Différence											
INTERIM AS											
INTERIM IDE											
INTERIM AAM											
TOTAL INTERIM											

Annexe 5 – 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 reconductibles

Covid : Corona Virus 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