RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret votre Département

**ARS Centre-Val de Loire**
Délégation départementale du Loiret

**INSPECTION DE PREVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE**

**DANS L'EHPAD « Hostellerie du Château » 6, rue du Château 45490 LORCY**

- [redacted], inspecteur de l'action sanitaire et sociale
- [redacted] inspectrice de l'action sanitaire et sociale
- [redacted], pharmacienne inspectrice de santé publique
- [redacted] contractuelle
- [redacted], chargée de mission ESSMS au Conseil départemental du Loiret

**RAPPORT**

**04 Mai 2022**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret votre Département

## AVERTISSEMENT

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

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

**1/ Les restrictions tenant à la nature du document**

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

  → **seul le rapport établi, est communicable aux tiers.**

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

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

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

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

L'article L311-6 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 et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret votre Département

## SOMMAIRE


Introduction

I. GOUVERNANCE

Conformité aux conditions de l'autorisation

Management et stratégie : projet d'établissement et règlement de fonctionnement / pilotage et délégations de pouvoirs

Gestion de la qualité : politique de promotion de la bientraitance / gestion des risques, des crises et des incidents graves

II. FONCTIONS SUPPORT

Gestion des ressources humaines : personnels / qualifications / affectations / formation / accompagnement / soutien des professionnels

Bâtiments / espaces extérieurs / équipements : sécurité des personnes et des biens

III. PRISE EN CHARGE

Organisation de la prise en charge : modalités d'accompagnement / projet de d'accueil et d'accompagnement / coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe

Respect des droits des personnes accueillies : respect des droits et de la dignité des personnes / liberté d'aller et venir / alimentation / repas

Soins : projet de soins individuel / partage des informations médicales et paramédicales

Gestion des médicaments

IV. RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Coordinations avec les autres acteurs

## Introduction

Le Directeur Général de l'ARS Centre Val de Loire et le président du Conseil Départemental du Loiret ont diligenté une inspection de l'établissement « Hostellerie du Château » situé 6, rue du château - 45490 LORCY appartenant au groupe Bridge Résidences Holding (PARIS 16).

Comme le précise la lettre de mission du 26 avril 2022 (annexe 1), la visite d'inspection a été organisée sur le fondement des dispositions des articles L 313-13 du code de l'action sociale et des familles (CASF), et portait sur les conditions générales de délivrance de l'accompagnement médico-social de l'établissement.
Elle a été diligentée dans un contexte particulier, selon lequel les constats réalisés lors d'une première inspection (en date du 17 mars 2022) ont conduit à l'élaboration et la notification de plusieurs injonctions et recommandations importantes, relatives notamment à l'organisation interne de l'établissement et au circuit du médicament. De plus, les réponses de l'établissement transmises dans le cadre de la phase contradictoire n'ont pas permis de lever les injonctions ni de modifier les mesures envisagées (cf. lettre de mesures définitives en date du 25/04/2022).

Les objectifs de cette seconde inspection étaient de vérifier le respect des dispositions des articles L311-1, L311-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF) définissant les prestations d'accompagnement de personnes vulnérables que les établissements médico-sociaux au sens de l'article L312-1 ; I du CASF sont tenus de délivrer et de porter une attention particulière au circuit du médicament ainsi qu'à la qualification des personnels de l'établissement.

Les pouvoirs et prérogatives des agents de l'équipe d'inspection, désignés par le Directeur général de l'ARS sont ceux définis par les articles L 1.421-1 à 1.421-3 et L.1435-7 du code de la santé publique. Plus largement, les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L 313-14 à L.313-16 du code de l'Action sociale et des familles.

L'inspection a été menée de manière inopinée. Elle s'est déroulée sur site le 27 avril 2022 de 8H15 à 19H15.

La mission d'inspection a ainsi retenu, en s'appuyant sur l'outil d'aide au contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux de l'IGAS, quatre fonctions mises en œuvre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : la gouvernance, les fonctions supports, la prise en charge et les relations avec l'extérieur.

Il a ensuite retenu des items de contrôle dans ces quatre champs permettant de procéder à des vérification de l'existence de dysfonctionnements, de manquements, de négligences, d'organisations inadéquates, de conduites inadaptées pouvant affecter les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des structures constituant par là-même des facteurs de risque de gravité variable susceptibles de menacer la santé , la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies.

Nous avons procédé pour la réaliser à :

- un contrôle des locaux,
- des contrôles documentaires,
- des entretiens.

Elle a été menée sur le site de l'EHPAD « Hostellerie du Château » situé 6, rue du château - 45490 LORCY

Pour rappel, l'établissement inspecté se présente comme suit :

| | |
|---|---|
| Statut / capacité | EHPAD privé à but lucratif – Autorisation pour 68 places, dont 65 d'hébergement permanent (dont 33 places en unité sécurisée); 3 places d'hébergement temporaire. |
| Date d'ouverture | Date du porté à connaissance actant le changement de la forme juridique et de représentant légal-transfert à BRIDGE RESIDENCES HOLDING : 04/2021 |
| GMP / PMP | ○ PMP : 214 (coupe du 15/03/2017)<br>○ GMP : 763 (coupe du 27/03/2017) |

Les constats, analyses fondés sur les écarts[1], les remarques[2] et les appréciations portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I[3] que nous sommes amenés à formuler à l'issue de nos vérifications font l'objet du présent rapport qui comprend les parties suivantes :

I – Gouvernance
II – Fonctions support
III- Prise en charge
IV- Relations avec l'extérieur
V- Synthèse

Ce rapport est communiqué aux gestionnaires afin de recueillir leurs éventuelles observations les concernant.

[1] Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité, d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables. Il y a lieu de distinguer deux types d'écart : **les écarts** et les **écarts majeurs** selon qu'il existe ou non un danger avéré pour la sécurité sanitaire de l'usager ou la protection des personnes.

[2] Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave détecté par les inspecteurs qui ne peut être caractérisée au regard d'un texte juridiquement opposable.

[3] Niveau **S.A.M.I** :

- **S** = Satisfaisant, maîtrise du risque maltraitance, risque identifiée au plan institutionnel, mesures de lutte et de préventions formalisées, mises en œuvre 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 entrainant des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

| POINTS DE CONTRÔLE | OUI | NON | EN PARTIE | ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS |
|---|---|---|---|---|
| **I- GOUVERNANCE** | | | | |
| 1-1 Conformité aux conditions de l'autorisation | **OUI** | **NON** | **EN PARTIE** | **ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS** |
| - La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ? | | | **X** | L'établissement comprend 69 chambres réparties comme suit :<br>▪ RDC :<br>- Unité protégée « Lavandou » : 17 chambres (dont 1 est considérée comme une chambre témoin)<br>- Unité « L'Oliveraie » : 11 chambres<br>▪ 1er étage :<br>- Unité « Le Château » : 7 chambres dont 2 chambres doubles<br>- Unité « Cocagne » : 14 chambres<br>- Unité protégée « L'Orangeraie » : 20 chambres<br>Les 3 places d'hébergement temporaire ne sont pas toutes identifiées pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés comme le précise l'arrêté d'autorisation DOMS PA. Une place d'hébergement temporaire est identifiée dans l'unité « Le Château » située dans un secteur non protégé.<br><br>47 résidents sont présents le 27 avril 2022 et répartis comme suit :<br>▪ RDC :<br>- Unité protégée « Lavandou » : 13 résidents<br>- Unité « L'Oliveraie » : 9 résidents<br>▪ 1er étage :<br>- Unité « Le Château » : 6 résidents dont 3 seraient en hébergement temporaire<br>- Unité « Cocagne » : 8 résidents<br>- Unité protégée : L'Orangeraie : 11 résidents<br><br>Certains résidents très dépendants (en fauteuil roulant) sont présents dans les unités protégées, à l'Orangeraie notamment. La directrice informe la mission qu'une évaluation menée par le médecin coordonnateur est en cours suite à l'inspection du 17/03/2022.<br><br>Deux admissions ont été réalisées le 19 avril 2022. De plus, il est |

| POINTS DE CONTRÔLE | OUI | NON | EN PARTIE | ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | indiqué dans le compte-rendu du CVS du 14 avril 2022 « 2 visites en attente de décision de la famille ». (visite de pré-admission)<br>**Ecart :**<br>**Non-respect de l'injonction 0314 contenue dans la lettre de mesures provisoires puis définitives (annexe 2) selon laquelle les autorités, ARS et Conseil Départemental, enjoignent l'établissement de cesser les admissions à compter du 17/03/2022**<br>**Ecart :**<br>**En identifiant 37 chambres sur les deux unités sécurisées l'établissement ne respecte par l'arrêté d'autorisation n° 2018 DOMS PA 45 0034 du 31/07/2018 qui identifie 36 places (pour personnes ayant des troubles de type alzheimer) dont 3 en hébergement temporaire.**<br>**En installant une chambre d'hébergement temporaire en dehors des unités sécurisées, l'établissement ne respecte par l'arrêté d'autorisation n° 2018 DOMS PA 45 0034 du 31/07/2018.** |
| 1-2 Management et stratégie | | | | |
| 1.2.1 Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement | | | | |
| - Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022** |
| - Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (art. L.311-8 et D311-38)? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022** |
| 1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs | | | | |
| - Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ? | | | X | La directrice a indiqué avoir déjà fourni à la mission un organigramme lors de l'inspection du 17/03/2022, or, ce dernier est non daté et ne correspond pas à la réalité actuelle des personnels en poste dans l'EHPAD (absence d'IDEC, d'IDE, de psychologue).<br>**Remarque : L'absence de formalisation de la chaîne hiérarchique de l'EHPAD ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires.** |
| - Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant | | | | L'entretien avec la directrice a montré qu'il n'existe pas de document |

| POINTS DE CONTRÔLE | OUI | NON | EN PARTIE | ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS |
|---|---|---|---|---|
| ses compétences et ses missions et/ou de signature ? | | X | | nouveau depuis l'inspection du 17/03/2022.<br><br>**Ecart :**<br>**La mission n'est pas en mesure de connaître l'étendue de la délégation de compétences confiée au directeur par son employeur ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-176-5 du CASF[4]..** |
| - Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ? | | | X | La directrice a remis une lettre de mission incomplète (annexe manquante). Elle n'a pas remis sa fiche de poste. |
| - La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ? | | X | | La suppléance de direction fait l'objet d'un document non mis à jour et incomplet. La direction indique la présence de son numéro de téléphone et de celui de la direction des opérations du Groupe Bridge dans la salle du personnel. La mission a constaté la présence de ces numéros de téléphone sur le tableau Velléda de la salle du personnel.<br>La directrice élabore les plannings en l'absence d'IDEC et de cadre de santé.<br>**Remarque : en l'absence de document complet et actualisé formalisant la continuité de la direction, celle-ci ne peut être assurée en l'absence du directeur.** |

[4] Art. D312-176-5 CASF : « Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit privé, mentionnés au I de l'article L. 312-1, lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel. Elle rend destinataires d'une copie de ce document la ou les autorités publiques qui ont délivré l'autorisation du ou des établissements ou services concernés, ainsi que le conseil de la vie sociale visé à l'article L. 311-6. Ce document précise la nature et l'étendue de la délégation notamment en matière de : -conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; -gestion et animation des ressources humaines ; -gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; -coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.2.3. Conseil de la vie sociale et autres formes de participation | | | | |
| - Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF) | | | X | Un CVS est mis en place.<br>Un CVS a eu lieu le 14 avril 2022 et le compte-rendu a été remis à la mission.<br><br>Le sujet de la maltraitance n'apparaît pas dans le compte-rendu du dernier CVS (14 avril 2022). |
| 1-3 Gestion de la qualité | | | | |
| 1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance | | | | |
| - Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure? | | | | Non observé dans cette mission d'inspection |
| - Des actes de maltraitance ont-ils été signalés à la ou les autorités d'autorisation ? Ont-ils fait l'objet d'un signalement au procureur de la République en application de l'article 434-3 du code pénal? | | | | Non observé dans cette mission d'inspection |
| - L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ? | | | | **Non observé** |
| - Les risques de maltraitance liés à la fragilité de la population accueillie ont-ils fait l'objet d'un repérage et d'une analyse dans la structure ? Quels sont-ils ? Quelles actions pratiques ont été mises en œuvre pour y pallier ? | | | X | Le personnel n'est pas formé au repérage des situations de maltraitance ou de fragilité des personnes âgées. Seule une partie du personnel a suivi la formation « Humanitude » en 2019/2020.<br><br>Il est indiqué dans le compte-rendu de la réunion du 12 avril 2022 qu'il y a eu « 2 formations Humanitude en 2019, 1 en 2015/2016 ».<br>La direction a fourni les attestations de formation « Humanitude » à la mission d'inspection le 29/04/2022 par courriel.<br><br>**Remarque : En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM.** |
| - Existe-t-il des pratiques organisées de soutien | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| professionnel et d'analyse des pratiques ? | | | | **cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022** |
| - Les personnels sont-ils formés et encadrés pour observer des changements d'état clinique ou comportemental pouvant traduire des maltraitances, en interne à la structure ou à l'extérieur, afin de les repérer puis les signaler ? | | | | **Non observé dans cette mission d'inspection** |
| 1.3.2 Gestion des risques, des crises et des incidents graves | | | | |
| - Existe-t-il un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des évènements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies ? | | | | **Non observé dans cette mission d'inspection** |
| - Combien d'Incidents Evènements et Signalements -IES pendant l'année écoulée ? Combien ont fait l'objet d'un signalement à l'ARS ou au CD ? | | | | **Non observé dans cette mission d'inspection** |
| **Appréciation de la gouvernance en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance** | S A M I X | | | insuffisant |
| **II- FONCTIONS SUPPORT** | | | | |
| 2.1 Gestion des ressources humaines | **OUI** | **NON** | **EN PARTIE** | **ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS** |
| 2.1.1 Personnels / qualifications/ affectations | | | | |
| - Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ? (art. D312-176-6 CASF pour les ESMS privés /art D312-176-10 pour les ESMS publics) | **X** | | | La directrice est titulaire du [redacted]. |
| - Les personnels sont-ils qualifiés (art L312-1-II, al.2 CASF)? | **X** | | | La directrice a adressé des diplômes à la mission d'inspection.<br>Les diplômes fournis sont les suivants :<br>- celui de 9 AS,<br>- celui de 4 AMP,<br>- celui de 6 IDE, (vacataires)<br>- du médecin coordonnateur,<br>- de l'animateur ([redacted]) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | - et de l'assistante de direction ([redacted]) |
| - Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF) | | | | **Non observé dans cette mission d'inspection** |
| - Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ? | | | X | La directrice a transmis les fiches de postes datant de janvier 2020.<br>Elle indique que les fiches de poste sont des fiches type du Groupe Bridge. Des entretiens professionnels doivent être programmés pour que les personnels signent leur fiche de poste.<br>La mission constate que les fiches de poste du groupe ne sont pas adaptées à l'établissement (logo, références…).<br><br>**Remarque :**<br>**L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle dû à une mauvaise compréhension de leur rôle.** (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008). |
| - Part des CDD / CDI | | | | Le recrutement IDE est une problématique saillante de l'établissement. La mission d'inspection lors de la visite du 17/03/2022 avait d'ailleurs souligné cette fragilité.<br>De plus, les autorités ont enjoint l'établissement de s'assurer et de justifier de la présence effective d'un personnel infirmier de façon quotidienne (injonction 022- annexe 2-lettre de mesures provisoire et définitives).<br><br>Le 27/04/2022, la mission a souhaité contrôler la réalité de cette présence.<br>La mission n'ayant pu recueillir les éléments auprès de la direction sur les interventions réalisées par les HAD sur la période 18/03-30/04/2022 dans l'EHPAD, a interrogé le 28/04/2022 les directions des 2 HAD concernées.<br>La convention avec l[redacted]est signée du 17 mars 2022 et |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | s'achève le 31 mars 2022.<br>Les éléments recueillis auprès de [redacted] le 03/05/2022 montrent sur la période du 18/03 au 31/03 2022 qu'une IDE de [redacted] a été mise à disposition au sein de l'EHPAD les 17-18-19-20-21-24-26-27-29 et 31/03. Les créneaux d'intervention se situent en fin de journée, en général entre 18h15 et 20h30. Le temps effectif de présence dans l'EHPAD se situe entre 1h et 2H (cf. planning réalisé [redacted]). De plus l'intervention IDE concerne 23 résidents.<br>Les contrats fournis par la directrice montrent qu'une IDE vacataire intervient le 19-20-22-23-24-28 en journée sur les créneaux 8h-20h ou 8h-19h. Soit 6 jours sur la période concernée par l'analyse des plannings après l'inspection du 17 mars. (18 au 31/03).<br>Une IDE vacataire intervient le 21/03 de 8h à 11h ; le 25/03 de 16h à 20h ; le 30/03 de 16h à 20h. Le 22/03 une des IDE vacataires présentes dans l'EHPAD a rempli les dossiers des résidents dans TITAN.<br><br>Au regard de ces documents, la mission constate qu'un professionnel infirmier est présent tous les jours dans l'établissement sur la période du 18 au 31 mars 2022 mais les temps de présence sont cependant insuffisants les jours où seule l'IDE de l'HAD intervient (18-26-27-29 et 31/03) d'autant que l'intervention de l'IDE de l'HAD concerne au maximum 23 résidents dont 19 résidents de façon régulière.<br><br>Cette analyse est confortée à la lecture des plannings du mois d'avril. Durant cette période la directrice indique que l'EHPAD n'a pas pu recruter d'IDE titulaire et qu'elle a recours à des vacataires et à [redacted] pour intervenir sur les soins des résidents.<br><br>Du 1 au 27 avril (jour de l'inspection) le planning, les contrats de vacation et les informations apportées par [redacted] montrent les éléments suivants :<br>- Sur cette période de 27 jours, 1 IDE vacataire intervient en journée sur le créneau 8H-19H ; (soit 6 jours sur 27) ; 1 IDE intervient 2 autres jours sur un créneau 8H-10H et 8H-12H (soit 2 jours sur la période). Le recours à une IDE vacataire et l'HAD permet de couvrir une partie importante de |

la journée auprès des résidents présents dans l'EHPAD sur une période de 8 jours sur la période observée.

La mission relève que le 26/04 2 IDE étaient présentes en journée sur le créneau 8H_19H. La directrice indique que dans cette situation l'une gère les traitements et l'autre est dans les étages et s'occupe des actes techniques.

- Sur cette période [redacted] a été présente tous les jours selon les modalités suivantes :

Selon les déclarations de [redacted] en date du 28 avril 2022 « Chaque jour, un binôme infirmier et aide-soignant a été détaché 3 h entre 15H30 et 19H30 (avec 1h de trajet aller-retour et 2h sur place), [redacted]infirmier a complété quotidiennement le dossier informatisé par :

- La traçabilité des soins effectués
- La validation des traitements préparés et/ou administrés
- Des transmissions ciblées si besoin.

Durant leur temps de présence sur la structure, les soignants de l'HAD ont pu échanger avec [redacted] ainsi qu'avec les aides-soignants présents ».

La mission constate toutefois que la traçabilité des soins n'a pas pu être effectuée le jour de l'inspection sur la tablette numérique comprenant le dossier patient informatisé et mis à disposition par [redacted] à l'EHPAD pour les résidents pris en soins, car cette tablette est demeurée introuvable lors de l'échange avec le binôme de l'HAD présent sur site le 27 avril.

De plus, selon les informations transmises par [redacted] l'HAD prend en charge en moyenne 19,5 patients dont les 3 résidents diabétiques et 4 résidents ayant besoin de la préparation et réévaluation quotidienne de l'AVK en fonction du bilan sang et d'une surveillance biologique.

En outre, le jour de l'inspection, la directrice a indiqué que les infirmières libérales qui intervenaient ponctuellement jusqu'alors dans l'EHPAD pour réaliser des soins et donner les médicaments injectables n'intervenaient plus faute de disponibilité depuis le 18 mars 2022 (le 17/03 étant la dernière intervention de l'infirmière libérale).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | En synthèse, l'analyse des plannings de mars et avril 2022 montre :<br>- aucune présence d'IDE titulaire y compris le jour de l'inspection<br>- une présence quotidienne infirmière mais les temps de présence effectifs dans l'EHPAD sont courts (2H) lorsque seule l'HAD intervient.<br>- Les jours où l'HAD intervient seule dans l'EHPAD soit 7 jours sur 14 jours en mars 2022 (18 au 31/03) et 19 jours sur 27 en avril (du 1 au 27/04) seule une partie des résidents est concerné par la prise en soins.<br><br>**Ecart :**<br>**L'insuffisance de professionnels infirmiers sur des plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement et de sécurité ne permettent pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés aux résidents en application de l'article L311-3 3° du CASF[1].**<br><br>La directrice indique à la mission qu'un recrutement de deux IDE est en cours mais ne sera effectif que le 7 mai 2022.<br>La mission a rencontré une IDE. Celle-ci travaillait auparavant dans l'EHPAD mais avait décidé de rompre son contrat il y a quelques mois. Elle a indiqué vouloir revenir travailler car elle connaît l'équipe en place et le contact avec la nouvelle directrice s'est bien passé. Elle a ajouté qu'elle allait signer son contrat de travail et ne pas encore connaitre ses futurs horaires de travail.<br>L'autre IDE aura une fonction de coordination et d'élaboration des plannings.<br>A partir du 7 mai la directrice indique que dans l'EHPAD, il y aura 2 IDE par jour du lundi au vendredi et 1 IDE par jour le week-end. |

[1] Art **L311-3- 3°**: « 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, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | S'agissant des autres professionnels (AS et AMP) la mission constate que l'équipe est stable. La liste du personnel présent sur site le jour de l'inspection confirme la présence d'AS, d'ASH ou d'AMP.<br><br>L'analyse des plannings montre une présence minimale d'aides-soignants le soir et le Week-end dans un contexte où l'établissement n'est pas occupé à pleine capacité (47 résidents alors que l'autorisation est de 68 places).<br>La mission relève toutefois qu'un seul binôme (1 AS ou AMP + 1 ASH ou AV) présent la nuit pour tout l'établissement dans un contexte où celui-ci serait occupé à pleine capacité notamment dans les deux unités sécurisées (situées au premier étage et au rez-de chaussée) par des personnes âgées atteintes de maladies de type « Alzheimer », ou troubles apparentés serait insuffisant notamment en cas de besoin d'intervention simultanée.<br><br>La directrice indique avoir reçu du renfort sur la partie administrative par le groupe Bridge. Une assistante de direction vient d'arriver dans les effectifs en soutien de la première.<br>Elle indique également que le [redacted] continue ses vacations en tant que médecin coordonnateur. |
| - Existe-t-il des glissements de tâches entre les personnels ? | X | | | | Depuis la première inspection menée le 17 mars 2022, les glissements de tâches observés se sont réduits. En effet, les aides-soignantes ne préparent plus les médicaments sur les plateaux de préparation et ne réalisent plus de pansements.<br>Néanmoins, la mission a observé le jour de l'inspection que l'animateur aidait à la prise des repas. La mission a également observé que les aides-soignantes continuent de distribuer les médicaments sans protocole de délégation de tâche.<br><br>**Ecart :**<br>**En faisant réaliser des tâches spécifiques et relevant de spécialité professionnelles par des professionnels n'ayant pas la qualité,** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **qualification ou délégation pour le faire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF[5]** |
| - *Existe-t-il un planning des personnels présents ? Avec la qualification attendue (IDE, AS, autres) ?*<br>- *Le personnel présent est-il conforme à celui du planning ?* | X | | | La présence insuffisante de personnel qualifié est une problématique soulevée lors de l'inspection du 17/03/2022. De plus, les autorités avaient enjoint à l'établissement de s'assurer et de justifier de la présence minimale d'AS de façon quotidienne (courrier injonctions).<br><br>Au jour de l'inspection, étaient présents 6 AS/AMP et 1 ASH en journée. De plus, l'établissement dispose d'un fichier reprenant les présences effectives des agents. La mission a constaté que le personnel présent au jour de l'inspection correspond à celui annoncé sur le planning.<br><br>L'établissement ne dispose d'aucun personnel infirmier salarié en CDI. Il fait appel alternativement à de l'intérim, des professionnels libéraux ou à l'HAD.<br>Au vu des plannings présentés, il est constaté un fonctionnement par binôme (AS ou AMP / ASH ou AV) :<br>▪ En journée : 3 binômes (+ 1 renfort en 7h) :<br>- 1 binôme pour les unités « Château-Cocagne-Oliveraie » (32 chambres / 23 résidents à ce jour)<br>- 1 binôme pour chacune des 2 unités protégées prenant en charge dans l'unité protégée « Lavandou » :13 résidents; et 11 résidents dans l'unité protégée « L'Orangeraie ».<br><br>Les horaires sont les suivants :<br>- De 7h00 à 18h30 : trois personnels<br>- De 8h30 à 20h : un personnel |

[5] Art L311-3-1° CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement. »

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | - De 9h à 20h30 : un personnel<br>- De 9h30 à 21h00 : un personnel<br>+ le Renfort : 7h30-15h30<br><br>▪ La nuit (un personnel de 21h00-7h00 et un personnel de 20h30 à 6h30), un seul binôme pour tout l'établissement : 1 AS ou AMP + 1 ASH ou AV<br><br>Le week-end des 23 et 24 avril 2022, il est constaté la présence de 3 binômes. Le même personnel est présent sur les deux jours du week-end.<br><br>L'étude des documents fournis le jour de l'inspection a permis de constater que toutes les AS et AMP disposent des qualifications requises (injonction 022 lettre de mesures définitives).<br><br>Le changement d'horaires convient aux professionnels (en 11h au lieu de 8h). |
| 2.1.2 Formation / accompagnement / soutien des professionnels | | | | |
| - Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022** |
| - Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| 2.2 Bâtiments /espaces extérieurs/équipements | | | | |
| 2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs | | | | |
| - L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ? | | | | **Non observé** |
| - Quel est l'activité des résidents au moment du contrôle ? Réunion en salle commune sans activité ? En chambre individuelle ? | | X | | A l'arrivée dans les locaux, la mission a constaté que certains résidents étaient levés, d'autres étaient encore en chambre.<br>Le matin de l'inspection, une animation « atelier équilibre » était organisée dans la salle de restauration de l'établissement, en |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | présence de l'animateur et de l'ergothérapeute. Cette animation accueillait 8 résidents dont 5 en fauteuil roulant.<br>Dans un premier temps, des exercices de mobilisation articulaire et musculaire ont été effectués, animés par l'ergothérapeute.<br>Dans un second temps, 3 résidents ont effectué un parcours d'obstacle constitué notamment de cerceaux, de matelas mous et de jeux de ballon, avec l'animateur et l'ergothérapeute.<br>Un atelier pâtisserie était proposé aux résidents dans l'après-midi.<br>En fin d'après-midi (17h30), une animation (quizz) était proposée dans l'unité protégée « Lavandou ».<br><br>Seul un programme d'animation « type », identique chaque semaine, a été communiqué à la mission. |
| - L'occupation des locaux est-il conforme à l'autorisation ? | | X | | La mission a constaté qu'un couple de personnes âgées a signé leur contrat de séjour le 19/04/2022. A cette date le gestionnaire devait respecter l'injonction 0314 telle que prévue dans la lettre de mesures provisoires puis définitives.<br><br>**Ecart :**<br>**En poursuivant l'admission de résidents alors que les autorités ont enjoint le gestionnaire de cesser les admissions jusqu'à remédiation des dysfonctionnements constatés, le gestionnaire ne respecte pas l'injonction faîte par les autorités d'autorisation et de tarification.** |
| - Propreté des locaux (hygiène, propreté ; odeur ; maintenance, état général) | | | X | L'établissement était au jour de l'inspection, globalement propre mais une forte odeur d'urine était présente au démarrage de l'inspection et cela malgré le port du masque.<br>De même, en fin de journée une odeur pestilentielle de type « épandage » était perceptible au rez-de-chaussée. |
| 2.2.2 Sécurité des personnes et des biens | | | | |
| - Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ? | | | X | Dans les salons du rez de chaussée côté « Château », la mission d'inspection a constaté la présence d'une porte sur laquelle un affichage indiquait « issue de secours, ne pas fermer à clé ». Cette porte était fermée à clé et son accès était bloqué par un fauteuil. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Au démarrage de l'inspection, la mission a librement accédé à l'unité sécurisée « Orangeraie », le dispositif de verrouillage des portes étant désactivé.<br>La directrice ayant rejoint la mission quelques minutes plus tard, a par contre activé le déverrouillage des portes via le digicode prévu à cet effet et s'est étonnée du dysfonctionnement décrit par la mission.<br>La mission a également constaté une défaillance du système d'éclairage dans l'aile gauche de l'unité « Château » et dans le WC situé en face de l'accueil au rez de chaussée (la lumière clignote puis s'éteint après 3 minutes).<br><br>**Ecart :**<br>**En ne disposant pas d'un dispositif continu de verrouillage des portes dans les unités sécurisées qui permet d'assurer la sécurité aux personnes accueillies et en ne disposant pas d'un éclairage opérant, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de L311-3 1° du CASF.**<br><br>La mission a constaté que le local de stockage des DASRI était encombré d'objets sans rapport avec les DASRI (valises, produits) et que des cartons de DASRI étaient en attente d'évacuation.<br>La direction a adressé des photos du local en date du 28/04/2022. Ces photos montrent un espace désencombré. Cependant la vision partielle (et non panoramique) qu'elles montrent du local, ne permet pas de s'assurer de la conformité de son usage à la réglementation.<br><br>**Ecart :**<br>**L'usage du local de stockage des DASRI contrevient aux dispositions des arrêtés du 7 septembre1999 modifiés.** |
| - | Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ? | **X** | | | La mission a testé 2 sonnettes dans différents endroits de l'établissement. Un professionnel s'est déplacé à chaque fois en moins de 3 minutes. |
| | **Appréciation des fonctions support en niveau** | S | A | M | I X insuffisant |

| S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **III- PRISE EN CHARGE** | | | | |
| 3.1 Organisation de la prise en charge | **OUI** | **NON** | **EN PARTIE** | **ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS** |
| 3.1.1. Modalités d'accompagnement/Projet de d'accueil et d'accompagnement | | | | |
| - Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs, jouets favoris...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? | | | | Non observé |
| - Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| - Ce projet est-il évalué périodiquement ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| - Prestations d'hygiène | **X** | | | La mission constate que les actes de nursing sont tracés dans le logiciel TITAN. |
| 3.1.2 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe | | | | |
| - Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ? | | | **X** | Les réunions de transmission ont lieu quotidiennement 2 fois par jour, d'une durée de 30 minutes de 6h30 à 7h00 au moment de la prise de poste de l'équipe de jour et la fin de service de l'équipe de nuit. De la même façon cette transmission de 30 minutes est opérée le soir à 20h30.<br>Les horaires de ces transmissions ne permettent pas d'associer les IDE vacataires qui ne sont pas présentes à ces horaires.<br><br>La mission constate que la transmission tracée par tablette numérique entre le personnel infirmier de l'HAD intervenant le jour de l'inspection et les professionnels de l'EHPAD n'est pas opérant. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | En effet l'HAD évoque une tablette numérique comprenant le dossier informatisé du patient déposé par l'HAD dans l'EHPAD afin de faire le lien autour du patient pris en soins. Or cette tablette est demeurée introuvable le jour de l'inspection.<br>La mission constate également que l'absence de cadre infirmier et de professionnel médical au moment de la prise de poste des équipes et à la fin de leur service ne permet pas d'assurer une circulation optimale de l'information.<br><br>**<u>Remarque :</u> les rencontres entre le personnel de jour comme de nuit et les infirmiers étant limitées, cela ne permet pas d'assurer une circulation optimale de l'information et le rappel des bonnes pratiques.**<br>**(Recommandation ANESM - Juin 2008 La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre. 4.1.1 Promouvoir l'échange autour de l'observation de proximité).** |
| 3.2 Respect des droits des personnes accueillies | | | | |
| 3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes | | | | |
| - 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 ? | | | | **Non observé** |
| 3.2.2 Liberté d'aller et venir | | | | |
| - Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ? | | | | **Non observé** |
| - 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) ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| - Y a-t-il des résidents confinés dans leur chambre ? Si oui pourquoi ? | | X | | Un résident positif au Covid en isolement en chambre. L'affichage de la mention d'isolement est visible sur la porte de la chambre. |
| 3.2.3 Alimentation /repas | | | | |
| - Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ? | | | | **l'inspection du 27/04/2022.** |
| 3.3 Soins | | | | |
| 3.3.1 Projet de soins individuel / Partage des informations médicales et paramédicales | | | | |
| - Un projet de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| - La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...) ? | X | | | Le bureau du médecin était fermé à clef. L'armoire contenant les dossiers médicaux était fermée. |
| - Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical sont-elles organisées et formalisées ? | | | | **Non observé** |
| - Le dossier de liaison d'urgence (DLU) ou équivalent est-il en place ? Est-il accessible aux personnels de nuit ? Si oui comment ? | X | | | 2 formats (papier et informatique) coexistent.<br>L'analyse des 2 versions met en évidence des informations différentes alors qu'elles devraient être strictement identiques. La mission constate que la coexistence de plusieurs versions d'un DLU génère des risques pour les résidents.<br><br>**<u>Remarque</u> : en utilisant de multiples supports de transmission d'information, l'établissement augmente le risque d'erreur lié à un défaut de communication ou une erreur dans l'information.** |

| N° | Eléments d'appréciation (PCEM) | oui | non | En partie | ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS |
|---|---|---|---|---|---|
| 3-4 Gestion des médicaments (prise en charge médicamenteuse - PECM) | | | | | |
| Remarque préliminaire :<br>Les éléments présentés ici résultent de constations faites sur place, d'entretiens avec le personnel présent sur des éléments mis en œuvre au jour de l'inspection et des éléments complémentaires apportés par le pharmacien par mails des 12 et 15 mai 2022.<br>Ils ne tiennent pas compte des éléments éventuellement présents avant le départ des infirmières au cours de l'année 2021. Ils ne portent pas sur l'ensemble du circuit du médicament et ne constituent pas un état des lieux exhaustif. En conséquence, considérer que l'absence de remarque dans le présent rapport vaut approbation des pratiques de l'établissement serait infondé. | | | | | |
| 3.4.1 Organisation générale | | | | | |
| 3.4.1.1 | Le médecin coordonnateur a été désigné.<br>Articles D 312-156 à D 312-159-1 du CASF | X | | | Le précédent médecin traitant de l'ensemble des résidents est le médecin coordonnateur de la structure.<br>Date de recrutement : 17/03/2022, CDD 3 mois le temps de recruter un médecin coordonnateur<br>Temps de présence : 2 1/2 J par semaine<br>En l'absence de médecin traitant, assure la prise en charge médicale des résidents.<br><br>En son absence, son implication dans la PECM n'a pas pu être évaluée. Le pharmacien d'officine qui assure la délivrance des médicaments pour l'ensemble des résidents fait état oralement de contacts téléphoniques avec le médecin coordonnateur pour chaque changement de traitement. |
| 3.4.1.2 | L'IDEC ou le cadre de santé a été désigné. | | X | | Pas d'IDEC / pas d'IDE salarié par l'établissement au jour de l'inspection.<br>Arrivée prévue le 7/05 de deux IDE salariées dont une sera nommée référente. |
| 3.4.1.3 | Il existe une convention avec une (ou plusieurs) officine (s)<br>- nombre et nom<br>L5126-10 II CSP | X | | | La desserte pharmaceutique (médicaments hors oxygène) est assurée par la pharmacie [redacted] située à 5 km de l'EHPAD.<br>La convention liant l'EHPAD et l'officine, transmise par fax par l'officine à l'établissement suite à notre demande de consulter le document, est datée du 10/12/2014. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **<u>Remarque :</u> La convention est à mettre à jour, notamment en ce qui concerne les dispositions prises pour la desserte pharmaceutique de l'EHPAD lors de la fermeture pour congés (cf article 5) : en effet, s'il peut être fait appel à la pharmacie de garde pour la délivrance des médicaments nécessaires en urgence, celle-ci ne pourra pas prendre en charge la PDA.**<br>**A noter que lors des congés du pharmacien titulaire, la prestation est assurée par son pharmacien remplaçant en lien avec la préparatrice référente pour l'EHPAD.** |
| 3.4.1.4 | Le libre choix du résident pour la pharmacie est respecté.<br>Article L 5126-10 II 2ème alinéa CSP | X | | | La convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie contient une "Lettre d'information au patient" rappelant sa liberté de choix et le formulaire de "Demande de prestation pharmaceutique du patient" à remplir par le patient ou son représentant légal.<br>NB : A ce jour, tous les résidents bénéficient de la PDA par la pharmacie [redacted] |
| 3.4.1.5 | Le pharmacien référent a été désigné.<br>L5126-10 II CSP ; L5125-1-1 A CSP<br><br>La convention précise notamment la liste des tâches qui lui sont assignées dans ce cadre (participation à la commission de coordination gériatrique, visites régulières dans l'EHPAD, implication dans les EI liés aux médicaments et l'organisation de la PECM au sein de l'EHPAD, ...) ainsi que le temps minimal qu'il s'engage à y consacrer. | | X | | **<u>Ecart</u> : Même si la convention prévoit la sollicitation du pharmacien signataire pour la constitution de la liste préférentielle de prescription ou la liste des médicaments pour besoins urgents (rôle dévolu au pharmacien référent), la convention ne désigne pas formellement de pharmacien référent, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 CSP.** |
| 3.4.1.6 | La commission de coordination gériatrique (CCG) est en place et se réunit au moins une fois par an.<br>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles | | X | | La directrice a déclaré ne pas connaître la commission de coordination gériatrique, commission chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.<br>**<u>Ecart</u> : La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place au sein de l'établissement (Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles).** |
| 3.4.1.7 | Il existe des procédures et modes opératoires en lien avec la prise en charge médicamenteuse.<br>(ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD : Sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) - septembre 2017 : p28 et 29) | | X | | Le "Protocole circuit du médicament" du 18/02/2022, d'une page, décrit en 5 étapes le circuit du médicament de la prescription à la distribution : il ne suffit pas à sécuriser le circuit du médicament.<br>Hormis les documents transmis en réponse à l'injonction et au rapport de l'inspection du 17 mars 2022, aucun autre document en lien avec la prise en charge médicamenteuse n'a été transmis par l'établissement.<br>**Remarque : L'établissement ne dispose pas de procédures ou modes opératoires adaptés, nécessaires à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p28 et 29).** |
| 3.4.2. Modalités et pratiques de prescription et de dispensation | | | | | |
| | nombre de médecins prescripteurs dans l'EHPAD et répartition dans la prise en charge des résidents | | | | 2 médecins (au jour de l'inspection, le médecin coordonnateur est le médecin traitant de l'ensemble des résidents à l'exception d'un résident). |
| 3.4.2.1 | Il existe un système d'information/logiciel d'aide à prescription (LAP) au sein de l'EHPAD : avec saisie directe dans le logiciel et mis à disposition des médecins.<br><br>Logiciel adapté au secteur médico-social : interfaces avec l'extérieur pour connexion à distance en particulier pour les médecins traitants et l'officine | | | X | Le logiciel TITAN a été mis en place en novembre 2021. Il est agréé par la HAS.<br>Il est utilisé par le médecin coordonnateur.<br>En revanche, il n'est pas connecté à la pharmacie d'officine.<br><br>**Remarque : L'absence de connexion à distance pour la pharmacie d'officine ne facilite pas l'analyse pharmaceutique et les échanges formalisés autour du traitement (avis pharmaceutique, conseils, propositions de substitution).** |
| 3.4.2.2 | Il existe encore des prescriptions sous format "papier"<br>Il existe encore des prescriptions retranscrites | X | | | Il a été constaté la présence de prescriptions manuelles et informatiques (qui sont éditées dans le classeur des patients). Il a été déclaré que le médecin pouvait avoir recours aux prescriptions manuelles en cas de non accessibilité au logiciel Titan.<br>La prescription des stupéfiants est effectuée sur une ordonnance sécurisée pour la délivrance par l'officine. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Le logiciel TITAN a été mis en place en novembre 2021 sans possibilité de reprise des données de l'ancien logiciel utilisé.<br>Suite à l'inspection du 17 mars 2022, une IDE vacataire a été missionnée pour rattraper la saisie des traitements, selon les déclarations de la directrice en présence du médecin coordonnateur.<br><br>**<u>Ecart</u> : La saisie dans le logiciel de prescription correspond à une action de prescription et doit donc être effectuée par du personnel médical. Les données renseignées par l'IDE doivent être validées formellement par le prescripteur (validation informatique). Il convient de prévoir les modalités d'intégration dans le logiciel des prescriptions manuelles, lorsqu'elles ne peuvent être évitées (Article R.5132-6 CSP).** |
| 3.4.2.3 | Dispensation informatisée | | X | | La pharmacie n'a pas accès au logiciel Titan. Cf point 3.4.2.1. |
| 3.4.2.4 | Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription.<br>Article D312-158 6° du CASF | | X | | **<u>Ecart</u> : Selon les déclarations recueillies, l'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle utilisée pour la prescription, bien que cela soit prévu dans la convention liant l'officine et l'EHPAD (Article D312-158 6° du CASF).** |
| 3.4.3. Modalités et pratiques de la préparation des médicaments par l'officine | | | | | |
| 3.4.3.1 | La PDA est réalisée par la pharmacie d'officine. | X | | | La préparation des médicaments est effectuée une fois par semaine dans les locaux de l'officine chargée de la délivrance des médicaments, selon les termes de la convention liant l'EHPAD et l'officine (les piluliers utilisés par la pharmacie à la demande de la direction de l'EHPAD lors de la mise en place de la PDA sont des piluliers jetables de la marque [redacted]. |
| 3.4.3.2 | Il existe un double contrôle de la PDA | X | | | Les piluliers sont contrôlés à l'officine par un personnel différent de celui qui a préparé les piluliers.<br><br>Sur la fiche des tâches de l'infirmière, disponible dans le poste de soin du rez-de-chaussée, figure pour le samedi et le dimanche le contrôle des piluliers.<br><br>**<u>Remarque</u> : Il convient de formaliser le contrôle des piluliers** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **réalisés par l'infirmière. La procédure de contrôle devra prévoir l'intégration des changements de piluliers suite à toute modification de traitement.** |
| 3.4.3.3 | Il existe une procédure de gestion des non-conformités de la PDA | | X | | Une comparaison a été réalisée pour un patient entre ses ordonnances en cours au 27/04/22 et le plan d'administration fait par le pharmacien du 30/04/22 au 6/05/22. Cette comparaison a montré une discordance sur le cholécalciférol (rythme d'administration mentionné sur le plan d'administration d'1 ampoule tous les 14 J alors que l'ordonnance mentionne 1 ampoule tous les 3 mois).<br>Renseignement pris auprès du pharmacien, le plan n'a pas été mis à jour suite à la prescription initiale à l'entrée du patient, mais le patient n'a pas reçu plus que sa prescription. Cette erreur n'a pas été signalée par le personnel de l'EHPAD.<br><br>**<u>Remarque</u> : La procédure de gestion des non-conformités de la PDA n'est pas opérante (contact entre pharmacien, infirmière et prescripteur).** |
| 3.4.4. Modalités et pratiques d'administration des médicaments | | | | | |
| 3.4.4.1 | Les personnes responsables de l'administration des traitements médicamenteux sont bien identifiées (IDE, AS, AMP…) :<br>- délégation de tâches formalisées par les IDE pour les AS/AMP qui pratiquent la « distribution » et l'administration de médicaments aux résidents<br>Ces délégations doivent distinguer la qualification des personnes selon le type de médicament et le moment de la journée (matin, midi, soir et nuit).<br>En effet, l'administration de médicaments à risque (faible marge thérapeutique, mode d'administration,....) doit être réservée aux IDE.<br>Avoir liste de médicaments dont la délégation aux AS/AMP n'est pas autorisée | | X | | Suite à inspection du 17 mars et mise en demeure, les AS et AMP ne préparent plus les plateaux de distribution à partir des piluliers préparés par l'officine : ceux-ci sont préparés par les infirmières avec deux jours d'avance.<br><br>**<u>Ecart</u> : Il n'existe pas de délégation de tâche formalisée de l'infirmière aux AS et AMP. Le personnel n'est pas nominativement habilité et le personnel chargé de l'aide à la prise n'a pas d'information sur les traitements médicamenteux mis en pilulier.**<br>**L'absence d'infirmière dans la journée - comme le jour de l'inspection - conduit à l'absence d'encadrement des aides-soignantes (AS) et des aides médico-psychologiques (AMP) notamment pour la supervision de l'aide à la prise des médicaments (articles R.4311-5 4°, 5°, 6° et R.4311-4 CSP).** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Articles : R 4311-5 4°, 5°et 6° du CSP; R 4311-4 du CSP;<br>Article : L 313-26 du CASF | | | | |
| 3.4.4.2 | Chaque médicament est identifiable jusqu'à son administration (date de péremption et numéro du lot conservés). | | X | | Le pilulier est préparé pour une semaine et présente, outre les 28 alvéoles de prise, un cartouche mentionnant les informations suivantes :<br>- Identité du patient et sa date de naissance ;<br>- lé période couverte par le pilulier ;<br>- le nom des médicaments (avec description et photo du médicament) ;<br>- le rythme d'administration ;<br>- le nombre de médicaments contenus dans chaque alvéole ;<br>- l'identification des médicaments prescrits non préparés dans le pilulier.<br>Les médicaments sont inclus nus dans l'alvéole.<br>De plus, a été constaté la présence de doses de médicaments sous forme de gouttes préparées dans des flacons plastiques sans mention de la date de prise et sans identification du médicament préparé.<br><br>**<u>Remarque</u> : Les médicaments ne sont pas identifiables jusqu'à leur administration :**<br>**- en ce qui concerne les médicaments en pilulier, il manque la date de péremption et le numéro de lot, les médicaments étant déconditionnés;**<br>**- en ce qui concerne les gouttes buvables, celles-ci étant préparées à l'avance, le nom des médicaments, la date de péremption et le numéro de lot ne sont pas mentionnés.** |
| 3.4.4.3 | Préparation au sein de l'EHPAD des médicaments ne rentrant pas dans le cadre de la PDA : médicaments à écraser, médicaments « sensibles » | | | X | En ce qui concerne la préparation des médicaments qui ne rentrent pas dans le cadre de la PDA, il existe plusieurs cas de figure :<br>- chaque prise est préparée par l'IDE pour 24h en pot plastique réutilisé et identifié au nom du patient, y compris pour les si-besoin (gouttes buvables, stupéfiants) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | - les comprimés à écraser sont mis en sac plastique au nom du patient par l'IDE à destination de l'AS ;<br>- certains médicaments, prescrits pour plusieurs patients, sont pris dans le chariot de distribution par l'AS au moment de la distribution sans identification préalable par l'IDE (cas des sachets).<br><br>**<u>Remarque</u> : La préparation des gouttes est réalisée dans un délai pouvant aller jusqu'à 24 h avant la prise, ce qui l'expose à la perte des propriétés pharmacologiques. Il est recommandé de procéder à une préparation extemporanée.**<br>**De plus, l'administration des gouttes en si besoin est à réserver au personnel infirmier (Bonnes pratiques de préparation et d'administration des solutions buvables multidoses - OMEDIT Centre-Val de Loire - Juin 2017).**<br><br>**<u>Ecart</u> : Les médicaments, prescrits pour plusieurs patients et qui ne rentrent pas dans le cadre de la PDA (par exemple, les sachets) doivent être stockés dans le bac nominatif du patient et préparé par l'infirmière avant la distribution par l'AS ou l'AMP (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, annexe 2, compétence 4, 2e alinéa).** |
| 3.4.4.4 | Au moment de l'administration la concordance entre la prescription et les doses préparées est vérifiée à partir de supports. | | | | point non évalué en l'absence d'infirmière. |
| 3.4.4.5 | Au moment de l'administration, l'identité des résidents est systématiquement vérifiée et la prise effective est vérifiée. | | X | | **<u>Remarque</u> : Selon les déclarations recueillies, les personnels chargés de l'aide à la prise des médicaments ne disposent pas de consigne quant à la vérification de l'identité des patients lors de la distribution des médicaments.**<br>**De plus, des lacunes relatives à l'identification des patients (identitovigilance) sont relevées dans les pratiques :**<br>**- identification des bacs nominatifs des résidents avec le nom. Le prénom n'est pas systématiquement noté ;**<br>**- identification des gobelets contenant les doses de** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **médicaments en goutte sur le capuchon et non systématiquement sur le corps du gobelet, avec le nom du résident seulement ;**<br>**- absence du nom du patient sur des médicaments conditionnés en doses multiples comme les gouttes ou les stylos à insuline ;.**<br>**Ces pratiques sont sources potentielles d'erreur d'administration.**<br>**(ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p15, 18 ; Bonnes pratiques de préparation et d'administration des solutions buvables multidoses - OMEDIT CVL juin 2017 ; Comment sécuriser le transport et le stockage des insulines ? - OMEDIT CVL décembre 2020).** |
| 3.4.4.6 | L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") :<br><br>Administration informatisée ? | | | **X** | Suite à l'inspection du 17 mars 2022, un document de suivi de la remise des médicaments a été mis en place.<br><br>NB : selon les déclarations recueillies, les administrations réalisées par les infirmières de [redacted] sont enregistrée sur une tablette qui n'a pu être présentée à la mission d'inspection.<br><br>**<u>Remarque</u>: Selon les enregistrements consultés (semaine du 27 avril 2022) la traçabilité de l'administration est incomplète : le remplissage du cahier de suivi n'est pas systématique. Il n'y a pas de consignes de remplissage en cas de refus (parfois une mention REFUS est porté) ou de prise incomplète, il n'est pas prévu de noter l'administration des « si besoin ». (ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p23).**<br><br>Un projet d'enregistrement de l'administration sur TITAN est en cours de mise en place. |
| 3.4.4.7 | Il existe une procédure pour l'administration des médicaments à risque ou particuliers | | **X** | | Pas de procédure cf point 3.4.1.6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | (exemples: anticoagulants, stupéfiants et médicaments à prendre en dehors des repas comme le lévothyrox).+ insuline | | | | |
| 3.4.4.8 | Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.<br>Il existe une procédure d'écrasement, des consignes et contre - indications, une concertation avec le prescripteur et le pharmacien (stabilité et efficacité des produits) | | X | | Selon les déclarations recueillies, lorsqu'un résident a des problèmes pour avaler ses médicaments, l'AS demande au médecin les consignes en cas de besoin de broyage.<br><br>**<u>Remarque</u> : Il n'existe pas de procédure d'écrasement des médicaments, des consignes et contre - indications à l'écrasement ou à l'ouverture des médicaments, de consignes de non mélange (à élaborer en concertation avec le médecin et le pharmacien). (ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p18).** |
| 3.4.4.9 | L'entretien des broyeurs est réalisé entre chaque résident et la propreté du dispositif est contrôlée avant chaque utilisation, ou utilisation de sachets à usage unique. | X | | | Un broyeur a été montré lors de l'inspection. Les médicaments sont broyés dans un sachet à usage unique. Selon les déclarations recueillies, plusieurs spécialités peuvent être broyées ensemble.<br>Cf remarque supra au point 3.4.4.8 |
| 3.4.4.10 | Les IDE concourent à la surveillance clinique des résidents suite aux administrations des médicaments prévus par les prescriptions et protocoles IDE, en informant le médecin et le pharmacien de tout effet susceptible d'être consécutif à un médicament<br>Art. R. 4311-2 CSP | | | | Point non évalué |
| 3.4.4.11 | L'aide-soignant collabore, sous la responsabilité de l'IDE, à la surveillance clinique et la prévention de la iatrogénie en transmettant ses observations par écrit et par oral à l'équipe soignante, pour assurer la continuité des soins des résidents<br>Art. R. 4311-4 CSP et décret N°2021-980 du 23 juillet 2021 | | X | | **<u>Remarque</u> : En l'absence des IDE, comme le jour de l'inspection, les AS et AMP distribuent les médicaments. Selon les déclarations recueillies, le personnel ne dispose pas de consignes concernant la surveillance des résidents après la prise des médicaments (ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p24)** |
| 3.4.5 Modalités et pratiques de réception, rangement et | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| stockage au sein de l'EHPAD | | | | | |
| 3.4.5.1 | Il existe des locaux dédiés au stockage des médicaments des résidents et ceux-ci sont sécurisés :<br>préciser les modalités de stockage des traitements (rangements dans les armoires, piluliers, autres, noms sur les boîtes...) et la sécurisation des locaux<br>Article R 4312- 39 du CSP (accès sécurisé);<br>R 5126-108 et R 5126-109 pour ESMS sans PUI (médicaments urgents détenus dans armoire fermée) | | | X | Le poste de soin est constitué d'une salle avec paillasse et point d'eau où est stocké le chariot de distribution. Son accès est sécurisé par un digicode.<br>De cette salle, on accède à une deuxième salle, aveugle, sécurisée par un autre digicode, affectée au stockage des médicaments :<br>- médicaments en pilulier ;<br>- plateaux de distribution préparés par les infirmières pour les 2 jours suivants (1 plateau par prise (matin, midi et soir)) ;<br>- médicaments qui ne peuvent être mis en PDA (selon la forme, les "si besoin") dans les bacs nominatifs des résidents ;<br>- médicaments soumis à la chaîne du froid dans une armoire réfrigérée ;<br>- médicaments nominatifs hors bacs ;<br>- médicaments non nominatifs mais dont la destination n'est pas précisée<br>- médicaments pour besoin urgents sur une étagère ;<br>- médicaments stupéfiants dans un coffre sécurisé par un digicode différent des deux premiers.<br><br>**<u>Ecart</u> : Des médicaments non mis sous dose nominative (insuline, gouttes, sachets, ...) sont stockés dans le poste de soin et sont donc accessibles au personnel non infirmier. De même, l'accès à la pièce de stockage des médicaments n'est pas réservé aux médecins et infirmiers, car les AS et les AMP ont besoin d'accéder au stockage des plateaux de distribution et des doses nominatives de gouttes en l'absence d'infirmière (Article R 4312- 39, R.5126-108 et R.5126-109 du CSP).**<br><br>**Ecart : La destination des médicaments stockés en dehors des piluliers, des bacs nominatifs et de l'étagère identifiée comme dotation pour besoin urgent n'est pas explicite, ce qui représente un risque en terme de qualité (suivi de la** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **péremption) et de sécurité (utilisation non adaptée). Il est rappelé que l'EHPAD ne peut détenir des médicaments autres que ceux attribués nominativement aux résidents pour leur traitement en cours et ceux détenus dans l'établissement au titre du stock de médicaments pour soins urgents (article R.5126-108 CSP).**<br><br>**Remarque : Il a été constaté la présence dans le bac nominatif d'un résident :**<br>**- d'une spécialité non délivrée par la pharmacie, selon les déclarations du pharmacien (spécialité non au marché de l'officine) ;**<br>**- d'une spécialité non mentionnée sur les ordonnances en vigueur (Seresta 10mg) ;**<br>**- de spécialités alors que celles-ci sont fournies par la pharmacie dans le pilulier,**<br>**ce qui est de nature à faire émerger des erreurs (produits périmés, erreur de médicament, traçabilité de l'approvisionnement, ...). (ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p15).** |
| 3.4.5.2 | Etat des chariots de distribution : sécurisés, piluliers des résidents facilement reconnaissables (photos, nom des résidents, n° de chambre,..) ? | | | X | Un chariot de distribution est positionné dans le poste de soin du rez-de-chaussée (le poste de soin du 1er étage n'est utilisé que pour stocker le chariot d'urgence).<br>Sur sa partie supérieure est posé le plateau avec les doses nominatives des résidents correspondant à la prise à distribuer.<br>En partie inférieure, outre le matériel nécessaire aux soins, se trouvent les médicaments hors piluliers ou en si besoin, identifiés ou non de manière nominative.<br>Le chariot peut être fermé par un rideau fermant à clé. |
| 3.4.5.3 | Les médicaments multi doses ouverts sont nominatifs, comportent la date d'ouverture, la durée d'utilisation.<br>Un document liste les médicaments et leur durée d'utilisation après leur ouverture. | | X | | **<u>Remarque</u> : La présence dans la salle de soin de stylos d'insuline en cours d'utilisation sans date d'ouverture et sans mention de date de fin d'utilisation ne permet pas de s'assurer des conditions d'utilisation de ces médicaments en conformité avec leur autorisation de mise sur le marché (ex : LANTUS, à conserver 4 semaines au maximum à température** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **ambiante après ouverture) (Comment sécuriser le transport et le stockage des insulines ? - OMEDIT CVL décembre 2020).**<br><br>**<u>Remarque</u> : La présence de pipettes doseuses relatives aux spécialités en goutte à préparer pour les résidents, lavées mais non remises avec leur flacon, et la présence d'un pot regroupant de nombreuses pipettes doseuses peuvent être source d'erreur et ne sont pas conformes aux recommandations régionale. (Bonnes pratiques de préparation et d'administration des solutions buvables multidoses - OMEDIT CVL juin 2017).** |
| 3.4.5.4 | Les substances ou préparations classées comme stupéfiants sont détenues séparément dans des armoires dédiées et sécurisées :<br><br>Article R5132-80 du CSP | X | | | Les médicaments stupéfiants sont stockés dans un coffre verrouillé par un digicode et situé dans un local sécurisé cf point 3.4.5.1.<br>Mise en place de registre de délivrance nominative des stupéfiants pour les 3 résidents concernés. |
| 3.4.5.5 | Les modalités de détention des médicaments thermosensibles sont définies et conformes à l'AMM (postes de soin):<br><br>à préciser : Par thermomètre, quel est son positionnement dans le réfrigérateur ? Ou par sonde, où se trouve l'enregistrement ?<br>Les seuils de température sont-ils connus (2-8°). En cas d'écart, quelle procédure et quelles mesures de suivi et correctrices sont mises en place ?<br>Enregistrement journalier des températures , avec la date et le nom de la personne chargée du contrôle<br>Les modalités d'entretien et de dégivrage sont définies. Eviter les réfrigérateurs ménager de type "table top" avec compartiment freezer en | | | X | Les médicaments thermosensibles sont stockés principalement dans une enceinte professionnelle [redacted], située dans le local de soin du rez-de-chaussée, réservée au stockage des médicaments.<br>La température affichée par l'indicateur de mesure inclus sur l'enceinte est conforme (+5,5°C).<br>Il n'y a, le jour de l'inspection, pas de suivi des températures de l'armoire réfrigérée, suivi précédemment effectuée par les infirmières salariées avant leur départ en 2021.<br>Un tableau de suivi des températures et d'entretien de l'enceinte est affiché au mur mais date de juillet 2021.<br><br>**<u>Remarque</u> : La température de l'enceinte de stockage des médicaments thermosensibles ne fait pas l'objet d'un suivi et d'un enregistrement quotidien, ce qui ne permet pas de garantir les conditions de stockage de ces médicaments en conformité avec leur autorisation de mise sur le marché** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | raison de leur instabilité et de leur tendance à congeler.<br>Le réfrigérateur est exclusivement dédié aux médicaments.<br>Articles R 4312-38; R 4312-37 du CSP | | | | **(ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p16).** |
| 3.4.5.6 | Les modalités de livraison et de réception des médicaments au sein de l'EHPAD sont définies et décrites :<br>à préciser, procédure établie, conteneurs clos et sécurisés de transport, paquets scellés opaques individuels, procédure livraison des stupéfiants et condition de transport des produits thermosensibles, vérification de la concordance de la livraison avec les prescriptions<br><br>Une personne habilitée par l'EHPAD est désignée à la réception, rangement et stockage des médicaments.<br>Les livraisons de médicaments sont vérifiées par du personnel habilité (IDE) et un accusé de réception est réalisé.<br><br>R 5126-112 du CSP<br>R 5125-50 à R 5125-52 du CSP<br>L 5125-25 du CSP (si livraison par des personnes extérieures à l'officine)<br>R4312-39 (IDE prend des précautions pour éviter l'accès aux médicaments et produits) | | | X | Suite à l'inspection du 17 mars 2022 et dans le cadre de la mise en demeure du 18 mars 2022, un document intitulé "protocole du circuit du médicament" a été mis en place. Il prévoit le contrôle à réception "des prescriptions" par l'IDE et/ou l'AS "avec la pharmacienne". Or la préparatrice en pharmacie affecté à la gestion de l'EHPAD peut également effectuer les livraisons.<br>Un "registre de réception traitements pharmacie" a été mis en place.<br><br>**<u>Remarque</u> : Le « protocole circuit du médicament » mis en place ne définit pas les modalités de livraison, les consignes de réception par du personnel habilité en tenant compte des cas particuliers (médicaments thermosensibles, stupéfiants) et les consignes de vérification de la livraison en lien avec les prescriptions, ce qui est insuffisant pour sécuriser le processus de réception (ARS Rhône-Alpes : Guide "Le circuit du médicament en EHPAD" - septembre 2017 : p15).** |
| 3.4.6 Dotation pour besoins urgents | | | | | |
| 3.4.6.1 | La dotation pour soins urgents est formalisée avec identification de la personne qui gère cette dotation<br><br>L 5126-10 CSP | | X | | Suite à l'inspection du 17 mars 2022, un inventaire de la dotation pour besoin urgent a été réalisé. Toutefois, cet inventaire ne se réfère pas à la liste de dotation en vigueur, document qui par ailleurs n'a pas été fourni. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | R 5126-108 et R 5126-109 du CSP | | | | NB : un document intitulé "traçabilité Dotation" est affiché dans le local médicament : il fait référence à la liste de dotation 2021 et est renseigné jusqu'en juin 2021.<br><br>Le "protocole de suivi et contrôle interne de la dotation" ne prévoit pas de justifier de l'utilisation de la dotation.<br>Le document d'inventaire daté du 22/03/22 ne mentionne pas la liste de référence (qui doit être qualitative et quantitative). La désignation des produits ne mentionne pas le dosage et la forme pharmaceutique du médicament concerné.<br><br>**<u>Ecart</u> : Il n'existe pas de liste en cours établie pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.5126-108 CSP.**<br>**Il ressort des constats précédents que la gestion de cette dotation ne permet pas d'assurer la détention et l'utilisation sécurisée de cette dotation.** |
| 3.4.6.2 | Il existe une procédure concernant l'approvisionnement de médicaments en urgence notamment en cas de changement de traitement. | | | X | La convention entre l'officine et l'EHPAD prévoit les dispositions d'approvisionnement en cas d'urgence (dans les 6 h) et les médicaments relevant de l'urgence.<br><br>En ce qui concerne les changements de traitement, selon la pharmacienne, depuis une semaine, ils sont assurés par sa préparatrice qui vient modifier les piluliers en conséquence directement à l'EHPAD.<br><br>**<u>Ecart</u> : Les changements de traitement assurés par la préparatrice à l'EHPAD en l'absence du pharmacien contreviennent aux dispositions de l'article L.4241-1 CSP qui disposent que le préparateur en pharmacie exerce sous le contrôle effectif du pharmacien.** |
| 3.4.6.3 | Il existe un chariot ou une trousse d'urgence, ainsi qu'une procédure de gestion correspondante : décrivant contenu, | | | X | Suite à l'inspection du 17 mars 2022, le chariot d'urgence a été revu, en terme de composition et de date de péremption selon une liste sélectionnée sur Internet. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | vérification, et traçabilité. - stockage, péremption, scellé. | | | | **Remarque : Le contrôle non exhaustif du chariot d'urgence a montré :**<br>**- que la liste des péremptions mentionne pour le VALIUM 10mg / 2ml : PER au 11/2023 alors que les spécialités stockées sont de 3 lots différents avec 3 dates de péremption différentes 09/2022 ; 11/2023 ; 01/2024 ;**<br>**- la présence dans le chariot d'Exacyl (solution buvable - ne pas injecter) non mentionné sur la liste de composition du chariot et dans le tiroir des médicaments injectables.**<br>**Il n'y a pas adéquation entre la liste et les produits présents dans le chariot d'urgence, ce qui présente un risque lors de son utilisation.** |
| 3.4.6.4 | Les conditions de retour à la pharmacie des médicaments non utilisés sont définies :<br>Article R 4211-23 du CSP (gestion des stocks) | | | **X** | Le document de gestion de la dotation pour besoin urgent et du chariot d'urgence prévoit le retour des médicaments périmés à la pharmacie. En revanche, le personnel ne dispose pas de consignes concernant les médicaments non administrés (notamment lorsque le patient refuse la prise).<br><br>**Ecart : Les conditions de retour à la pharmacie des médicaments non utilisés ne sont pas définies en ce qui concerne les doses ou piluliers non utilisés, les médicaments nominatifs en si besoin ou hors piluliers qui ne font plus partie du traitement, ce qui présente un risque d'utilisation de médicaments en dehors de la prescription en cours et un risque en matière d'élimination des déchets (article L.4211-2 CSP).** |
| **Appréciation de la fonction Prise en charge en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance** | | S A M I X | | | insuffisant |
| **IV- RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR** | | | | | |

| 4.1 Coordinations avec les autres acteurs | OUI | NON | EN PARTIE | ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS |
|---|---|---|---|---|
| - La structure a-t-elle conclu des conventions avec des établissements de santé de son environnement ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| - Les soins palliatifs, la douleur, la fin de vie font-ils l'objet d'une organisation spécifique en interne ? | | | | **Ce point ayant déjà fait l'objet d'une mesure définitive dans le cadre de l'inspection du 17/03/2022, n'a pas été revu dans l'inspection du 27/04/2022.** |
| **Appréciation de la fonction Relations avec l'extérieur en niveau SAMI au regard de la maîtrise du risque de maltraitance** | S A M I | | | **sans objet (SO)dans cette inspection** |

## V- SYNTHESE

3.1. Synthèse des appréciations des champs de contrôles en niveau SAMI effectuées par la mission.

Le tableau ci-dessous reprend les appréciations portées par la mission en niveau SAMI sur les différents champs de contrôle

| Points de contrôle | S | A | M | I |
|---|---|---|---|---|
| - Gouvernance | | | | X |
| - Fonctions support | | | | X |
| - Prise en charge | | | | X |
| - Relations avec l'extérieur | | | | SO |

Il appelle les commentaires, ci-après :

➢ **Gouvernance**

Ce champ de contrôle compte 3 écarts et 3 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant pour les motifs suivants :

- Non-respect de l'injonction 0314 de la lettre de mesures provisoires puis définitives selon laquelle les autorités enjoignent l'établissement de cesser les admissions à compter du 17/03/2022.
- Non adéquation de l'emplacement de la chambre d'hébergement temporaire à la conformité délivrée par les autorités.
- Absence de formalisation de la chaîne hiérarchique de l'établissement.
- Absence de documents formalisés ou complets relatifs à la délégation de compétence de la directrice.
- Absence de documents complets et actualisés formalisant la continuité de la direction en son absence.
- Absence de formation spécifique relative à la thématique de la maltraitance

➢ **Fonctions support**

Ce champ de contrôle compte 5 écarts et 1 remarque. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant pour les motifs suivants :

- Absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel, engendrant un risque de maltraitance institutionnelle.
- Insuffisance de professionnels infirmier sur les plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement et de sécurité ne permettant pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés aux résidents.
- Réalisation de tâches spécifiques et relevant de spécialité professionnelles par des professionnels n'ayant pas la qualité, qualification ou délégation pour le faire.
- Poursuite d'admission de résidents alors que les autorités ont enjoint le gestionnaire de cesser les admissions jusqu'à remédiation des dysfonctionnements constatés.
- Absence de dispositif continu de verrouillage des portes dans les unités sécurisées et absence d'éclairage opérant.
- Utilisation du local de stockage des DASRI non conforme à la réglementation.

➢ **Prise en charge**

Ce champ de contrôle compte 10 écarts et 18 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant pour les motifs suivants :

- Insuffisance de rencontres entre le personnel de jour comme de nuit et les infirmiers, ne permettant pas d'assurer une circulation optimale de l'information et le rappel des bonnes pratiques.
- Utilisation de multiples supports de transmission de l'information, augmentant le risque d'erreur lié à un défaut de communication ou une erreur dans l'information.
- Convention avec l'officine ne désignant pas le pharmacien référent.
- Absence de commission de coordination gériatrique au sein de l'établissement.
- Absence de procédures ou modes opératoires adaptés nécessaires à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.
- Possibilité de saisie de prescription dans le logiciel Titan par du personnel non médical, en l'absence de procédure de validation par le prescripteur.
- Absence de liste préférentielle pour la prescription.
- Absence de formalisation du contrôle des piluliers par l'infirmière (incluant les changements de piluliers suite à toute modification de traitement).
- Non opérabilité de la procédure de gestion des non-conformités de la PDA (contact entre pharmacien, infirmière et prescripteur).

- Absence de délégation de tâche formalisée de l'infirmière aux AS et AMP, absence d'information du personnel chargé de l'aide à la prise sur les traitements médicamenteux mis en pilulier, absence récurente d'infirmière dans la journée induisant une absence d'encadrement des AS et AMP (supervision de l'aide à la prise de médicaments).
- Médicaments non identifiables jusqu'à leur administration (manque de date de péremption, de numéro de lot, médicaments sous blister déconditionnés), gouttes préparées à l'avance dans un délai pouvant aller jusqu'à 24 h avant la prise et ne comportant ni le nom du médicament, ni la date de péremption, ni numéro de lot.
- Stockage, pour les médicaments ne rentrant pas dans le cadre de la PDA, en dehors du bac nominatif du patient.
- Absence de consignes pour les personnels chargés de l'aide à la prise des médicaments concernant la vérification de l'identité des patients lors de la distribution des médicaments et lacunes concernant l'identitovigilance (bacs nominatifs sans le prénom du résident, identification du nom du résident sur le capuchon et non sur le corps du gobelet, absence de nom du résident sur les médicaments conditionnés en doses multiples).
- Traçabilité de l'administration incomplète, remplissage du cahier de suivi non systématique, absence de consignes de remplissage en cas de refus ou de prise incomplète.
- Absence de procédure d'écrasement des médicaments, de consignes et de contre-indications à l'écrasement ou à l'ouverture des médicaments, de consignes de non mélange.
- Absence de consignes concernant la surveillance des résidents après la prise des médicaments.
- Accès aux médicaments non mis sous dose nominative au personnel non infirmier (insuline, gouttes, sachets dans le poste de soin / accès à la pièce de stockage des médicaments non réservé aux médecins et infirmières).
- Stockage des médicaments non rationnel pouvant conduire à des risques d'erreur (contenu du bac nominatif non cohérent avec le traitement en cours et les spécialités fournies dans les piluliers, médicaments stockés en dehors des bacs nominatifs et de l'étagère identifiée comme besoin urgent).
- Présence de stylos d'insuline en cours d'utilisation sans date d'ouverture et sans mention de date de fin d'utilisation, ne permettant pas de s'assurer des conditions d'utilisation en conformité avec leur autorisation de mise sur le marché.
- Présence de pipettes doseuses, relatives aux spécialités en goutte à préparer pour les résidents, lavées mais non remises avec le flacon. Présence d'un pot regroupant de nombreuses pipettes doseuses pouvant être à l'origine d'erreur de dosage.
- Absence de suivi et d'enregistrement quotidien de la température du réfrigérateur affecté au stockage des spécialités pharmaceutiques.
- Insuffisance du protocole du circuit du médicament, ne définissant pas les modalités de livraison, les consignes de réception par du personnel habilité (tenant compte des cas particuliers) et les consignes de vérification de la livraison en lien avec les prescriptions.
- Absence de liste en cours pour la dotation pour soins urgents,protocole de suivi et de contrôle interne de la dotation ne prévoyant pas de justifier de l'utilisation de la dotation, document d'inventaire ne mentionnant pas la liste de référence (quantitative et qualitative).
- Modifications des piluliers par le préparateur en pharmacie à l'EHPAD, en l'absence du pharmacien.

- Concernant le chariot d'urgence, incohérence entre la liste des péremptions et les spécialités stockées, présence d'une solution buvable (non injectable) non mentionnée sur la liste de composition du chariot et présent dans le tiroir des médicaments injectables.
- Absence de définition des conditions de retour à la pharmacie des médicaments non utilisés concernant les doses ou piluliers non utilisés, les médicaments nominatifs en si besoin ou hors piluliers ne faisant plus partie des traitements.

➢ **Relations avec l'extérieur**

Ce champ n'a pas fait l'objet d'un contrôle lors de l'inspection du 27 avril 2022.

L'analyse combinée de ces quatre champs de contrôle faite par la mission la conduit à estimer que le niveau d'exposition aux risques de maltraitance que présente l'établissement est :

| | | |
|---|---|---|
| o | Faible | |
| o | Moyen | |
| o | Elevé | |
| o | Critique | **X** |

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret votre Département

## Conclusion

La mission s'est déroulée normalement ; la directrice et les professionnels se sont montrés coopérants. Il n'y a pas eu d'obstruction à la mission.

Selon les constats que nous avons effectués lors de cette seconde inspection, l'établissement a mis en place quelques actions d'amélioration (qualification des personnels, recrutement en cours de personnel infirmier). Cependant ces actions sont insuffisantes, notamment dans un contexte de fragilité de la gouvernance.

S'agissant du circuit du médicament, l'absence de personnel infirmier dans l'établissement n'a pas permis de sécuriser le circuit du médicament au sein de l'établissement. Les démarches d'amélioration entreprises nécessitent le concours de l'ensemble des professionnels concernés.

Les propositions que nous formulerons au commanditaire de notre inspection le seront au regard de nos constats, de nos analyses.

[redacted]
Inspecteur Hors Classe de l'action sanitaire et sociale
ARS Centre Val de Loire

[redacted]
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
ARS Centre Val de Loire

[redacted]
Pharmacienne inspectrice de santé publique
ARS Centre Val de Loire

[redacted]
Chargée de mission ESSMS
Conseil Départemental du Loiret

**Liste des professionnels et des institutionnels de la structure reçus en entretien**

- La directrice
- Autres professionnels de la structure : 1 AS, 1 AMP, 1 ergothérapeute, 1 IDE de [redacted] le pharmacien titulaire de l'officine de proximité qui livre les médicaments à l'EHPAD
- Entretien non formel de 1 famille de résident

**Observations de la structure à la mission**

La directrice a fait état de son ressenti quant à cette journée d'inspection. Elle verbalise l'avoir mieux vécue que celle du 17/03/2022.
La directrice des opérations, contactée par téléphone en fin de journée lors de la synthèse, a fait part de son interrogation sur les motifs ayant présidé à cette inspection. Elle a exprimé son incompréhension et sa perception selon laquelle l'inspection serait conduite « à charge » contre l'EHPAD.

**et**

**Réponses de la mission aux observations de la structure**

La mission a exposé les motifs de cette seconde inspection et a précisé qu'ils figuraient d'ailleurs dans la lettre de mission du 26/04/2022.
Elle a ensuite indiqué que l'inspection n'était pas conduite à charge.

## ANNEXES

### 1- Lettre de mission

Direction Offre Médico-Sociale

Délégation Départementale du Loiret

[redacted]

Le Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire

à

[redacted], Inspecteur Hors [redacted] et sociale [redacted]
Parcours, Prévention, Sanitaire, Méd[redacted]

[redacted] Inspectrice de [redacted] – [redacted]
Personnes âgées

[redacted]

[redacted]

Et
Le Président du Conseil Départemental

à

[redacted] Chargée de mission

Date : 2 5 AVR. 2022

Objet : EHPAD _ Inspection du 27/04/2022 _ Lettre de mission.

- **Contexte conduisant à diligenter une inspection**

Les constats réalisés par la première inspection du 17 mars 2022 ont conduit à l'élaboration et la notification de plusieurs injonctions et recommandations importantes, relatives notamment à l'organisation interne de l'établissement et au circuit du médicament. Les réponses de l'établissement n'étant pas complètes et ne permettant pas de lever les injonctions, il a été décidé de diligenter expressément une nouvelle inspection au sein de l'EHPAD Hostellerie du Château situé à LORCY.

- **Objectifs de la mission d'inspection**

Les objectifs de la mission d'inspection sont les suivants

- Objectif 1 : Dans le cadre du contrôle de la gouvernance des établissements, et au-delà de la conformité aux conditions de l'autorisation, une attention sera portée plus particulièrement sur le circuit du médicament, la qualité des accompagnements et prestations faites au profit des personnes accueillies ;
- Objectif 2 : Dans le cadre du contrôle des fonctions support, une attention sera portée sur la qualification des personnels de l'établissement

- **Fondements juridiques encadrant la mission d'inspection**

La compétence de contrôle des établissement médico-sociaux relevant d'une autorisation conjointe, délivrée par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental, est fondée sur les dispositions de l'article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles.

Les pouvoirs et prérogatives des agents de l'équipe d'inspection, désignés par le Directeur général de l'ARS sont ceux définis par les articles L 1.421-1 à 1.421-3 et L.1435-7 du code de la santé publique. Plus largement, les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L 313-14 à L.313-16 du code de l'Action sociale et des familles.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'un représentant d'établissement faisant obstacle à vos missions telles que définies par les dispositions de l'article L 1421-1 du code de santé publique s'expose à un an d'emprisonnement et 75 000 euros d'amendes conformément aux dispositions de l'article L1427-1 du même code.

- Composition de l'équipe d'inspection

L'équipe d'inspection sera composée des personnels suivants au titre :

- de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire :
  - [redacted] Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale en tant [redacted] d'inspection ;
  - [redacted] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ;
  - [redacted] Pharmacien inspecteur de la santé publique ;
  - [redacted] contractuelle
- au titre du Conseil départemental du Loiret :
  - [redacted] chargée de mission ESSMS au sein de la Direction des [redacted]-Sociale du Pôle citoyenneté et cohésion sociale - Service équipement, inspection et tarification de l'offre Médico-Sociale

- Planning prévisionnel de la mission d'inspection

L'inspection se déroulera sur site de manière inopinée le 27 avril 2022.

Nous vous remercions de bien vouloir nous adresser dans les 8 jours qui suivent la visite sur site votre rapport d'inspection accompagné d'une proposition de toutes mesures administratives dont l'adoption vous paraîtrait nécessaire et sur lesquelles nous engagerions une procédure contradictoire conformément à l'article L. 121-1 du Code des Relations entre le Public et l'Administration (CRPA), à l'exception de mesures à prendre dans l'urgence (article L. 121-2 du CRPA).

2

Dans l'hypothèse d'un constat de défaillances patentes et graves susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des personnes accueillies, nous vous demandons alors de nous proposer sans délai des mesures de nature à y mettre fin.

Vous nous tiendrez informés de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la réalisation de ce contrôle.

- Conflits d'intérêts

L'analyse des Déclarations Publiques d'Intérêt des membres de la mission d'inspection démontre l'absence de conflits d'intérêts dans le cadre de la présente mission.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,

Laurent HABERT

Dr Olivier OBRECHT
directeur général adjoint

Pour le Président du Conseil départemental du Loiret
et par délégation,

Jacky GUERINEAU
*Directeur Général Adjoint*
*Responsable du Pôle citoyenneté et cohésion sociale*

ARS Centre-Val de Loire – Direction Départementale du Loiret
Cité Grégory – 181 rue du Faubourg Bannier – CP 74409
45044 Orléans Cedex 1
Standard : 02 38 77 33 33 / Fax : 02 38 54 42 03

Département du Loiret
45042 Orléans
Tél : 02 38 25 45 45 – www.loiret.fr

## 2- Lettre de mesures définitives

Délégation départementale du Loiret

Lettre remise en main propre à Madame CHBHI

Date : 25/04/2022

Le Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire

Le Président du Conseil Départemental du Loiret

à

[redacted]
Directrice EHPAD Hostellerie du Château
Groupe BRIDGE Résidences Holding
6 rue du Château
45400 LORCY

**Objet** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) « Hostellerie du Château » LORCY - inspection du 17/03/2022 –, notification décisions administratives définitives

Madame la Directrice,

Le 17 mars 2022, l'EHPAD « Hostellerie du Château » situé à LORCY appartenant au groupe Bridge Résidences Holding (PARIS 16) a été inspecté par nos services.

A l'issue de la visite et sur la base des constats réalisés sur site vous avez été destinataire d'une lettre d'injonctions en date du 18 mars 2022 et d'une lettre de mesures provisoires en date du 05 avril 2022.

Dans vos courriers du 23 mars 2022, reçu le 26 mars et du 13 avril 2022 vous nous avez transmis vos observations et les pièces justificatives s'y rapportant.

Après analyse de ces éléments documentaires, nous confirmons l'ensemble des mesures envisagées dont vous trouverez la liste dans les tableaux joints (cf. annexe 1 et 2) leur conférant ainsi la nature de décisions administratives.

Dans l'hypothèse d'un constat de défaillances patentes et graves susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des personnes accueillies, nous vous demandons alors de nous proposer sans délai des mesures de nature à y mettre fin.

Vous nous tiendrez informés de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la réalisation de ce contrôle.

- Conflits d'intérêts

L'analyse des Déclarations Publiques d'intérêt des membres de la mission d'inspection démontre l'absence de conflits d'intérêts dans le cadre de la présente mission.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,

Laurent HABERT

Dr Olivier OBRECHT
directeur général adjoint

Pour le Président du Conseil départemental du Loiret
et par délégation,

Jacky GUERINEAU
*Directeur Général Adjoint*
*Responsable du Pôle citoyenneté et cohésion sociale*

ANNEXE 1

MESURES ADMINISTRATIVES ENVISAGÉES PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
ET LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU LOIRET
RÉTABLISSEMENT DES GARANTIES NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Nature des mesures correctives envisagées hors cas de l'urgence :

« prescription » : se rapporte à un risque avéré, latent, lié à un écart constaté ; écart = non-conformité à une référence juridique fixant une obligation de faire ou de ne pas faire

« injonction » : se rapporte à un risque patent, critique lié à un écart constaté ; doit être prévue au préalable par une mesure « lourde », fixée par la loi (exécution ordonnée, astreintes & sanctions financières, administration provisoire, suspension/cessation, action sur les autorisations,...) : exemple : art. L. 313-14 à -18 CASF.

| EHPAD Hostellerie du Château - LORCY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | LIBELLE | NATURE: RECOMMANDATIONS | NATURE: PRESCRIPTIONS | NATURE: INJONCTIONS | JUSTIFICATIONS FORMELLES : LOIS & REGLEMENTS DIRECTIVES Recommandations professionnelles externes | ECHEANCES |
| O1 | GOUVERNANCE | | | | | |
| O11 | • Justifier de l'adéquation des personnes accueillies en unité sécurisée avec la réglementation | | + | | Recommandations ANESM 2009). L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social | 3 mois |
| O12 | • Justifier de la mise en œuvre de réunion pluridisciplinaire favorisant l'analyse des situations d'accompagnement et le suivi des plans d'action définis dans ces mêmes réunions | | + | | Recommandation ANESM/HAS<br>- La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre / Juin 2008<br>- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance / Décembre 2008 | 2 mois |
| O13 | • Disposer d'un organigramme avec les déclinaisons hiérarchiques et fonctionnelles à l'échelle de l'EHPAD et le diffuser | + | | | | 1 mois |
| O14 | • Justifier d'une délégation de compétences et d'un diplôme attestant de la qualification du directeur. | | + | | article D312-176-6 Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) | 15 jours |
| O15 | • Justifier d'une organisation relative aux modalités de la suppléance de la direction<br>• Justifier d'une information faite à l'ensemble des équipes du soin et de l'accompagnement sur les modalités de suppléance de la direction | + | | | | 1 mois |
| O16 | • Réunir le CVS au moins trois par an<br>• Justifier de la programmation annuelle des 3 CVS | | + | | Article D311-16 Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) | 2 mois |
| O17 | • Mettre en place un dispositif régulier d'analyse des pratiques professionnelles et l'évaluer | | + | | Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance / Décembre 2008 | 2 mois |



| EHPAD Hostellerie du Château - LORCY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | LIBELLE | NATURE: RECOMMANDATIONS | NATURE: PRESCRIPTIONS | NATURE: INJONCTIONS | JUSTIFICATIONS FORMELLES : LOIS & REGLEMENTS DIRECTIVES Recommandations professionnelles externes | ECHEANCES |
| O18 | • Justifier d'une formation des professionnels au repérage des fragilités et des situations de maltraitance | + | | | Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance / Décembre 2008 | 3 mois |
| O19 | • Conduire les travaux nécessaires à l'expression d'un nouveau projet d'établissement :<br>- Engager une réflexion sur l'adéquation entre l'offre de l'EHPAD et les besoins du territoire afin de répondre efficacement à ces derniers<br>- Définir clairement la politique de l'EHPAD sur la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance<br>- Intégrant le projet d'animation et sa dimension tant individuelle que collective<br>- Intégrant les projets des unités protégées | | | + | Article L311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) | 4 mois |
| O111 | • Justifier de l'actualisation du règlement de fonctionnement conformément à la réglementation en intégrant les modalités concrètes d'exercice du droit à l'individualisation des prestations et la possibilité pour l'établissement de restreindre les visites en cas d'épidémie | | | + | Article L311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) | 1 mois |
| O112 | • Justifier d'une procédure interne de déclaration et de traitements des EI ainsi que celle relative aux déclarations sans délai des EIG aux autorités administratives<br>• Justifier d'une information à l'ensemble des équipes | | | + | Article L 331-8-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) | 1 mois<br>1 mois |
| O113 | • Vérifier systématiquement la validité ou l'existence de passe vaccinal lors de l'accès à l'établissement de personnes âgées de plus de 16 ans | | | + | mesures nationales de protection dans les établissements et services ainsi que les dispositions décret n°2021-1059 du 7/08/2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1/06/2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les dispositions de la LOI n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique | Sans délai |
| O2 | FONCTIONS SUPPORT | | | | | |
| O21 | • valider et diffuser les fiches de poste des professionnels | | + | | Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la traitement de la maltraitance / Décembre 2008 | 2 mois |
| O22 | • Justifier de la qualification de tous les personnels y compris vacataires présents dans l'effectif du mois de mars 2022 | | | | Article L312-1 du CASF | Sans délai |
| O23 | • Justifier d'un plan d'action permettant le remplacement | + | | | Recommandations ANESM Qualité | 15 jours |

EHPAD Hostellerie du Château - LORCY

| N° | LIBELLE | NATURE | | | JUSTIFICATIONS FORMELLES : LOIS & REGLEMENTS DIRECTIVES Recommandations professionnelles externes | ECHEANCES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | du cadre bienveillant | | | | du vie au Rapid (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident» septembre 2013). | |
| 034 | • Justifier d'un plan de formation<br>• Intégrant le respect du déploiement de la formation Humanitude inscrite de la professionnels conformément au CPOM en cours. | | | | Recommandation ANESM relative aux missions et responsabilité d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II - Décembre 2008).<br>CPOM 2013-2022 | 2 mois |
| 035 | • Justifier d'un plan de rénovation du lit dans les salons situés au rez-de-chaussée côté château. | | | | article L311-3 du code de l'action sociale et des familles | 2 mois |
| 038 | • Justifier de la qualification requise du directeur pour assurer sa fonction | | | | article D312-176-8 Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) | 15 jours |
| 03 | ACCOMPAGNEMENT | | | | | |
| 031 | • Rédiger un Projet Individuel d'accompagnement pour chaque résident<br>• Mettre en place un tableau de suivi des projets d'accompagnement personnalisés<br>- y intégrer l'échéance de leur actualisation et les éventuelles actualisations intermédiaires à prévoir<br>- les référents<br>- préciser si le résident et/ou son représentant légal y a été associé | | | | article L311-3 du code de l'action sociale et des familles<br>Recommandations de bonnes pratiques de la HAS Loi n° 2002 – 2 2 Janvier 2002<br>HAS – publication 2013 – Outils d'amélioration des pratiques professionnelles / Le projet personnalisé, une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD) | 3 mois |
| 032 | • Justifier de la sécurisation d'un programme d'animation individuelle et collective auprès des résidents de l'EHPAD et particulièrement dans les unités sécurisées | | | | Article 311-3 alinéa 3 du CASF | 2 mois |
| 033 | • Justifier de la mise en œuvre de transmissions entre les personnels de nuit, les personnels de jour et les différents vacataires Infirmier y compris HAD | | | | Recommandation ANESM - Juin 2008 La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre. A. 1.1 Promouvoir l'échange autour de l'observation de proximité | 1 mois |
| 034 | • Mettre en service un autologue de nature à respecter la confidentialité des données individuelles des résidents concernant les dossiers médicaux et les PAP (en vendon papier)<br>• Justifier de la sécurisation de tous accès | | | | article L311-3 du CASF<br>article L1110-4 du Code de santé publique | Sans délai |
| 035 | • Justifier du rappel des consignes relatives au respect | | | | article L313-3-1° du CASF | 15 jours |



EHPAD Hostellerie du Château - LORCY

| N° | LIBELLE | NATURE | | | JUSTIFICATIONS FORMELLES : LOIS & REGLEMENTS DIRECTIVES Recommandations professionnelles externes | ECHEANCES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | systématique de l'intimité et de la dignité des personnes accueillies auprès de l'ensemble des professionnels | | | | | |
| 036 | • Mettre en place une procédure globale d'évaluation des risques en lien à l'accompagnement du sujet âgé (chute, escarres, suicide ...)<br>• tracer les évaluations et réévaluations produites | | | | | 3 mois |
| 037 | • Rédiger, valider et diffuser les protocoles de soins en associant les personnels concernés | | | | Recommandation ANESM « accueil temporaire des personnes en situation de handicap-référentiel de pratiques professionnels » | 2 mois |
| 039 | • Rédiger, valider et diffuser un protocole de conduite à tenir en cas d'urgence et l'afficher de manière visible pour les équipes. | | | | les bonnes pratiques en soins EHPAD société française de gériatrie et gérontologie-Octobre 2007) | 15 jours |
| 0310 | • Justifier de la mise en place des projets de soins sur le logiciel TITAN pour chaque résident<br>• Justifier d'une mise en couvre opérante des tablettes connectées au logiciel TITAN permettant conjointement la lecture des plans de soins et la validation des actes afin d'améliorer les transmissions | | | | | 2 mois |
| 0311 | • Tracer l'analyse bénéfice risque des contentions physiques prescrites<br>- tracer les éléments de surveillance et de réévaluations | | | | Recommandations conférence de consensus ANAES/FNF de novembre 2004 (liberté d'aller et venir dans les ESSMS et obligation de soins et de sécurité | 2 mois |
| 0312 | • Redéfinir les horaires des repas afin de respecter une période de jeûne inférieur à 12 heures. | | | | Les bonnes pratiques du soin en EHPAD 2007 Société Française de Gériatrie et de Gérontologie<br>annexe 2-3-1 du CASF relative aux prestations minimales. | 4 mois<br>1 mois |
| 0313 | • Transmettre la copie du registre des décès des résidents depuis le 1/01/2021 au 17/03/2022 | | | | | 15 jours |
| 0314 | • Cesser les admissions de résidents à compter du 17/03/2022 jusqu'à remédiation des dysfonctionnements constatés par la lettre d'injonctions de 18/03/2022 | | | | article L311-3-1° du CASF (code de l'action sociale et des familles) | Sans délai |
| 04 | COOPERATIONS | | | | | |
| 041 | • Mobiliser les expertises professionnelles extérieures en lien avec les partenaires locaux existants<br>- Justifier de la formalisation du partenariat notamment avec l'équipe de soins palliatifs, HAD, établissement de santé, dispositif IDE de nuit de secteur.<br>- Justifier de la communication de ces partenariats auprès des professionnels | | | | | 2 mois |

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
*Liberté Égalité Fraternité*

ARS Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret votre Département

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ARS Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret

Délégation départementale du Loiret

Lettre R.A.R. n° 2C 168 606 6475
Envoyé par mail avec AR

Date : 07/03/2022

Le Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire

Le Président du Conseil Départemental du Loiret

à

[redacted]
Directrice EHPAD Hostellerie du Château
Groupe BRIDGE Résidences Holding
6 rue du Château
45490 LORCY

Objet : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) « Hostellerie du Château » LORCY - Inspection du 17/03/2022 – INJONCTIONS.

Madame la Directrice,

Le 17 mars 2022, l'EHPAD « Hostellerie du Château » situé à LORCY appartenant au groupe Bridge Résidences Holding (PARIS 16) a été inspecté par nos services.

A l'issue de la visite et sur la base des constats réalisés sur site, la mission d'inspection vous a demandé de mettre en place de façon immédiate des actions correctives afin de remédier aux défaillances précises et graves susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des résidents.
Les défaillances notamment constatées par la mission sont :

- Non-distribution de certains médicaments (3 patients diabétiques pour lesquels les tests glycémiques Dextro ne sont pas faits ; l'insuline n'est pas donnée tous les jours ; 1 résidente ayant un traitement lourd non distribué),
- Absence de vérification de la prise effective des médicaments auprès des résidents,
- Absence de gestion des stupéfiants,





- Absence de suivi des médicaments contenus le chariot d'urgence (présence de périmés),
- Dossiers de liaison d'urgence non opérationnels (mention erronée notamment du médecin référent)
- Glissement de tâches du personnel notamment dans :
  - la vérification du bon de livraison des médicaments par la pharmacie et la distribution du médicament sans formalisation d'un protocole spécifique par les aides-soignants ;
  - la participation des aides-soignants à la préparation des plateaux de distribution des médicaments pour la journée en l'absence d'infirmier dans l'établissement ;
  - réalisation ponctuelle de pansements par les aides-soignants
  - absence de traçabilité de la prise médicamenteuse du résident,
- Absence de temps de présence d'infirmier dans l'établissement certains jours et d'encadrement de l'équipe soignante
- Cartons DASRI, linge sale et sacs « poubelle » stockés dans les escaliers ;
- Dysfonctionnement du système d'appels malades (le personnel n'est pas systématiquement intervenu lors du déclenchement du dispositif ; plusieurs téléphones de relais du système d'appel dysfonctionnent) ;

Au vu de ces constats et sur le fondement des dispositions de l'article L313-14 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles, nous vous enjoignons de faire cesser ces dysfonctionnements dans un délai maximal de 7 jours calendaires à compter de la présente.

Dans cet objectif, il convient donc de :

- S'assurer de l'effectivité de la distribution des médicaments et du respect des normes applicables à cette activité.
  - A cet effet il convient de transmettre sous pli confidentiel au médecin de l'ARS, la copie du carnet de suivi de la distribution insuline de chacun des résidents concernés.
- S'assurer d'une gestion du médicament conforme à la réglementation.
  - Il convient de mettre en place une réelle gestion et traçabilité des médicaments notamment des stupéfiants dans un environnement sécurisé. Il s'agit également de mettre en place une gestion active des périmés notamment dans le chariot d'urgence. Il est nécessaire de mettre en place un protocole adapté permettant la distribution des médicaments par les aides-soignants.
- S'assurer que les personnels effectuent les tâches relevant de leur qualification, conformément à la réglementation.
- S'assurer de la mise en place d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) conforme à la réglementation.
  - A cet effet il convient de veiller à la mise à jour actualisée des données et à l'accessibilité du dossier.
- S'assurer d'une présence infirmière quotidienne et l'effectivité du recrutement de personnel infirmier sur les 7 jours glissants
  - Il convient de transmettre les contrats de travail, factures des infirmiers libéraux, contrats de mise à disposition et les plannings d'intervention.

S'assurer d'une présence minimale d'aides-soignants en fonction du nombre de résidents et leurs besoins notamment le soir et week-end.

- Il convient de transmettre le planning du personnel soignant sur 7 jours glissants à compter du 18/03/2022.

S'assurer du stockage adapté du linge sale, des poubelles et des DASRI selon la réglementation en vigueur,

- Il s'agit de transmettre les instructions écrites données aux personnels et protocoles correspondants.

Justifier d'un plan d'actions correctives permettant de disposer d'un dispositif d'appel malade réellement opérant.

A l'issue de ce délai, nous envisageons, s'il n'a pas été remédié aux dysfonctionnements et satisfait aux injonctions susvisées, de prendre des mesures supplémentaires de nature à faire cesser les manquements et les défaillances constatées sur le fondement des articles L 313-14 à L313-20 du code de l'action sociale et des familles.

Nous vous prions d'agréer, Madame la directrice, l'assurance de notre considération distinguée.

| | |
|---|---|
| Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, | Pour le Président du Conseil départemental du Loiret et par délégation, |
| Laurent HABERT<br>Directeur Général | Jacky GUERINEAU<br>Directeur Général Adjoint<br>Responsable du Pôle citoyenneté et cohésion sociale |

**NB : Copie adressée par mail avec AR à Mme [illegible] Directrice des Opérations et Monsieur [illegible] Directeur Général du groupe [illegible] Résidences Holding (PARIS 16)**



ANNEXE 2

INJONCTIONS PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
ET LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET NOTIFIEES PAR COURRIER DU 18 MARS 2022

| EHPAD Hostellerie du Château - LORCY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | LIBELLE | NATURE | | | JUSTIFICATIONS FORMELLES : LOIS & REGLEMENTS DIRECTIVES Recommandations professionnelles externes | ECHEANCES |
| | | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | |
| 00 | FONCTIONS SUPPORT | | | | | |
| 022 | • S'assurer et justifier de la présence effective de présence infirmière quotidienne<br>• S'assurer et justifier d'une présence minimale d'aides-soignants en fonction du nombre de résidents et leurs besoins notamment le soir et le week-end.<br>• S'assurer que les personnels affectent les tâches relevant de leur qualification conformément à la réglementation | | | x | article L313-14 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles | 7 jours (à compter du 18/03/2022) cf lettre d'injonctions du 18/03/2022 en annexe. |
| 022 | • Justifier de la mise en place d'un dispositif d'alerte « malade » réellement opérant dans l'établissement<br>• S'assurer et justifier du stockage adapté du linge sale, des poubelles et des DASRI selon la réglementation en vigueur<br>o Intégrant les instructions écrites données aux personnels et protocoles correspondants. | | | x | article L313-14 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles | 7 jours (à compter du 18/03/2022) cf lettre d'injonctions du 18/03/2022 en annexe. |
| 03 | ACCOMPAGNEMENT | | | | | |
| 001 | • <u>Circuit du médicament</u> : sécuriser le circuit du médicament<br>- s'assurer et justifier de l'effectivité de la distribution des médicaments et du respect des normes applicables à cette activité auprès des résidents.<br>-s'assurer et justifier d'une gestion du médicament conforme à la réglementation<br>o Intégrant la mise en place d'une réelle gestion et traçabilité des médicaments notamment des stupéfiants dans un environnement sécurisé.<br>o Intégrant la mise en place d'une gestion active des périmés notamment dans le chariot d'urgence.<br>o Intégrant la mise en place d'un protocole adapté permettant la distribution des médicaments par les aides-soignants.<br>o Intégrant une procédure de sécurisation de la réception des médicaments | | | x | article L313-14 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles | 7 jours (à compter du 18/03/2022) cf lettre d'injonctions du 18/03/2022 en annexe.<br>7 jours (à compter du 18/03/2022) cf lettre d'injonctions du 18/03/2022 en annexe. |
| 002 | • S'assurer et justifier de la mise en place d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) conforme à la réglementation. | | | | article L313-14 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles | 7 jours (à compter du 18/03/2022) cf |

ARS Centre-Val de Loire
Cité Coligny – 131 rue du Faubourg Bannier – BP 74409 – 45034 Orléans Cedex 1
Standard : 02 38 77 32 32 / Fax : 02 38 54 4960

**CONSEIL DEPARTEMENTAL**
**DU LOIRET**

**AGENCE REGIONALE DE SANTE**
**CENTRE – VAL DE LOIRE**

ARRÊTÉ
portant suspension partielle et temporaire de l'activité de l'EPHAD
« L'Hostellerie du Château », sis à LORCY (Loiret) jusqu'au 28 février 2023.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
Le Président du Conseil Départemental du Loiret

**VU** le Code de l'action sociale et des familles, titre I du livre III relatif aux établissements et services soumis à autorisation ;

**VU** l'article L311-1 du Code de l'action sociale et des familles définissant les missions de l'action sociale et médico-sociale ;

VU le I de l'article L313-16 du Code de l'action sociale et des familles qui dispose que « Lorsque la santé, la sécurité, ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou accompagnées sont menacés ou compromis, et s'il n'y a pas été remédié dans le délai fixé par l'injonction prévue à l'article L. 313-14 ou pendant la durée de l'administration provisoire, l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation peut décider la suspension ou la cessation de tout ou partie des activités de l'établissement »;

**VU** le décret du 27 mars 2019 nommant Monsieur Laurent HABERT, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre Val-de-Loire, à compter du 17 avril 2019 ;

**VU** la délibération du 1er juillet 2021 portant élection de Monsieur Marc GAUDET en qualité de Président du Conseil départemental du Loiret ;

**VU** l'arrêté signé conjointement par le Président du Conseil Départemental du Loiret et le Préfet du Loiret en date du 06 avril 1987 portant autorisation de création d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dénommé « L'Hostellerie du Château », situé à LORCY et géré par Madame Dominique HOSSZU ;

**VU** la correspondance du 07 avril 2021 par laquelle Madame COROT, directrice, a porté à connaissance de l'Agence Régionale de Santé le changement de la forme juridique et de transfert de réprésentant légal au profit du groupe Bridge Résidences Holding ;

**CONSIDÉRANT** les démarches d'inspection menées conjointement par les services de l'ARS CVL et du Conseil Départemental, notamment lors des visites inopinées sur site les 17 mars et 27 avril 2022, la première en lien avec des éléments d'actualité mettant en cause le fonctionnement de certains EHPAD, la seconde en raison de l'absence partielle ou totale de mise en œuvre des mesures notifiées à l'issue de la première ;

**CONSIDÉRANT** les constats établis dans le cadre de ces démarches d'inspection, faisant état de dysfonctionnements et de défaillances graves observés en matière de sécurité et de qualité des prises en charge, en particulier l'insuffisance de professionnels infirmiers pour assurer la continuité de prise en charge des résidents dans des conditions de nature à garantir la sécurité des personnes ; la réalisation de tâches spécifiques par du personnel non qualifié et/ou n'ayant pas la qualité, la qualification et la délégation pour le faire ; l'absence de délégation de tâche formalisée aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ; l'absence de suivi médical ; le caractère incomplet des dossiers « patient » ; la persistance d'une surveillance insuffisante et inadaptée au niveau de risque concernant trois patients diabétiques ; une prise en charge médicamenteuse non sécurisée avec un risque important d'erreurs à de nombreuses étapes du circuit du médicament comme pour le chariot d'urgence ; un stockage des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) non conforme à la réglementation ; une fragilité persistante de l'organisation administrative, notamment en matière de suppléance des fonctions de direction ; l'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel, avec un risque de maltraitance institutionnelle ; l'absence de formalisation et de formation spécifique relative à la thématique de la maltraitance ;

**CONSIDÉRANT** que l'ensemble des pièces transmises jusqu'au 30 août 2022 par le gestionnaire montre une volonté de l'établissement de poser la base d'une organisation plus structurée, renforcée par le recrutement récent de plusieurs infirmiers ;

**CONSIDÉRANT** toutefois que les documents transmis comportent des informations partielles, redondantes, incohérentes et parfois erronées, rendant difficiles la compréhension de l'organisation et des consignes définies par l'établissement ;

**CONSIDÉRANT** néanmoins que l'évolution significative dans l'élaboration par l'établissement de procédures et protocoles permettant de garantir la bonne organisation de l'établissement, la continuité de son fonctionnement et la qualité des pratiques professionnelles est récente et qu'une période complémentaire de déploiement de cette organisation d'une durée de six mois est nécessaire ;

**CONSIDÉRANT** enfin que l'effort récent de recrutement de nouveaux infirmiers, non assorti de la mise en œuvre effective des procédures et protocoles conformément à la réglementation en vigueur et aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, est insuffisant pour permettre dès à présent à l'établissement l'admission de résidents à pleine capacité ;

Sur proposition de la mission d'inspection conjointe ;

**ARRÊTENT**

ARTICLE 1 : L'activité d'accueil de personnes âgées dépendantes au sein de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dénommé « L'Hostellerie du Château », 6 rue du Château, à LORCY, est suspendue partiellement et à titre temporaire pour 21 places : 3 places d'hébergement temporaire et 18 places d'hébergement permanent.
L'établissement conserve le fonctionnement des 47 autres places d'hébergement permanent.

ARTICLE 2 **:** Cette suspension partielle et temporaire est établie jusqu'au 28 février 2023.

ARTICLE 3 **:** Pendant cette période de suspension, aucune admission nouvelle ne pourra être réalisée au-delà de 47 places d'hébergement permanent.

ARTICLE 4 **:** Il reviendra à l'établissement d'en informer les personnels, les résidents et leur famille.

ARTICLE 5 **:** Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication au Recueil des Actes Administratifs :

- d'un recours gracieux auprès du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, Cité Coligny – 131, rue du faubourg Bannier – BP 74409 – 45044 Orléans cedex 1, ou du Président du Conseil Départemental du Loiret, 15 rue Eugène Vignat 45000 Orléans
- et/ou d'un recours contentieux selon toutes voies de procédure devant le tribunal administratif compétent, à savoir le Tribunal administratif d'Orléans, 28 rue de la Bretonnerie – 45057 Orléans cedex par voie postale ou via l'application informatique Télérecours accessible par le site internet www.telerecours.fr

ARTICLE 6 : Le Directeur Général adjoint de l'Agence Régionale de santé Centre Val de Loire et le Directeur Général adjoint des services du Conseil Départemental du Loiret sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'établissement et publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la région Centre-Val de Loire et au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture du Loiret.

Fait à Orléans, le 07 septembre 2022

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé - Centre-Val de Loire
Signé : Laurent HABERT

Le Président du Conseil Départemental du Loiret
Signé : Marc GAUDET