Rapport

Inspection de l'EHPAD Les Hirondelles	
6 rue Curie	
45680 DORDIVES	
Numéro FINESS de l'établissement :	45 001 527 6
NOM et Prénom du directeur de la structure :	Monsieur [redacted] Directeur du CHAM ; Mme [redacted] D [redacted], Directrice déléguée
Membres de la mission d'inspection :	Madame [redacted], IASS Docteur [redacted], PHISP Madame [redacted], Personne qualifiée interne Madame [redacted], Personne qualifiée interne Docteur [redacted], Personne qualifiée externe
	Madame [redacted] et Monsieur [redacted], agents habilités du conseil départemental du Loiret
Date de la visite d'inspection :	14 mars 2024
Statut :	public
Organisme gestionnaire :	Établissement public autonome avec convention de direction commune avec le CHAM et mandat de gestion par le [redacted] SOS Seniors jusqu'au 30/06/2024
Capacité :	82 places dont :
	80 places d'hébergement permanent
	2 places d'hébergement temporaire
Existence d'un PASA :	Oui (12 places)
Date d'autorisation (15 ans max : Art.L313-1 CASF)	Renouvellement le 07/09/2018, arrêté N°2018 DOMS PA45 0043

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L311-1 et 2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, 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, conformément à l'article L311 -2 du code des relations entre le public et l'administration :

➔Ce rapport sera communicable aux tiers après la procédure contradictoire applicable à la décision envisagée du commanditaire ;
➔Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
➔L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
➔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.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L311-5, 2°/f du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « *ne sont pas communicables (…), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (…) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

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

L'article L311-6 du code des relations entre le public et l'administration dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, 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;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire quil désigne à cet effet, conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L311-7 du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L311-5 et L311- 6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

SOMMAIRE

SYNTHÈSE
INTRODUCTION
A. Contexte de la mission d'inspection
B. Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection
I- GOUVERNANCE
A. Conformité aux conditions d'autorisation
B. Management et stratégie de l'établissement
C. Pilotage de la structure
D. Gestion de la qualité
II- FONCTIONS SUPPORT
A. Ressources humaines
B. Aménagement de l'établissement
III- PRISE EN CHARGE
A. Organisation de la prise en charge
B. Individualisation des prestations
C. Soins
D. Relations de l'établissement avec l'extérieur
E. Respect des droits des personnes
CONCLUSION
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES
ANNEXES

SYNTHÈSE

Éléments déclencheurs de la mission d'inspection

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret ont été destinataires, ces derniers mois, de divers signaux de dysfonctionnement concernant l'ÉHPAD les Hirondelles situé à DORDIVES (Loiret), émanant tant de la direction déléguée du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM), que du Président du conseil d'administration, ou encore des personnels de l'établissement ou des familles des résidents.
Par ailleurs, un « contrôle flash » en date du 29 septembre 2023 sur la gestion de cet établissement médico-social conduit par la Chambre Régionale des Comptes (CRC) Centre-Val de Loire a accentué l'inquiétude des autorités d'autorisation et de tarification quant à sa situation.
Enfin, compte tenu de la fin du mandat de gestion au 30 juin 2024 par l'association SOS Seniors, il convient de s'interroger sur les conditions de la poursuite de l'activité de l'établissement.

Face à ce contexte préoccupant et afin de constater la réalité d'éventuels dysfonctionnements et donc de risque pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, il a été décidé de diligenter une inspection.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Les domaines d'investigation de cette mission d'inspection portent plus particulièrement sur la gouvernance de l'établissement, les fonctions supports et la qualité de la prise en charge des résidents.
Il s'agit d'une mission d'inspection non programmée et inopinée.
L'équipe d'inspection est constituée d'un inspecteur, d'un pharmacien inspecteur de santé publique; de deux agents du Conseil départemental du Loiret, de deux personnes qualifiées internes "ARS" et d'une personne qualifiée externe médecin.
Elle n'a pas rencontré de problème particulier.

L'équipe d'inspection a relevé 25 écarts et 10 remarques concernant la gouvernance de l'établissement, 13 écarts et 8 remarques concernant les fonctions support et 58 écarts et 30 remarques concernant la prise en charge des résidents dont 25 écarts et 12 remarques concernant la prise en charge médicamenteuse.

Synthèse des écarts relevés par la mission d'inspection

I. Gouvernance
Absence de projet d'établissement en cours de validité
Pour le PASA : Absence de projet de service,absence d'effectifs réglementaires, absence d'évaluation pour la prise en charge des résidents, absence de locaux réglementaires
Absence de présentation du projet d'établissement aux instances représentatives du personnel et du conseil de la vie sociale
Absence d'affichage du projet d'établissement dans les locaux

Absence de règlement de fonctionnement complet, de présentation du règlement de fonctionnement aux instances représentatives du personnel et du conseil de la vie sociale, de validité du règlement de fonctionnement
Absence de diffusion du projet d'établissement auprès des résidents et des personnels
Absence d'organigramme conforme à la réalité
Absence de composition du conseil de la vie sociale conforme aux attendus réglementaires
Absence de rédaction du relevé de conclusions de chaque séance du conseil de vie sociale et de signature de chaque compte-rendu
Absence de conduite régulière d'enquêtes de satisfaction
Absence de plan bleu complet et spécifique à la structure
Absence de révision *a minima* annuelle du plan bleu
Absence de volet prévention et lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement
Absence d'information des personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte
Absence d'une thématique de formation spécifique à la bientraitance et à la maltraitance
Absence de procédure de déclaration des évènements indésirables graves aux autorités administratives
Absence d'information des autorités concernant les EIG identifiés au sein de l'établissement
Absence de réponse aux appels malades par l'équipe soignante
Insuffisance dans l'organisation mise en place dans l'établissement pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de maltraitance et les évènements indésirables graves
Absence de déclaration sans délai des évènements indésirables graves associés aux soins

II. Fonctions support
Présence d'un déséquilibre financier significatif et prolongé dont les conséquences sont susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents
Absence de garantie de remédiation aux dysfonctionnements dans la gestion financière
présence quotidienne de personnels qualifiés non assurée
Absence de personnel en cuisine pour le repas d'un soir du mois d'avril
Absence de la copie du diplôme de chaque agent qualifié
Absence de présence infirmière sur des plages horaires étendues, en particulier le soir au moment des repas
Présence d'un nombre d'ASH affectés aux soins supérieur aux AS
Absence d'un médecin coordonnateur titulaire d'un diplôme lui permettant d'assurer ces fonctions
Présence de nombreux glissements de tâches
Absence d'ergothérapeute ou de psychomotricien dédié en partie au PASA
Absence de temps de psychologue dédié au PASA
Absence de formation du personnel intervenant au PASA pour la prise en charge des maladies neuro-dégénératives
Absence d'un système d'appel malade global opérant et d'une procédure formalisée et appropriée par les professionnels
Insuffisance de sécurisation des locaux et notamment des espaces à risque
Insuffisance d'élimination du risque incendie dans les espaces de vie/offices alimentaires, présence de mur en décrépitude, présence de rallonges électriques en surnombre

III. Prise en charge
Absence d'un livret d'accueil à jour et conforme aux attendus réglementaires pour les résidents
Absence de médecin coordonnateur pouvant donner un avis sur les admissions
tous les affichages réglementaires ne sont pas réalisés
Absence de date de signature des contrats de séjour; absence de précisions concernant le coût prévisionnel des prestations offertes et des les modalités de restitution de la caution ainsi que des modalités de révisions dans les contrats de séjour
Absence de précisions concernant le coût prévisionnel des prestations offertes dans les contrats de séjour
Absence d'une annexe à caractère indicatif sur les tarifs généraux et les conditions de facturation de chaque prestation dans les contrats de séjour et absence d'identification de l'occupation d'une chambre simple ou double dans les contrats (case non cochée)
Absence de mise en place d'une commission de coordination gériatrique
Absence de mise en place d'une organisation précise et formalisée des soins réalisés par les AS et les ASH faisant fonction d'AS
Absence, pour chaque résident, d'un projet d'accompagnement personnalisé (incluant un volet soins)
Absence de mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé pour les résidents accueillis en hébergement temporaire
Absence d'un projet d'animation élaboré en lien avec les besoins des résidents (animations élaborées par un ergothérapeute ou psychomotricien, sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur)
Absence d'un projet d'animations spécifique au PASA
Absence d'organisation d'animations en lien avec les besoins des résidents
Absence de mise à jour des protocoles d'hygiène, absence de mise en place de formations sur l'hygiène à destination des ASH faisant fonction d'AS, absence de traçabilité de l'entretien des dilueurs de désinfectant
Absence d'un projet général de soins
Défaut de confidentialité concernant le stockage des dossiers individualisés et des dossiers médicaux
Absence de formalisation de la collaboration IDE vers AS dans le cadre d'un protocole
Complétude par les IDE de la partie médicale réservée au médecin dans le DSI
Absence de mise en place d'un projet de soins personnalisé tracé dont les résultats individuels sont évalués, suivis et ajustés régulièrement en équipe, et coordonnés par un médecin
Absence de recherche de la cause étiologique de la dénutrition chronique
Absence de développement d'une culture de l'évaluation globale de la prise en charge médicale des résidents comprenant une analyse, des objectifs formalisés, un suivi, une évaluation et une coordination tracée avec un médecin
Absence de convention formalisée en cours de validité avec une officine
Absence d'une convention déterminant les conditions d'intervention de l'association de bénévoles
Absence de garantie de la possibilité de recourir à une personne qualifiée pour les résidents
Absence de document formalisant la limitation d'aller et venir des résidents et notamment les conditions et raisons de cette limitation
Absence de protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention des résidents
prise en charge médicamenteuse qui comporte de nombreux dysfonctionnements

Synthèse des remarques relevées par la mission d'inspection

I. Gouvernance

Absence de diffusion du projet d'établissement auprès des résidents et des personnels
Absence d'intégration d'un volet spécifique à la prise en charge médicamenteuse au sein du projet d'établissement
Absence de connaissance de la localisation de l'organigramme dans la structure
Absence de précisions des liens fonctionnels sur l'organigramme
Absence de temps spécifiques d'analyse des pratiques professionnelles
Absence de connaissance de la procédure de signalement par les professionnels
Absence de réflexion sur la notion des évènements indésirables au sein de l'établissement
Absence de dispositif de recueil, de traitement et de suivi des réclamations formalisé et opérationnel

II. Fonctions support
Absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel, notamment par des fiches de poste
Absence de livret d'accueil à jour à destination des professionnels
Absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels
Absence de schéma de rénovation et de locaux de stockage pour les équipements
Absence de suivi précis des plans de formation

III. Prise en charge
Absence de temps de rencontre entre les personnels et de réunions de l'ensemble des professionnels dans le cadre de réunions pluridisciplinaires
Absence de temps de transmission formalisé entre les équipes de jour et de nuit
Absence de planification des tâches individualisée
Absence de désignation d'un professionnel référent pour chaque projet d'accompagnement personnalisé
Absence de réévaluation régulière des projets d'accompagnement personnalisé
Absence de validation des projets d'accompagnement personnalisé en équipe pluridisciplinaire, notamment avec un psychologue et un médecin coordonnateur
Absence d'animatrice, de psychologue au sein des effectifs
Utilisation de la balnéothérapie et du dispositif de type Snoezelen non favorisée, en lien avec les besoins des résidents, et absence de formation des agents à leur utilisation
Absence d'une procédure d'urgence à jour
Absence d'actualisation des protocoles de soins *a minima* tous les 5 ans
Absence de mise en place du matériel adapté pour assurer une suppléance de télé coordination médicale
Manque de rigueur dans les procédures de remplissage des fiches et des cahiers de surveillance
Absence de mise en place d'un bilan cognitif, en pré admission et en post admission
Absence de quantification de l'intensité de la douleur et d'un suivi des résultats dans le dossier patient informatisé
Absence de prescription systématique pour la mise sous contention des résidents
Absence de réévaluation régulière des contentions
Dépassement de la durée recommandée du jeûne nocturne (12 heures maximum)
prise en charge médicamenteuse appelant des remarques diverses

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

Cette inspection, issue de !'Orientation Nationale d'Inspection-Contrôle (ONIC) « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (ÉHPAD) en deux ans » (2022 - 2024), est inscrite au Programme Régional Inspection-Contrôle (PRIC) 2024 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire.

Dans ce contexte et en écho à divers signaux particulièrement préoccupants concernant cet établissement, l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret ont procédé à l'inspection de l'ÉHPAD « Les Hirondelles » situé à Dordives (Loiret).

B/ Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection

Par lettre de mission (cf. annexe 1), la Directrice Générale de l'ARS Centre-Val de Loire et le Président du Conseil Départemental du Loiret ont commandité cette inspection.

Cette mission d'inspection est organisée sur les fondements des dispositions de l'article L313-13 du CASF. En outre, il s'agit pour l'équipe d'inspection de vérifier :

- L'organisation de la gouvernance en lien avec le contrôle susvisé de la Chambre Régionale des Comptes et la perspective de fin du mandat de gestion du [redacted] ;
- Les fonctions support, notamment la qualification des personnels de l'établissement, les conditions d'installation et l'état des équipements au regard de la prise en charge des résidents ;
- La qualité des prises en charge, notamment sous les angles de la prise en charge médicale (cf. missions spécifiques de la personne qualifiée externe), du circuit du médicament et de la maîtrise du risque infectieux.

Les pouvoirs et prérogatives des agents de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L 1421-1 à 1421-3 et L 1435-7 du code de la santé publique (CSP). Plus largement, les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L 313-13 à L 313-16 du CASF et L 133-2 du CASF.

La visite d'inspection a été menée de manière inopinée. Elle s'est déroulée sur site le 14 mars 2024 de 8h20 à 20h20.

L'équipe d'inspection a procédé à :

- un contrôle des locaux,
- des contrôles documentaires,
- des entretiens : un ASG, un AS, un ASH bionettoyage, une cadre de santé, une IDEC, une IDE, une directrice, une directrice d'appui, une AS.

C/ Remarque préliminaire

Les éléments présentés dans le rapport résultent de constations faites sur place, d'entretiens avec le personnel présent sur des éléments mis en œuvre au jour de l'inspection, de l'analyse de documents transmis le 14 mars et des éléments complémentaires apportés par l'établissement par courriel du 19 et 20 mars 2024.

Ils ne portent pas sur l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse et de la prise en charge médicale. En conséquence, considérer que l'absence de remarque dans le présent rapport vaut approbation des pratiques de l'établissement serait infondé.

I. Gouvernance

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
			A. Conformité aux conditions d'autorisation		
Statut juridique de la structure	information des autorités sur les changements importants	Conforme	La mission d'inspection n'a pas constaté de défaut d'information sur ce sujet. Un mandat de gestion est en cours par le groupe [redacted] qui intervient en appui de la direction déléguée du CHAM.	Article L313-1 du CASF Article L313-22 du CASF	
Types d'accueils proposés	Respect de l'autorisation (types d'accueil et nombre de places)	Conforme	L'établissement dispose de 70 chambres individuelles et 6 chambres doubles.	Arrêté d'autorisation	
	Nombre de personnes prises en charge le jour de l'inspection conforme à l'autorisation	Conforme	Le jour de la visite, 75 résidents étaient présents dans l'EHPAD; dont 1 en hébergement temporaire dans l'aile 2.	Arrêté d'autorisation	
Population accueillie	Conformité de la population à l'autorisation (âge, profils)	Conforme		Arrêté d'autorisation	
	Existence d'un registre des entrées et sorties	Conforme	L'établissement dispose d'un registre qu'il édite depuis le logiciel TITAN	Article L331-2 du CASF Article D312-59-7 2° du CASF (missions du directeur) Article L322-8 5° du CASF	
			B. Management et stratégie de l'établissement		
Projet d'établissement	Existence et contenu	Non conforme	Le projet d'établissement n'a pas été revu depuis 2018; date de son échéance. Toutefois, l[redacted] a indique que sa reecriture est en cours de reflexion avec le groupe [redacted] avec la volonté d'associer les professionnels. La mission d'inspection a constaté l'affichage d'une note d'information, signée par le groupe [redacted], en date du 27 novembre 2023 concernant les dates de réunion destinées à l'élaboration du futur projet d'établissement. Il était prévu 3 réunions en décembre 2023 ; l'ensemble des professionnels était invité à y participer en fonction des sujets abordés (temps de réunion considéré comme temps de travail). Cependant, les professionnels reçus en entretien ne savent pas s'il est prévu de refaire un projet d'établissement. Ces professionnels ne sont donc pas au courant des réunions de travail.	Article L311-8 du CASF Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service - Recommandations ANESM - Mai 2010	Écart : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF. Remarque : En ne faisant pas participer les équipes et les usagers au travail de refonte du PE, l'établissement ne permet pas la diffusion large des objectifs visés et valeurs promues au sein de l'établissement
	En cours de validité	Non conforme	voir explication supra	Article L311-8 du CASF	Écart : En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
	Projets de service spécifiques (PASA, AT, UHR)	Non conforme	Il ressort de l'analyse documentaire que l'établissement ne dispose pas d'un projet spécifique au PASA. Par ailleurs, il ressort de l'entretien avec un profesionnel que la prise en charge effectuée au PASA ne correspond pas à celle attendue sur un plan réglementaire. Les personnes prises en charge ne présentent pas toutes de troubles relatifs à la maladie d'Alzheimer ou apparentés. Aucun programme d'activité n'est élaboré par un ergothérapeute ou psychomotricien sous la responsabilité du médecin coordinateur. Ces personnels ne faisant pas partie de l'effectif de l'établissement. La prise en charge thérapeutique n'est pas formalisée.	Article D312-155-0-1 du CASF (PASA) Recommandation ANESM 2009 "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social" (unité sécurisée) Article D312-9 du CASF (accueil temporaire)	Écart : En ne disposant pas d'un projet de service propre au PASA, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.
	Fonctionnement et prise en charge PASA	Non conforme	Par ailleurs, les locaux ne sont pas conformes au cahier des charges dans la mesure où les locaux ne disposent pas d'une entrée de nature à assurer la gestion des sorties vers l'extérieur du PASA; que les toilettes ne sont pas accessibles et le lieu ne dispose pas de douche PMR. Ce lieu n'est pas équipé d'un dispositif d'appel malade. Enfin, le PASA dispose d'une terrasse en prolongement, mais celle-ci comprend des cendriers "sauvages" et des mégots jonchent le sol à certains endroits.	Article D312-155-0-1 du CASF (PASA); cahier des chargesPASA_et_UHR-2.pdf (solidarites-sante.gouv.fr) p6-7-8	Écart : En ne comportant pas les effectifs réglementaires; en ne disposant pas d'une évaluation permettant d'assurer au résident qu'il relève d'une prise en charge au PASA; en ne disposant pas de locaux conformes à la réglementation, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF ni celles relatives au cahier des charges relatif aux PASA et UHR.
	Consultation du CVS	Non conforme	Il n'a pas été transmis le procès-verbal du conseil de vie sociale validant le projet d'établissement. Le projet d'établissement ne comporte pas de mention d'une validation par le CVS et les instances (CSE, CA).	Article L311-8 du CASF	Écart : En n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel (et/ou du conseil de la vie sociale), le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
	Connu des résidents et du personnel	Non conforme	Certains professionnels connaissent l'existence d'un projet d'établissement et que celui-ci n'est pas à jour. D'autres professionnels ne savent pas s'il existe un projet d'établissement. Le projet d'établissement n'est donc pas connu par l'ensemble du personnel.	Recommandations ANESM "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009	Remarque : En ne diffusant pas le projet d'établissement, ce dernier n'est pas connu des résidents, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM.
	Affichage dans les locaux	Non conforme	La mission d'inspection n'a pas constaté l'affichage du projet d'établissement dans les locaux.	Article D311-38-4 du CASF	Écart : En n'affichant pas le projet d'établissement dans les locaux, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-38-4 du CASF.
	Politique de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse intégrée au projet d'établissement	Non conforme	Absence de projet d'établissement La mission d'inspection note la présence au sein du projet d'établissement d'un paragraphe relatif au circuit du médicament non inclus dans la partie relative au projet de soins. Néanmoins, le projet d'établissement n'inclut pas une partie spécifique à la prise en charge médicamenteuse. De plus, ce document est obsolète.	Fiche repère "Prise en charge médicamenteuse en EHPAD" ANESM - juin 2017	Remarque : En n'intégrant pas dans le projet d'établissement un volet spécifique à la prise en charge médicamenteuse, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM.
Règlement de fonctionnement	Existence	Non conforme	En lieu et place d'un règlement de fonctionnement à destination des personnels et des résidents, il a été remis un document enregistré sous le nom "Règlement de fonctionnement 2016 EMPLOYERS". Il a été envoyé à la mission d'inspection en date du 20 mars 2024 un document nommé "Mise à jour novembre 2019-Règlement de fonctionnement".	Article L311-7 du CASF Article R311-35 à R311-37 du CASF (contenu)	Écart : En ne disposant pas de règlement de fonctionnement complet, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R311-35 à R311-37 du CASF.
	En cours de validité	Non conforme	Ces documents sont un ensemble de droits, de devoirs et d'obligations à destination uniquement des personnels. Ils comportent des paragraphes relatifs aux droits aux congés, aux autorisations d'absence, au temps de travail, à l'obligation de présence des personnels, ... Ces documents fournis par l'établissement à deux reprises sont considérés par l'établissement comme faisant fonction de règlement de fonctionnement. La mission d'inspection constate donc l'absence de règlement de fonctionnement complet à destination des résidents, comportant les éléments attendus dans le cadre de la réglementation. Les documents ont été mis à jour le 29 janvier 2016 et le 26 novembre 2019. Il n'est pas fait mention d'une consultation du CVS.	Article R311-33 du CASF	Écart : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R 311-33 du CASF.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Règlement de fonctionnement (suite)	Consultation du CVS	Non conforme		Article L311-7 du CASF Article R311-33 du CASF	Écart : En n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel (et/ou du conseil de la vie sociale), le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
	Affichage dans les locaux	Non conforme	La mission d'inspection n'a pas constaté l'affichage du règlement de fonctionnement dans les locaux.	Article R311-34 du CASF	Écart : En ne disposant pas des affichages réglementaires au sein de l'établissement, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.
	Remis à chaque résident et salarié	En partie	Il ressort des entretiens menés par l'équipe d'inspection que les professionnels n'ont pas tous connaissance de l'existence ou non dans l'établissement d'un règlement de fonctionnement valide. Lors de l'analyse de dossiers administratifs de résidents, la mission d'inspection a constaté la présence d'une liste récapitulative de documents constituant le dossier du résident sur laquelle figure le règlement de fonctionnement. Il y est indiqué que ce document doit être signé par le résident. Cependant, ce document n'étant pas présent dans le dossier administratif du résident, la mission d'inspection n'a pas pu vérifier le formalisme du règlement de fonctionnement remis au résident.	Article R311-34 du CASF	Écart: En ne remettant pas le règlement de fonctionnement à chaque personnel, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.
C. Pilotage de la structure					
Organigramme	Existence	En partie	Cf. infra	Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF	Ecart : l'absence d'organigramme (conforme à la réalité) ne permet pas aux professionnels d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement.
	A jour et nominatif	En partie	L'organigramme, non daté, est à jour des professionnels présents dans les effectifs. Toutefois, il ressort des entretiens que la localisation précise de l'affichage de l'organigramme dans l'établissement n'est pas connue des professionnels.	Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF	Remarque : la localisation de l'organigramme n'étant pas connue, l'établissement ne permet pas aux nouveaux professionnels et vacataires de se repérer dans le positionnement de chaque agent
	Faisant apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels	En partie	L'organigramme comporte des liens hiérarchiques. Toutefois, il ne fait pas apparaître les liens fonctionnels entre les professionnels.		Remarque : En ne précisant pas les liens fonctionnels sur l'organigramme, l'établissement peut créer de la confusion dans le management des équipes.
CVS	Mise en place effective	Conforme	L'inspection a été destinataire de 3 comptes-rendus de CVS sur l'année 2023. Le CVS est donc mis en place.	Article L 311-6 du CASF et article D311-3 du CASF	
	Nombre satisfaisant de réunions annuelles	Conforme	3 comptes rendus ont été rédigés en 2023. Cela correspond au nombre minimal de CVS obligatoires sur une année. La mission d'inspection n'a pas eu connaissance de la tenue d'un CVS en 2024.	Article D311-16 du CASF	
	Implication des familles et usagers	En partie	L'implication des familles des usagers est démontrée par leur participation aux CVS. D'après les comptes rendus du CVS du 7 juillet 2023 et du 3 octobre 2023, étaient présents 2 représentants des familles. Un représentant des familles était présent au CVS du 15 novembre dernier. Enfin, les usagers sont également représentés puisque ces 3 CVS étaient composés de 3 représentants des résidents.	Article D311-5 du CASF	Ecart : en ne comprenant pas au moins deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge par l'établissement, le conseil de la vie sociale ne respecte pas les dispositions de l'article D311-5 du CASF.
	Existence de procès-verbaux ou de comptes-rendus	En partie	Les comptes rendus transmis concernent les CVS des 7/07/2023, 3/10/2023 et 15/11/2023. Il est noté que le CVS du 7/07/2023 fait mention d'un CVS qui se serait tenu le 2/06/2023. Cependant, la mission n'a pas été destinataire du compte rendu de ce CVS. Par conséquent, il est constaté une absence de rédaction systématique d'un compte rendu à l'issue de la tenue des instances. Enfin, la mission n'a pas été destinataire de compte rendu CVS sur l'année 2024. Les comptes rendus du 7/07/ 2023 et du 3/10/2023 ont été signés par le directeur par intérim de l'EHPAD alors que la réglementation prévoit la signature de ces documents par le Président du CVS. Le compte rendu du 15 novembre dernier a été quant à lui signé sans que le signataire soit identifiable (ne figure ni les fonctions ni l'identité du signataire) .	Article D311-20 du CASF	Ecart : En ne réalisant pas le relevé des conclusions de chaque séance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF. Ecart : En ne disposant pas d'un relevé des conclusions de chaque séance signé par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.
Participation des usagers	Enquête de satisfaction ou autre mode de participation des usagers et familles	En partie	L'EHPAD a remis à l'équipe d'inspection une enquête de satisfaction faite auprès des familles des résidents et une enquête de satisfaction à l'égard des résidents. Il ressort de l'analyse de ces enquêtes que ces dernières ne sont pas datées.	Article D311-21 3° du CASF	Ecart : En ne conduisant pas régulièrement des enquêtes de satisfaction, l'établissement ne prend pas en compte pleinement l'avis des résidents sur les prestations de l'EHPAD et contrevient à l'article D311-21 (3°) du CASF
D. Gestion de la qualité					
Plan bleu	Existence d'une version récente et complète	Non conforme	Le Plan Bleu produit par l'établissement date du 9/03/2020 (dernière mise à jour).	Article D312-160 du CASF Article R311-38-1 du CASF Instruction ministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD	Ecart : En ne disposant pas d'un plan bleu complet et spécifique à la structure, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-160 du CASF. Ecart : En ne disposant pas d'un plan bleu révisé annuellement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-38-1 du CASF.
Bientraitance / Maltraitance	Une promotion de la bientraitance et une lutte contre la maltraitance intégrées dans le projet d'établissement	Non conforme	Le projet d'établissement est obsolète	Article L311-8 du CASF	Ecart : En ne disposant pas de volet prévention et lutte contre la maltraitance, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
	Existence d'une charte/note d'incitation au signalement des actes de maltraitance connue et formalisée	Non conforme	Il ressort des entretiens que les personnels ne sont pas informés de l'existence d'une charte ou note d'incitation au signalement	Article L313-24 du CASF	Ecart : En n'informant pas les personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L313-24 du CASF.
	Existence d'une analyse des risques de maltraitance liés à la fragilité de la population	Non conforme	Les personnels ne disposent pas d'un temps consacré à l'analyse des pratiques professionnelles.	Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » -Décembre 2008	Remarque : En ne favorisant pas l'expression de temps spécifiques à l'analyse des pratiques professionnelles, l'établissement ne permet pas la mise en relief des organisations de travail et leur interrogation.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Bientraitance / Maltraitance (suite)	Formations au repérage des changements d'état clinique ou comportemental pouvant traduire des situations de maltraitance	Non conforme	Il ressort de l'analyse du plan de formation et des entretiens que le personnel ne dispose pas de formations de cette nature.	Recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008	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 qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux.
Signalements	Existence d'un protocole de signalement	Non conforme	Une procédure a été transmise à la mission. L'analyse du document montre que la procédure date de 2016. La fiche de signalement d'évènement indésirable grave date de 2012 et ne mentionne pas les évènements qui doivent être déclarés obligatoirement aux autorités administratives. Par ailleurs, les entretiens avec les personnels ont montré une connaissance très disparate. [redacted] connait cette procédure et les autres ne la connaissent pas. Les entretiens ont mis en évidence que la pratique de signalement de l'évènement indésirable est majoritairement orale [redacted] De plus, il est fait état auprès de la mission que si les personnels renseignent une fiche, celle-ci est soit source de sanction par la direction; soit les personnels ne sont pas informés de la suite apportée à leur signalement.	Article L331-8-1 du CASF Recommandation DGS/DGAS/Société Française de Gérontologie "Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - Octobre 2007"	Ecart : En ne disposant pas d'une procédure de déclaration aux autorités administratives des évènements indésirables graves, cette déclaration imposée par l'articles L331-8-1 du CASF est compromise. Remarque : En ne disposant pas d'une procédure de signalement (incluant les signalements de maltraitance) connue par les professionnels, l'établissement ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels.
	Signalement des EIG, notamment des actes de maltraitance (autorités, Procureur)	Non conforme	L'entretien [redacted] a montré que les professionnels n'avaient pas tous le réflexe de signaler un dysfonctionnement. [redacted] Les professionnels réfèrent de la situation à leur cadre (de santé). Lors de sa visite, la mission s'est entretenue de façon informelle avec plusieurs résidents. L'un d'entre eux a relaté qu'une nuit, il avait chuté et personne ne s'est déplacé lors de l'activation de la sonnette. La personne est restée par terre toute la nuit. Cette situation n'a pas été signalée par l'établissement ni à l'ARS, ni au département. La défaillance humaine dans la réponse à l'appel malade a été rapportée à la mission par 2 autres résidents pour lesquels la mission a demandé aux personnels [redacted] d'intervenir. Le jour de la visite, un membre de la mission a été interpellé par une résidente qui commençait à enlever son pantalon (sa protection était visible) [redacted] ; puis une autre résidente [redacted] l'a appelé à l'aide. Devant l'absence de personnel dans le couloir, le membre de l'équipe d'inspection a demandé à une résidente de s'asseoir et d'activer l'appel malade et a demandé à l'autre résidente l'autorisation verbale de rentrer dans sa chambre pour actionner le dispositif d'appel-malade. Devant l'absence d'intervention d'un professionnel, le membre de la mission a demandé à un personnel [redacted] de prévenir ses collègues que deux résidents [redacted] avaient besoin d'une aide de façon immédiate. Au cours de la journée, un autre membre de l'équipe d'inspection a vu un résident nu dans un fauteuil roulant, circulant dans le couloir face à l'infirmerie. Celui-ci a été pris en charge par un professionnel.	Article L331-8-1 du CASF Article R331-8 du CASF. Article L311-3 al 1 et 3 du CASF	Remarque : L'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM. Ecart : En n'informant pas les autorités des EIG identifiés au sein de l'établissement, l'obligation d'information sans délai posée à l'article L331-8-1 du CASF n'est pas satisfaite. Ecart: En ne garantissant la réponse aux appels malades par l'équipe soignante afin de répondre aux besoins des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 al 1 et 3 du CASF. Ecart : En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de maltraitance et les évènements indésirables graves qui interviendraient dans l'établissement, ce dernier ne respecte pas les articles L331-8-1, L311-3-1° et R331-8 et CASF.
	Déclaration EIAS au DGARS	Non conforme	La procédure transmise par l'établissement pour le signalement des EIAS est le formulaire de signalement des dysfonctionnements graves et évènements indésirables non associés aux soins. L'établissement n'a pas produit de document de cette nature et aucun EIAS n'a été signalé à l'ARS en 2023.	Article L1413-14 du CSP Article R331-9 du CASF	Ecart : En ne satisfaisant pas à son obligation de déclaration, sans délai, des évènements indésirables graves associés aux soins, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L1413-14 du CSP et R331-8 du CASF.
	Existence d'une procédure de traitement des réclamations	En partie	Il existe une procédure de traitement des réclamations, mais elle n'est pas connue par les professionnels. Le circuit de signalement n'est pas non plus connu par tous. Il en résulte une méconnaissance des procédures relatives à la prévention des situations de maltraitance et au traitement des évènements indésirables par les professionnels de l'établissement. À titre informatif, l'établissement dispose d'un cahier de doléances ("suggestions réclamations") dans l'entrée (après la partie administrative, à l'entrée du restaurant). Ce carnet comporte 3 commentaires, dont 1 d'août 2023. Des pages ont été arrachées du cahier.	Recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008	Remarque : en ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations (ou signalements ou évènement indésirables) formalisé et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM.

II. Fonctions supports

Thèmes	Points de contrôle	Conformité (O/N/E)	Commentaires	Normes	Ecarts/remarques
			A. Ressources humaines		
Direction	Qualifications du directeur	Conforme	La directrice déléguée du CHAM dispose de plusieurs diplômes conformes [redacted] dont celui de DSS et un [redacted] Elle exerce à temps plein [redacted] depuis le 2 janvier 2024 à l'EHPAD public de DORDIVES. Les horaires précises à titre indicatif sont: lundi au vendredi (08h30-18,15h) et en astreinte 1 weekend [redacted]	Article D312-176-10 du CASF Article D312-158 14° du CASF	
	Champs de compétence du directeur	Conforme	La directrice déléguée du CHAM dispose d'une délégation de signature en date du 16/01/2024. La Directrice assure la gestion globale de l'EHPAD. En l'espèce et du fait d'un mandat de gestion avec le [redacted], la Directrice traite spécifiquement la partie RH (recrutement) et le mandatement (fournisseur - Client).	Article D315-68 du CASF Convention de direction commune Mandat de Gestion	
	Périmètre du mandat de gestion	Conforme	Il ressort [redacted] que les groupes de travail en vue de l'élaboration du projet d'établissement sont en cours de réflexion et que le Groupe [redacted] prend en charge la partie gestion et sincérité des comptes (finalisation de l'EPRD - ERRD 2023). A ce stade, il ressort [redacted] qu'il persiste une complexité pour certifier les comptes bilanciels et de gestion de 2023. [redacted] Aussi et comme souligné par la CRC, la restauration de l'équilibre du modèle économique et financier de l'EHPAD au regard de sa situation critique (absence de fonds propres) devra passer par une refonte organisationnelle et structurelle de ce dernier.	Convention de direction commune Mandat de Gestion	

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Direction (suite)	Appui du CHAM dans le cadre de la direction commune	En partie	Il ressort [redacted] que l'appui technique du CHAM sur la partie gestion budgétaire, gestion de paie , gestion des astreintes administratives, présence médicale ou paramédicale notamment, n'est pas formalisé dans la convention de direction commune. Il est indiqué que ce soutien administratif peut se manifester de façon ponctuelle, mais pas de façon systématique.	Convention de direction commune Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Partie II - Décembre 2008	
	Organisation de la continuité de la direction	En partie	Il ressort du planning d'astreinte du mois de mars 2024 qui a été communiqué à la mission que 4 agents sont amenés à effectuer des astreintes. Il s'agit de [redacted]. Il est noté que du 18 au 24 mars, [redacted] assure seul l'astreinte et que du 25 mars au 31 mars 2024, l'astreinte est assurée [redacted] Concernant la partie Mandat de gestion exercée [redacted] il ressort du mandat que le groupe n'intervient pas dans le tour des astreintes. Il a été noté la présence du Groupe à hauteur de 1 journée par semaine au minima en vue de consolider les comptes de gestion de l'exercice 2023.	« contrôle flash relatif à la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Hirondelles de Dordives (Loiret) » 29/09/2023 Contrôle flash relatif à la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) Les Hirondelles de Dordives (Loiret) | Cour des comptes (ccomptes.fr) p42	Remarque : Faute de document actualisé remettant en cause le planning des astreintes, le constat posé par le CRC en p42, selon lequel l'organisation des astreintes est assortie d'une transformation partielle en heures supplémentaires, non validée par les instances, reste valable.
	Les conditions de la continuité de l'activité de l'établissement public autonome dans l'hypothèse de la fin du mandat de gestion.	Non conforme	Il ressort [redacted] que les constats posés sur le volet budgétaire et financier de l'EHPAD, par la CRC dans son rapport de "contrôle" flash, sont toujours d'actualité au jour de l'inspection. Concernant plus particulièrement la situation actuelle (budgétaire et financière) de l'établissement, il ressort de l'entretien avec [redacted] a appréhendé les difficultés évoquées dans le rapport de la CRC et [redacted] est active dans sa volonté d'y remédier. [redacted] ligne de trésorerie est mobilisée et que les aides financières versées ont permis de soulager l'établissement. Également, [redacted] les conditions de la continuité de l'activité de l'établissement devront passer par la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre (PRE). Il ressort de cet échange qu'en dehors de la volonté "interventioniste" [redacted] il n'existe pas à ce jour de plan de redressement (de type PRE) validé ni par la convention de direction commune, ni par les instances. La mission constate ainsi que la déclaration d'intention, non suivie de mise en oeuvre d'action correctrice effective, sur la situation budgétaire et financière de l'EHPAD (de type PRE compatible avec les conditions techniques et minimales d'organisation de l'EHPAD), ne permet pas de garantir que les conditions de poursuite de l'activité de l'EHPAD seront réunies à la fin du mandat de gestion.	« contrôle flash relatif à la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Hirondelles de Dordives (Loiret) » 29/09/2023 | Cour des comptes (ccomptes.fr) p16 à 33 Article L311-3 du CASF	Ecart: le déséquilibre significatif et prolongé sur les plans budgétaire et financier de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R314-15 et R314-22 du CASF qui édictent les conditions nécessaires pour que l'établissement soit en équilibre réel sur un plan budgétaire. Ecart: en ne garantissant pas la remédiation aux dysfonctionnements dans sa gestion financière, notamment par la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre compatible avec les conditions techniques et minimales d'organisation de l'EHPAD, l'établissement contrevient aux dispositions de L311-3 du CASF dans la mesure où les conséquences d'un déséquilibre financier significatif et prolongé est susceptible d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.
Effectifs	Présence de personnel dans l'établissement chaque jour	Non conforme	Le jour de l'inspection, d'après le planning des soins étaient présents 2 AS du matin (7h-14h30), 2 AS en J (sans que ne soit précisée la légende des horaires J) ou T (9h - 17h), 2 ASH, 1 ASHQ, 1 AMP. Du soir, d'après le planning des soins, étaient présents 1 AS, 1 AMP 2 ASH et 1 ASHQ. Il est noté que les plannings de soins pour le mois de mars 2024 et avril 2024 sont difficilement exploitables pour les personnes extérieures. En effet, ils ne comportent pas la légende des horaires (les horaires du soir et du matin ont été ajoutés à la main sur le planning de mars 2024). De plus, certains prénoms d'agents sont ajoutés à la main sans le nom de famille, ce qui les rend difficilement identifiables. À titre d'exemple, sur le mois de mars 2024 figurent 2 lignes concernant 2 agents dont le prénom est [redacted]. De plus, il est compliqué de retrouver sur la liste des agents éditée le 14/03 et celle envoyée le 19/03/2024 les agents pour lesquels seul le prénom figure sur le planning. (ex : [redacted] pour le mois de mars. [redacted] pour avril). Certains agents pour lesquels l'identité entière (nom+prenom) figure sur le planning ne se trouvent dans aucune des deux listes d'agents remises (ex [redacted] pour mars et [redacted] pour avril) . En ce qui concerne le planning des IDE, il y a a minima 1 IDE par jour (qui effectue des journées de 12 heures ou qui travaille sur la plage horaire 9h-17h). Les IDE sur le planning sont au nombre de 3. Sur les plannings du mois de mars et avril 2024, se trouvent en complément, un IDE intérimaire. La cadre de santé est intégrée au planning IDE. Il est constaté qu'il arrive à la cadre de santé d'assurer les soins. À titre d'illustration, pour le 1er mars 2024, la cadre de santé était en 12 heures et la seule à travailler en tant qu'IDE ce jour-là. En ce qui concerne le bionettoyage, il y a a minima 6 agents par jours.	(Article L311-3 3° du CASF) Article D312-155-0 II du CASF (compo EP)	Ecart : En ne disposant pas de personnels qualifiés tous les jours, l'établissement ne peut garantir des prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1 II du CASF.
			Le planning du PASA est composé d'un agent ASG dont les horaires sont 9h-16h30. Le planning prévisionnel des mois de mars et d'avril 2024 indique qu'elle est la seule professionnelle à intervenir au PASA. Ce point a été confirmé par les agents rencontrés lors de l'inspection. En son absence, le planning ne prévoit pas d'agent afin d'assurer la continuité de prise en charge. Par conséquent, sur le planning du mois de mars et d'avril 2024, nous pouvons constater l'absence de professionnel au PASA pour 12 jours en total sur chacun des deux mois. [redacted] En ce qui concerne le service animation, figure sur le mois de mars 2024 et avril 2024 le nom d'un agent. À la vue du diplôme remis, l'agent affecté à ce poste est [redacted]. Il est précisé que sur le planning du mois de mars, cet agent est [redacted] qu'aucune modalité de remplacement n'est indiquée sur celui-ci.		

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Effectifs (suite)	Présence de personnel dans l'établissement chaque jour (suite)	Non conforme (suite)	Cependant, il ressort des différents entretiens menés avec [redacted]que des aides-soignants sont détachés des soins chaque jour afin d'assurer l'animation. L'établissement ne dispose ni de MEDEC, ni d'ergothérapeute, ni de kinésithérapeute. Le planning du mois de mars 2024 et prévisionnel d'avril 2024 de la cuisine mentionnent les différentes plages horaires des agents : 6h30-13h30/12h30-19h30/7h-19h/8h30-16h00. A la lecture du planning prévisionnel du mois d'avril 2024, aucun agent n'est affecté durant le week-end du 13-14 avril. Certains jours, un seul agent est affecté (2-3 9-10-16-17-23-24-30-31 mars / 5-6-7-20-21-27-28 avril) selon les horaires 12h30-19h30 ou 7h-19h. Le 19 avril, un seul agent est prévu de 6h30 à 13h30, aucun agent n'étant donc prévu pour assurer le service du soir. En ce qui concerne le planning de nuit, pour le mois de mars 2024, il est mentionné que celles-ci sont assurées par 5 AS et 2 ASH. Pour le planning prévisionnel du mois d'avril 2024, le planning comporte 5 AS et 1 ASH. Les horaires de nuit sont 21h-7h. Le planning comporte au minima 1 agent et au maximum 2 agents affectés chaque jour les nuits. Lorsque les ASH sont de nuit, 1 AS travaille obligatoirement le même soir.	Article D312-156 du CASF (MEDEC)	Ecart : En ne prévoyant aucun personnel pour le repas du soir le [redacted]en cuisine l'établissement ne prévoit pas le remplacement de ce personnel, ce qui est de nature à empêcher la prise de repas des résidents . Dans ce sens, l'établissement contrevient à L311-3 CASF al 1.
			Dans le cadre de l'organisation quotidienne des soins, il est constaté, dans le document faisant office de règlement de fonctionnement, la présence d'une disposition concernant l'octroi de 9 jours d'autorisation spéciale d'absence[redacted]. Au regard des statuts de cette dernière, [redacted]gents bénéficient de cette mesure , ce qui représente un besoin de remplacement à hauteur de 27 jours plafond par an.		
	Roulement des équipes	Conforme	Il ressort de l'analyse des plannings et des entretiens menés par la mission d'inspection le roulement d'équipe soignante suivant : des horaires du matin (7h00-14h30) et des horaires du soir (13h30-21h00) pour les AS et ASH faisant-fonction AS de jour. Les personnels de nuit sont présents dans l'établissement de 21h00 à 7h00.		
	Qualifications des personnels	En partie	D'après la liste des agents au 14/03/2024 qui a été fournie, l'EHPAD dispose de 28 ASH dont 11 vacataires, 7 ASHQ, 19 AS dont 3 vacataires, 1 auxiliaire de soins, 1 AMP et 3 infirmiers. Les diplômes des 3 IDE ont été remis, ainsi que le diplôme de 11 AS et 2 ASG. D'après la liste transmise a posteriori, soit le 19 mars, et les informations parfois incomplètes dans celle-ci, l'établissement dispose approximativement de 50 agents non fonctionnaires dont 23 détenteurs d'un CDI, 10 d'un CDD et 13 vacataires. L'établissement dispose de 28 fonctionnaires. En ce qui concerne les aides-soignants, l'établissement en compte 20 dont 1 faisant fonction animatrice, 1 faisant fonction responsable hôtelière, 1 affectée au PASA, 2 travaillant de nuit. 15 sont affectés aux soins. L'établissement compte 17 ASH faisant fonction AS, et 3 ASHQ (parmi 8) faisant fonction AS. 12 ASH sont affectés à l'entretien. Enfin l'établissement dispose de 3 IDE. La mission constate une prévalence des qualifications ASH faisant fonction d'aide-soignante dans la réalisation des soins (15 AS sont affectées aux soins contre 20 ASH (dont 3 ASHQ)). À titre d'exemple, le jour de l'inspection l'équipe soignante était composée d'une AS et de 4 ASH faisant fonction le matin et d'une AS l'après-midi pour 3 ASH faisant-fonction. De plus il a été constaté au moment du départ de la mission à 20 h 20 qu'un médicament disposé dans une cuiller était présent sur un plateau non débarrassé en proximité de la salle commune de repas. La mission a demandé à [redacted]de détruire ce médicament d'autant qu'une résidente était à proximité. De fait, l'organisation constatée n'est pas de nature à garantir la qualité de la prise en charge des résidents dans un contexte où l'établissement ne met pas en place une analyse de pratique pour les professionnels ni ne dispose de temps de médecin qui serait à même de revoir la pertinence de cette organisation du travail, en appui de la cadre de santé et de l'IDEC.	Article L312-1 II du CASF Article D312-157 du CASF (MEDEC) Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé	Ecart : en ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF. Ecart : l'absence de présence infirmière sur des plages horaires étendues en particulier le soir au moment du repas, est de nature à fragiliser la qualité de la prise en charge médicamenteuse, d'autant que le protocole de collaboration de tâches IDE vers AS n'est pas formalisé et que des oublis de médicaments sur les plateaux ont été constatés par la mission d'inspection. En ce sens, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 alinéa 1 et 3 du CASF. Ecart : en disposant d'un nombre d'ASH affectés aux soins supérieurs aux AS, l'établissement ne peut garantir la qualité des prestations réalisées et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3-alinéa 3 du CASF du CASF
	Présence de personnels pour la prise en charge directe des résidents	Non conforme	L'établissement ne dispose pas d'un temps de médecin coordonnateur. Par ailleurs, l'établissement, qui dispose d'un PASA, ne dispose pas d'un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien, ainsi qu'un temps de psychologue (cf. infra).	Article D312-156 du CASF Article D312-157 du CASF	Ecart : En ne disposant pas d'un MEDEC titulaire d'un diplôme lui permettant d'assurer les fonctions de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D312-156 et D312-157 du CASF.
	Absence de glissement de tâches	Non conforme	Au moment de la visite, [redacted]était absente. Par conséquent, l[redacted]détache des agents de soins de leur poste afin d'assurer l'animation. Les personnels font fonction d'animateur. L'établissement ne dispose pas des compétences d'un kinésithérapeute; pour pallier à cette difficulté, il a été indiqué que les AS font de l'aide à la marche pour les résidents. Pour pallier au manque d'AS, l'établissement fait appel à des ASH faisant fonction d'AS. Les fiches de poste de ces professionnels sont similaires. En effet, les AS et les ASH faisant-fonction d'AS ont notamment pour mission commune de "surveiller durant la journée les résidents afin d'assurer la continuité de leur prise en charge, leur sécurité physique et morale et leur accompagnement médico-social". Les AS assistent "l'IDE dans ses fonctions déléguées par le service infirmier (distribution des traitements médicamenteux, collations, surveillance des dispositifs médicaux)" tandis que les ASH faisant-fonction d'AS assistent "l'Aide –soignant de jour dans ses fonctions déléguées par le service infirmier (aide à la prise des traitements médicamenteux, collations, surveillance des dispositifs médicaux) ". Les ASH faisant-fonction d'AS sont plus nombreux que les AS par jour. Par exemple, le jour de l'inspection, 6 ASH faisant-fonction d'AS et 4 AS était présentes. La présence d'ASH faisant-fonction d'AS dans des ailes où les résidents sont très dépendants et déambulants questionne sur l'adéquation des profils soignants présents et renforce le besoin de personnels qualifiés pour la prise en charge spécifique de ces résidents. Toutefois, la mission d'inspection note le désir des professionnels présents de faire au mieux qu'ils peuvent pour la prise en charge des résidents.	Article R4311-4 du CSP Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DE d'AS et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux	Ecart : en permettant des glissements de tâches, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R4311-4 du CSP (IDE) / de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation des AS (AS)

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Effectifs (suite)	Absence de glissement de tâches (suite)		Par ailleurs, lors des entretiens, la mission d'inspection a constaté la présence d'un glissement de tâches de la diététicienne vers les cuisines. En effet, cette professionnelle effectue les commandes pour la cuisine, ce qui représente 30% de son temps de présence sur site, alors que la diététicienne est présente pour 0,6 ETP, soit 3 jours par semaine. Ce glissement de tâches ne permet pas à la diététicienne de réaliser les missions inscrites dans sa fiche de poste et concourant à une prise en charge efficiente des résidents, notamment sur le volet nutritionnel. La mission d'inspection a également constaté la présence d'un glissement de tâches des IDE vers les AS ; l'équipe soignante de nuit (composée de 2 agents AS ou d'un agent AS et d'un agent ASH faisant-fonction d'AS) distribuant les traitements de nuit. Aucun protocole de délégation de tâches des IDE vers les AS n'a été fourni. Concernant les glissements de tâches dans l'établissement, la mission d'inspection constate qu'ils sont nombreux et structurels.		
	Présence d'un ergothérapeute ou psychomotricien, d'un ASG et d'un psychologue pour le PASA	En partie	Par ailleurs il ressort de l'entretien [redacted] que la prise en charge effectuée au PASA ne correspond à celle attendue sur un plan réglementaire. Les personnes prises en charge ne présentent pas toutes de troubles relatifs à la maladie d'Alzheimer ou apparentés. Aucun programme d'activité n'est élaboré par un ergothérapeute ou psychomotricien sous la responsabilité du médecin coordonnateur, car ces personnels ne font pas partie de l'effectif de l'établissement. De plus, la prise en charge thérapeutique n'est pas formalisée. [redacted] La mission d'inspection n'a pas constaté la présence d'un psychologue au sein des effectifs le jour de l'inspection.	Article D312-155-0-1 IV du CASF	Ecart : En ne disposant pas d'un temps de présence d'un ergothérapeute ou psychomotricien dédié au PASA, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0-1 IV du CASF. Ecart : En ne disposant pas d'un temps de présence d'un psychologue dédié au PASA, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0-1 IV du CASF.
Recrutement	Existence de fiches de poste (nominatives, datées et signées)	En partie	Il a été remis à la mission d'inspection 31 fiches de poste dont les fiches pour les postes suivants : cadre de santé, ergothérapeute, IDE, infirmier référent, médecin coordonnateur, psychomotricien, AS jour, AS nuit, ASH soins jour, ASH soins nuit, diététicien, psychologue. Les fiches de poste pour l'ergothérapeute, le diététicien ainsi que le cuisinier et le responsable cuisine existent avec différentes dates de mises à jour. La fiche du psychomotricien est similaire à la fiche de l'ergothérapeute. Toutes ces fiches de poste comportent la mention des liens hiérarchiques et fonctionnels principaux. Il n'a pas été transmis de fiche de poste pour les postes suivants, présents dans l'établissement : AMP, ASG, Animateur. Les entretiens menés ont mis en évidence que les professionnels n'ont pas reçu systématiquement leur fiche de poste. Lorsque la fiche de poste a été remise, celle-ci n'est pas mise à jour notamment en cas de changement de poste. Il a toutefois été précisé que la fiche de poste est remise aux vacataires. La mission d'inspection n'a pas constaté la présence de fiche de poste nominative, datée et signée dans les dossiers administratifs des personnels.	Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Partie II - Décembre 2008	Remarque : En ne formalisant pas de façon précise les missions et responsabilités de chaque professionnel, notamment par des fiches de poste, l'établissement s'expose à un risque de maltraitance non intentionnelle dû à une mauvaise compréhension de leur rôle et n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM.
	Existence d'un protocole d'accueil des nouveaux professionnels	En partie	En cas de remplacement, l'établissement fait d'abord appel à ses agents. Une possibilité de récupération des heures effectuées, de décalage du temps de repos ou de paiement des heures supplémentaires est effectuée. Un livret d'accueil à destination des agents a été remis à la mission d'inspection. Ce livret présente l'établissement, détaille les conditions de recrutement et d'arrivée d'un nouveau personnel, les conditions de travail, la présence d'instances ainsi que la fin de contrat. Toutefois, en raison de sa date de mise à jour (septembre 2015) et de la date de mise à jour de l'organigramme (novembre 2018), il n'est plus à jour de la vie de l'établissement. A son arrivée, le nouveau professionnel bénéficie d'un temps de doublage de quelques jours avec un agent AS ou ASH faisant-fonction d'AS. Cet agent n'est alors pas compris dans le planning.		Remarque : En ne disposant pas d'un livret d'accueil à destination des professionnels à jour, l'établissement ne permet pas une bonne compréhension de la vie de l'établissement.
Formations	Existence d'un plan de formation	En partie	Les plans de formation des années 2022 et 2023 ont été transmis. Pour le plan de formation 2024, il a été indiqué que ce dernier est en cours de validation. Dans les formations qui y sont listées, mais non validées, sont retrouvées notamment les thématiques suivantes : "Manger main cuisine", " Formation à la prévention et à la gestion de la maltraitance", "Formation en gestion de la douleur", ... Certaines des formations inscrites sur ce document disposent d'un lien hypertexte ramenant vers le site internet du groupe [redacted]. Les entretiens menés par la mission d'inspection ont mis en évidence que les personnels peuvent demander des formations lors de leurs entretiens professionnels. Les professionnels n'ont pas été formés récemment à la bientraitance. Dans les dossiers administratifs des personnels étudiés par la mission d'inspection, il a été constaté la présence d'un tableau de suivi des formations réalisées par les personnels jusqu'en 2014. Les attestations de formation sont présentes dans les dossiers.	Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Partie II - Décembre 2008	Remarque : En ne disposant pas d'un plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels, l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Formations (suite)	Suivi des formations réalisées	En partie	Pour l'année 2022, il a été remis un courriel de programmation prévu daté de décembre 2021. Il n'a pas été remis de suivi des formations réalisées ou non. Le courriel ne fait donc pas état d'un suivi précis des formations réalisées, permettant d'attester de la réalisation effective des formations par les agents. Les formations proposées étaient : "AFGSU 2" et "Cuisiner pour les personnes âgées". De plus, il ressort de l'analyse des dossiers administratifs que certaines formations, ayant fait l'objet d'attestations de formation présentes dans les dossiers des personnels, ne sont pas présentes sur le document "2022 Formations" transmis. En 2023, les formations réalisées sont : "le service des repas", "soins et hygiène des pieds des personnes âgées", "AFGSU 1", "Fonction linge", "Les pâtisseries d'assemblage en collectivité", à destination de 20 personnels. Les documents transmis font peu état de formations directement liées à la prise en charge des résidents, notamment à la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurodégénératifs.		Remarque : En l'absence d'un suivi précis des plans de formation, l'établissement ne peut pas attester de la réalisation effective de ces formations.
	Formation à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives (PASA)	Non conforme	Il n'est pas retrouvé dans les plans de formation des deux années précédentes de formations spécifiques à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives. Pour le plan de formation prévu pour 2024 non validé, il est prévu une formation intitulée "Formation à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées". Il n'est pas indiqué le nombre ni les fonctions des personnels concernés par cette formation.	Article D312-155-0-1 IV du CASF (PASA)	Ecart : En ne formant pas le personnel intervenant au PASA à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0-1 IV du CASF.
	Formation des AS relative au circuit du médicament (cf complément à la partie relative au circuit du médicament ci-dessous)	Non conforme	Il résulte des entretiens avec les personnels concernés qu'aucune AS et AS faisant fonction n'a reçue de formation spécifique sur ce sujet. Les professionnels sont formés "sur le terrain". De plus, il n'est pas fait mention de formation des aides-soignants relative au circuit du médicament dans les plans de formation transmis.		Remarque : En ne formant pas spécifiquement les aides-soignants amenés à distribuer les médicaments, l'établissement expose ses résidents à un risque d'iatrogénie médicamenteuse.
B. Aménagement de l'établissement					
Sécurité	Existence d'un dispositif d'appel malade opérationnel et adapté	Non conforme	Les dispositifs appel-malade de 6 chambres ont été testés. Dans l'une d'elles, le dispositif ne fonctionnait pas hormis dans la salle de bain. En ce qui concerne 3 d'entre elles, au bout de 5 minutes de test du dispositif, les membres de l'équipe inspection ont constaté qu'aucun professionnel ne s'est rendu dans les chambres. Seul un professionnel s'est présenté dans l'une des 4 chambres au bout de 1 minute 20 secondes. Pour 2 autres chambres dans l'aile[redacted], un membre de la mission a actionné le dispositif filaire sans aucun déplacement. Au bout de 5 minutes et devant l'urgence de ces deux situations, il a directement interpellé une ASH de l'aile [redacted]. Aucun professionnel n'était visible dans l'aile [redacted] au moment nécessaire. De plus, la mission relève qu'une résidente a indiqué être tombée une nuit et a précisé n'avoir pu actionner le dispositif d'appel malade trop éloigné de l'endroit où elle se trouvait. Elle a indiqué qu'aucun professionnel n'est intervenu et avoir passé la nuit sur le sol.	Article L311-3 1° du CASF	Ecart: En ne disposant pas d'un système d'appel malade global opérant et d'une procédure formalisée et appropriée par les professionnels, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1°du CASF.
	Des accès, des locaux et des équipements permettant d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge	En partie	L'accès s'effectue par un sas d'entrée à ouverture automatisée pour entrer. La mission d'inspection n'a pas constaté d'action spécifique à opérer pour en sortir, une personne était présente dans l'établissement au moment du départ de la mission. En interne, les espaces à risques ne sont pas tous sécurisés par des serrures, mais par un verrou en haut de la porte. Le local DASRI n'était pas fermé à clef. Le local PASA est ouvert aux autres espaces. La mission d'inspection a constaté la présence de pièces rafraichies dont la salle polyvalente. Le jour de l'inspection, la mission d'inspection a constaté la présence de rallonges électriques dans les espaces de vie (déjà soulignée dans le PV de la commission de sécurité du 22 avril 2022), des radiateurs individuels dans les espaces de vie dont le PASA du fait de la présence de meubles ou de banquettes devant les radiateurs existants, la présence de matelas près du groupe électrogène, devant l'EHPAD sans explication effective, une accessibilité non sécurisée sur un puisard se trouvant devant l'EHPAD (non couvert), un fort investissement des usagers dans certaines chambres et dont le mobilier individuel ne répond pas aux normes M3 (calorifique) et obstruant l'accessibilité en cas de risques majeurs. Par ailleurs et vis-à-vis des prescriptions émises par la Commission de sécurité du 22 avril 2022 et visite périodique par '[redacted] sur l'aspect électrique du 17 août 2022 , il a été mis en avant que celles-ci avaient été prises en compte en dehors de l'utilisation des socles mobiles (prises de courant amovible)	Article L311-3 1° du CASF Arrêtés des 7 septembre 1999, 14 octobre 2011 et 20 mai 2014 (DASRI) Article D312-161 du CASF (existence de pièces rafraichies) Recommandation ANESM 2009 "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social" (unité sécurisée)	Ecart : En ne sécurisant pas les locaux et notamment les espaces à risques, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.
Bâtiment	Une organisation des locaux permettant le respect de l'intimité	Conforme		Article L311-3 1° du CASF	
	Une occupation des locaux conforme à l'autorisation	En partie	Le bâtiment, date de 1994, est de plain-pied. Il est la propriété du département et l'établissement est locataire. L'établissement se compose de 82 places réparties en 70 chambres simples et 6 chambres doubles ainsi que de deux pavillons. La mission d'inspection constate que l'occupation des locaux est conforme à l'autorisation délivrée sauf pour le PASA (cf. supra). Il ressort des entretiens que l'établissement n'a pas produit de schéma de rénovation des chambres (10 auraient été rénovées en interne) et de remplacement de l'équipement vétuste (remplacement de mobilier dont les lits médicalisés). Il a été observé, le jour de l'inspection, le stockage de verticalisateurs dans l'office d'une aile.	Arrêté d'autorisation Circulaire du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour Article D312-155-0-1 du CASF (PASA) Recommandation ANESM 2009 "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social" (unité sécurisée)	Remarque : En ne disposant pas d'un schéma de rénovation et en ne disposant pas de locaux de stockage spécifiques, l'établissement ne permet pas la rénovation et l'utilisation des locaux destinés à accueillir des résidents.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Bâtiment (suite)	État des locaux (propreté, odeur, maintenance, état général)	En partie	Il ressort de la visite des locaux que les travaux programmés par le département ont été suspendus. Ces travaux devaient répondre à la continuité de service en améliorant la qualité de prise en charge des usagers et l'ergonomie d'intervention des agents. Le jour de la visite, il a été constaté que le bâti subit l'usure du temps et l'absence d'un plan de rénovation sur l'entretien courant du foncier par manque de couverture budgétaire accentue le vieillissement de ce dernier. Par ailleurs, le jour de l'inspection, la mission d'inspection a constaté la présence d'un tissu non ignifugé sur le mur du bar (5 m²), un puisard non sécurisé et en libre d'accès de nature a engendrer un danger de chute pour un tiers, la présence de nombreux chauffages d'appoint (radiateurs) raccordés par des rallonges électriques. Il ressort cependant de l'entretien avec un professionnel que le mode de chauffage existant (chauffage central) est fonctionnel. La mission observe que la présence de ces rallonges dans les espaces de vie présente un risque de chute potentielle pour les usagers. La mission a également constaté la présence de raccordements électriques à l'air libre et d'une vitre cassée au niveau de l'espace de vie (non remplacée dans l'attente d'une déclaration à l'assurance), sur la partie blanchisserie. Dans la partie laverie/cuisine, la mission d'inspection a observé la présence d'un équipement (deux petits lave-linge) ne répondant pas aux normes d'un établissement collectif, un manque de faïence sur le mur (environ 3 m²) issu du démontage du tunnel de lavage pour un lave-vaisselle collectif. Il a été constaté une forte décrépitude du mur extérieur de la laverie et de son soubassement qui se caractérise par un manque de couverture de 1,5 M de longueur sur 30 cm de hauteur. La mission d'inspection constate, par ailleurs, l'absence de faïence et la stagnation d'eau majorant le risque de capillarité sur les murs adjacents. La mission relève que l'agent d'entretien occupe le logement de fonction en compensation des astreintes sur l [redacted]. D'autre part, le jour de l'inspection, le lavabo en face du PASA était sale. Par ailleurs, les chariots utilisés pour le petit-déjeuner n'étaient pas propres.	Article L311-3 1° du CASF	Ecart : En ne sécurisant pas les locaux à risque, en n'éliminant pas le risque incendie dans les espaces de vie/offices alimentaires (rallonges électriques, tissu ignifugé dans la buvette), en disposant de locaux endommagés et en la présence de rallonges électriques qui encombrent les espaces de vie et constituent un risque de chute pour les résidents et le personnel, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3 du CASF

III. Prise en charge

Thèmes	Points de contrôle	Conformité (O/N/E)	Commentaires	Normes	Ecarts/remarques
			A. Organisation de la prise en charge		
Admission	Existence d'un livret d'accueil, comportant la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement	Non conforme	Deux livrets d'accueil ont été remis : un destiné aux résidents pour lequel aucune date de mise à jour n'est précisée et l'autre aux professionnels dont la dernière mise à jour date de 2015. La charte des droits et libertés à jour figure dans le livret d'accueil des résidents, mais pas dans celui qui est destiné aux professionnels. Celui-ci contient la charte de la personne âgée en institution. Le livret d'accueil des résidents ne comporte pas d'organigramme. Celui destiné aux professionnels comporte un organigramme qui n'est plus à jour, car il mentionne une directrice qui a quitté ses fonctions depuis [redacted] De nombreuses autres mentions ne correspondent plus à la réalité de l'établissement comme la liste du personnel.	Article L311-4 du CASF	Ecart : En ne disposant pas d'un livret d'accueil à jour et conforme aux attendus réglementaires, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-4 du CASF.
	Existence d'une visite de pré-admission	En partie	Les professionnels reçus en entretien ont indiqué que l'admission d'un nouveau résident passe par la plateforme Via-Trajectoire. Le futur résident bénéficie d'une visite de l'établissement. Un contrat de séjour est signé lors de son accueil dans la structure. Cependant, en l'absence de médecin coordonnateur, ce dernier ne peut donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.	Article D312-158 du CASF	Ecart : En l'absence de médecin coordonnateur pouvant donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.
	Affichage de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et des autres affichages attendus en ESMS	En partie	La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est bien affichée dans les locaux de l'EHPAD. En revanche les affichages suivants étaient manquants : le règlement de fonctionnement, le 3977, les comptes-rendus du CVS, les tarifs des prestations pour l'année 2024 (étaient affichés les tarifs hébergement et dépendance 2023 et des repas 2022), la liste des personnes qualifiées.	Article L311-4 du CASF	Ecart : En ne disposant pas des affichages réglementaires au sein de l'établissement, celui-ci contrevient aux dispositions des articles R311-34, L311-5, R311-32-1 du CASF et article L112-1 du code de la consommation
	Existence d'un contrat de séjour ou DIPC	En partie	2 dossiers de résidents ont été examinés dont 1 comportant 2 contrats de séjour (1 temporaire puis 1 permanent). Dans ces deux dossiers, les contrats de séjour étaient bien présents. Il ressort de l'analyse de ces documents : - bien qu'une partie relative à la liste et la nature des prestations offertes existe, le coût prévisionnel n'est pas précisé. De plus, les prestations les plus adaptées à la personne accompagnée ne sont pas détaillées. La case relative à l'occupation d'une chambre simple ou double n'est pas cochée dans 2 contrats de séjour sur 3 analysés. Les conditions de résiliation du contrat de séjour sont précisées. En revanche, les conditions de révision de celui-ci sont absentes dans les 3 contrats de séjour. La date de commencement du contrat est précisée. Cependant la date de signature du contrat est absente dans les 3 contrats analysés. Les contrats de séjour prévoient tous une caution sans que soient précisées les modalités de restitution de celle-ci. Ce point avait été soulevé dans le rapport de la CRC. Le contrat de séjour comporte des explications relatives à la facturation du séjour sans que soient précisés les tarifs. Comme relevé par la CRC, l'accès à internet ne figure pas dans les prestations minimales. Les annexes relatives à la liberté d'aller et venir et relatives aux tarifs généraux et conditions de facturation sont absentes dans les 3 contrats de séjour analysés.	Article D311 du CASF Annexe 2-3-1 I 2° du CASF R 314-149 du CASF	Ecart : En n'affichant pas la date de signature du contrat de séjour, la mission d'inspection ne peut pas garantir que celui-ci soit conclu dans le mois suivant l'admission de chaque résident. L'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311 III du CASF et de l'annexe 2-3-1 du même code. Ecart : En ne précisant pas le coût prévisionnel des prestations offertes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 311-4 alinéa 4 du CASF. Ecart : en ne précisant pas les modalités de la restitution de la caution, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 314-149 du CASF Ecart : en ne précisant pas les modalités de révisions du contrat de séjour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311 IV du CASF Ecart : en ne comportant pas d'annexe à caractère indicatif sur les tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D 311 VIII du CASF Ecart : en ne cochant pas la case relative à l'occupation d'une chambre simple ou double, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D 311 du CASF

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Coordination des professionnels	Existence de transmissions formalisées et organisées	En partie	Les transmissions ont lieu : - de 14h00 à 14h30 entre les équipes de jour - de 20h50 à 21h00 entre l'équipe du soir et celle de nuit ; - de 6h50 à 7h00 entre l'équipe de nuit et celle du matin. Cependant, les horaires de roulement des personnels soignants étant de 7h00 à 14h30 ou de 13h30 à 21h00 pour les équipes de jour et de 21h00 à 7h00 pour les équipes de nuit, la mission d'inspection s'interroge sur la possibilité pour les équipes de nuit de croiser les équipes de jour. Il a été indiqué que les équipes de nuit arrivent en avance sur leur horaire le soir et ne partent pas avant d'avoir vu l'équipe du matin. Les transmissions se font à l'oral entre les professionnels, ainsi qu'à l'écrit sur le logiciel TITAN sous le format de transmissions ciblées. Un professionnel reçu en entretien a indiqué que les cibles sont difficilement fermées. Les transmissions sont, pour les équipes soignantes, les seuls temps d'échanges d'information et d'ajustement dans la prise en charge des résidents. Les professionnels ne sont pas réinterrogés sur leurs pratiques professionnelles. Pendant les temps de transmissions, la gestion des appels malades est attribuée aux ASH en charge du bionettoyage. La mission constate que cette organisation n'est pas efficace dans la mesure où il a été constaté l'absence de réponse systématique aux appels malades le jour de l'inspection. (voir infra).	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	Remarque : En ne permettant pas des rencontres entre les personnels, l'établissement ne permet pas d'assurer une circulation optimale de l'information ni le rappel des bonnes pratiques et il n'est pas conforme aux recommandations ANESM. Remarque : En ne disposant pas d'un temps de transmission formalisé entre les équipes de jour et de nuit, l'établissement ne permet pas une bonne circulation de l'information au sein de l'équipe soignante.
	Réunions d'équipe Périodicité Participants	Non conforme	Les réunions d'équipe regroupant l'ensemble des professionnels sont inexistantes. Le traitement collégial de problématiques d'accompagnement ou de soins se fait au terme des temps de transmissions inter-équipes. Il n'y a pas d'espace spécifique dédié aux réunions pluridisciplinaires. Les personnels reçus en entretien ont indiqué qu'une réunion entre les soignants et les personnels de cuisine est prévue le 26 mars prochain. Les personnels ont indiqué que l'absence de réunions d'équipe est un manque.	Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » p.23 - Décembre 2008	Remarque : En n'organisant pas de réunions d'équipe régulières et pluridisciplinaires, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM. Remarque : En ne réunissant pas l'ensemble des professionnels dans le cadre de réunions pluridisciplinaires, l'établissement ne permet pas l'expression d'un accompagnement coordonné incluant la maîtrise des risques au bénéfice des populations accueillies.
	Présence d'une commission de coordination gériatrique	Non conforme	La mission fait le constat de l'absence d'une commission de coordination gériatrique. La commission de coordination gériatrique s'est réunie pour la dernière fois le 4 décembre 2019 avant le départ du MEDEC en 2021.	Article D312-158 3° du CASF	Ecart : En ne mettant pas en place une commission de coordination gériatrique au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article D312-158 3° du CASF.
Réalisation des tâches de nursing et traçabilité (voir détail dans la partie "Plan de soins" ci-dessous)	présence d'un plan de soins individuel; organisation de la surveillance; traçabilité des soins effectués ou tâches réalisées	Non conforme	Lors de la visite des locaux, l'équipe d'inspection a fait le constat de l'existence de carnets de notes manuscrites sur les chariots de soins. Il a été précisé que la traçabilité des actes programmés dans les "faisant-fonction de plans de soins et d'accompagnement" ne se fait pas en temps réel, mais a posteriori de la séquence de travail, sur les ordinateurs prévus à cet effet, ce qui est susceptible d'erreur dans la traçabilité effectuée sur le logiciel TITAN. Les entretiens avec les personnels ont également montré des pratiques différentes en termes de traçabilité de la prise des médicaments donnés par les AS ou Agent de soin faisant-fonction d'AS. Certains professionnels ne tracent pas la prise du médicament, mais seulement la non-prise du médicament par le résident.	Article L311-3 alinéas 1 et 3 CASF	Ecart : En ne mettant pas en place une organisation précise et formalisée des soins réalisés par les AS et ASH faisant-fonction d'AS auprès des résidents et en ne garantissant pas une traçabilité systématique des soins réalisés, y compris de la prise ou non prise des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF
B. Individualisation des prestations					
Plans de soins	Réalisation des tâches et traçabilité	Non conforme	La mission d'inspection a constaté la présence d'un classeur sur chaque chariot de soins. Dans ce classeur, les plans de soins des résidents ont été imprimés et classés en fonction des numéros de chambre. Néanmoins, l'étude des plans de soins de l'aile [redacted] montre que 6 plans de soins présents dans le classeur sont ceux de résidents qui ne sont plus présents dans l'établissement. Aucun plan de soins n'est rangé dans le classeur pour les nouveaux occupants des chambres. Un résident qui a changé de chambre est toujours identifié avec son ancien numéro de chambre. Pour l'aile [redacted], 3 plans de soins présents dans le classeur sont obsolètes, sans plan de soins pour le nouveau résident et un résident est identifié avec son ancien numéro de chambre. Les plans de soins présents dans les classeurs sont pour la plupart datés du 30 septembre 2022. Ce système d'impression papier du plan de soins TITAN co-existe avec la version du logiciel TITAN. Cette co-existence de deux systèmes peut créer de la confusion dans la compréhension des documents à utiliser pour réaliser des tâches vers les résidents. Concernant la réalisation des toilettes des résidents, la mission d'inspection a constaté la présence de notes manuscrites comprenant les noms des résidents sur les chariots de soins des soignants. Les agents ont indiqué qu'une répartition des toilettes par agent et par jour est affichée dans le bureau des transmissions. Chaque matin, le professionnel doit se reporter sur un premier tableau afin de connaître le secteur qui lui est attribué. Il doit alors se reporter sur un deuxième tableau, comprenant la liste des résidents affectés par secteur et la liste des toilettes et douches associées. Les agents notent ensuite sur des cahiers, feuilles, bloc-notes les noms des résidents dont ils doivent faire les toilettes. Une fois la toilette réalisée, le soignant raye le nom du résident sur ses notes. Il doit ensuite reporter les toilettes effectuées sur le logiciel TITAN. Ce système peut créer de la confusion pour un agent vacataire ou un nouveau professionnel qui devraient appréhender l'organisation du travail en place et pose un risque sur la traçabilité effective sur le logiciel TITAN des tâches effectuées par chaque agent.	Article L311-3 alinéas 1 et 3 CASF	Ecart : En ne mettant pas en place une organisation précise et formalisée des soins réalisés par les AS et ASH faisant-fonction d'AS auprès des résidents et en ne garantissant pas une traçabilité systématique des soins réalisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF Remarque : En mettant en place une planification des tâches non individualisée, l'établissement introduit de la confusion dans les modalités individuelles de prise en charge auprès des personnels qui ne sont pas formés à ce type d'organisation.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Projet d'accompagnement personnalisé (PAP)	Procédure d'élaboration et de suivi (participation du résident, de sa famille, modalités d'élaboration du PAP, contenu du PAP)	En partie	Il est constaté l'absence d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident accueilli en hébergement temporaire et permanent. La procédure "Projet de vie" d'une page, validée en septembre 2016, détaille les professionnels impliqués par la formalisation du projet d'accompagnement personnalisé : MEDEC, CDS, IDE, AS, animateur, psychologue et ASH. Or, le MEDEC, l'animateur et le psychologue ne sont pas présents dans l'établissement. Le PAP ne peut donc pas être construit en utilisant les compétences de ces personnels et validé en équipe pluridisciplinaire. La méthode d'élaboration du PAP est la suivante : recueil des informations en visite de préadmission par l'IDE, désignation d'un référent qui remplit le tableau de pré-synthèse, synthèse à J+2 mois et bilan d'intégration, diffusion (classeur, TITAN, référent), signature en direct et par courrier (famille, résident, direction, référent), suivi par le référent et réévaluation à un an. Dans les faits, il a été précisé, lors d'entretiens menés par la mission d'inspection, que les soignants sont référents de 3 résidents. Cependant, la liste des résidents par référent n'est pas à jour des entrées et sorties des résidents (notamment en cas de décès). Un agent est référent d'un seul résident (les deux autres résidents dont il est référent étant décédés). Il est constaté une absence de réévaluation annuelle. Sur la liste des résidents disposant d'un PAP, 15 PAP de résidents datent de plus d'un an ou sont indiqués "à refaire". Pour 3 résidents, le PAP a été réalisé en 2017, ce qui ne permet pas une adaptation de la prise en charge du résident, en fonction de son état de santé. Par ailleurs, pour certains PAP il est juste indiqué "OK", ne permettant pas de savoir si le PAP date de plus ou moins d'un an. Les 3 PAP fournis sont construits sur la même structure : un tableau avec des cibles pré-remplies (soins quotidiens, alimentation, motricité, sommeil, comportement, communication, alimentation), remplit à la main pour les colonnes suivantes : souhaits, observations, objectifs et actions ainsi qu'une fiche d'histoire de vie et un plan de soins.	Article D312-155-0 (3°) du CASF Recommandation ANESM - Qualité de vie en EHPAD, de l'accueil de la personne à son accompagnement (décembre 2010) Recommandation ANESM - Les attentes de la personne et le projet personnalisé - décembre 2008 HAS – publication 2018 – Outils d'amélioration des pratiques professionnelles / Le projet personnalisé, une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD)	Ecart: en n'élaborant pas de projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident accueilli, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article Article D312-155-0 (3°) du CASF. Remarque : En ne désignant pas de référent pour chaque projet personnalisé et en ne mettant pas à jour la liste des résidents par référent, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM et ne permet pas un suivi fin des projets personnalisés. Remarque: En ne réévaluant pas de façon régulière le PAP de chaque résident, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Remarque : En ne validant pas les PAP en équipe pluridisciplinaire notamment avec un psychologue et un médecin coordonnateur, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM.
	Existence d'un projet d'accompagnement personnalisé, incluant un volet soins, pour chaque résident	En partie	Sur les 75 résidents accueillis, 33 résidents ne disposent pas d'un PAP. Ces résidents sont entrés dans l'établissement entre 2008 et février 2024. Le résident accueilli en hébergement temporaire depuis le 18 janvier 2024 ne dispose pas d'un PAP. Concernant le recueil des histoires de vie des résidents, ce recueil d'informations a été rédigé pour 48 résidents. 24 résidents n'ont pas de recueil d'histoire de vie valide et 3 résidents ont refusé.	Article L311-3 du CASF Article D312-155-0 alinéa 3 du CASF	Ecart : en ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé (incluant un volet soins), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. Ecart : En ne mettant pas en place un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins du résident en hébergement temporaire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 al 3 du CASF.
	Recueil des habitudes de la personne	En partie	L'établissement a remis à la mission d'inspection les projets d'accompagnement personnalisé de 3 résidents. Ces PAP se composent du recueil de l'histoire de vie du résident, du plan de soins ainsi que du tableau manuscrit des cibles. Pour ce tableau, les objectifs restent majoritairement axés sur le soin (maintien de son intégrité physique et psychique, refus d'aide pour le repas, lutter contre la fatigue, garder son autonomie, éviter les fausses routes, revoir la cuisson de certains aliments, éviter les chutes ...). Quelques objectifs ont des liens plus directs avec la vie de la personne dans l'établissement et , notamment la vie sociale et culturelle : "lui faire écouter de la musique", "lui proposer d'assister aux animations", "aime regarder TV & écouter musique", "souhaiterait avoir plus d'animations cinéma et loto", ... Néanmoins, l'absence d'animatrice et de psychologue pour établir le PAP ne permet pas d'assurer que les objectifs prévus sont en adéquation avec les souhaits et des besoins des résidents.	Article L311-3 7° du CASF	Remarque : En l'absence d'animatrice et de psychologue au sein des effectifs, l'établissement ne permet pas une prise en charge des résidents en adéquation avec leurs souhaits et leurs besoins.
Animation	Balnéothérapie et dispositif de type Snoezelen	En partie	L'établissement dispose d'une salle de balnéothérapie - "ambiance bien-être". Un personnel a fait visiter ce local fermé à clé. Il a indiqué que l'équipement de balnéothérapie est utilisé, quand les résidents en ont envie et quand les agents le proposent. Il n'y a pas de planning d'utilisation de la salle de balnéothérapie ni de traçabilité. De plus, il n'y a pas de lumière à l'extérieur pour prévenir que cette salle est en cours d'utilisation. Par ailleurs, le recours à la salle de balnéothérapie et du dispositif bien-être comme intervention non médicamenteuse n'est pas interrogé en lien avec le médecin coordonnateur (l'établissement ne disposant pas d'un temps de MEDEC) ou avec les médecins traitants des résidents (puisque plus de 50% des résidents n'ont plus de médecin traitant). Les plans de formation 2022, 2023, et prévues en 2024 ne font pas état de formations à ces dispositifs à destination des personnels, ce qui ne permet pas à ces derniers de connaître l'utilité de cet espace.		Remarque : En ne favorisant pas l'utilisation de la balnéothérapie et du dispositif de type Snoezelen en lien avec les médecins et en ne formant pas ses agents à leur utilisation, l'établissement se prive d'une offre de soins non médicamenteuse au bénéfice de ses résidents.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Animation (suite)	Existence d'un projet d'animation et de projets d'animation spécifiques à certaines unités (PASA, AJ, UHR)	Non conforme	L'établissement n'a pas produit de projet d'animation. Il ressort par ailleurs des entretiens que, concernant le PASA, il n'existe pas de programme d'animation ; les animations sont proposées la veille pour le lendemain.	Annexe 2-3-1 V du CASF Article L311-3 3° du CASF Article D312-155-0-1 du CASF (PASA) Recommandation ANESM 2009 "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social" (unité sécurisée) Article D312-155-0-2 du CASF (UHR)	Ecart : En ne disposant pas d'un projet d'animation élaboré en lien avec les besoins des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'annexe 2-3-1 V du CASF posant le socle de prestations en EHPAD. Ecart : En ne disposant pas d'un projet d'animation spécifique au PASA, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.
	Planning d'animation	Non conforme	Le jour de l'inspection se déroulait une animation avec l'intervention d'un groupe composé d'un chanteur et d'une chanteuse. Cette animation a été mise en place afin de fêter les 100 ans de 3 résidents. Il est relevé que celle-ci ne figurait pas sur le planning d'animation affiché dans l'EHPAD. Le planning d'animation est réalisé du lundi au vendredi. Il ne mentionne pas précisément les dates d'animation (par exemple lundi sans préciser quel lundi du mois) laissant penser que les activités hebdomadaires sont les mêmes d'une semaine à l'autre. Une animation est présente du lundi au vendredi de 10h à 12 h et est intitulée "pause café". Deux activités sont instituées l'après-midi sur la semaine : une activité le lundi après-midi à partir de 15 heures appelée "atelier photo". Une autre activité le mardi à partir de 15 heures appelée "atelier manuel". Aucune autre activité ne figure sur le planning l'après-midi. Enfin, deux activités intitulées "atelier éviter les chutes" et "gym douce" sont prévues le jeudi matin en supplément de l'activité pause café. Le planning d'animation telle qu'affiché ne laisse pas paraitre des activités variées. Il est noté cependant qu'au cours de l'inspection, il nous a été indiqué que [redacted] les AS affectés sur les soins se détachent de leur poste pour assurer la continuité des animations.	Annexe 2-3-1 V du CASF (prestation d'animation de la vie sociale) Article D312-155-0-1 du CASF	Ecart : En n'organisant aucune animation en lien avec les besoins des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'annexe 2-3-1 V du CASF. Ecart : En ne disposant pas d'animations spécifiquement adaptées aux résidents du PASA, élaborées par un ergothérapeute ou un psychomotricien sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.
C. Soins; hygiène et maîtrise du risque infectieux, prise en charge médicale (notes en annexe du rapport); prise en charge médicamenteuse et circuit du médicament					
Hygiène	Prestations d'hygiène (douche/toilette, soins de nursing, blanchisserie)	Conforme	Les résidents reçoivent une douche par semaine selon un planning établi et une toilette quotidienne. Les soins de bouche sont réalisés le matin. Les changes ou les mises à la selle sont effectués selon une tournée organisée plusieurs fois par jour. La mission a constaté la présence d'une fiche de change par aile, sur le chariot de nursing.	Annexe 2-3-1 II (accès à une salle de bain) et IV (prestations de blanchissage) du CASF Article L311-3 ° du CASF	
Hygiène et Maîtrise du risque infectieux (cf note en annexe du rapport)	cf note Hygiène et maîtrise du risque infectieux	cf note Hygiène et maîtrise du risque infectieux	cf note Hygiène et maîtrise du risque infectieux	cf note Hygiène et maîtrise du risque infectieux L311-3 du CASF	Ecart: en ne mettant pas à jour les protocoles d'hygiène en conformité avec les recommandations actuelles de bonnes pratiques d'hygiène; en ne mettant pas en place des formations aux ASH faisant-fonction d'AS sur les bonnes pratiques d'hygiène; en ne traçant pas l'entretien des dilueurs de désinfectant, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF
Prise en charge médicale : - Continuité des soins para-médicaux et médicaux - Régulation et coordination des équipes de soins - Projet de soins individuel - Prévention de la dénutrition et de la déshydratation - Prise en charge de l'incontinence/prévention, repérage et prise en charge de l'altération des téguments - Autres prises en charge spécifiques.	Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Ecart : en ne formalisant pas la collaboration IDE vers AS dans le cadre d'un protocole, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4311-4 du CSP. Remarque : en ne mettant pas en place le matériel adapté pour assurer une suppléance de télé coordination médicale l'établissement ne met pas en œuvre une solution complémentaire à celle du médecin libéral et prive les résidents d'une organisation palliative plus large. Ecart : En ne mettant pas en place une commission de coordination gériatrique et donc sa réunion a minima annuelle, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 3° du CASF. Ecart : En laissant compléter par les IDE la partie médicale réservée au médecin dans le DSI, (intitulée « Observations médicales »), l'établissement contrevient aux dispositions du D312-158 9°CASF. Remarque: en manquant de rigueur dans les procédures de remplissage des fiches et cahiers de surveillance, l'établissement ne permet pas de garantir la transmission des données de surveillance et de suivi, fiables et de qualité. Remarque: en ne procédant pas à un bilan cognitif, en pré admission ni en post admission, l'établissement ne garantit pas l'évaluation ou la ré-évaluation médicale pour les personnes atteintes de troubles cognitifs par maladie neuro-dégénérative Ecart: en ne mettant pas en place de projet de soin personnalisé tracé, dont les résultats individuels sont évalués, suivis, et ajustés régulièrement en équipe , et coordonnés par un médecin, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D 312-155-0-3 du CASF Ecart: en ne recherchant pas la cause étiologique de la dénutrition chronique, l'établissement ne garantit pas l'efficacité des mesures correctives mises en place et contrevient en ce sens aux dispositions de L311-3 du CASF. Remarque : En ne quantifiant pas l'intensité de la douleur et le suivi des résultats, dans le dossier "patient" informatique, l'établissement n'est pas conforme au protocole sur la prise en charge de la douleur qu'il a mis à jour en 2019. Ecart: en ne développant pas une culture de l'évaluation globale de la prise en charge médicale des résidents qui comporte une analyse, des objectifs formalisés, un suivi, une évaluation et une coordination tracée avec un médecin, l'établissement contrevient aux dispositions de L311-3 du CASF.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Urgence	Existence d'une procédure d'urgence	En partie	La procédure transmise date du 15/11/2010 et n'a pas été révisée depuis le 16/09/2015. Par ailleurs, elle ne fait pas mention du recours au dispositif IDE de nuit déployé sur le département du Loiret. Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Recommandation DGS/DGAS/Société Française de Gérontologie "Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - Octobre 2007"	Remarque : En ne disposant pas d'une procédure d'urgence à jour, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la Société française de gériatrie et gérontologie.
	DLU en place et mis à jour régulièrement	Conforme	La mission a fait le constat que le dossier de liaison d'urgence peut être édité à la demande depuis le logiciel TITAN. Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions du plan national canicule Courrier DGAS du 29 mai 2008 relatif à la mise en place du DLU en EHPAD	
Projet général de soins	Existence du projet général de soins	Non conforme	La mission d'inspection n'a pas constaté l'existence d'un projet général de soins. Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Article D312-158 du CASF	Ecart : En ne disposant pas d'un projet général de soins, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.
Protocoles et procédures	Existence de protocole de soins à jour	Non conforme	Les protocoles de soins transmis par l'établissement n'ont pas été actualisés depuis plus de 5 ans, voire davantage. Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n°99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales	Remarque : En n'actualisant pas ses protocoles de soins a minima tous les 5 ans, l'établissement s'expose à un risque de non-adaptation de ces derniers.
Dossiers médicaux	Stockage satisfaisant des dossiers	Non conforme	Egalement il ressort des premiers éléments d'analyse de la prise en charge médicale des résidents que la confidentialité des dossiers médicaux n'est pas assurée en raison de l'absence d'un stockage des dossiers médicaux (dans leur version papier) dans une armoire fermée à clef. De plus il est observé une tenue insuffisante des dossiers médicaux. Cf. note prise en charge médicale en complément, en annexe du rapport.	Article L1110-4 du CSP	Ecart : Le stockage des dossiers individualisés et des dossiers médicaux ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents prévue à l'article L.311-3 du CASF et contrevient aux dispositions de l'article L.1110-4 du CSP.
			D. Relations de l'établissement avec l'extérieur		
Partenariats	Existence d'une convention HAD	Conforme	Une convention a été signée avec LNA Santé le 4 juin 2019.	Article D312-155-0 alinéa 5 du CASF	
	Convention formalisée EHPAD / officine	Non conforme	La convention est obsolète. Cf. partie relative au circuit du médicament	Articles L5126-10 II, R5126-105 et suivants du CSP	Ecart : En ne disposant pas d'une convention formalisée avec une officine, en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 II du CSP.
	Existence d'autres partenariats formalisés	En partie	L'établissement a conclu divers partenariats dont : -Association [redacted] - convention [redacted] - convention direction commune avec le CHAM en date du 30/03/2020 - convention [redacted] - convention [redacted] - coopération avec un établissement de santé disposant d'un service d'urgence ([redacted]) en date du 26/06/2007 - convention Karcher au benefice de l'association les amis des Hirondelles Concernant l'association Les Hirondelles (ou amis des Hirondelles), la mission relève que les professionnels de l'EHPAD qui sont aussi benevoles dans cette association beneficient d'avantage concernant les conges (cf explication partie "Presence de personnel dans l'etablissement chaque jour").	Article D312-155-0 5° du CASF Article L312-1 II du CASF (bénévoles)	Ecart : en ne disposant pas d'une convention déterminant les conditions d'intervention de l'association [redacted], et imposant notamment aux intervenants le respect du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-1 II 5ème alinéa du CASF.
			E. Respect des droits des personnes		
Droits et dignité	Respect de la dignité et de l'intimité des résidents	Conforme	L'intimité est respectée ; les soins sont effectués porte fermée et le personnel toque à la porte et attend la réponse avant d'entrer. Les chambres doubles disposent d'un rideau de séparation sauf dans une chambre qui est occupée par une seule personne.	Article L311-3 1° du CASF Recommandation ANESM, Qualité de vie en EHPAD, organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne -juin 2011 (intimité p.17 et 18)	
	Possibilité de recourir à une personne qualifiée	Non conforme	L'affichage relatif aux personnes qualifiées est absent dans l'établissement.	Article L311-5 du CASF	Ecart : En ne garantissant pas aux résidents la possibilité de recourir à une personne qualifiée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF.
	Possibilité de pratiquer le culte	Conforme	Il est indiqué à la mission d'inspection que les résidents souhaitant suivre la messe peuvent se rendre dans la salle polyvalente où se tient l'office une fois par mois.	Charte des droits et libertés de la personne accueillie Recommandation ANESM, Qualité de vie en EHPAD, organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne -juin 2011 (p.21)	
Liberté d'aller et venir	Existence de limitations à la liberté d'aller et venir des résidents. Si oui, leurs conditions.	En partie	La mission d'inspection lors de la visite des locaux a vu une pratique étendue de la contention. Il ressort d'une liste des résidents avec barrières de lit affichée dans l'établissement à date du 8 mars 2024 que, sur les 75 résidents, 23 résidents ont une barrière de lit levée et que 21 résidents ont les deux barrières de lit levées. Les explications avancées par le personnel sont les suivantes : il a été indiqué à la mission d'inspection que les barrières de lits sont relevées en raison de l'inadaptation de la hauteur du lit du résident. La mise en place des barrières de lit empêcherait la chute des résidents.	Recommandation ANESM, Qualité de vie en EHPAD, organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne -juin 2011) Article L311-4-1 du CASF Article R311-0-7 du CASF Annexe 3-9-1 du CASF	Ecart : En limitant la liberté d'aller et venir des résidents sans document formalisant les conditions et raisons de cette limitation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4-1 du CASF.

Thèmes	Points de contrôle	Conformité	Constats	Normes	Ecarts/remarques
Liberté d'aller et venir (suite)	Mise sous contention dans le cadre d'un protocole interne formalisé	Non conforme	cf note prise en charge médicale en annexe du rapport.	Guide HAS : contention physique de la personne âgée (juin 2005) Recommandation DGS/DGAS/Société Française de Gérontologie "Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - Octobre 2007" Recommandation HAS - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée - Octobre 2000	Ecart : En ne disposant pas d'un protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. Remarque : En ne faisant pas de la contention, l'objet d'une prescription systématique, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS. Remarque : En ne réévaluant pas régulièrement les contentions, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS.
Alimentation	Prise des repas dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...)	Non conforme	Les heures de repas sont les suivantes : petit-déjeuner servi à partir de 7h45 jusqu'à 9h. Les petits-déjeuners sont servis dans les salons de chaque aile ou en chambre. Le service du midi commence à 12 h et se termine à 12h40. Pour les personnes autonomes et le souhaitant, le déjeuner est servi au restaurant de l'EHPAD. Pour les moins autonomes et ceux qui le souhaitent, le repas est servi en chambre. Un goûter est prévu l'après-midi. Le repas du soir débute à 18h jusqu'à 18h45. Il est servi au restaurant pour ceux qui le souhaitent et en chambre pour les plus dépendants et ceux qui le souhaitent. Il a été précisé que pour certains résidents une collation est prévue le soir vers 22 heures. Ce sont les professionnels qui déterminent la nécessité d'une collation le soir en fonction de l'appétit des résidents au cours des différents repas de la journée. La période de jeûne dépasse donc les 12 heures pour les autres résidents. [redacted] a indiqué à l'équipe inspection que tous les résidents bénéficiaient de la collation du soir. À la lecture du contrat de séjour remis aux résidents et dans la partie repas, il est constaté l'absence de mention relative à la collation du soir. Lors de l'inspection et au cours du repas du midi, 15 résidents mangeaient au restaurant. Un plan de table existe. Les résidents se placent à chaque repas à la même place. Sur ce plan de table figurent les différents régimes des résidents (sans porc, sans sucre, sans sauce ...).une précision relative à la prise du repas du soir en chambre et les différentes textures adaptées aux résidents (mixé, haché..) y figure [redacted]H était chargée de servir le repas et débarrasser les tables des 15 résidents. Le contenu des assiettes était copieux et conforme au menu affiché dans l'EHPAD. Un mets de substitution existait le midi (purée) pour les résidents qui le souhaitaient. Aucun résident en salle n'est aidé pour la prise de repas. Les résidents ayant besoin d'aide, prennent leur repas en chambre. Une aide aux repas par des professionnels est possible pour les résidents les moins autonomes. Les repas servis en chambre sont distribués sur des plateaux, lesquels sont disposés sur un chariot de distribution; lequel ne garantit pas le maintien de la chaleur des repas.	Annexe 2-3-1 III du CASF Circulaire DSS/DS1/MCGR no 2010-473 du 9 novembre 2010 relative aux priorités de gestion du risque en EHPAD Recommandations HAS relative à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgées, avril 2007 Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 24 août 2021.	Remarque : En dépassant la durée recommandée du jeûne nocturne (12h maximum), l'établissement ne respecte pas l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 24 août 2021.
Entourage du résident	Association de la famille à la vie de l'établissement		Ce point n'a pas été exploré par l'équipe d'inspection.	Recommandations ANESM "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2010 Recommandations ANESM - « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » - Décembre 2008	
F- Prise en charge médicamenteuse et circuit du médicament					

F- Prise en charge médicamenteuse (PECM) et circuit du médicament

N°	Éléments d'appréciation (PCEM)	Oui	Non	En partie	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
3-4 Gestion des médicaments (prise en charge médicamenteuse - PECM)					
3-4-1 Pilotage - Gestion des risques - Démarche en faveur de l'amélioration de la qualité					
A-Auto-évaluation (diagnostic, priorisation des actions, mise en œuvre et suivi) du plan d'actions					
3-4-1-1	L'EHPAD a effectué une auto-évaluation des pratiques et des risques liés à la PECM.	x			Avec l'outil OMEDIT- par [redacted] sans MEDCO.
3-4-1-2	L'EHPAD a identifié et priorisé des actions d'amélioration de nature correctrice ou préventive.	x			Il a été déclaré l'existence d'un plan d'action issu de l'auto-évaluation 2023 qui n'a pas été présenté en inspection.
					Écart : Il n'est pas démontré une amélioration des pratiques à l'issue de l'utilisation de l'outil d'auto-évaluation, ni de plan d'action relatif à la PECM. Plus généralement, l'évaluation interne ou externe prévue à l'article L. 312-8 du CASF n'est pas mise en œuvre en matière de prise en charge médicamenteuse.
3-4-1-3	L'EHPAD a défini un plan d'actions et les modalités de suivi de la mise en œuvre (échéancier, indicateurs de suivi).			x	Il est déclaré un suivi variable de la mise en œuvre du plan d'action, selon le temps disponible. Aucun document n'a été présenté.
B- Évaluations interne et externe					
3-4-1-4	Les évaluations interne et/ou externe ont porté sur la PECM *(CASF Art. L.312-8).*		x		Pas d'évaluation interne ou externe. Seule une auto-évaluation a été réalisée avec les moyens internes disponibles.
C- Système documentaire (documents, procédures et protocoles)					
3-4-1-5	L'EHPAD a formalisé des procédures, protocoles et documents relatifs à la PECM. La validation et la mise à jour sont organisées.			x	Il a été présenté des procédures relatives à la PECM datant de 2016, certaines de 2019. Aucune mise à jour n'a été réalisée en l'absence de MEDCO, soit depuis 2[redacted].
3-4-1-6	Le personnel connait l'existence de procédures et protocoles relatifs à la PECM.			x	Le personnel connait l'existence du classeur de procédures stocké en salle de transmissions, sans toutefois s'y référer spontanément ni être invité à s'y référer puisque ces procédures n'ont pas été mises à jour.
3-4-1-7	Le personnel est informé de leur contenu et a accès aux documents relatifs à la PECM.			x	
					Écart : Le système documentaire n'est pas mis à jour et n'est pas utilisé. Aucun support ne permet de se référer à la règle pour mener les actions relatives à la PECM, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des personnes accueillies dans l'établissement (article L. 311-3 du CASF). Aucune traçabilité n'est ainsi réalisée.
D- Plan de formation					
3-4-1-7	Le plan de formation de l'EHPAD comporte des formations spécifiques sur le thème de la PECM.			x	Il est déclaré que le plan de formation 2024 est en cours de réalisation. Il ne portera sur la PECM que s'il reste des financements à y accorder, d'autres sujets ayant été définis comme prioritaires.
					Remarque : La formation des personnels intervenant sur la PECM n'est pas formalisée. Elle est réalisée par compagnonnage, le nouveau professionnel étant accompagné par un professionnel en poste, sur le terrain, sans référence à aucun document de procédure ou d'enregistrement; les actions de formation de terrain ne sont pas enregistrées.
3-4-2 Commission de Coordination gériatrique (CCG)q					
A-. Commission de coordination gériatrique (CCG)					
3-4-2-1	La CCG est réunie au minimum 2 fois par an. *(CASF Art. D. 312-158, Arrêté 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique)*		x		La CCG n'existe plus depuis le départ du MEDCO en__ Les questions 3-4-2-2 à 3-4-2-4 sont non applicables en l'absence de CCG.
3-4-2-2	La participation est multidisciplinaire comme le prévoit sa composition : - directeur, médecins, cadre de santé ou infirmier diplômé d'Etat en charge de la coordination de l'équipe soignante, infirmiers diplômés d'Etat ; - psychologues; masseurs-kinésithérapeutes de l'EHPAD ou leurs représentants; ergothérapeutes et psychomotriciens salariés de l'EHPAD; - pharmacien gérant d'une PUI; - ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD à titre libéral; - pharmacien d'officine référent/dispensateur(s). *(CASF Art. D. 312-158, Arrêté 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique)*				[redacted] Il est constaté l'absence de politique du médicament, travaillée au sein de l'EHPAD.
3-4-2-3	La CCG est consultée sur la politique du médicament. *(CASF Art. D. 312-158, Arrêté 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique)*				
3-4-2-4	Les travaux relatifs à la PECM (liste préférentielle, dotation d'urgence, molécules onéreuses, événements indésirables, analyses des causes, ...) sont présentés en CCG.				
					Ecart : La PECM dans l'établissement ne fait l'objet d'aucuns travaux, ni rétrospectif, ni prospectif, au bénéfice des patients, notamment concernant la liste préférentielle des médicaments. En l'absence de MEDCO, aucune mesure supplétive n'est prise pour assurer le suivi de la politique du médicament au sein de l'EHPAD, avec les professionnels concernés (obligation de commission gériatrique intégrant notamment la PECM : D. 312-158 du CASF).

B- Conventions et contrats EHPAD / Officine(s) ;

3-4-2-5	L'EHPAD a signé une (ou des) convention(s) avec une (ou plusieurs) officine(s). *(CSP Art. L.5126-10)*	x			Le document remis est une convention établie entre la « Pharmacie [redacted] et l'EHPAD « Les Hirondelles » (DORDIVES), en date du 28/03/2012, signée pour l'EHPAD de [redacted] et pour la pharmacie un cachet et une signature non identifiée. Elle a été établie pour 2 ans, renouvelable par tacite reconduction par période supplémentaire d'1 année pour une durée de 4 ans maximum. Elle est donc obsolète depuis 29/03/2018.
3-4-2-6	Les résidents ou leurs représentants légaux, conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix. Ce choix est enregistré dans un document (contrat de séjour, autre document). *(CSP Art. L.1110-8, L.5126-10)*	x			Au niveau soignant, la possibilité de libre choix n'est pas connue, bien qu'une procédure remise à l'équipe d'inspection le mentionne (Administration médicamenteuse datée du 24/02/2016). Toutefois, un document type est remis en inspection, prévoyant la traçabilité de ce libre choix à l'entrée du résident.
3-4-2-7	Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur. *(CSP Art. L. 5126-1, L. 5126-10)*	x			La convention n'est plus valide. Il est déclaré que les weekend ends et jours fériés, il n'est pas fait appel à la pharmacie de garde. Les livraisons ont lieu vers 17h30, les lundi, mardi, jeudi et vendredi. Exceptionnellement, une livraison peut être assurée le samedi. La pharmacie est informée des admissions provisoires et des départs.
3-4-2-8	Nombre d'officine(s) approvisionnant la structure.				Une officine : P 9 Rue FERNAND BOUTET 45120 CHALETTE-SUR-LOING
3-4-2-9	La (ou les) convention(s) désigne(nt) un pharmacien d'officine référent. *(CSP Art. L.5125-1-1A, L.5126-10 II, CASF Art. L. 312-1)*		x		La désignation est prévue sans toutefois mentionner de nom.
					Ecart : La collaboration avec l'officine ne fait pas l'objet d'une convention à jour et signée. L'ensemble des champs d'intervention de l'officine y sera listé, les responsabilités respectives de l'EHPAD et de l'officine dans la PECM seront détaillées. La convention fera l'objet d'un suivi. Le pharmacien référent sera désigné et ses missions seront détaillées, notamment sa coopération avec le pharmacien dispensateur (CSP Art. L.5125-1-1A, L.5126-10 II, CASF Art. L. 312-1).

3-4-3. Evénements, effets indésirables, alertes ruptures d'approvisionnement

A- Gestion des événements indésirables

3-4-3-1	Il existe une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM. *(CSP Art. L.1413-14, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ; Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 (déclaration EIG associés à des soins))*		x		Il n'existe pas de procédure.
3-4-3-2	Il existe une fiche de déclaration interne des événements indésirables (dont ceux liés à la PECM) mise à disposition du personnel. *(idem)*	x			Il existe une fiche de déclaration qui peut être remplie par un membre de l'équipe et transmise à la direction, fiche qui n'a pas été présentée. Il a été déclaré que plusieurs fiches ont été remplies par le personnel sans que celui-ci ne soit tenu informé d'éventuelles déclarations à l'ARS.

4.2. Déclarations de pharmacovigilance

4.2.1	Une procédure relative à la pharmacovigilance renvoie vers https://signalement.social-sante.gouv.fr ou précise les coordonnées (numéro de téléphone, fax, mail) du centre régional de pharmacovigilance (CRPV). *(CSP Art. L. 5121-25)*		x		Il n'existe pas de procédure. Il est déclaré qu'il existe une fiche de pharmacovigilance.
					Ecart : La procédure relative à la pharmacovigilance n'existe pas et les signalements ainsi que leur traçabilité ne sont pas assurés*(CSP Art. L. 5121-25).*

4.3. Gestion des alertes

4.3.1	Une organisation garantissant la prise en compte des alertes sanitaires concernant les produits de santé est définie. *(Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières).*	x			Elles sont reçues par fax ou mail ou via la pharmacie. Elles sont affichées au mur de l'infirmerie. L'IDE recherche la boite ou le rouleau concerné pour retour à la pharmacie. Il n'existe pas de procédure. Aucune traçabilité n'a été présentée
					Remarque: L'organisation de la gestion des alertes n'est pas documentée et ne fait pas l'objet d'une procédure ni d'une traçabilité.

3-4-4 Dispositions organisationnelles et ressources humaines

3-4-4-1	La personne responsable de la qualité et/ou de la gestion des risques liée à la PECM est désignée.		x		

3-4-4-2	Le poste de médecin coordonnateur (MEDEC) est pourvu. *(CASF Art. D.312-156)*		x		
3-4-4-3	Le MEDEC exerce également en qualité de médecin prescripteur dans le même EHPAD. *(CASF Art. D.312-158)*				Non applicable
3-4-4-4	Il existe plusieurs équipes soignantes pour assurer la continuité sur 24 h.			x	IDEC : [redacted] IDE : 1 binôme en 12 heures, de 7h00 à 19h00. Une intérimaire IDE a été recrutée pour [redacted] mois à temps plein. Sa formation prévue consiste en 1 journée en doublon avec un IDE.
3-4-4-5	L'organisation prévoit des temps de transmission entre les équipes (orales, écrites, ciblées).	x			Voir supra.
3-4-4-6	L'organisation prévoit des temps de réunion pour les équipes pour des retours d'expérience et des études de cas sur la PECM.		x		
					Remarque : Les temps d'échange en équipes doivent être formalisés et faire l'objet d'une traçabilité
3-4-4-7	L'organisation de la PECM est présentée aux nouveaux arrivants ainsi qu'aux remplaçants et stagiaires (IDE,aides-soignants, aides-médico-pschologiques notamment).			x	Uniquement lors de la formation en doublon, sur le terrain.
					Remarque : La formation des personnels à la PECM nécessite d'être formalisée et tracée

3-4-5 Modalités et pratiques d'évaluation des traitements médicamenteux (concertation, conciliation)

3-4-5-1	Une évaluation médicale du traitement est organisée à l'entrée du résident	x			Tous les 2 à 3 mois [redacted] pour les renouvellements. Il n'est pas présenté de procédure.
3-4-5-2	Une réévaluation du traitement est organisée au moins une fois par an et lors des modifications de traitements.	x			
3-4-5-3	Une procédure précise, en cas du retour d'hospitalisation ou de passage aux urgences, l'organisation pour que l'IDEC, le MEDEC et le médecin traitant notamment, soient informés de toute modification de traitement.	x			Logiciel TITAN par [redacted] : il est déclaré que le prescripteur dicte l'ordonnance à [redacted] qui saisit dans TITAN, imprime puis fait signer au prescripteur.
3-4-5-4	Toutes les modifications de traitement sont tracées dans le dossier médical et de soins.	x			Il existe des temps de coordination avec les IDE pour présenter aux IDE les changements de traitement. L'administration a lieu seulement avec la tablette, mais les ordonnances nominatives sont accessibles au moindre doute.
3-4-5-5	L'évaluation du traitement associe le pharmacien dispensateur et/ou référent		x		

3-4-6 Modalités et pratiques de prescription et de dispensation

3-4-6-1	Il existe une liste préférentielle des médicaments (LPM) adapté aux personnes âgées. Elle est établie par classes thérapeutiques. (CASF Art. D.312-158)			x	Exemplaire vu, non daté. Présenté comme datant d'avant le départ du MEDCO, mais non utilisée par le médecin présent 2 h par semaine. Elle n'a pas été remise à jour.
3-4-6-2	La LPM a été élaborée par le MEDEC, en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien dispensateur et/ou référent. Elle est adaptée aux personnes âgées. Elle est établie par classes thérapeutiques. *(CASF Art. D.312-158, CSP Art. L.5126-10 II)*				Non applicable
3-4-6-3	Il existe une liste des médicaments à ne pas broyer. Des formes galéniques adaptées sont prescrites aux personnes présentant des troubles de la déglutition. *(CSP Art. L. 5126-1, L. 5126-10)*	x			C'est la liste de l'OMEDIT Normandie, donnée à l'établissement 15 jours auparavant, lors de la visite de la sécurité sociale. Il n'a pas été précisé de formation à l'attention des équipes soignantes
3-4-6-4	Les prescripteurs sont formés à l'utilisation du logiciel d'aide à la prescription (LAP)		x		Ils ne l'utilisent pas faute de temps.
3-4-6-5	L'accès au logiciel de prescription est sécurisé pour chaque prescripteur : identifiant et mot de passe dédiés et confidentiels. *(Fiches thématiques professionnels de santé sécurités CNIL)*				Non applicable
3-4-6-6	Les prescripteurs utilisent le LAP mis à leur disposition.		x		
3-4-6-7	L'établissement mène des actions pour que les prescriptions soient conformes.		x		
3-4-6-8	La date de la prescription est précisée sur l'ordonnance. *(CSP Art. R. 5132-3, R. 5132-22*	x			
3-4-6-9	Le nom, la qualité et la signature du prescripteur sont mentionnés. *(CSP Art. R. 5132-3*	x			
3-4-6-10	La dénomination, la posologie, la durée de traitement et la voie d'administration des médicaments sont mentionnés. *(CSP Art. R. 5132-3 et suivants*	x			
3-4-6-11	La fréquence des consultations permet la réévaluation régulière des traitements.	x			
3-4-6-12	Les durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1mois), durée maximale 12 mois), stupéfiants, sont connues et respectées. *(CSP Art. R. 5132-12, R. 5132-21)*				Non évalué
3-4-6-13	Les prescriptions sont faites en dénomination commune internationale (DCI). La spécialité est éventuellement précisée.	x			
3-4-6-14	La prescription respecte les restrictions (prescription restreinte, usage hospitalier, surveillance pendant le traitement…)				Non évalué

3-4-6-15	La prescription permet de distinguer si l'aide à la prise relève ou non de l'aide aux actes de la vie courante. *(CASF Art. L. 313-26)*		x		Ce point est vu lors des transmissions au sein de l'équipe soignante, en l'absence de médecin et éventuellement mentionné dans le dossier patient. Les prescriptions ne mentionnent pas cette notion d'acte de la vie courante. **Ecart :** la prescription ne permet pas de distinguer si l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante
3-4-6-16	Il existe dans les faits, même hors urgence vitale, des pratiques de prescription orale. *(CSP Art. R. 4311-7)*	x			Il est possible que cela puisse arriver. Dans ce cas, le médecin indique par téléphone de débuter un traitement sans prescription : l'information est entrée dans TITAN (préparation de l'ordonnance par [redacted]) et le médecin la signer à son passage suivant). Le traitement est débuté sans la signature du médecin. Le médecin passe le mardi et le vendredi.
3-4-6-17	Les prescriptions orales faites en urgence sont systématiquement confirmées par écrit. *(CSP Art. R. 4311-7)*			x	**Ecart :** les prescriptions orales existent dans des cas d'urgence, sans qu'il ne puisse être fait référence à un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin, ces documents n'étant pas à jour ni validé par un médecin en fonction
3-4-6-18	Dans les faits, il existe des pratiques de retranscription à des étapes du processus de la PECM identifiée (La retranscription n'est pas acceptable).		x		
3-4-6-19	Les protocoles relatifs à certaines prescriptions sont régulièrement révisés, validés, datés et signés. (Douleur, diabète, anticoagulant) *(CSP Art. R.4311-7, R.4311-8 et R.4311-14)*		x		Aucun protocole n'est utilisé suite au départ du MEDCO, sauf celui relatif à l'adaptation des doses d'insuline.
3-4-6-20	Le médecin doit écrire dans le dossier de soins qu'un protocole général peut s'appliquer à un résident donné. (Sans PUI : CSP R. 4311-3				Non applicable
3-4-6-21	L'original de la prescription est utilisé pour la dispensation par le pharmacien dispensateur. *(CSP Art. R. 5132-5, R. 5132-6)*		x		Uniquement pour FORSTEO (médicament d'exception)
3-4-6-22	Après exécution, sont apposés sur l'ordonnance les mentions réglementaires (substitutions etc.). La prescription est restituée à l'EHPAD. *(CSP Art. R. 5132-13, R. 5125-53)*		x		Les ordonnances de FORSTEO sont-elles retournées ?
					Les originaux des ordonnances ne sont pas systématiquement remis à l'officine pour endossement et délivrance puis restitués à l'EHPAD.
3-4-6-23	Le pharmacien dispensateur délivre des informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel. *(CSP Art. L. 526-1, L. 5126-10, R. 4235-48)*	x			Les informations de bon usage sont délivrées par les préparateurs en pharmacie qui alertent également sur des redondances, des interactions ou des substitutions. L'équipe soignante a des échanges réguliers avec les préparateurs.
3-4-6-24	Le pharmacien dispensateur alimente le dossier pharmaceutique. *(CSP Art. L.1111-23)*		x		Non, en l'absence de carte vitale à l'officine, le DP n'est pas alimenté.
					Remarque : La traçabilité des échanges entre EHPAD et pharmacie doit permettre de démontrer la réalisation effective de l'acte de dispensation, notamment concernant la partie des conseils pour la prise des médicaments. Elle est à mettre en place.

3-4-7 Modalités et pratiques de la préparation des médicaments

3-4-7-1	La préparation des médicaments s'effectue au vu de la dernière prescription originale. *(si IDE : CSP R. 4311-7 et R. 4312-38, si officine CSP R. 5132-5)*		x		A l'officine : sur le scan de l'ordonnance adressé par mail depuis l'EHPAD. A l'EHPAD, à partir de la PDA, les médicaments hors PDA étant identifiés sur un sachet vide et ainsi ajoutés au moment de la préparation de la tournée d'administration. La tablette peut être consultée en cas de doute.
3-4-7-2	Tout médicament reste identifiable jusqu'à l'administration. *(CSP Art. R. 4312-38)*			x	PDA : les sachets de PDA comportent l'identité du patient et son numéro de chambre (côté porte ou fenêtre pour les chambres doubles), l'identité du médicament nom, dosage, quantité (ABSENCE du numéro de lot et de la date de péremption). Nom de l'officine et date de la PDA.
3-4-7-3	Dans l'EHPAD, la préparation est réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre.	x			Possibilité d'interruption de tâches. Préparation sur le chariot de soins, nettoyé au moins une fois par jour, sans traçabilité. Des préparations « à l'avance » de certaines injections sont réalisées sur l'étagère du placard des stupéfiants, sans que la dispensation nominative ne soit matérialisée.
					Remarque : La traçabilité des opérations de nettoyage des matériels sensibles en lien avec la dispensation et l'administration des médicaments n'est pas systématiquement assurée. **Ecart:** Les médicaments ne restent pas tous identifiables jusqu'à leur administration. Les traitements de chaque résident ne sont pas regroupés dans des casiers nominatifs. La traçabilité du lot et de la date de péremption est perdue sur les sachets de PDA, ce qui ne permet pas une vérification ultime lors de l'administration (CSP Art. R. 4312-38)
3-4-7-4	Les médicaments éventuellement déconditionnés au sein de l'EHPAD sont séparés dans une présentation unitaire permettant d'identifier le médicament. (par exemple si des médicaments sont placés dans des godets, l'identité du résident est inscrite sur le corps du godet et non sur le couvercle)				Les médicaments hors pilulier ne sont pas identifiés : - Nom du patient : variablement inscrit au stylo sur la boite, sur un post it par la pharmacie - Pas de stockage dans un casier individuel nominatif (mutualisation) - Les médicaments préparés [redacted] sont inclus au milieu des sachets de PDA (un sachet de poudre, intercalé, des formes orales sèches ajoutées dans le sachet.
3-4-7-5	En cas de déconditionnement / reconditionnement au sein de l'EHPAD ou de l'officine, la date de péremption et le numéro du lot sont conservés.		x		
					Ecart: Aucun contrôle des chariots n'est réalisé et les tiroirs du chariot ne sont pas régulièrement entretenus ni les traitements supprimés ou retirés des tiroirs pour être retournés vers la pharmacie (CSP R4312-37).

3-4-7-6	La préparation des médicaments est organisée au sein de l'établissement pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche.		x		
3-4-7-7	Les médicaments sont préparés dans les piluliers (ou équivalents) conçus pour une semaine, un mois, ou autre périodicité.	x			Périodicité de 4 jours
3-4-7-8	Un double contrôle des piluliers est assuré par un personnel différent de celui les ayant préparé.		x		Il n'est pas organisé de double contrôle des « si besoin » ni des hors piluliers au sein de l'EHPAD. Les piluliers préparés par l'officine sont déclarés libérés par le pharmacien, après réalisation par un préparateur en pharmacie.
3-4-7-9	L'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est régulièrement effectué (casiers, piluliers, godets…) et fait l'objet d'une traçabilité.		x		De la poussière et des comprimés non identifiés et déconditionnés ont été retrouvés au fond des tiroirs du chariot des médicaments.
					Ecart : L'entretien régulier des matériels de dispensation doit être assuré et tracé (CSP R4312-37)
3-4-7-10	Les médicaments sont préparés pour partie au moyen d'un automate.	x			
3-4-7-11	Gestionnaire de l'automate				Pharmacie du BOURG
3-4-7-12	Lieu d'installation de l'automate				Pharmacie [redacted]
3-4-7-13	La PDA est réalisée dans l'EHPAD par les IDE de l'EHPAD.			x	La PDA est réalisée dans l'EHPAD par les IDE de l'EHPAD. pour les médicaments hors sachets individuels livrés par l'officine, pour les « si besoin », les stupéfiants et les traitements intercurents. Lors de l'utilisation de pipettes, les pratiques varient en fonction des IDE : nettoyage à l'eau claire ou utilisation du bac de décontamination (la procédure d'utilisation du bac de décontamination a été mentionnée sans être présentée. Aucune traçabilité de l'entretien des dispositifs d'administration) Le fond des boitages de médicaments administrés à la pipette présente des traces de médicaments séchés au fond, attestant que certaines pipettes peuvent ne pas être nettoyées entre deux administrations. Les dates d'ouverture des médicaments ne figurent pas systématiquement sur les boites. Les noms des patients ne figurent pas systématiquement sur les boites. Il a été constaté et observé : - La présence dans un tiroir du chariot, d'un flacon d'AERIUS sans nom, sans date d'ouverture, avec une pipette et des traces de résidus au fond de la boite. La corrélation entre le médicament et le patient auquel il est destiné n'est pas démontrée. - La présence dans un tiroir, un médicament TRIMEBUTINE au nom de madame B, [redacted]om au stylo sur la boite, traitement terminé au 01/01 mais conservé dans le tiroir 2 mois ½ plus tard. - La présence de deux boites de CYPROFLOXACINE 500 mg pour madame [redacted] dont le traitement est terminé depuis « longtemps » s [redacted]. Ces boîtes sont conservées dans le tiroir du chariot. - 1 paquet de cigarette et des bonbons à la menthe sont conservés dans le chariot de médicaments, le résident auquel ils sont destinés devant être rationné. - Des comprimés ou des ½ comprimés sans identification et déconditionnés sont trouvés au fond des bacs des tiroirs, avec de la poussière.
	Arrêté du 31 juillet 2009 (NOR: SASH0918262A), annexe 2, compétence 4, 2° alinéa.				**Ecart** : Les opérations de PDA au sein de l'EHPAD, assurées par les IDE, sont à mener dans des conditions de sécurité et d'hygiène satisfaisantes, et notamment sans interruption de tâche. Le double contrôle de la préparation est à assurer et tracer. Les dispositifs d'administration sont à rattacher à chaque médicament, par patient. Ils doivent être maintenus propres et dédiés. (CSP R4312-37 et -38).
3-4-7-14	La PDA est réalisée par l'officine.	x			Pour les formes orales sèches le permettant.
3-4-7-15	La PDA est réalisée par le personnel de l'officine (pharmacien, préparateurs sous le contrôle effectif du pharmacien) **dans les locaux de l'EHPAD.** *(CSP Art. L.4241-1, Recommandation de l'Ordre des pharmaciens)*		x		
3-4-7-16	La PDA est réalisée par l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine.	x			

3-4-8 Modalités et pratiques administration des médicaments

3-4-8-1	L'administration des médicaments est faite au vu de la dernière prescription, et non d'une retranscription de cette prescription. *(CSP Art. R. 4312-38)*		x		L'administration en tant que telle peut être réalisée par : - L'IDE, à partir des doses préparées à l'infirmerie par l'IDE-même, en se fondant sur les sachets livrés par la pharmacie. - Une AS ou une ASH à partir des doses préparées à l'infirmerie par l'IDE. - Dans tous les cas, lors de l'administration, aucune vérification systématique de l'ordonnance n'est réalisée. L'IDE, peut avoir accès à la prescription via une tablette. L'AS ou l'ASH ne peut avoir accès à la prescription qu'en allant sur un poste informatique consulter TITAN ou consulter l'original de l'ordonnance conservée dans un classeur à l'infirmerie. Il est ainsi fait confiance à l'étape précédente, sans pour autant qu'il ait été vérifié que celle-ci comportait une vérification formelle et tracée du contrôle médicaments préparés/prescription originale. La phase d'administration est le dernier moment de vérification de l'adéquation de la dose préparée avec l'ordonnance et l'identité du patient. Elle doit être prévue et les acteurs de cette ultime phase doivent disposer de tous les moyens pour l'assurer correctement.
					Ecart: Un IDE ne vérifie pas la conformité du traitement à la prescription et la date de péremption du traitement (CSP Art. R. 4312-38).

3-4-8-2	La concordance entre l'identité du résident, celle figurant sur la prescription médicale et celle mentionnée sur chaque contenant des médicaments est vérifiée. *(Art. R. 4312-42, R. 4312-43 CSP)*	x			Pour les intérimaires, un trombinoscope est prévu. Les noms des résidents sont sur les chambres (sauf un ou deux).
3-4-8-3	Les personnes responsables de l'administration des traitements médicamenteux sont bien identifiées (IDE, AS, AMP…) : - délégation de tâches formalisées par les IDE pour les AS/AMP qui pratiquent la « distribution » et l'administration de médicaments aux résidents Ces délégations doivent distinguer la qualification des personnes selon le type de médicament et le moment de la journée (matin, midi, soir et nuit). En effet, l'administration de médicaments à risque (faible marge thérapeutique, mode d'administration,) doit être réservée aux IDE. Avoir liste de médicaments dont la délégation aux AS/AMP n'est pas autorisée Les ASH distribuent-elles les médicaments ? Articles : R 4311-5 4°, 5°et 6° du CSP; R 4311-4 du CSP; Article : L 313-26 du CASF			x	Il est déclaré qu'il n'existe pas de délégations de tâches IDE/AS formalisées. Il n'y a donc pas de liste formelle de médicaments dont l'administration est réservée aux IDE (exclusion des AS). Il est toutefois déclaré que certains médicaments sont exclus de la distribution par les AS par les IDE (par exemple : les dispositifs transdermiques ne sont posés et retirés que par les IDE). Si des stupéfiants sont prévus pour la nuit, ils sont préparés et stockés comme les autres médicaments. Les ASH faisant fonction d'AS et formées en même temps que les AS sur le terrain peuvent distribuer les médicaments, notamment la nuit (absence d'IDE) pour la prise du coucher ou les « si besoins ». Il n'a pas été présenté de procédure pour cette opération ni de consignes de gestion données aux AS et ASH. Les médicaments du coucher sont stockés dans un haricot préparé par les IDE et stocké dans le bureau de l'IDEC non fermé à clé (loquet en hauteur) pour l'ensemble des patients. Des médicaments « si besoin » sont stockés en accès libre dans une caisse posée sur un meuble dans la salle des transmissions. Des médicaments sensibles, antalgiques et psychotropes, peuvent y être stockés (TRAMADOL, SERESTA). Une boite d'IMOVANE périmée a été trouvée et retirée. Ces médicaments sont issus des reliquats d'anciens traitements. Leur stockage n'est pas sécurisé. Il n'a pas été présenté de procédure pour leur administration ou la traçabilité des administrations.
					Ecart: Le stockage des médicaments en dehors d'armoire fermées à clé et dont l'accès est réservé au personnel infirmier et médical est prohibé, notamment pour les médicaments destinés aux prises du coucher et de la nuit (traitements quotidiens et si besoins).
3-4-8-4	La personne qui administre les médicaments est identifiée pour chaque résident, pour chaque prise.		x		L'identité des personnes qui administrent est connue par défaut, et d'après les plannings du jour. La nuit, les AS/ASH entrent dans les commentaires de distribution dans une fiche générale du patient. L'IDE renseigne le lendemain la fiche patient.
					Remarque : Les professionnels intervenant dans la PECM ne sont pas formellement identifiés en dehors des plannings et leur intervention dans le circuit n'est pas tracée
3-4-8-5	L'administration (et la non administration) des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise. *(Art. R. 4312-41 CSP)* *La surveillance du patient après la prise est assurée et tracée.*			x	L'enregistrement de la prise est coché par défaut au moment de la distribution par l'IDE. La case est décochée par l'IDE en cas de retour de médicaments non pris à l'infirmerie. Au départ de la mission d'inspection vers 20h30, un plateau de repas contenant des couverts et laissé sur un meuble séparant la salle à manger du couloir de circulation, comportait une gélule rouge et jaune posée dans une cuillère à soupe. Il a été demandé à la [redacted] d'immédiatement mettre en sécurité cette gélule afin qu'elle ne puisse pas être utilisée ni par un résident, ni par un personnel.
3-4-8-6	En cas de non administration de médicaments, l'IDEC, le MEDEC et le médecin prescripteur sont informés. *(CSP Art. R. 4312-41)*			x	L'IDEC est toujours informée. Le médecin prescripteur est informé de façon variable.
					Ecart : L'information systématique du médecin n'est pas assurée et la recherche de solution conjointe pour pallier les non-administrations n'est pas pratiquée. L'ensemble des professionnels de santé intervint dans la PECM doit être informé des non administrations afin de proposer conjointement des solutions palliant cette absence d'administration. (CSP Art. R. 4312-41)
3-4-8-7	Pour les spécialités sous forme multi doses (flacons, gouttes, solutés buvables, collyres, etc.), la date d'ouverture et le nom du résident sont systématiquement portés sur le flacon. *(CSP Art. R. 4312-38)*		x		**Ecart :** La mutualisation des traitements multidoses est une pratique courante.
3-4-8-8	Pour les gouttes et les solutés buvables, le dispositif doseur est propre et correspond à la spécialité. *(Bonnes pratiques de préparation et d'administration des SOLUTIONS BUVABLES MULTIDOSES, Recommandations OMEDIT Centre-Val de Loire, Juin 2017)*			x	Les dispositifs d'administration sont conservés avec le flacon. Le flacon n'est pas systématiquement nominatif. Les modalités de nettoyage des dispositifs varient en fonction du professionnel (rinçage à l'eau claire ou utilisation du bade décontamination).
3-4-8-9	Si la notice du médicament, l'AMM, fixe une durée limite d'utilisation après ouverture, cette dernière figure sur le conditionnement du médicament entamé. *(RCP des médicaments)*		x		
					La dispensation nominative assurée par la pharmacie impose que le médicament administré au résident soit celui qui lui a été délivré. La mention de la date d'ouverture permet de garantir la qualité du médicament administré. S'il existe un dispositif d'administration, il doit être dédié à la boite nominativement identifiée, afin d'éviter des erreurs de dosage ou des contaminations croisées et prévenir un éventuel risque infectieux.

3-4-8-10	Des personnes chargées des actes de la vie courante peuvent aider à la prise des médicaments si le mode de prise du médicament ne présente pas de difficulté d'administration et ne nécessite pas d'apprentissage particulier. *(Art. R.4311-4 du CSP, L.313-26 CASF)*	x			ASH : formation sur le terrain par compagnonnage, sans traçabilité ni référence à une procédure à jour.
3-4-8-11	Les formes liquides (gouttes buvables…), les médicaments mélangés avec un liquide, à mélanger avec un liquide, à écraser sont préparés au plus près du moment de l'administration et sans être mélangés.			x	Les médicaments peuvent être mélangés à une compote ou un yaourt. Ils sont donc susceptibles d'être mélangés entre eux.
3-4-8-12	Les horaires d'administration des hypnotiques sont adaptés et préservent un rythme de vie.			x	Il n'existe pas de procédure. L'heure de prise est prise en compte au maximum, en fonction du professionnel qui officie
					Remarque : Il n'existe pas de procédure permettant d'harmoniser les pratiques d'administration entre les différents professionnels intervenant.
3-4-8-13	Il existe un protocole décrivant les bonnes pratiques de broyage des médicaments.				[redacted]
3-4-8-14	Le matériel pour le broyage utilise des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique. (CSP art. R. 4312-37)				Le broyeur présenté est un dispositif très vieux. Il consiste à écraser les médicaments directement dans le sachet de PDA. Il n'endommagerait pas les sachets et ne nécessiterait donc pas un nettoyage entre les patients selon les déclarations recueillies. Le processus est décrit comme compliqué car s'il y a une gélule au milieu des comprimés à broyer, elle doit être maintenue manuellement en haut du sachet pendant que le reste est écrasé. Aucune analyse de la possibilité d'écraser les médicaments ne semble faite au moment de l'opération de broyage. Une analyse lors de la dispensation, des médicaments qu'il est possible de broyer ou non, conduirait à la séparation des médicaments, voire à la modification des formes galéniques pour les adapter aux patients traités et leur capacité à avaler.
3-4-8-15	Le matériel de broyage est nettoyé avec une compresse sèche ou humide entre chaque résident.		x		Non parce que les poudres obtenues restent dans le sachet. Il a été observé un deuxième dispositif de broyage par écrasement dans un contenant translucide à couvercle bleu (fêlé). Ce dispositif stocké dans un tiroir du chariot a été déclaré comme n'étant pas utilisé. Son état de propreté n'était pas démontré.
3-4-8-16	La gestion des médicaments est laissée aux résidents demandeurs dont l'autonomie est évaluée suffisante par le prescripteur.	x			
3-4-8-17	Le protocole précise ce qui est géré par le résident et ce qui est géré par l'établissement (dont la traçabilité).		x		Actuellement, 3 résidents disposeraient d'une partie de leurs médicaments. Aucun médicament sous forme sèche *per os* n'est laissé au patient. Les sachets de PDA sont de ce fait exclus. Les patients peuvent conserver certaines crèmes ou pommades. Un pot de laxatif sous forme de gel oral. Ou de la VENTOLINE s'ils en ont une grande habitude. La gestion autonome est laissée à l'appréciation des IDE/CS et tracée dans TITAN. Il est déclaré que le médecin n'intervient pas, en l'absence de temps disponible, ce qui n'est pas conforme. Il n'existe pas de protocole.
3-4-8-18	Le résident reçoit toute information indispensable au bon usage de ses médicaments (consignes particulières de prise : avant, pendant, après le repas, etc.). *(Hors PUI : Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières.)*	x			Par les IDE ou le prescripteur.
3-4-8-19	La décision est indiquée dans le dossier médical et le dossier de soins du résident.	x			La gestion autonome est laissée à l'appréciation des IDE/CS et tracée dans TITAN.
3-4-8-20	L'autonomie du résident pour prendre lui-même ses médicaments est réévaluée régulièrement.	x			Elle est effectuée par l'IDE.
					Remarque :La décision de laisser un patient autonome sur la prise d'un traitement est gérée par les IDE et CS. Le médecin n'intervient pas. La nature pluridisciplinaire des décisions relatives à l'autonomie des patients à gérer leur traitement est de nature à sécuriser la décision.
3-4-8-21	Les conditions de détention des médicaments dans la chambre sont sécurisées.	x			La chambre est fermée à clé lorsque le résident sort. Des médicaments ont été trouvés dans certains frigo destinés à la nourriture dans les offices, pièces accessibles à quiconque. Il s'agirait de médicaments destinés à des patients, pour éviter de recourir à l'infirmière pour ouvrir la pièce d'infirmerie et le frigo dédié aux médicaments. Ils sont identifiés au nom du patient. Exemples : Une boite de DELIPROCT suppositoires pour madame B[redacted] Un pot d'une préparation magistrale destinée à Madame [redacted] et périmée au 17 janvier 2024 (pommade diprosone/cérat de Galien.
					Ecart : Tout médicament doit être détenu de façon sécurisé. Le stockage dans des espaces collectifs et accessibles est à proscrire (CSP art R. 4312-39).

3-4-9 Modalités de prise en compte de la PECM dans le système d'information

3-4-9-1	L'EHPAD dispose d'un système d'information adapté à la PECM (propre ou intégrant la PECM).	x			TITAN est l'outil de gestion complet de l'EHPAD.
3-4-9-2	L'EHPAD dispose d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) agréé par la HAS. Nom et version du logiciel d'aide à la prescription *(Art. R.161-76-1 CSS)*				Pas de réponse
3-4-9-3	Les prescriptions médicamenteuses réalisées au sein de l'EHPAD sont directement saisies dans le SI.				Oui par [redacted] sous la dictée du médecin.
3-4-9-4	Le dossier médical est informatisé.	x			
3-4-9-5	Le dossier de soins infirmiers est informatisé.	x			
3-4-9-6	Les droits d'accès sont sécurisés par professionnel.	x			

3-4-10 Modalités et pratiques du transport des médicaments et des produits de santé

3-4-10-1	La livraison s'effectue en paquets scellés opaques au nom d'un seul patient dont la fermeture est telle que le destinataire puisse s'assurer qu'il n'a pas pu être ouvert par un tiers. (EHPAD avec officine)		x		Observation de l'arrivée des caisses de pharmacie : La caisse est scellée au scotch. Le scotch est retiré par le livreur devant l'IDE dans l'infirmerie. Les caisses contiennent les rouleaux posés à même la caisse, et les hors pilulier avec des post-it, soit liés par un élastique, soit dans des sachets ouverts. Pas de livraison de produits thermosensibles (PTS) ce jour : il est déclaré l'utilisation d'une sacoche isotherme, sans eutectique, quelle que soit la saison.
3-4-10-2	La concordance entre la prescription et les médicaments délivrés est vérifiée au moment de la livraison.		x		Une vérification partielle entre le bordereau de livraison de la pharmacie et le contenu des caisses est réalisé : - Pas de vérification des rouleaux de sachet de PDA. - Vérification des hors pilulier. Aucune vérification des rouleaux de PDA au regard des prescriptions.
					Ecart le processus interne à l'EHPAD ne prévoit aucune vérification de la cohérence dispensation/prescription. La vérification systématique de la dispensation est à prévoir et tracer.
3-4-10-3	Il existe une procédure pour la gestion des médicaments stupéfiants.		x		Aucune procédure n'a été présentée. Il existe une traçabilité par patient, dans un classeur et rempli par les IDE.
					Ecart: de nombreux traitements stupéfiants issus de reliquats sont conservés au coffre. La traçabilité de l'ensemble des médicaments stupéfiants est très partielle. La procédure de gestion des stupéfiants est à rédiger et la traçabilité des actions est à assurer. Les traitements terminés ou d'un patient décédé sont à retourner sans délai à l'officine pour destruction.
3-4-10-4	Il existe une procédure sur les conditions de transport permettent de maintenir la qualité des produits thermosensibles (PTS).		x		Pas de procédure présentée. Les PTS sont remis à l'IDE et rangés immédiatement, sans contrôle de température à réception
					Remarque : La procédure de réception des produits froids doit garantir la vérification de la température d'arrivée à l'EHPAD. La traçabilité doit être assurée. La CAT en cas d'excursion de température doit être prévue.

3-4-11 Modalités et pratiques de réception, rangement et stockage au sein de l'EHPAD

3-4-11-1	Une personne habilitée par l'EHPAD assure la réception, le contrôle des médicaments et le rangement au sein de l'EHPAD.	x			Cette fonction est assurée par l'IDE.
3-4-11-2	Les délivrances nominatives arrivent dans des contenants (bacs, tiroirs, casiers, sachets...) adaptés au mode de rangement de l'EHPAD.		x		Les produits arrivent sans ordre particulier.
					Ecart: les médicaments sont livrés en caisses scellées, identifiés à l'aide de post-it et non systématiquement regroupés par patient (quelques sachets non scellés, quelques regroupements à l'aide d'élastiques). Les conditions de la livraison de la dispensation nominative ne sont pas conformes avec la nécessité de dispenser par patient, sous paquet scellé et nominatif. (CSP Article L5125-25)
3-4-11-3	Les traitements de chaque résident sont regroupés dans des casiers nominatifs de capacité suffisante. (Pour l'identitovigilance, Référentiel national d'identitovigilance 1. Principes d'identification des usagers communs à tous les acteurs de santé)		x		
					Le stockage nominatif de la dispensation est obligatoire en cas de dispensation nominative.
3-4-11-4	Une pièce sécurisée et d'accès réservé (personnes autorisées) est dédiée au rangement et stockage des médicaments de l'EHPAD. *(Art. R. 4312-39 CSP)*	x			Cette pièce est fermée à clé et son accès est déclaré réservé aux infirmières et au personnel de ménage.
3-4-11-5	Les locaux sont suffisamment spacieux pour ne pas être encombrés.	x			Quand on est au centre de la pièce : - A gauche de la porte : 2 armoires fermant à clé, La première contenant un stock de médicaments rangés par spécialité La seconde contenant des dispositifs médicaux [redacted]

3-4-11-5 (suite)	Contrôle des péremptions y compris pour la dotation et le chariot d'urgence				- A droite de la porte : 1 armoire fermant à clé avec le coffre de stockage des médicaments stupéfiants, et du stockage de médicaments par formes (stock mutualisé). Cette armoire sert aussi d'endroit de préparation de médicaments injectables et de patch, à l'avance, par les IDE (cf photo) - Sur le mur de droite : - 1 armoire avec 2 portes sur la partie du bas : stock mutualisé de médicaments - 1 armoire fermant à clé avec un stock d'articles de pansement - 1 armoire avec des articles de pansement et 1 boite de VERSATIS Les chariots de soin et d'urgences sont stockés devant ces armoires. Devant les fenêtres, une paillasse avec un évier et le bac de décontamination, de la documentation, des kits de prélèvement du laboratoire de biologie médicale, non utilisés mais ouverts, des placards bas contenant divers matériels. - Sur le dernier mur, une armoire avec des documents divers - Les cartons de MNU CYCLAMED - Le frigo
					Ecart: le stockage des médicaments dispensés nominativement n'est pas réalisé. Certains médicaments sont mutualisés. L'identification de chaque boite est très partielle. **Ecart**: la dotation pour besoin urgent est constituée des reliquats de traitements des résidents. Aucune commande pour dotation pour besoin urgent n'est passée par l'établissement. **Ecart:** il est procédé au recyclage des médicaments. **Ecart:** la dispensation nominative des médicaments hors pilulier est très partielle. **Ecart** : le retour systématique pour destruction à l'officine des traitements terminés ou arrêtés et des traitements des résidents décédés n'est pas réalisé. La nature et l'origine des différents médicaments stockés est à revoir. Le stockage des traitements par patient est à mettre en place. Aucun traitement non nominatif ne doit être trouvé au sein de l'infirmerie, sauf dans la dotation pour besoin urgent. La dotation pour besoins urgents est à mettre en place, avec un approvisionnement réglementaire. Le recyclage des médicaments d'un patient pour un autre ou pour constituer la provision pour besoins urgents est à proscrire, y compris pour les stupéfiants. Tout produit qui n'est plus utilisé par le patient correspondant doit être retourné à la pharmacie pour élimination. La préparation des doses à administrer doit être organisée de manière à ne pas oublier ou mélanger des traitements, dans un espace dédié et approprié.
3-4-11-6	Les substances ou préparations classées comme stupéfiants sont détenues séparément dans des armoires (ou compartiment spécial banalisé, ou coffre) ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre. *(Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants si PUI)* (CSP art. R.5132-80 et Arrêté du 22 février 1990 relatif aux conditions de détention des substances et préparations classées comme stupéfiants)	x			Le coffre est scellé. Il est fermé à clé. La clé est cachée. Son contenu : - Des boites identifiées au marqueur pour des traitements de stupéfiants de patients, en cours. - Des boites identifiées au marqueur ou pas, ne correspondant pas à des traitements en cours (patients décédés ou traitements terminés). Ils sont conservés« au cas où », à des fins d'administration éventuelle en cas de besoin. - Des paquets de cigarette (pour le résident devant être rationné).
					Ecart le coffre contient des médicaments de patients décédés ou de patients ayant arrêté leur traitement et les cigarettes d'un résident « rationné » en tabac. Si la dotation pour besoin urgents contient des stupéfiants, ils sont clairement isolés dans le coffre (le même ou un autre). Tout produit qui n'est pas un médicament stupéfiant doit être éliminé du coffre. Tout traitement ne correspondant plus à un patient donné doit être retourné sans délai et de façon sécurisée à l'officine pour destruction. CSP art. R.5132-80
3-4-11-7	Les chariots de distribution et d'urgence sont entreposés dans un local dédié et identifié. Ils ferment à clef.		x		Un seul chariot de distribution : stocké dans l'infirmerie. Fermant à clé (fermeture à clé déclarée jamais utilisée). Accès à l'infirmerie : IDE CS et personnel de ménage dont l'intervention doit être réalisée en présence d'un personnel autorisé. Un chariot d'urgences: stocké dans un débarras qui n'est pas fermé à clé et qui est resté ouvert jusqu'au départ de l'équipe d'inspection au moins
					Remarque : Le stockage du chariot d'urgence doit être sécurisé.

3-4-11-8	L'EHPAD dispose d'une enceinte réfrigérée adaptée qui fait l'objet d'une maintenance régulière.+ fermé à clé si dans un local non réservé aux personnels infirmiers / médecins		x		L'enceinte réfrigérée de marque [redacted] comporte un compartiment froid et un compartiment séparé pour la congélation. C'est une enceinte domestique. Un sac de vaccins contre la grippe inutilisés est stocké dans le frigo. Il n'a pas été présenté de procédure de maintenance
3-4-11-9	Le contrôle des températures est réalisé avec un matériel adapté.		x		Un thermomètre en mauvais état et imprécis indique +7°C environ le jour de l'inspection. Une feuille de relevé de températures figure sur la porte. Elle indique des relevés à intervalles irréguliers. Elle mentionne notamment des températures relevées en dehors de l'intervalle admis de +2°C à +8°C. Par exemple : de -1°C, de 0°C. Aucune mention d'actions correctrices ou de signalement à la pharmacie ne figure sur le relevé
3-4-11-10	Une procédure relative à la chaîne du froid et prenant en compte les conduites à tenir en cas de relevés non conformes existe.		x		Aucune procédure de chaine du froid n'a été présentée.
					Ecart: le relevé de température est réalisé mais les températures relevées peuvent sortir des spécifications sans qu'aucune action ne soit réalisée. Le contrôle de la chaine du froid doit être procéduré et tracé, y compris les actions correctrices en cas d'excursion de température en dehors des limites réglementaires (+2°C +8°C). Le matériel utilisé doit être propre, en bon état, sa maintenance doit être assurée et tracée.
3-4-11-11	La détention de l'oxygène est effectuée dans un local aéré, sans source de chaleur à proximité et les bouteilles sont arrimées en position verticale. (Bonnes pratiques de distribution d'oxygène à usage médical, §5.1.2)		x		Pas de stockage de bouteilles d'oxygène. Mise en dépôt de 3 concentrateurs, dans le local précédant le débarras contenant le chariot d'urgence. 1 concentrateur seulement est sous housse plastique. Les 2 autres ne sont pas protégés. Le prestataire est [redacted]. La convention n'a pas été présentée
3-4-12 Dotation pour besoins urgents					
3-4-12-1	Il existe une dotation pour besoins urgents. *(CSP Art. R. 5126-108)*		x		Il existe un stock, qui fait office de dotation pour besoins urgents. Il est constitué des reliquats de médicaments récupérés des différents patients, mais aussi des excédents livrés par la pharmacie, qui ne respecterait pas toujours la mention ne pas délivrer [redacted] lors des commandes. Ces produits délivrés nominativement sont conservés à des fins d'administration éventuelle à des patients (pas ceux d'origine).
					Ecart : Cette dotation pour besoins urgents n'est pas conforme car son origine n'est pas conforme. Sa composition doit être décidée de façon pluridisciplinaire. Les mesures de régulation des stocks par patient doivent être mises en place, tracées, vérifiées en lien avec l'officine.
3-4-12-2	La composition de cette dotation est définie conjointement entre le médecin coordonnateur, les médecins prescripteurs et le pharmacien. *(CSP Art. R. 5126-108)*		x		Il n'existe pas de liste.
3-4-12-3	Il existe une procédure validée, connue, à disposition des équipes soignantes relative aux modalités de commande des médicaments pour soins urgents (pendant les horaires d'ouverture et de fermeture).		x		Cette procédure d'approvisionnement n'existe pas et les modalités de reconstitution de la dotation non réglementaire pour besoins urgents ne sont pas fixées.
3-4-12-4	Les médicaments de la dotation sont séparés des médicaments des résidents. *(Art. R.5126-108 CSP)*		x		Les médicaments des résidents sont tous mélangés.
3-4-12-5	Il existe un chariot d'urgence qui doit être fermé avec un témoin.	x			
3-4-12-6	Dans les EHPAD sans PUI, les médicaments pour soins urgents doivent être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un pharmacien ayant passé convention avec l'EHPAD. Cette personne est identifiée. *(CSP Art. L.5126-10 I, R. 5126-108)*		x		Eu égard aux modalités de constitution de la dotation non réglementaire, ce n'est pas le cas.
3-4-13 Autres constatations					
3-4-13-1	Les conditions de retour à la pharmacie des médicaments non utilisés sont définies. *(CSP Art. R 4211-23 (gestion des stocks))* *(Art. R. 4312-39 CSP (sécurisation))*		x		Aucune procédure ou mode opératoire n'a été présenté. Les stupéfiants détenus indûment ont été inventoriés. Ils ont été remis contre signature au livreur de la pharmacie pour destruction. Les cartons CYCLAMED sont présents dans l'infirmerie
					Ecart: Une procédure et une traçabilité des retours doit être mise en place. CSP Art. R 4211-23
3-4-13-2	Qualité des transmissions des prélèvements en vue d'examens de biologie médicale		x		Un meuble non fermé, dans le couloir de l'administration, entre le bureau de la RH et un salon d'attente, à proximité d'une baie vitrée, accueille les prélèvements de l'EHPAD et des IDEL. Un coursier passe à 11h30. Pour les urgences, il peut repasser l'après-midi. Les prélèvements sont déposés dans ce meuble. Les ECBU de la veille sont conservés dans le frigo de l'infirmerie (dédié aux médicaments)
					Remarque :Les conditions de sécurisation et de stockage des prélèvements des résidents doivent être garanties et établies en conformité avec le manuel qualité du ou des laboratoires de biologie médicale concernés. **Ecart** Le stockage des prélèvements biologiques dans le frigo des médicaments est à proscrire.

CONCLUSION

La mission d'inspection a été bien accueillie ; [redacted] ainsi que l'ensemble du personnel se sont rendus disponibles et la visite d'inspection s'est déroulée dans des conditions satisfaisantes.
La mission tient à souligner le contexte particulier de la journée où était organisée une fête dans le cadre de l'anniversaire de 3 centenaires de l'EHPAD.

Il ressort des constats de la visite les éléments saillants suivants:

• L'organisation des soins de l'équipe soignante et des ressources humaines pâtit d'un manque de qualifications et de compétences spécifiques.
A cet effet, la mission relève l'insuffisance de professionnels qualifiés, ce qui impacte la qualité de la prise en charge et induit des glissements de tâche non procédurés. Il convient de souligner qu'il y a une absence de médecin coordonnateur, que 50% des résidents sont sans médecin traitant, que l'animatrice n'est pas présente, qu'il n'y a plus de psychologue ni de kinésithérapeute dans l'effectif et que 80% de l'effectif soignant est composé d' ASH faisant fonction d'AS (le jour de l'inspection).
• Il existe une pratique étendue de la contention au sein de l'établissement et les contentions sont prescrites sur une longue durée.
• Aucune pratique professionnelle n'est réinterrogée dans le cadre d'une évaluation globale, objectivée, tracée: il en résulte une prise en charge insuffisante au niveau de la marche, la prévention des chutes et de la dénutrition et des dérives dans le circuit du médicament.
• Le système d'appel malade n'est pas opérant (le personnel ne se déplace pas systématiquement).
• Les personnels ne connaissent pas la procédure de déclaration des EIG.
• Le projet d'établissement est obsolète.
• Les projets individualisés ne sont pas actualisés ou non réalisés.
• Les protocoles de soins n'ont pas été actualisés depuis plus de 5 ans.
• Le PASA ne répond pas aux attendus réglementaires, les toilettes à proximité sont sales et ne sont pas accessibles; les effectifs réglementaires ne sont pas présents et aucune organisation alternative n'a été mise en place.
• Il est constaté la présence de nombreuses rallonges et de radiateurs électriques dans les espaces de vie ; ces éléments peuvent entrainer des chutes. Il est également constaté la présence de tissu hydrofuge dans la buvette, la présence d'un puisard extérieur non sécurisé, un bout du mur dans la laverie en décrépitude.
• Le risque infectieux n'est pas complétement maitrisé.
• Le circuit du médicament est insuffisamment sécurisé et l'établissement pratique du sur-stockage non autorisé.
• Les dossiers médicaux sont insuffisamment sécurisés.
• La prise en charge médicale souffre de l'absence de coordination et d'expertise médicale telle qu'exercée par un médecin coordonnateur. De la même façon, la politique du médicament dans l'EHPAD pâtit d'une absence de réflexion, faute de médecin coordonnateur et de mise en place d'une commission de coordination gériatrique.
• Les conditions de la poursuite de l'activité de l'EHPAD nécessitent la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre mais l'absence de lisibilité des comptes constatée par le mandataire, combinée à une projection très déficitaire sur les 3 prochains exercices, ne permettent pas d'être optimiste sur la perspective d'un retour à l'équilibre à l'issue du mandat de gestion en cours.

Le fait que l'établissement comporte des équipements vétustes et des locaux souffrant de décrépitude à certains endroits, ne saurait justifier l'absence d'actions correctives aux dysfonctionnements précités. Le cumul de ceux-ci dans un contexte d'enracinement de pratiques professionnelles qui ne sont pas réinterrogées par des professionnels spécifiques de type médical notamment, sont de nature à les rendre préoccupants au regard de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents.
Il en résulte que le niveau d'exposition aux risques que présente l'établissement quant à la maltraitance, la prise en charge et la sécurité des résidents, est critique, dans un contexte d'absence d'évaluation globale objectivée et formalisée de la prise en charge des résidents, d'une défaillance patente dans la réponse aux appels-malades et d'une incertitude sur les conséquences du déséquilibre financier sur le fonctionnement de l'établissement et in fine sur les accompagnements auprès des résidents.

Date : 23/04/2024
Lieu : Orléans

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
inspecteur de l'action sanitaire et sociale	Pharmacien inspecteur de santé publique	Agent habilité du conseil départemental du Loiret	Agent habilité du conseil départemental du Loiret

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AES	Accompagnant éducatif et social
AJ	Accueil de jour
AMP	Auxiliaire médico-psychologique
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ASG	Assistant de soins en gérontologie
ASH	Agent de services hospitaliers
AT	Accueil temporaire
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDS	Cadre de Santé
CNG	Centre national de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPA	Code des relations entre le public et les administrations
CSP	Code de la santé publique
CVS	Conseil de la vie sociale
DASRI	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIPC	Document individuel de prise en charge
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DU	Diplôme universitaire
ÉHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Évènement indésirable
EIG	Évènement indésirable grave
EIAS	Évènement indésirable grave associé aux soins
ETP	Équivalent temps plein
GCSMS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'État coordonnateur
MEDEC	Médecin coordonnateur
ONIC	Orientation nationale d'inspection contrôle
PAP	Projet d'accompagnement personnalisé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PMP	Pathos moyen pondéré
PRIC	Programme régional d'inspection contrôle
PUI	Pharmacie à usage interne
UHR	Unité d'hébergement renforcé

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission conjointe ARS/CD45 qui concerne des agents de l'Agence Régionale de Santé et du conseil départemental du Loiret

Annexe 2 : Lettre de mission d'une personne qualifiée externe de l'ARS

Annexe 3 : Liste des documents transmis par l'établissement

Annexe 4 : note sur la prise en charge médicale dans l'établissement

Annexe 5 : note sur la maîtrise du risque infectieux dans l'établissement

Annexe 6 : Formulaires CERFA de recueil de l'accord écrit de l'occupant lors du contrôle dans les locaux, lieux et installations à usage d'habitation

Annexe 7 : documents relatifs à la convention de direction commune avec le CHAM et délégation de signature

Annexe 8 : documents relatifs au mandat de gestion avec le groupe [redacted]

Annexe 9 : planche photographique

Annexe 10 : lettre d'injonctions définitives du 19 avril 2024, notifiée le 22 avril 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Loiret votre Depa•terne

Direction de la Stratégie

La Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire

Direction Départementale du Loiret

à

Madame [redacted]
Madam [redacted]
Madame [redacted]
Madame [redacted]

Affaire suivie par:
Assistance Mission Inspection-Contrôle
Courriel
Téléphon

et

le Président du Conseil Départemental du Loiret

à

Madame [redacted]
Monsieur [redacted]

N/Réf. ARS : 2024-DS-105

Date : **2 9 FEV, 202**

Objet: *45_DORDIVES_ÉHPAD Les Hirondelles_ inspection du 14 mars 2024_/ettre de mission*

Contexte

L'Agence Régionale de Santé {ARS) Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret ont été destinataires, ces derniers mois, de divers signaux de dysfonctionnement concernant l'ÉHPAD les Hirondelles situé à DORDIVES {Loiret), émanant tant de la direction déléguée du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise {CHAM), que du Président du conseil d'administration, ou encore des personnels *de* l'établissement ou des familles des résidents.

Par ailleurs, un « contrôle flash» en date du 29 septembre 2023 sur la gestion de cet établissement médico-social conduit par la Chambre Régionale des Comptes {CRC) Centre-Val de Loire a accentué notre inquiétude quant à sa situation.

Enfin, compte tenu dè la fin du mandat de gestion [redacted] convient de s'interroger sur les conditions de la poursuite de l'activité de l'établissement.

Face à ce contexte préoccupant et afin de constater la réalité d'éventuels dysfonctionnements et donc de risque

pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, nous avons décidé de diligenter une inspection non programmée et inopinée dans les meilleurs délais.

Objectifs

Compte-tenu des éléments actuellement à la disposition de l'ARS et du Conseil départemental du Loiret, la mission d'inspection aura pour objectif général, le contrôle du fonctionnement et de l'organisation des modalités de prise en charge des résidents.

Une attention particulière sera portée sur les thématiques suivantes :

- L'organisation de la gouvernance en lien avec le contrôle susvisé de la Chambre Régionale des Comptes et la perspective de fin du mandat de gestion [redacted]
- Les fonctions support, notamment !a qualification des personnels de l'établissement, les conditions d'installation et l'état des équipements au regard de la prise en charge des résidents;
- La qualité des prises en charge, notamment sous les angles de la prise en charge médicale (cf. missions spécifiques de la personne qualifiée externe), du circuit du médicament et de la maitrise du risque infectieux.

Fondements Juridiques de la mission d'inspection

La compétence de contrôle des structures médico-sociales de l'Agence Régionale de Santé est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

La compétence de contrôle des structures sociales et médico-sociales relevant du champ de compétences du Conseil Départemental est fondée sur les dispositions des articles l.313-13 et suivants et L.133-2 du CASF.

Les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L.313-13 à L.313-16 du CASF et les articles LI.4H-1 à L.1.421-3 et l.1435-7 du Code de la santé publique (CSP).

L'article L.1421-1 alinéa 2 et alinéa 3 du CSP prévoit que les inspecteurs cc peuvent recourir à toute personne qualifiée, désignée par l'autorité administrative dont ils dépendent. Cette personne peut les accompagner lors de leurs contrôles. Elle peut prendre connaissance de tout document ou élément nécessaire à la réalisation de sa mission ou de son expertise, y compris les données de nature médicale si ladite personne a la qualité de médecin ou de pharmacien, dans les conditions prévues à l'article L. 1421-3. ».
Ainsi, conformément aux dispositions de l'article précité et de l'article L.1435-7 du CSP, le Directeur général de l'Agence régionale de santé peut désigner des experts pour assister les inspecteurs et, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 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 CSP s'expose à une peine d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende conformément aux disposition·s 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 :

  Madam [redacted] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, en tant que coordonnatrice de la mission d'inspection;
  Madame le Docteu [redacted] pharmacien inspecteur (je santé publique ;

Madame le Docteu [redacted] médecin, en tant que personne qualifiée externe à l' ARS assistant les membres de l'équipe d'inspection;

Mme [redacted] llchargée de mission inspection, en tant que personne qualifiée interne [redacted] de l'équipe d'inspection ;

Madam4 [redacted] 1infirmière, en tant que personne qualifiée interne assistant les membres de l'équipe d'inspection,

- du Conseil départemental:

Madam [redacted] hargée de mission« établissements et services sociaux et médico-sociaux>> au sein de la Direction des Ressources et de t'Offre Médico-sociale - Service équipement, contrôle et tarification de l'offre Médico-sociale;

Monsieur [redacted] au sein de la Direction des Ressources déléguées du PCCS (Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale).

Calendrier

L'inspection se déroulera sur site, de manière inopinée, le 14 mars 2024.

Nous vous remercions de bien vouloir nous adresser, dans les 15 jours qui suivront la visite, 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.121-1du 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).

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 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 n'a pas mis en évidence *de* conflits d'intérêts dans *le* cadre de la présente mission.

La Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire,

[redacted]

Pour **le** Président du Conseil départemental du Loiret,
et_llof-ëlégation,

[redacted]

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liffltl
tplitl
FntNmiti

Direction de la Stratégie

La Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire

Direction Départementale du Loiret

Affaire suivie par:

[redacted]

assistance Mission Ins ection-Contrôle
Courriel [redacted]
Téléphone: [redacted]

Madame le Docteur [redacted]

N/Réf. ARS : 2024-DS-106

Date: -.8 MARS 2024

Objet: ***45_DORDIVES_ÉHPAD Les Hirondelles inspection du 14 mars 2024_/ettre de mission désignant une personne qualifiée externe_D*** [redacted]

Contexte

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret ont été destinataires, ces derniers mois, de divers signaux de dysfonctionnement concernant l'EHPAD les Hirondelles situé à DORDIVES {Loiret), émanant tant de la direction déléguée du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM), que du Président du conseil d'administration, ou encore des personnels de l'établissement ou des familles des résidents.

Par ailleurs, un « contrôle flash » en date du 29 septembre 2023 sur la gestion de cet établissement médico-social conduit par la Chambre Régionale des Comptes (CRC) Centre-Val de Loire a accentué notre inquiétude quant à sa situation.

Enfin, compte tenu de la fin du mandat de gestion [redacted] il convient de s'interroger sur les conditions de la poursuite de l'activité de l'établissement.

Face à ce contexte préoccupant et afin de constater la réalité d'éventuels dysfonctionnements et donc de risque pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, nous avons décidé de diligenter une inspection non programmée et inopinée dans les meilleurs délais.

La visite d'inspection se déroulera sur site, de manière inopinée, le 14 mars 2024.

Objectifs

Compte-tenu des éléments actuellement à la disposition de l' ARS et du Conseil départemental du Loiret, la mission d'inspection aura pour objectif général le contrôle du fonctionnement et de l'organisation de la prise en

charge des résidents.

Une attention particulière devra être portée aux thématiques suivantes:

- L'organisation de la gouvernance en lien avec le contrôle susvisé de la CRC et dans une perspective de fin du mandat de gestio
  Les fonctions support, notamment la qualification des personnels de l'établissement, les conditions d'installation et l'état des équipements au regard de la prise en charge des résidents;
- La qualité des prises en charge, notamment sous les angles de la prise en charge médicale (cf. missions spécifiques de la personne qualifiée externe), du circuit du médicament et de la maîtrise du risque infectieux.

Fondements juridiques de la mission d'inspection

La compétence de contrôle des structures médico-sociales de l' Agence Régionale de Santé est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

La compétence de contrôle des structures sociales et médico-sociales relevant du champ de compétences du Conseil Départemental est fondée sur les dispositions des articles L.313-13 et suivants et L.133-2 du CASF.

Les pouvoirs et prérogatives de l'équipe d'inspection sont ceux définis par les articles L.313,13 à L.313-16 du CASF et les articles LI.421-1 à L.1.421-3 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP)."

L'article L.1421-1 alinéa 2 et alinéa 3 du CSP prévoit que les inspecteurs « *peuvent recourir à toute personne qualifiée, désignée par l'autorité administrative dant ils dépendent. Cette personne peut les accompagner lors de leurs contrôles. Elle peut prendre connaissance de taut document ou élément nécessaire à la réalisation de sa mission ou de son expertise, y compris les données de nature médicale si ladite personne a la qualité de médecin ou de pharmacien, dans les conditions prévues à l'article L. 1421-3.»*.
Ainsi, conformément aux dispositions de l'article précité et de l'article L.1435-7 du CSP, le Directeur général de !'Agence Régionale de Santé peut désigner des experts pour assister les inspecteurs et, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 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 CSP s'expose à une peine d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende 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:

- Madam I inspectrice de l'action sanitaire et sociale, en tant que coordonnatrice de la mission d'inspection;
  Madame le Docteu◆acien inspecteur de santé publique ;
  Mad[redacted] médecin, en tant que personne qualifiée externe à l'ARS assistant les membres de l'équipe d'inspection;
  Mm I chargée de mission inspection, en tant que personne qualifiée interne [redacted] membres de l'équipe d'inspection;
  Madam **linfirmière,** en tant que personne qualifiée interne assistant les membres de l'équipe d'inspection,

- du Conseil départemental :

Madam [redacted] hargée de mission« établissements et services sociaux et médico-sociaux» au sein de la Direction des Ressources et de l'Offre Médico-sociale - Service équipement, contrôle et tarification de l'offre Médico-sociale;
Monsieu [redacted] u sein de la Direction des Ressources déléguées du PCCS (Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale}.

Compétences nécessaires

Dans le cadre de la réalisation de cette mission d'inspection, il est apparu nécessaire, compte-tenu des points de contrôles à expertiser, de s'adjoindre vos compétences en tant que personne qualifiée, eu égard à vos qualifications et à votre expérience professionnelle en tant que médeci [redacted]

Mission de la personne qualifiée

En tant que personne qualifiée externe ayant la qualité de médecin, il vous reviendra, dans le cadre des objectif.s généraux de la mission, de contribuer plus particulièrement, et notamment, à l'inspection des champs suivants au regard des textes réglementaires et des bonnes pratiques professionnelles:

Continuité des soins para-médicaux et médicaux
Régulation et coordination des équipes de soins
Projet de soins individuel
Prévention de la dénutrition et de la déshydratation
Prise en charge de l'incontinence/prévention, repérage et prise en charge de l'altération des téguments
Autres prises en charge spécifiques.

Votre contribution devra prendre la forme d'une note formalisant l'ensemble de vos constats au regard des thématiques précisées ci-dessus.
Vous voudrez bien y faire figurer vos nom, prénom, fonction et qualité cte personne qualifiée externe désignée par l' ARS Centre-Val de Loire, et la dater; elle devra être adressée au coordonnateur de la mission sous 10 jours à compter du jour de la visite.
Après validation par le coordinateur, ce qui peut supposer que vous ayez à en reprendre la version initiale pour correspondre aux attentes, cette note sera annexée au rapport d'inspection.

Conflits d'intérêts

L'analyse des Déclarations Publiques d'intérêt des membres de la mission d'inspection n'a pas mis en évidence de conflits d'intérêts dans le cadre de la présente mission.

Confidentialité

Nous attirons votre attention sur le caractère confidentiel qui s'attache à votre mission et à tous ses éléments, durant son déroulement et au-delà, sans limite de durée.

La Directrice générale de l'ARS,

[redacted]

ARS Centre-Val de Loire- Di1ection Départementale du Loiret
Cité Coligny - 131 rue au fau bourg Bannier - BP 74409
[redacted]

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Loiret votre Département

Direction de la Stratégie
Délégation Départementale du Loiret
Date: 14/03/2024
Objet EHPAD Les Hirondelles

[redacted]

N° document	Documents sollicités	Transmis (O/N)
1	Liste des résidents accueillis ce jour (avec indication des mesures de protection en cours)	[illegible]
2	Liste des personnels présent dans l'EHPAD (avec horaires)+ roulement matin/après-midi et soir avec nom des agents	[illegible]
3	Registre des entrées et sorties	à consulter sur place
4	Projet d'établissement	
5	Projets de service si AJ, HT, UHR, PASA → [illegible]	[illegible]
6	PV du CVS validant le Projet d'établissement	[illegible]
7	Règlement de fonctionnement	
8	PV du CVS validant le Règlement de fonctionnement	[illegible]
9	Organigramme nominatif	
10	Programmation annuelle des réunions du CVS [illegible]	
11	PV/CR des 3 derniers CVS	
12	Résultat de la dernière enquête de satisfaction/ compte-rendu des remarques des usagers et familles	
13	Plan bleu	
14	Charte ou protocole bientraitance	
15	Attestation de formation bientraitance/lutte contre la maltraitance	
16	Protocole de signalement	
17	Procédure de déclaration des EIG	
18	Procédure de déclaration des EIAS	
19	Procédure de traitement des réclamations	[illegible]
[illegible]	Plan de l'établissement	
21	Diplômes du directeur	
[illegible]	Document unique de délégation du directeur (DUD) (EHPAD privé)/ fiche de poste (EHPAD public)	
23	Protocole organisant la continuité de la direction	
24	Planning/calendrier d'astreinte de direction	
25	Planning prévisionnel M-1 et M+1 (jour et nuit) légendé	[illegible]
26	Planning réalisé M-1 (jour et nuit) légendé	
27	Diplômes des personnels	
28	Tableau des effectifs (qualifications et noms)	
29	Procédure de recrutement	
30	2 dossiers des personnels	à consulter sur place

31	Fiches de	::te nominatives des personnels	
"32	Protocole	--:cueil des nouveaux personnels	
33	Plan de fc	,ition de l'année en cours *7 0JI N,JtJ.,*	
34	Plan de fr	:.ation (réalisé N-2,'N-1)	
35	Livret d'a,	!il	
36	Charte de	·oits et libertés de la personne accueillie	
3ï	Contrat d	·.:jour ou DIPC (3 anonymisés)	
38	Procédu, d	élaboration, suivi, révision, analyse du PAP	
39	'.. 3 PAP de	:dents (anonymisés)	
4(f"'	Liste des A	" existants	
41	Projet d'ë	1ation	0
42	>; DLU (2 ar	,misés)	
43	Protocol, j'	:rgence	
44	Projet gé, -	1de soins	*t/J*
45	Derniec r	ort de la commission de coordination gériatrique	
46	Liste des TC' chaque p ot	tocoles de l'établissement (avec date de la dernière mise à jour de)COie)	à consulter sur place
4ï	Conventi	,AD	
(48	Autres cc	,ntions de partenariat	
49	liste des :e	,onnes qualifiées	
;50	Protocol, cc	:ntention	
-Si	**Protoco!t** d.	- limitation de la liberté d'aller et venir	
52	**Annexe** ë .t c	:>ntrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir	*IZ5*
53	Menus d	ois en cours	
s4	Procédu;	rcuit du médicament et protocole de collaboration IDE/AS	
"55	**Conventi**	entre l'EHPAD et l'officine	
56	Procédu,	·:lative au contrôle des péremptions des médicaments	à consulter sur place
57	Procéciw,:r	·lative aux médicaments multidoses	**à consulter sur** place
58	Procédu:'	2 gestion de la chaine du froid	à consulter sur place
59	liste r:ré	ntielle de médicaments	à consulter sur place
60	Liste c.'e;	dicaments à ne pas écraser et gélules à ne pas ouvri,	à consulter sur place

Lis- T do 1-eJï::i =us So,\\..-s, ...U,èa.Q!\ b:, *tlJ*

CIRCUIT DU MÉ DICAMENT (si autre document à demander)

Liste [illegible]

Note sur la prise en charge médicale à l'EHPAD les Hirondelles- DORDIVES

Madame la Directrice générale,

Par courrier en date du 8 mars 2024, vous m'avez désignée en tant que personne qualifiée externe pour une mission d'inspection se déroulant le 14 mars 2024 au sein de l'EHPAD cité en référence.
Il ressort de la lettre de mission précitée que compte- tenu des éléments actuellement à la disposition de l'ARS et du Conseil départemental du Loiret, la mission d'inspection aura pour objectif général le contrôle du fonctionnement et de l'organisation de la prise en charge des résidents.

Une attention particulière devra être portée aux thématiques suivantes :

- L'organisation de la gouvernance en lien avec le contrôle susvisé de la CRC et dans une perspective de fin du mandat de gestion du [redacted] ;
- Les fonctions support, notamment la qualification des personnels de l'établissement, les conditions d'installation et l'état des équipements au regard de la prise en charge des résidents;
- La qualité des prises en charge, notamment sous les angles de la prise en charge médicale (cf. missions spécifiques de la personne qualifiée externe), du circuit du médicament et de la maîtrise du risque infectieux.

En tant que personne qualifiée externe ayant la qualité de médecin, il me revient, dans le cadre des objectifs généraux de la mission, de contribuer plus particulièrement, et notamment, à l'inspection des champs suivants au regard des textes réglementaires et des bonnes pratiques professionnelles :

- Continuité des soins paramédicaux et médicaux
- Régulation et coordination des équipes de soins
- Projet de soins individuel
- Prévention de la dénutrition et de la déshydratation
- Prise en charge de l'incontinence/prévention, repérage et prise en charge de l'altération des téguments
- Autres prises en charge spécifiques.

Comme sollicité dans cette lettre de mission, vous trouverez ci-dessous la note présentée sous forme d'un tableau ; lequel reprend les thématiques explorées et les constats formalisés.

SOINS et prise en charge médicale

Abréviations utilisées :
FFAS*=faisant-fonction d'aide-soignant/DSI*=dossier de soin informatisé/MT*=médecin traitant/ CAT*=conduite à tenir

1. - Continuité des soins paramédicaux et médicaux

Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	Méthode de recueil Eléments de preuve, d'objectivation	O	N	Constats
a) La présence infirmière couvre-t-elle l'ensemble des plages horaires journalières, fin de semaine et jours fériés compris ?, *notamment repas du soir*	D 312-155-0 CASF Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD	Entretien [redacted]		N	Il est constaté la présence a minima d'1 IDE par jour soit en 12H (7H-19H) soit sur la plage 9h-17h. Les IDE sur le planning sont au nombre de 3. Cette présence couvre en partie la plage du repas du soir, donné à partir de 18h.
b) La structure dispose-t-elle d'une astreinte infirmière formalisée et mise en œuvre la nuit ?	Une astreinte IDE la nuit n'est pas prévue par la réglementation, mais demandée au niveau régional.	Entretien [redacted]	O		Il ressort de l'entretien avec un professionnel qu'une astreinte téléphonique de nuit est mise en place avec une IDE de l'HAD. Il est indiqué qu'en cas de nécessité la nuit le personnel contacte l'HAD par téléphone. Il n'est pas prévu de déplacement sur place de l'IDE d'astreinte de nuit « HAD », [redacted]
c) La continuité de la prise en charge par les aides-soignantes est-elle assurée ?	L 311-3 CASF D 312-155-0 CASF R 4312-1 à 10 CSP R 4312-36 CSP	Entretien [redacted] Et 3 entretiens informels avec 1 AS 1 FFAS et 1 ASG	O	N	Il ressort des entretiens que des transmissions sont réalisées 3 fois par jour, suivant la rotation des équipes 14h, 19h, 7h. Il est également indiqué que le ratio du personnel AS et ASG est régulièrement sous tension, du fait de postes vacants et qui seraient non pourvus [redacted] Il est observé le jour de l'inspection que sur les 6 agents AS du matin 5 sont en fait FFAS*. Idem l'après-midi sur les 5 ,4 sont FFAS

					Selon [redacted] le ratio du personnel AS et ASG serait régulièrement sous tension, du fait de postes de personnel, existants, mais non pourvus,[redacted] [redacted] pour qu'il y ait toujours au moins une AS la nuit
d) La collaboration des AS, AES (ex-AMP) aux actes et soins relevant du rôle propre de l'IDE est-elle organisée et formalisée ?	R. 4311-4 du CSP	Entretien [redacted] 1AS, 1 FFAS et 1 ASG		N	Il est constaté aune absence de protocole écrit formalisant la collaboration des AS, agents faisant fonction d'AS et ASG aux actes et soins relevant du rôle propre de l'IDE. Par ailleurs il est relevé une collaboration IDE vers AS (ou agent de soin faisant fonction d'AS) qui est effective. Toutefois son organisation est principalement adaptée au fil de l'eau selon les agents présents ou absents, au sein des temps de transmission et selon l'évolution de l'état de santé et des besoins du résident en soins Il en résulte un ajustement des pratiques professionnelles fondées sur la culture de l'oral.
e) Le poste de médecin coordonnateur est-il pourvu ? Quelle quotité ? % ETP ?				N	Il est observé une absence de médecin coordonnateur depuis [redacted] dans l'établissement. Afin de remédier à cette difficulté un médecin libéral qui est aussi médecin traitant de résidents dans l'EHPAD vient le mardi et le jeudi dans l'EHPAD. Il accepte d'apporter sa collaboration pour pallier, sur certaines missions l'absence de médecin coordonnateur dans la limite de son temps disponible. Pour maintenir à minima la continuité des soins les plus urgents, ce médecin accepte d'assurer la prise en charge ponctuelle en situation urgente de 50% de résidents de l'EHPAD actuellement sans médecin traitant.
f) Dans le cas où le poste est vacant, une suppléance de télé-coordination médicale est-elle mise en place?		Entretien [redacted] Entretien informel [redacted]		N	Il est indiqué par un professionnel qu'aucune suppléance de télé coordination médicale n'est mise en place. Par ailleurs il convient de relever que l'absence de matériel informatique adapté ou de logiciel spécifique, ne permet pas d'envisager la mise en place de cet outil. (cf infra point i)
g) Existe-t-il une articulation entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD ? Existence d'une Commission de coordination gériatrique	D. 312-158 CASF	Entretien [redacted] Entretien téléphonique [redacted]		N	Il est indiqué une absence d'articulation entre les médecins traitants qui interviennent dans l'EHPAD et une absence de mise en place d'une commission gériatrique du fait d'un manque de médecin traitant disponible. Il ressort des entretiens que le service de gériatrie du CHAM ne serait pas facilitateur en cas de besoin d'hospitalisation. Selon les indications recueillies, le CHAM n'assurerait pas à ce jour le partenariat attendu par les personnels de l'établissement au niveau du soutien de la prise en charge médicale, malgré la convention de direction commune mise en place.
h) Les médecins traitants tracent-ils	D312-158 9° CASF	Entretien [redacted]		N	Il ressort des entretiens que les médecins ne tracent pas leurs consignes Il est constaté une absence de transmission des consignes et des informations dans le dossier des soins infirmiers, ni dans le DSI ou papier :

leurs consignes dans le dossier des soins infirmiers ? Remplissent-ils le dossier médical (DSI ou papier) ?					La partie du DSI* accessible aux IDE est remplie par l'IDEC, voire l'IDE, dans une rubrique intitulée « Observations médicales ». De façon pratique, les IDE saisissent dans le DSI, à la demande du médecin et en sa présence, le jour, l'heure, le nom du résident, le nom du médecin, les données cliniques constatées, les consignes médicales et prescriptions non détaillées, dictées par le médecin. *Exemple : date, heure, nom prénom de l'IDE//Vu ce jour par le Dr X// TA 12/8 // auscultation cardio respi Bronchite // Prescription de Bronchokod et Zeclar* La nuit, les jours fériés et le WE, il est rapporté que si les médecins interviennent dans l'EHPAD, ceux-ci laissent leurs consignes écrites, le cas échéant dans une enveloppe, sur le bureau de l'IDEC ou dans le dossier médical papier. Les informations ainsi libellées sur papier sont retranscrites le lendemain dans le DSI patient par l'IDE et leurs ordonnances sont scannées. Concernant le respect de la confidentialité des données, il est constaté que concernant le dossier médical informatisé (sur TITAN) : - Une zone dédiée aux parties médicales confidentielles existe. - Seuls les médecins ont accès à cette espace, mais l'IDEC indique qu'ils ne l'utilisent jamais. Concernant par ailleurs le dossier médical papier, il est constaté que chaque résident dispose d'un dossier papier, lequel est dans un classeur disposé sur des étagères ouvertes, dans le bureau de l'IDEC. Il en résulte que les dossiers sont en accès libre à toute personne dans le bureau et classés par les numéros de chambre. Il est également constaté que le bureau est seulement sécurisé par un verrou en haut de porte afin d'éviter l'accès aux résidents de type « déambulant ». Il résulte de l'ensemble de ces éléments que les règles de confidentialité des données médicales ne sont pas respectées car toute personne entrant dans ce bureau peut avoir librement accès aux dossiers médicaux papier.
i) En cas d'absence de médecin traitant, des télé consultations sont-elles proposées ?		Entretien [redacted] Entretien informel avec [redacted]		N	Comme indiqué SUPRA, la téléconsultation n'est pas mise en place. Il est indiqué que les raisons de cette absence de mise en place tiendraient principalement à l'obsolescence du réseau et du serveur. Par ailleurs l'installation de matériel adapté pour permettre le recours aux pratiques en distanciel serait considérée comme un choix non prioritaire sur les lignes budgétaires, par la direction, eut égard au contexte de tension financière récurrente. En dehors de ces éléments, il a été constaté, plusieurs fois pendant l'inspection, lors de consultation de dossiers médicaux en « multi recherche » sur TITAN, la lenteur extrême et la saturation rapide du réseau obligeant à changer de poste pour obtenir le renseignement voulu dans le DSI.

j) La continuité des soins médicaux est-elle assurée ?	D. 312-158 CASF R. 4127-45 CSP D. 312-155-0 CASF	Entretien [redacted]		N	Il ressort de l'entretien que l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur et 3 médecins libéraux interviennent dans l'EHPAD. Un médecin libéral vient 2 fois par semaine (mardi et jeudi). Il accepte d'assurer la continuité des soins des résidents en cas d'absence de médecin traitant y compris en cas de besoin urgent pour les résidents qui n'ont pas de médecin. (Soit près de 50% des résidents). -Les 2 autres médecins ne viennent que dans le cadre des consultations programmées [redacted]
k) Existe-t-il une procédure sur la conduite à tenir en situation d'urgences médicales ?		Entretien [redacted] Entretien [redacted] Procédure	O		Il a été constaté l'existence d'une procédure d'urgence, affichée, visible, lisible dans la salle des transmissions. Cette procédure est également accessible par les soignants dans un classeur situé dans la même salle. Y sont également inscrites les consignes informatiques pour imprimer le DLU du patient par le soignant. Toutefois il est constaté une absence de mise à jour de ce protocole depuis 2015 et un défaut de suivi dans la mise à jour des procédures écrites sur la conduite à tenir en situation d'urgence médicale. Le recours à l'astreinte IDE de nuit n'est pas lisible.
l) Existe-t-il un dossier de liaison de soins urgents (DLU) accessible 24h/24 aux soignants amenés à gérer une urgence? (DLU)	HAS. Document de liaison d'urgence. Juin 2015	Entretien [redacted]	O		Deux DLU anonymisés ont été consultés ; ils sont bien renseignés et conformes au modèle HAS. Mais les documents générés par Titan ne permettent pas de vérifier les dates de mise à jour des données personnelles et des soins du patient. Il est observé que le DLU est accessible 24h/24 aux soignants amenés à gérer une urgence. Chaque résident possède un DLU informatisé sur Titan Les soignants amenés à gérer une urgence ont les indications affichées dans la salle des transmissions sur la conduite à tenir (CAT*) pour l'accès sur TITAN. (Cf infra point k)
m) Un référent « hygiène » est-il identifié ou l'établissement bénéficie-t-il de l'intervention d'un(e) infirmier(e) hygiéniste ?			O		Il est observé une absence d'intervention d'infirmier hygiéniste. [redacted] Selon les informations transmises, l'IDEC et l'IDE proposent la remise à jour des connaissances de l'équipe soignante. Toutefois, il n'est pas constaté l'existence de calendrier ni de programme formalisé sur leurs interventions. Il ressort des entretiens que les sujets sont décidés « au fil de l'eau », selon l'évaluation des besoins estimés par l'IDEC ou/et selon demandes des soignants. [redacted] indique que la prochaine mise à jour avec révision des bonnes pratiques est prévue en mars 2024. Thème abordé : le lavage des mains, la toilette intime hommes et femmes, les bons gestes d'hygiène en cas de sonde urinaire. [redacted] explique recevoir des informations via « l'ARLIN », notamment grâce à une « convention » avec cet organisme permettant la mise à jour des procédures et des conduites à tenir. Toutefois la procédure Hygiène « ARLIN » n'est pas présente. Il en résulte une impossibilité à vérifier l'information.

2. - Régulation et coordination des équipes de soins					
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	Méthode de recueil Eléments de preuve, d'objectivation	O	N	Constats
a) Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?	L. 311-3 CASF R. 4312-41 CSP R. 4312-35 CSP	Entretien [redacted] Entretiens informels avec [redacted] et ASG du [redacted]	O	N	Les transmissions sont organisées. (cf Modalités de transmissions IDE/médecin décrites plus haut Section 1. Continuité des soins sous-section h). Il est observé une place importante de la transmission orale avec un personnel soignant très impliqué au cours de ces temps dédiés d'échange entre équipe. Ces temps sont importants car ils impulsent une dynamique fédératrice de veille et de vigilance sur l'état de santé des résidents au travers des activités quotidiennes. Ils constituent également le suivi des actions de prévention programmées au fil de l'eau et ont une fonction d'alerte en cas de dégradation de l'état de santé du résident notamment dans sa prise d'alimentation son hydratation. Toutefois il est constaté que les consignes et les fiches de transmission sont mal renseignées ou ne sont pas remplies. Deux exemples : 1-cf Partie 4 Prévention de la dénutrition et de la déshydratation-/section h) L'ASH questionnée sur le suivi de l'hydratation en période de canicule montre le cahier de surveillance rangé dans l'office. Il date de 2021 et n'est rempli que sur la première page sur une courte période de 2021. 2-cf Partie 6- Autres prises en charge- /sections a) et b) [redacted] questionnée sur la fiche de suivi de l'aide à la marche pour la prévention des chutes, indique que chaque soignant selon son temps disponible, propose à un résident parmi ceux consignés sur la fiche, s'il le désire, une petite marche de 6 à 8 mn dans le couloir, si nécessaire avec l'aide d'une dolomite. Or dans la fiche de consignes : « Faire marcher l'après-midi un jour sur deux les résidents suivants… », l'intitulé indique bien les personnes à faire marcher les jours pairs et celles des jours impairs mais aucun professionnel remplit le tableau de suivi ni trace les noms des personnes aidées, ni les dates, ni les noms des soignants intervenus.
B° Des réunions de coordination et de régulation des équipes soignantes sont-elles organisées par l'IDEC et /ou le MEDEC ?	RBPP : qualité de vie en EHPAD (volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, HAS, 2011	Entretien [redacted] entretien [redacted]		N	Il est constaté une absence de réunions régulières au sein des personnels soignants par l'IDEC pour diffuser et améliorer les bonnes pratiques de prise en charge bientraitantes. [redacted] l'ASG du PASA il est constaté une absence de réunions régulières et spécifiquement organisées pour la coordination et la régulation des pratiques et des savoirs-faire, dans la prise en charge des 11 résidents relevant du PASA.

	RBPP Bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008 RBPP - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008				

3-projet de soins individuel					
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	Méthode de recueil Eléments de preuve, d'objectivation	O	N	Constats
a) Evaluation médicale initiale : bilan cognitif, nutritionnel, médicamenteux, sensoriel, dentaire soit réalisée au moment de l'arrivée soit dans le dossier de soins au moment de l'admission	PA fiche repères : Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en EHPAD, ANESM mars 2028	Dossier Résident		N	Il est constaté l'absence de bilan cognitif, nutritionnel, médicamenteux, sensoriel, dentaire, tégumentaire, algique, allergique en pré-admission ou en post-admission. Il est constaté que les éléments médicaux de pré admission externes sont incomplets. Ils sont issus des informations tirées du dossier médical APA du Conseil départemental, lesquelles sont contenues dans le document de demande d'admission en EHPAD. Il est indiqué que les renseignements sont saisis par [redacted] sur Titan dans le DSI ou sur les pages du dossier papier.

b) Un projet de soins global (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque résident ?	D. 312-155-0-3 CASF	Entretien [redacted] Consultation de 7 DSI (voir section ci-dessous)		N	Il est constaté une absence de projet de soins personnalisé et une absence de projet de soins global de l'établissement actualisé. Il n'y a qu'un document intitulé « Projet personnalisé » , qui est un projet de vie individualisé, concernant les actes essentiels de la vie et les activités socio-comportementales de la vie quotidienne .
c) Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?	D. 312-155-0-3 CASF	Entretien [redacted] Consultation de 7 DSI type		N	Il est constaté une absence de suivi, ni d'évaluation périodique (car il n'y a pas de projets de soins).
d) Les plans de soins qui en découlent font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?	D. 312-155-0-3 CASF	Entretien [redacted] Consultation sur Titan des plans de soins de 7 DSI type : -Chutes à répétition -Dénutrition -Grabataire -Diabétique -Troubles du comportement-agressivité -Déambulation -Troubles de la déglutition -Contention physique Consultation de 18 protocoles de soins dans le classeur des protocoles :	O	N	Il existe un plan de soins dans chaque DSI sur Titan, dans le dossier Soins, accessible seulement aux IDE, AS et ASH faisant-fonction d'AS selon les sections autorisées et qui leur sont personnelles. Il est observé que la collaboration aux plans de soins est organisée essentiellement oralement lors des transmissions après traçage préalable de chaque agent des soins effectués, dans chaque plan de soins sur Titan. Il est constaté une absence de suivi et de réévaluation périodique et systématique. La réévaluation est réalisée «au coup par coup » selon les retours des soignants à l'occasion des échanges au cours des transmissions . Il en résulte ensuite un réajustement des conduites à tenir en soins, soit après un entre l 'IDEC et le médecin, soit après en avoir discuté en équipe. L'analyse du contenu des 7 DSI /plans de soins /observations médicales montre une importante divergence entre ce qui est écrit dans les protocoles et ce qui devrait être appliqué et ce qui est réellement mis en pratique et tracé dans le DSI. L'application des bonnes pratiques et recommandations consignées dans les protocoles est incomplète ou insuffisante

		-Prévention des chutes -CAT en cas chute -Dénutrition -Alimentation déficiente -Fausses routes prévention et CAT -Détresse respiratoire aigüe CAT -Soins de bouche -Prévention des escarres -Soins d'escarres -Problèmes et urgences médicales -Hospitalisation d'urgence -CAT en cas d'arrêt cardio respiratoire -Prévention et CAT en cas de suicide -CAT en cas d'agitation -Prise en charge de la douleur -Contention physique -Accompagne			

		ment en fin de vie -Risque infectieux alimentaires			
e) La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/confidentialité) ?	L. 311-3-4 CASF L. 1110-4 CSP R. 4312-35 CSP	Entretien [redacted]		N	L'analyse de 8 dossiers médicaux montre que sur le panel consulté et qui est le suivant : -Chutes à répétition -Dénutrition -Grabataire -Diabétique -Troubles du comportement-agressivité -Déambulation -Troubles de la déglutition -Contention physique Il n'y a aucun cas d'escarre signalé Il est constaté l'usage du logiciel Titan pour le dossier soins et l'usage du logiciel Apicrypt pour la messagerie sécurisée et le stockage des résultats d'analyses biologiques. [redacted] ont accès au DSI dans une rubriques intitulée « Observation médicale «. Elles n 'ont pas accès aux données « Confidentielles » mais [redacted] indique que cette rubrique n'est jamais remplie par les MT* Les AS ont seulement accès aux soins de nursing « rubrique « Plan de soins », projet de vie, animation et observation diététicienne. La diététicienne a accès à une rubrique intitulée « Observation diététicienne » Rappel : « L'observation médicale » est saisie par les IDE sous forme de courtes données ; de signes d'appel et de constat clinique, voire diagnostique et thérapeutique. Par exemple : - Vu ce jour par le Dr X : cheville gonflée + inflammatoire, prescription Colchimax et bilan sang avec acide urique - Vu ce jour par le Dr Y : Hyperthemie+ toux, arrêt Amoxicilline, prescription Cortancyl+Josacine - Vu ce jour par le Dr Z… bilan sanguin de contrôle demandé. Le DSI et le dossier papier ne sont pas véritablement des dossiers médicaux car aucune partie confidentielle n'est remplie. Il est constaté que la tenue du dossier médical est non satisfaisante dans la mesure où les éléments confidentiels qui relèvent des médecins (leurs constats cliniques, leurs diagnostics, leurs appréciations, les examens complémentaires, les consultations spécialisées qui étayent leurs décisions sur la CAT thérapeutique) ne sont pas rédigés par eux.

					Rappel : Cf Partie 1.- Continuité des soins paramédicaux et médicaux / section h) Le bureau du poste informatique est fermé par un simple petit verrou en haut de la porte, sans armoire fermée à clé ou digicode pour les dossiers médicaux papiers qui y sont rangés.

4 – Prévention de la dénutrition et de la déshydratation					
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	Méthode de recueil Eléments de preuve, d'objectivation	O	N	Constats
a) Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas…) ? L'établissement va-t-il mis en place une collation la nuit proposée à tous les résidents ?	Annexe 2-3-1 III CASF –socle des prestations (modifié par décret du 28/04/2022)	Observation sur site Projet de vie du résident (recensement de ses goûts, de ses aversions, des particularités de ses habitudes alimentaires) : 3 projets consultés Entretien [redacted] Entretien [redacted]	O	N	Il est rapporté qu'une collation en soirée ou la nuit est proposée si le résident est éveillé ou quand il déambule. Si le résident est endormi, la collation est laissée sur la tablette dans sa chambre pour être donnée par l'équipe du matin dès 7h, en attendant le petit déjeuner qui arrive plus tard. L'EHPAD a mis en place une solution de compensation de jeûne nocturne supérieur à 12h, mais celle-ci n'est pas suffisante, vu l'amplitude 18h-7h. Par ailleurs les résidents ne sont pas toujours bien réveillés et décidés à consommer dès 7h la collation nocturne non prise la veille. Observations sur le bâtiment : L'Organisation architecturale est non adaptée à un public de grands dépendants dans la mesure où la salle de restaurant est située à une extrémité du bâtiment et les 4 ailes des chambres des résidents sont distribuées latéralement de part et d'autre d'un long couloir central. Il en résulte que les trajets aller et retour sont trop longs pour des résidents de grand âge et fragiles qui viennent des chambres situées aux extrémités des ailes les plus éloignées [2 et 3]. Les distances nécessitent l'utilisation de fauteuils roulants pour un certain nombre d'entre eux, trop fatigables ou pouvant être découragés par l'effort à produire à pied pour se rendre jusqu'à la salle à manger commune. Ce temps de déplacement lié au contexte de fatigabilité du résident, a des conséquences sur l'organisation du temps soignant (mobilisation de davantage de temps soignant pour accompagner les résidents en fauteuil roulant) mais a aussi un impact sur la réduction du périmètre de marche du résident qui de fait, est déplacé en fauteuil roulant. Chaque jour, cette situation réduit son activité locomotrice ; contribue à la diminution des forces musculaires et d'équilibre ; majore son risque de chute.

b) L'EHPAD a-t-il recours à un.e diététicien.ne?	Annexe 2-3-1 III CASF – socle des prestations (modifié par décret du 28/04/2022)	Entretien télé [redacted]	O		[redacted] Il résulte de cet échange qu'elle travaille 3 jours par semaine dans l'EHPAD. Depuis fin [redacted] passée d'un temps de 30% à un 60%. Cette augmentation avait pour objectif d'apporter en particulier un appui à l'équipe « cuisine » pour assurer le choix adapté et la commande des denrées alimentaires en conformité avec les projets de vie personnalisés et les besoins résultant de l'état clinique des résidents. [redacted] le temps consacré aux résidents correspond maintenant à 15à 20% de son temps, le reste étant consacré à l'équipe cuisine [redacted] un temps d'échange avec les As et ASH les matins où elle est présente, pour rechercher au mieux la qualité, la diversité, la quantité, la texture. L'évaluation personnalisée est ajustable « au fil de l'eau » selon les besoins repérés par les AS ou l'IDEC. Il en résulte qu'elle n'a pas assez de temps avec ces 15 à 20% pour dispenser aux résidents une prise en charge suffisante, en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques HAS. Il n'est pas constaté dans les bilans d'entrée et de suivi coordonnés par la diététicienne, la surveillance recommandée reposant sur la mesure du poids, le calcul de l'IMC, l'évaluation de l'appétit, l'évaluation de la consommation alimentaire, la force musculaire (à évaluer par la mesure de la force de préhension ou test du lever de chaise), l'état bucco-dentaire et les capacités de mastication. Il n'est pas constaté une estimation de l'appétit et de la consommation alimentaire par une échelle visuelle analogique ou verbale ; voire par une échelle semi-quantitative (portions) ; ou avec l'aide de l'outil d'évaluation et de suivi MNA FS.
c) Existe-t-il une commission des menus effective au sein de la structure ?	Annexe 2-3-1 III CASF – socle des prestations (modifié par décret du 28/04/2022)				Commission des menus non abordée à l'entretien
d) Les troubles de la déglutition	Annexe 2-3-1 III CASF – socle des prestations (modifié par décret du 28/04/2022)	Protocole de prévention : CAT et soin en cas fausse route, créé et validé en 2012	O		Le protocole concerne surtout la CAT en cas de fausse route brutale isolée. Il fait référence au guide ministériel des bonnes pratiques chez la personne âgée dépendante d'octobre 2007, mais il reprend un extrait incomplet de ce guide. Il n'est pas mentionné la partie prévention chez le résident à risque. Malgré la dernière date de modification en 2019 le protocole reste incomplet pour ce qui concerne la prévention chez la personne âgée à risque, ainsi que pour les mesures palliatives ou transitoires. .
e) L'hygiène bucco-dentaire	Annexe 2-3-1 III CASF – socle des prestations	-Protocole « Soins de bouche » créé	O		Le protocole consulté concerne les « Soins de bouche ». La mise à jour date de 2015.

	(modifié par décret du 28/04/2022)	et validé en 2012 -Projet de vie du patient			Il ressort des projets de vie consultés qu'ils comportent à minima une rubrique « Habitudes alimentaires ; prothèse ou appareillage ; dentition du haut et dentition du bas ». Toutefois elle n'est pas remplie dans les dossiers consultés. Il est également observé une absence de bilan bucco-dentaire à l'entrée, ni tracé notamment en bilan étiologique d'une dénutrition. Il est constaté l'absence de renseignement dans le plan de soins des 7 dossiers médicaux consultés.
f) Prise en charge en soins dentaires est-elle organisée ?	D312-155-0 5° CASF (modifié par décret du 27/04/2022)	Entretien [redacted]		N	Il n'est pas constaté l'existence de convention avec les libéraux ni avec un établissement de santé dentaire. Il n'est pas constaté de formalisation de plan d'évaluation buccodentaire régulier. Il ressort de l'entretien [redacted] d'importantes difficultés pour obtenir une consultation avec un dentiste du fait de la raréfaction des libéraux en ville et de leur refus de prendre en charge des personnes âgées dépendantes. Les dentistes locaux installés, n'accepteraient pas les personnes en fauteuil roulant ni avec des troubles cognitifs ou du comportement. [redacted] entraine un montant assez élevé de la co [redacted] r t c [redacted] Il résulte de ces éléments que l'organisation des soins dentaires est insuffisante. Or, dans un contexte de troubles bucco-dentaires non correctement dépistés et soignés, il est utile de souligner les conséquences de cette insuffisance où les risques de dénutrition et par conséquent de chute sont majorés.
g) L'établissement a-t-il mis en œuvre une vigilance particulière quant à la dénutrition des résidents ?	HAS, FFN : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, Novembre 2021 HAS : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007	Entretien [redacted] Entretien [redacted] Consultation d'un DSI « Dénutrition »: Consultation de la fiche de traçabilité des pesées (DSI) Protocoles	O	N	Il est constaté une vigilance insuffisante de l'établissement quant à la dénutrition des résidents. Tout d'abord, la surveillance du poids des résidents en dénutrition sévère à modérée, ou déshydratés, ne doit pas être limitée à une seule pesée par mois. Ensuite, la surveillance de l'état bucco-dentaire et les capacités de mastication doit être régulière, tracée et systématique. Il ressort de l'entretien [redacted] qu'au jour de l'inspection plus de 40% des 75 résidents sont dénutris (sévères à modérés). Sur cet effectif total des 75 résidents, 20 sont grabataires, dont plus de 50% sont en dénutrition sévère à modérée. [redacted] indique ne pas avoir assez de temps pour évaluer, au moins à minima à l'aide du MNA FS, l'état nutritionnel des résidents à risque. *Cf partie 4 – Prévention de la dénutrition et de la déshydratation -rubrique b)* Au vu des chiffres recueillis dans l'établissement et de l'analyse du DSI, il est constaté un nombre important de résidents dénutris selon les critères HAS (albuminémie; perte de poids à 1 mois ou en 6mois).

		-Dénutrition, créé en 2012 -Alimentation déficiente, créé en 2016 -Alimentation du résident créé en 2012			Il résulte de ces éléments que la prise en charge de la dénutrition en collaboration avec la diététicienne est non satisfaisante quantitativement, qualitativement et non suffisamment tracée. Il est également et surtout constaté une absence de culture de la recherche étiologique de la dénutrition chronique ni celle du questionnement sur la qualité des mesures prises, l'origine de l'aggravation malgré le renfort nutritionnel, les mesures correctives à évaluer et la vigilance à garder, particulièrement quant aux conséquences de cette dénutrition sur la majoration des risques de chute. A titre d'exemple, l'analyse d'un dossier patient a mis en évidence l'impact délétère de la pratique relative à l'organisation des soins, associée à [redacted] dans le suivi de la personne dénutrie. Il est constaté que [redacted] s'appuie sur l'observation du personnel soignant pour adapter les indications sur la conduite à tenir, sans élaboration de protocole formalisé, de suivi et d'évaluation ni appui en analyse médicale. Dans le cas du dossier en question, la situation se dégrade au fil des mois puisqu'il est constaté et noté un état de dénutrition qui perdure et s'aggrave et dans le même temps, la personne bénéficie seulement d'une indication de la diététicienne pour une augmentation du renfort des apports protéiniques.
h) L'établissement a-t-il mis en œuvre une vigilance particulière quant à l'hydratation des résidents y compris en dehors des épisodes de chaleurs ?	Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD	Entretien informel [redacted]		N	Il est constaté l'absence de fiche individuelle de suivi de l'hydratation et/ou d'une traçabilité de la vigilance dans le DSI notamment chez les dénutris. Les carafes d'eau déposées dans chaque chambre sont reprises chaque lendemain matin sur un chariot. Si l'une reste non vidée plusieurs jours d'affilée, l'ASH dit le signaler aux collègues et à l'IDEC. [redacted] indique que la surveillance des carafes et l'incitation à une boisson supplémentaire lors de la collation ou à la petite cafétéria dans le couloir collectif, baptisé « place du village » servent de mesures préventives. Questionnée sur la vigilance particulière quant à l'hydratation des résidents, [redacted] assure qu'elle est bien mise en œuvre grâce aux carafes récupérées chaque matin et montre un cahier de « suivi », dans le local de rangement du personnel AS et ASH qui sert pour les périodes de canicule. Il est constaté que les carafes ne sont pas graduées. Leur simple récupération chaque matin ne peut pas permettre de quantifier et surveiller l'apport hydrique effectif, pour le compléter notamment en période de canicule. Il résulte de ces éléments que la vigilance quant à l'hydratation est insuffisante et non conforme aux recommandations des bonnes pratiques en EHPAD.

5 – Prise en charge de l'incontinence/Prévention, repérage et prise en charge de l'altération des téguments					
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	Méthode de recueil Eléments de preuve, d'objectivation	O	N	Constats
a) La mise en place des protections pour les personnes souffrant de troubles de la continence fait elle l'objet d'une analyse, d'une adaptation par une équipe pluridisciplinaire ?		Entretien [redacted]		N	Les troubles de la continence et besoins de protections sont notés dans le plan de soin et le projet de vie à l'admission. Il est constaté une adaptation au fil de l'eau, tracée sur le plan de soins par l'AS selon l'évolutivité des besoins liés à l'incontinence ou en situation aiguë (alitement prolongé, diarrhées …).
b) Le stock de protection est-il adapté aux besoins des résidents ? Un nombre de protections par résident a-t-il été défini ?	L. 119-1 CASF Code de déontologie	Entretien [redacted]	O		Il est constaté la présence de stocks suffisants au quotidien. Les stocks sont supérieurs aux besoins courants et sont accessibles en tant que de besoin (par exemple pour un épisode collectif de GEA (gastro entérite aigüe) le stock est accessible dans un local dédié). Une autre réserve de stock est disponible dans un autre bâtiment accessible sur demande, en accord avec IDEC. Dossier administratif des professionnels : non demandé Clause de rémunération sur objectifs liés au volume de protections commandés/utilisés : non questionné.
c)La prévention des escarres et la prise en charge des plaies font-elles l'objet de protocoles ? Un référent plaies et escarres est-il identifié ?		Entretien [redacted] Protocole de prévention créé en 2010 Protocole de soin créé en 2010 Matériel adapté	O		Il est rapporté que les escarres sont prises en charge essentiellement au retour d'hospitalisation. Il est constaté la présence d'aucun cas d'escarre le jour de l'inspection. Pas de dossier médical en cours à consulter Protocole prévention remis à jour en 2015 Les procédures sont coordonnées et suivies par l'IDEC. Il est constaté l'existence de matériel adapté en stock sur place (essentiellement matelas à eau) et sur prescription si besoin. Le personnel est bien sensibilisé à signaler l'IDEC lors des transmissions, voire à la diététicienne. Ceci déclenche une action préventive immédiate : - Effleurement des zones de contact, - Mise en place d'un matelas à eau, - Changement de position toutes des deux heures, voire renforcement protéino- énergétique.

					- Surveillance et évaluation quotidienne rapportée aux équipes aux transmissions de 14h. En synthèse il est constaté une bonne vigilance, une bonne coordination, la rapidité et la qualité des mesures préventives de soins mises en place ainsi que la qualité des résultats.
d) L'accès à du matériel de prévention des escarres est-il organisé ?		Entretien [redacted]	O		Il est précisé que l'IDEC commande et gère les stocks. Elle donne aux soignants la consigne du matériel à installer et initie la procédure de prévention et de surveillance tégumentaire (essentiellement matelas à eau en prévention disponibles immédiatement). En cas de retour d'hospitalisation avec escarres (ayant une prescription spécifique), l'IDEC fait une commande spécifique selon la prescription médicale.

6 - Autres prises en charge spécifiques					
Points à vérifier	Références réglementaires Bonnes pratiques	Méthode de recueil Eléments de preuve, d'objectivation	O	N	Constats
a) La prise en charge de la chute est-elle organisée et protocolisée ? Un référent « chute » est-il identifié ?	L311-3 CASF D312-155-0 CASF RBPP : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS Avril 2009	Entretien [redacted] Entretien [redacted] [redacted] Consultation DSI Protocole de soin en cas de chute créé en 2010	O	N	Le protocole a été modifié en 2015 Il n'aborde que la CAT immédiate après la chute et les suivis lors des 3 jours suivants. 1 DSI consulté. - Pas de référent chute identifié - Pratiques recommandées essentiellement basées sur un repérage des résidents chuteurs, le repérage et la correction des risques individuels et l'adaptation environnementale (exemple matelas au sol) - Protocole consulté n'est pas applicable dans le fonctionnement actuel de l'établissement. Compte tenu de la pénurie des personnels spécifiques qui seraient nécessaires (kiné et/ou ergothérapeute), les procédures recommandées ne peuvent être appliquées car ces professionnels sont absents. Or l'absence de ces professionnels contribue à majorer le risque de grabatisation insidieuse du résident par insuffisance de prise en charge adaptée. [redacted] la direction de l'établissement indique ne pas arriver à en recruter Pour pallier l'absence de ces professionnels, les AS chacune leur tour, essayent de faire marcher les résidents repérés chuteurs ou à risque de chute (après alitement prolongé ou si elles constatent la survenue de troubles de la marche). Rappel :Cf Partie 2. - Régulation et coordination des équipes de soins rubrique /rubrique a)

					La présence des professionnels spécifiques « rééducateurs » est indispensable à la prise en charge des résidents dépendants ayant des troubles de la marche ou repérés chuteurs. Leur absence ne peut être compensée par [redacted] AS et FFS, selon leurs moments de disponibilité dans leur journée, pour aide à la marche.
b) Existe-t-il un dispositif permettant de prévenir les chutes, de les signaler et de les analyser et de conduire à la mise en place de mesures correctives adaptées ? Un bilan est-il réalisé?	RBPP : Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (volet EHPAD), HAS, 2016	Entretien [redacted] Entretien [redacted] Consultation DSI Rapport d'activité médicale : bilan annuel des chutes Protocole de prévention des chutes créé 2012	O	N	Le protocole a été modifié en 2015 . Il n'est plus adapté puisque l'établissement ne dispose plus de kiné ni d'ergothérapeute, intervenant dans l'établissement. Il n'est pas constaté de bilan en équipe ni d'évaluation du risque de chute à l'arrivée dans l'établissement. Il n'est pas constaté la présence d'une culture pluri-professionnel le de l'analyse collective des causes des chutes et des mesures correctives mises en place. Suivis régulier par listing des données informatiques, indiquant chaque épisode de chute, précisant la date, le lieu et l'action en cours au moment de la chute (Exemple : Salle de bains /en se rendant ou sortant des toilettes ; Chambre /chute d'une chaise ou fauteuil.) Toutes les chutes sont en principe déclarées. [redacted] indique qu'en 2022 le personnel avait encore pour consigne de déclarer en chute le moindre glissement d'un siège ou au bord du lit. Ce type de déclaration pour « glissement » n'a plus été reproduit en cours d'année 2023 et 2024. L'équipe ne comptabilisant plus les chutes par « glissement », c eci peut expliquer l'évolution à la baisse des chutes : Bilan chiffré 2022 : 12 chutes - 5 chutes d'une chaise ou fauteuil ,5 chutes en allant ou sortant des toilettes, 2 au cours de la marche. Bilan chiffré 2023 : 3 chutes de siège, 1 chute du lit, 1 « ne sait pas » Bilan chiffré janvier à 14 mars 2024 : 1 chute de siège
c) Les mesures de prévention de l'ostéoporose sont-elles mise e place ?		Entretien [redacted]	O		Sur ce point, l'avis de la diététicienne est sollicité pour un renfort calcique sous forme de lait en poudre ou poudre d'amande, si l'alimentation en produits laitiers estestimée insuffisante par l'équipe et/ou si le périmètre de marche est réduit. Il est constaté la prescription de vitamine D systématique et régulière à tous les résidents. Sur le rapport d'activité « Chutes » de l'établissement, entre 2022 et 2024, il est relevé une seule chute fracturaire (col du fémur) en 2023. Il n'est pas constaté l'existence de mesure hygiéno diététique particulière de prévention de l'ostéoporose en cas de notion de fracture récente ou d'ATCD de chute fracturaire.

					Il n'est pas constaté l'existence d'une enquête alimentaire avec quantification des apports calciques journaliers avant l'admission ni post admission. Si l'apport en vitamine D est assuré, l'apport calcique alimentaire censé être de 1000mg /jour en prévention de l'ostéoporose (majorée avec le grand âge) n'est pas suffisamment quantifié ni certain.
d) La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ? Un référent « douleur » est-il identifié ? L'établissement a-t-il recours à la filière gériatrique ?	L1110-5 CSP L1112-4 CSP R4312-19 D312-155-0 5° CASF (modifié par décret du 27/04/2022)	Entretien [redacted] Entretien [redacted] Consultation de 2 DSI Protocole Prise en charge de la douleur créé en 2010 Protocole Doliprane créé en 2019		N	Il n'est pas constaté de référent douleur identifié. Il n'existe pas de protocole douleur relatif aux recours à la filière gériatrique. Les Protocoles internes « Prise en charge de la douleur » ont été mis à jour en 2019. Ils contiennent la préconisation de dépistage, d'évaluation et de suivi, notamment par utilisation d'échelles d'évaluation (EVA, EVS Doloplus). Il est constaté que le protocole de prise en charge de la douleur n'est pas mis en application dans la pratique. Il est constaté une absence de quantification tracée de l'intensité de la douleur et du suivi des résultats. Sur les 2 DSI consultés pour situation médicale nécessitant d'évaluer la douleur (dossier douleurs chroniques et dossier chutes à répétition), il est constaté une application des procédures et la traçabilité dans le dossier soins du DSI insuffisantes. De même, la CAT, la pratique d'évaluation et le suivi sont insuffisants.
e) Comment est organisée la prise en charge par la psychologue ?		Entretien IDEC		N	Il ressort de l'entretien que la psychologue est partie depuis [redacted] et n'a pas été remplacée. Il en résulte que l'établissement souffre d'un défaut de prise en charge qualifiée pour la prise en charge psychique des résidents, le soutien des équipes et l'écoute des familles (en particulier en cas de difficultés rencontrées pour gérer un résident perturbateur ou en cas de risque de suicide ou en fin de vie).
f) La prise en charge en soins psychiatriques est-elle organisée ?	D312-155-0 5° CASF (modifié par décret du 27/04/2022)	Entretien IDEC Protocole interne « Agitation – CAT » créé en 2012		N	Il n'est pas constaté d'intervention régulière sur place ni de consultation de géronto-psychiatrie ou d'un médecin, psychologue, ou infirmier du CMP. De même il n'apparait pas de convention formalisée dans ce domaine. Le protocole date de 2015 et concerne la procédure en cas d'agitation aigüe et en absence d'obtention d'apaisement, la consigne est donnée de se conformer à la fiche « Problèmes médicaux et urgences médicales ». Cette fiche indique d'appeler le MT ou le centre 15 en son absence. Rappel : cf Partie 1. - Continuité des soins paramédicaux et médicaux /rubrique j) En cas d'agitation par troubles psycho comportementaux [redacted] indique que le service gériatrique du [redacted] avec lequel existe une convention, refuserait d'admettre la personne âgée si elle n'est pas d'abord passée par le service des urgences, lequel refuserait de la recevoir et conseillerait à [redacted] de la sédater en chambre.
g) La mise sous contention d'un résident s'opère-t-elle dans le cadre		Entretien IDEC Protocole interne	O		Le protocole « contention physique » a été mis à jour en 2015. A sa lecture, les barrières de lit n'apparaissent pas être considérées comme du matériel de contention («…lors d'une contention au lit , le matériel est attaché aux partie fixes, jamais au matelas ou aux barrières»).

d'un protocole interne formalisé incluant la personne ou son représentant et les personnels (éducatifs, soignants, médicaux) ?		Contention physique créé en 2011			Il est constaté que 44 résidents sur 75 sont sous contention la nuit sous forme de positionnement de barrières de lit, pour la majorité en continu le long de l'année. Le listing de suivi des contentions par positionnement des barrières de lit est mis à jour par l'IDEC et est affiché en salle de transmissions. Il ressort de l'entretien avec [redacted] que ce nombre important s'expliquerait par: - Le fait qu'un grand nombre de résidents risque régulièrement de chuter hors du lit. Or les lits sont anciens (30 ans) et ne sont pas dotés de système d'ajustement permettant de rabaisser leur hauteur au minimum près du sol. En conséquence le risque encouru de traumatisme ou blessure par chute justifierait pour l'équipe le maintien quasi au long cours des barrières de lits. - Le fait que certains résidents demandent d'être rassurés et souhaitent la pose de barrières chaque nuit.
h) La mise sous contention fait-elle l'objet d'une prescription médicale ? Cette prescription est-elle réévaluée régulièrement ?	A ce jour, pas de norme opposable.	Entretien IDEC Consultation du DSI d'un résident sous contention « Barrières » - Prescription médicale - Réévaluation et surveillance tracées	O		Il ressort de l'échange que l'IDEC assure que chaque résident est réévalué régulièrement. Il est précisé qu'en cas d'amélioration de son état physique ou comportemental et après discussion de la situation en équipe, la contention, après avis et accord du médecin prescripteur, peut être levée. Toutefois, il n'est pas constaté de traçabilité de cette démarche de réévaluation régulière en équipe dans le DSI. Selon [redacted] il existe une prescription médicale seulement de barrières de lit et sur une durée de 1an (condition de durée imposée selon [redacted] par le médecin prescripteur). Aucun autre type de contention n'est ni appliqué ni prescrit.
La prévention de la iatrogénie aux neuroleptiques ?		Entretien IDEC		N	Il est constaté que l'IDEC n'est pas informée du risque de chute par les effets indésirables d'hypotension orthostatique et de la possibilité de la corriger par des bas de contention. Il est constaté un besoin de formation et de sensibilisation du personnel infirmier par un médecin ou un pharmacien sur la surveillance des effets secondaires des neuroleptiques, leur prévention et en instaurer les modalités de suivi.
g) L'établissement a-t-il recours à une équipe mobile de soins palliatifs ?	L1110-5 CSP L1112-4 CSP R4312-20 et 21 CSP D312-155-0 5° CASF (modifié par décret du 27/04/2022)	Entretien IDEC Convention [redacted] Protocole Accompagnement du résident en fin de vie créé en 2010	O		Il ressort de l'entretien que la convention avec le CHRO est effective. Le protocole date de 2015, il ne décrit pas les consignes relatives aux procédures formalisées avec l'équipe du [redacted] mais seulement la prise en charge strictement « nursing » du résident en fin de vie.

	RBPP : Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD-ANEMS novembre 2017				

A [redacted] Le [redacted] 2024

Madame le Docteur [redacted]

[redacted]

ANNEXE : Hygiène et Maîtrise du Risque Infectieux

Etablissement: EHPAD « Les Hirondelles» situé à DORDIVES; date de l'inspection: 14/03/2024
Personne qualifiée interne ARS [redacted]

Note sur l'hygiène et la maîtrise du risque infectieux au sein de l'EHPAD les Hirondelles

Madame la Directrice générale,

Par courrier en date du 29 février 2024, j'ai été désignée en tant que personne qualifiée interne de l'ARS, pour une mission d'inspection se déroulant le 14 mars 2024 au sein de l'EHPAD cité en référence,

Il ressort de la lettre de mission précitée que compte-tenu des éléments à la disposition de l' ARS et du Conseil départemental du Loiret, la mission d'inspection aura pour objectif général le contrôle du fonctionnement et de l'organisation de la prise en charge des résidents.

Une attention particulière devra être portée aux thématiques suivantes:

- L'organisation de la gouvernance en lien avec le contrôle susvisé de la CRC et dans une perspective de fin du mandat de gestion d [redacted]
- Les fonctions support, notamment la qualification des personnels de l'établissement, les conditions d'installation et l'état des équipements au regard de la prise en charge des résidents;
- La qualité des prises en charge, notamment sous les angles de la prise en charge médicale (cf. missions spécifiques de la personne qualifiée externe), du circuit du médicament et de la maîtrise du risque infectieux.

En tant que personne qualifiée interne ayant la qualité d'infirmière, il me revient, dans le cadre des objectifs généraux de la mission, de contribuer plus particulièrement à l'inspection des champs suivants au regard des textes réglementaires et des bonnes pratiques professionnelles:

- Hygiène et maîtrise du risque infectieux

A cet effet, vous trouverez ci-dessous la note présentée sous forme d'un tableau; lequel reprend les thématiques explorées et les constats formalisés.

	Critères				constats	**textes et recommandations de référence**
A- Organisation de la prévention du risque infectieux associé aux soins						
AI	**Au moins un** correspondant hygiène est nommé dans le **service.**		x		Pas de correspondant en hygiène Pas de référent hygiéniste au __,,algré la convention. Appui du CPIAS CVL si besoin	circulaire du 19 aout 2009 relative à la mise en œuvre du plan de stratégie nationale de prévention des infections associées aux soins
A2	Le signalement des infections associées **aux soins (interne et** externe) est organisé.		X		pas de procédure retrouvée	décret n· 2016-1606 du 25 novembre 2016
A3	En cas de signalement, le patient/résident est informé.				non observé	
A4	Une analyse des causes est menée en cas d'événement infectieux grave.		x		pas de document trouvé	
B - Précautions standard						
BI	Un protocole « précautions standard» existe.		x		Protocole obsolète : date de mise à jour 2012	recommandations de la SFHH de juin 2017
B2	La tenue des professionnels est conforme.		x		Tenue civile sous la blouse manches longues et gilet personnel, cheveux non attachés, et port de bijoux, vernis, prothèses ongulaires chez certains soignants	recommandations de la SFHH de juin 2017
B3	Les produits hydro-alcooliques sont à disposition au plus près du soin.		x		Sur le chariot de soins dans le couloir	recommandations de la SFHH de juin 2017
B4	La date d'ouverture ou d'élimination est mentionnée sur le flacon de PHA.		x		pas de date sur les flacons, certains sont sales	recommandations CPIAS ile de France
	Critères				Commentaires	**textes et recommandations de référence**

[1] Conforme
[2] Non conforme
[3] Non applicable

B5	Affichage de la conduite à tenir en cas d'AES.		x		pas de procédure affichée, protocole existant sur conduite à tenir date de 2012	recommandations GERES
86	Des dispositifs médicaux sécurisés **sont à disposition** des soignants dans le **service.**	x				circulaire DGS/DH du 20 avril 1998
Les collecteurs OPCT:						
B7	Collecteurs observés **en cours d'utilisation** :	conforme				
88	Collecteurs pour lesquels la fermeture temporaire est respectée :	conforme				
89	Collecteurs pour lesquels le **niveau de remplissage est** respecté:	conforme				
810	Collecteurs fixés ou **maintenus:**	conforme				
B11	Des gants de soins à usage unique sont mis à disposition dans les services.	**x**				recommandations ORIG-SFHH
812	**Si oui, ils sont présents** dans les lieux le nécessitant.	x				
B13	Des tabliers imperméables à usage unique sont disponibles dans le **service.**	**x**				recommandations ORIG-SFHH
B14	Des masques chirurgicaux anti-projection (type IR ou IIR) sont disponibles dans le service.	x				recommandations ORIG-SFHH
815	Des protections oculaires (lunettes ou masques à visière) sont disponibles dans le service.	x				recommandations SFHH juin 2017
C - Précautions complémentaires (PC)						**recommandation SFHH 2009**
Cl	Un protocole« précautions complémentaires » existe.		x		Protocole obsolète : date de mise à jour 2012	
C2	Patients/résidents signalés à l'EOH	pas d'EOH référent				

	(équipe Opérationnelle d'Hygiène)			
	Critères		Commentaires	**textes et recommandations de référence**
C3	Nombre de patients/résidents **relevant** des précautions complémentaires (contact, gouttelettes et air) le *jour* de la visite:	aucun patient en PCC		
D - Soins invasifs				**recommandation orig • SFHH**
Stomie urinaire :				
D3	Gestion de la poche et des excrétas	non conforme pas de lave bassin ni de sachet à usage unique	vidange de la poche dans une bassine puis danslestoilettes	
Cathétérisme veineux et sous-cutané :				
DS	Cathéters souscutané/ Surveillance	conforme	pose des cathéters sous cutané en fin d'après-midi par IDE retiré le matin par IDE	
D6	Nombre de poses de cathéters tracées (date et localisation) :	non observé		
	Critères		**Commentaires**	**textes et recommandations de référence**
Flacons de produits antiseptiques :				bon usage des antiseptiques en EMSCPIASgrand est 2018
D9	Nombre de flacons en cours d'utilisation dans le service:	5	trop d'antisepiques, utilisés	
DI□	Nombre de flacons datés et dont la durée maximale d'utilisation est respectée:	non conforme	pas de date d'ouverture sur les flacons 2 flacons périmés	
DII	Nombre de flacons fermés (horssoins en cours):	**conforme**		
E - Entretien des dispositifs médicaux et bio nettoyage				**textes et recommandations de référence:** **guide entretien de locaux en EMS** **CPIAS Bourgogne franche**

						comté 2019
E2	Les produits indiqués dans les procédures sont disponibles dans le service.		x		produit désinfectant de surfaces disponibles pris au dilueur tous les jours pas de date sur les vaporisateurs	
E3	Les chariots de soins sont propres.	x				
E4	Les chariots de nursing sont propres.		x		effets personnels sur le chariot de nursing, traces de souillures	
ES	Les chariots de bio nettoyage sont propres.		x		mélange propres et sales, balai sales, entretien non fait pour certains chariots d'autres conformes agent dépendant	
E6	Le bio nettoyage des locaux est organisé.		x		procédures existantes dans la salle de décontamination non datés protocoles obsolètes de 2012	
E7	Les produits **nécessaires** au bio nettoyage des locaux (détergents, désinfectants, détergents-désinfectants) sont disponibles dans le service.		x		dileurs dans le local avec produits mais flacons non daté entretien du dilueur non daté bonne dose délivrée ?	
E8	Le réfrigérateur pour les médicaments est **réservé** aux médicaments.		x		flacon à urine dans le frigo de la salle de soins	
E9	Le réfrigérateur est entretenu à fréquence définie, l'entretien est tracé, la température est surveillée et tracée.	■	x		entretien du frigo non tracé traçabilité des températures pas faite systématiquement tous les jours	
Critères					**Commentaires**	**textes et recommandations de référence: Grephh 2017**
F - Gestion des *excrétas*						
FI	Absence de douchette dans les sanitaires des chambres.	x				
Le service n'est pas équipé de laveur(s) désinfecteur(s) de bassins {LDB) :						
F6	Des protections de bassins à usage unique sont disponibles.		x		pas disponibles	

F7	Il existe une procédure de désinfection des bassins : désinfection par **immersion** systématiquement après utilisation.		x			
G - Gestion des déchets						**textes et recommandations de référence: code la santé publique**
G1	Le protocole de tri des déchets est affiché **dans le service.**		x		pas de protocole affiché	
G2	Les différents contenants à déchets et leurs supports sont disponibles dans le service.	x				
G3	Un local permettant le stockage **intermédiaire des** déchets est identifié et son accès est sécurisé.		x		pas de local intermédiaire, local déchets *à* l'extérieur avec porte *à* code non accessible aux résidents	article 8 du décret du 7 septembre 1999
G4	Les délais pour l'élimination des DASRI sont respectés.		x		**pas de date sur les contenants** dans le local DASRI, contenants propres dansle local sale	Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997
Critères						**textes et recommandations de référence: recommandations ORIG - SFHH**
H - Gestion du linge						
H1	La séparation entre linge propre et linge sale est respectée.	x			local dédié pour le linge propre et le sale	
H2	Le tri du linge est organisé.	x			chariotsavec tri du linge organisé protocole de 2012	
H3	Un local permettant le stockage intermédiaire du linge sale est identifié.			x		
J - Maitrise du risque infectieux lié *à* l'alimentation						**textes et recommandations de référence: Maitrise du risque infectieux en ESMS Hygiène en restauration CCLIN ouest 2011**
J1	L'office **alimentaire** du **service** est organisé de façon à respecter la marche en avant (dans		x		matériel médical (lève malade) et autres dans l'office porte ouverte accessible aux résidents	

	l'espace ou dans le temps).					
J2	Les produits utilisés pour l'entretien des surfaces hautes sont agréés contact alimentaire.	x				
J3	Il y a (au moins) un réfrigérateur alimentaire dans le **service (hors chevets** réfrigérés)	x			1 réfrigérateur dans chaque office alimentaire	
J4	Le réfrigérateur ne contient que des denrées alimentaires.		x		suppositoires et crème patient nominative dans le frigo de l'office alimentaire	
JS	Le réfrigérateur est **réservé à** l'alimentation fournie par l'établissement.	x				
J6	La température du réfrigérateur est **surveillée et tracée** quotidiennement. Il est entretenu à fréquence définie, l'entretien est tracé.		x		feuille de traçabilité température sur le frigo mais certaines dates non renseignées pas de feuille de traçabilité de l'entretien	
J7	La température des plats est mesurée lors de la distribution des repas.		x		pas de feuille de traçabilité trouvée chariot bien en chauffe lors de la distribution des repas	
J8	Les couples temps-températures sont respectés lors de la distribution des repas.		x		pas de feuille de traçabilité trouvée chariot bien en chauffe lors de la distribution des repas pas d'affichage de température sur le chariot	
J9	Les soignants distribuent les repas **avec** des mains désinfectées et une tenue vestimentaire conforme.		x		tablier tissu mis le midi pas le matin pas de désinfection des mains **entre deux patients**	
Autres constats concernant l'hygiène des locaux et lors des soins (sur la base des pratiques observées le jour de l'inspection)						

Locaux:

Les locaux en général sont vétustes avec un manque de remise en état

- Chambre: sol et salle de bain visuellement propre, les draps sont propres et les lits faits. Traçabilité faite.
  Office : évier entartré, matériels inadéquates entreposés
- Lingerie : bien organisée (propre/sale), la plupart de l'entretien du linge est externalisé, le reste est lavé en machines domestiques.
  Tenues du personnel à disposition pour être changées tous les jours.
- Cuisine : vétuste, humidité: risque de prolifération de moisissures
  La réserve de matériel est bien rangée et organisée
  Le congélateur est bien organisé et propre, les relevés de températures sont faits et tracés
  Le frigo bien organisé et propre, les relevés de températures sont faits et tracés
  Les fours, les ustensiles sont propres et bien entreposés
  Les plans de travail sont visuellement propres, il y a indiqué qu'il y avait utilisation du vinaigre blanc pour faire briller (non conforme)
  Les produits désinfectant sont conformes, utilisation d'un dilueur: pas de traçabilité d'entretien ni de dates d'ouverture sur les bidons.
  Protocoles de nettoyage et de désinfections affichés date mise à jour 2016, traçabilité faite.
  Attention au risque d'intoxication alimentaire si les surfaces ne sont pas correctement désinfectées et si le produit désinfectant est mal dilué
  Tunnel de lavage: voir pour la mise en conformité
- Bar: vaisselle faite à la main, liquide vaisselle et éponge sur l'évier (non conforme), denrées périmées, pas de traçabilité de l'entretien du frigo ni de relevé de température, stockage important sous l'évier.
- Salle de soins: garrots en tissu, bac de désinfectant (conforme)
  Pas de traçabilité de l'entretien de chariots ni du frigo (non conforme)

11 y a une volonté de l'équipe soignante de prodiguer des soins de qualité et un respect de la personne âgée.

Le matériel de protection individuel est à disposition (gants, SHA, masque, tablier plastique..), mais il n'est pas toujours utilisé

Une douche est donnée aux résidents au moins une fois par semaine et la toilette des résidents est réalisée tous les jours.

Les fauteuils des résidents sont parfois arrachés (mousse apparente) risque de contamination croisée (ex: gale)

En synthèse, il ressort de l'analyse des constats posés, un manque de mise à jour des protocoles d'hygiène en conformité avec les recommandations actuelles de bonnes pratiques. Il ressort également des constats, un manque de connaissances et de formation des ASH faisant-fonction d'AS sur les bonnes pratiques d'hygiène, ce qui est de nature à majorer le risque de transmission croisée d'agents infectieux chez les résidents. Par ailleurs, il n'a pas été observé de traçabilité de l'entretien des dilueurs de désinfectant, ce qui ne permet pas de garantir la qualité de désinfection du matériel et

donc majore le risque de transmission de micro-organismes pathogènes et le risque de toxi-infection alimentaire.

A Orléans, le 08/04/2024

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

LikTri
.fp:/iti
FmlmltfI

cerfa

N° 16210*01

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors dLI contrôle dans les !ocaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation
(Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)

Merci de bfen vouloir remplir le formulaire lisiblement
(1) Mention à insérer en lettres capitales

1 - Identtté do l'occupant	
NOM(1)	I\'TI'\Q.---
PRENOM11 **Date et lieu de naissance**	
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
1 - Contrôle	
Commanditaire (1)	MS CENTRE VAL-DE LOIRE ET CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET
Texte(s) de réfé!eoce	1.313-13 ET SUIVANTS DU CASF, L313-13 à L313616 DU CASF, LI 4121-1 à LI 421-3 ET 1435-7 DU CSP
Objet	NSPECTION
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	[redacted]
PRENOM (1J	[redacted]
Qualité	J!NSPECTRJCE DEL'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ARS
Autres membres	
NOM(1)	1
PRENOM 11I	
Qualité	fHARMACŒN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE ARS

Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement
(1) Mention à insérer en lettres capitales

NOM lité	[redacted]
PRENOM 11J	[redacted]
Qualité	AGENT HANILITE DU CONSEIL DEPARTEMENT AL DU LOIRET_ CHARGEE DE MISSION ESMS_DROMS
NOM 1)	[redacted]
PRENOM (1)	[redacted]

EMENTAL DU LOIRET

NOM(1)	[redacted]
PRENOM (1)	[redacted]
Qualité	ERSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS-CHARGEE DE MISSION INSPECTION ARS
NOM(1)	[redacted]
PRENOM (1)	[redacted]
Qualité	PERSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS–INFIRMIERE ARS
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	'ERSONNE QUALIFIEE EXTERNE ARS-MEDECIN

5 - Adresse ou domiciliation des Ueux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle

Appartement ou chambre, escaliert étage	
&ât., Résidence	AD LES HIRONDELLES
N° *et* nom de la voie	6 RUE MARIE CURIE
C001plément d'adresse	
Code postal· Commune	5680 DORDIVES

6 • Lieux, locaux, imtallations non concernés par le contrôle

Pièce(s)	(rayer si dans objet)
Étage(s)	(rayer si dans objet)
Dépendances	(rayer si dans objet)
Autre(s)	(rayer si dans objet)

Il m'a été prêcisé- que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui 50ll'lt à l'usage de mon habitation.
Cocher *ci--dtssous* fa *mention utile* ;
☐ J'a-ccei,te que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.
☐Je n'accepte pas que les personnes mentiomées au poi'lt 4 pénetrent ce jour à partt de 6 heures et demeurlfflt au plus tard jusqu'i 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens d& transport à l'usage de mon habitation, au *titre* du contr◆e mentionné au point 3.

Prénom NOM de l'occupant (et de son représentant légal, le cas échant)	Prénom NOM de l'aient habilité et asser;menté
Date et heure d'entrée ---i O *i:f"*	Date.rheurede sortie W ? Z.L
Observation(<) de l'occupant (ou de SM représentant l◆al, le cas échéant)	Observation(•) de l',gent habilité et assermenté

Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »	Signature de l'agent habilité et assermenté
[redacted]	[redacted]

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Ukrlé
i'g11/ili
Frrrtrmitt

cerfa

N° 16210*01

Formulaire de recueit de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation
(Article R. 313·15 du code de l'actioosociale et des familles) 1

Merd de bfen vouloir remplir le formulaire lfsfblemant
(11 Mention à insérer en lettres capitales

1 • Identité de l'occupant	
NOM(I)	
PRENOM(11 **Date et lieu de naissance**	
2 • Identité du rejlrésentant légal (le cas échéant)	
NOM/1)	
PRENOM 11)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
1 • Contrôle	
Commanditaire (1)	SCENTRE VAL-DE LOIRE ET CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET
Texte(s) de référence	13-13ET SUIVANTS DU CASF, L313-13 à L313616 DUCASF, LI 4121-1 à LI 421-3 ET LI435-7DUCSP
Objet	!I-"SPECTION
4 • Membres de la mis-sion	
Coordonnateur de la mission	
NOM!1)	
PRENOM (1)	
Qualité	NSPECTRICE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ARS
Autres membres	
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	CIEN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE ARS

Merci de bien vouloir remplir le formulaire l;siblemant
(1) Mention à insérer en lettres capitales

NOM ualité (1)	
PRENOM (1)	
Qualité	AGENT HAN! ESMS_DROM L S ITE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET _ CHARGEE DE MISSION
NOMitl	
PRENOM (1)	

Qualité	AGENT HABILITE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRE [redacted]
N0M(1)	
PRENOM (1)	
Qual1té	ERSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS-CHARGEE DE MISSION INSPECTION ARS
N0M(1)	
PRENOM !1)	
Qualité	ERSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS-INFIRMIERE ARS
N0M(1) [redacted]	
PRENOM !1)	
Qualité	PERSONNEQUALIFIEE EXTERNE ARS-MEDECIN

5 • Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, ;nstallalions ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle

Appartement oo **chambre**, escalier, étage	
Bât., Résidence	EHPAD LES HIRONDELLES
No et nom de la vole	6 RUE MARIE CURIE
Complément d'adresse	
Code postal • Commune	5680 DORDIVES

6 • Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle

Pièce(s)	(rayer si dans objet)
Étage(s)	(rayer dans objet)
Dépendances	(rayer si dans objet)
Autre(s)	(rayer si dans objet)

Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux:, installations ou moyens de transport qui sont à t•usage de mon habitation.

Cocher ci-dessous fa mention *utile* :

☐ J'accepte que les personnes mention1 l ées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, Installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.

☐ Je n'accepte pas que lts pers-onnes mentiCJnnées au point ◄ pénètrent ce jour à partir *de* 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrô1e mentionné au point 3.

Prénom NOM de l'occupant (et de son représentant légal, le cas échant) [redacted]	Prénom HOM de l'agent habilité et a sermenté [redacted]
Date et heure d'entrée iOl,,_2.$""	Dateetheuredesortie (O" "5J""""
Ob,er,,ation(s) de l'occup,nt (ou de son représentant légal, le cas échant)	Observation(s) de l'agent habiltté et assermenté
Signature de l'occupant (oo de son représentant légal, le cas échéant, précédée de la mention manuscrite .. lu et approuvé .. [redacted]	Si1nature de l'ent habilité et as,ermenté [redacted]

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Lihtrti
i1,Ji1é
Fntmtilt

cerfa

N° 16210*01

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de soo représe-ntant légal lors du contrôle dans les loau)(, lieux, instaltations et *moyens de* transport à usage d'habitation (Artide **R.** Ill-15 du code **de** l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire 11:slblement (1) Mention à insérer en lettres capitales	
1 • Identité de roccupant	
NOM{1)	(\'iN.,
PRENOM(1)	
Date et lieu de **naissance**	
1 • Id<ntité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
1 • **Contrôle**	
Commanditaire (1)	ARS CENTRE VAL-DE LOIRE ET CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET
Texte(s)de référence	313-13ET SUIVANTS DU CASF, L313-13 a LJ13616 DUCASF, LI 4121-1a LI 421-3 ET 1435-7 DUCSP
Objet	1"SPECTION
4 • Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOMI1I	
PRENOM (1)	
Qualité	NSPECTRICE DEL'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ARS
Autres membres	
NOM(1)	
PRENOM (1)	[redacted]
Qualité	HARMACIEN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE ARS

Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement (1) Mention à Insérer en lettres capitales	
NOM ciualité (1)	[redacted]
PRENOM (1)	[redacted]
Qualité	AGENT HANI LITE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET CHARGEE DE MISSION ESMS_DROMS
	[redacted]
NOM(1	[redacted]
PRENOM (1)	

Qualité	AGENT HABILITE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRE
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	ERSONNE QUALIFIEE JNTERNE ARS-CHARGEE DE MISSION INSPECTION ARS
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	RSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS-rNFIRMIERE ARS
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	ERSONNE QUALIFIEE EXTERNE ARS-MEDECIN

5 • Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle

Appartement ou chambre, escalier, étage	
Bât., Résidence	HP AD LES HIRONDELLES
No et nom de la voie	RUE MARIE CURIE
Complément d'adresse	
Code postal - Commune	5680 DORDIVES

6 • Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle

Pièce(s)	(rayer si dans objet)
Êtage(s)	(rayer si dans objet)
Dépendances	(rayer si dans objet)
Autre(s)	(rayer si dans objet)

Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à [accès iIUX locaux, li x, installatioos ou moyens de transport qui 500t à l'usage de moo habitation.
Cocher ci-dessous fa mentjon *utile :*

☐ J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour .à partir de 6 heures et deme-urent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, Ifeux, Installations ou moyens de transport à l'usage demon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.
☐ Je n'accepte pas (IUe les penonnes mentionnées au point ◄ pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dais les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mcin habitation, au titre du contrôle mentionnê au point 3.

Prénom NOM de l'occupant (et de son représentant légal, le cas échant)	Pr' om NOM de l'agent habilité et asserment é
Date et heure d'entrée 10h	Date et heure de sortie 10h
Observation(,) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilttô et assermentô
Sig::!t• de l'occupant (ou de son représentant,légal, le cas échéant), précédée	**Signature de l'aient habiltté et assermenté**

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
üix,tl
igafitl
Fn,tm1itl

cerfa

N° 16210*01

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation
(Artide R. 313·15du code de l'action sociale et des familles)

Merci <le bien vouloir remplir le formulaire lisfblement
(1) Mention à Insérer en lettres capitales

1 • Identité de l'occupant	
NOM(1)	[redacted] [redacted] |
PRENOM(1) **Date et lieu de naissance**	
1 • Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM(11	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
I • Contrôle	
Commanditaire (1)	CENTRE VAL-DE LOIRE ET CONSEfL DEPARTEMENTAL DU LOIRET
Texte(s) de référence	..313-13 ET SUNANTS DU CASF, L313·13 **a** L313616 DU CASF, LI 4121-1 à LI 42l-3 ET 1435-7 DU CSP
Objet	INSPECTION
4 • Membres de la mission	
Coordonnateur de lamission	
NOM /1l	
PRENOM (1)	
Qualité	1'1SPECTRICE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ARS
Autres membres	
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	rHARMACIEN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE ARS

Merci,1A!:li ulo1:;..r lblement

NOM qualité (1l	
PRENOM (1)	
Qualité	LITE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET_ CHARGEE DE MISSION MS
NOM11)	_ 1
PRENOM(1)	

Qualité	AGENT HABILITE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIRET [redacted]
NOM(1)	[redacted]
PRENOM (1)	[redacted]
Qualité	PERSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS-CHARGEE DE MISSION INSPECTION ARS
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	PERSONNE QUALIFIEE INTERNE ARS-INFIRMIERE ARS
NOM(1)	
PRENOM (1)	
Qualité	PERSONNE QUALIFIEE EXTERNE ARS-MEDECIN

5 • Aci"esse ou domiciliation *des* l1eux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle

Appa!tetnent oo chambre, escalier, étage	
Sât., Résidence	EHP AD LES HIRONDELLES
N° et nom de la voie	6 RUE MARIE CURIE
C001plément d'adresse	
Code postal • Commune	15680 DORDIVES

6 - lieux, locaux, installationi> ll0o concernés par le contrôle

Pièce(s)	(rayer si dans objet)
Étage(s)	(rayer si dans objet)
Dépendances	(rayer si dan objet)
Autre(s)	(rayer si dans objet)

Il m'a été prêcisé que, je suis libre de m'opposer à t'accéSaux locaux, lieux, installations ou moy&ns de transport qui sont à l'usase-de mon habitation.

Cocher ci-dessous la mention *utHe* :

☐ J'accepte que les personnes mentlon1 1ées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 h-eures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans !es locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.

☐ Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point *4* pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les lcicaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.

Prénom HOM de l'occupant (el de son représentant légal, le cas échant)	Pré[']" NOM de l'agent habilité et assl!!menté
Date *et* heure d'entrée *JÀ y'*	Date et heure de sortie { 1 h 2...Q-)
Observatlon(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté
Sisnature da [redacted] de la me [redacted] précédée	Signature de l'agent habilité et assermenté [redacted]

CHAM

DECISION 2024--12

PORTANT DELEGATION DE SIGNATURE

IL.ENTREHOSPITALIER DE l'J-,GGLOMERATION vlONTARGOISE

Le Directeur du Centre Hospitalier de !'Agglomération Montargoise,

Vu l'article L.6143-7, 5ème alinéa du code de la santé publique disposant que le directeur d'un établissement public de santé peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret,

Vu le décret n· 2005-921 du 2 août 2005, portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loin· 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Vu les articles D. 6143-33 à 35 du code de la santé publique, relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé, et fixant les conditions dans lesquelles le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature,

Vu l'article R.6143-38 du code de la santé publique relatif, notamment, aux conditions de publicité des décisions des directeurs des établissements publics de santé,

Vu l'arrêté de Centre National de Gestion du 13 août 2019 nommant **Monsieu** [redacted] irecteur du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise,

Vu l'arrêté du centre national de gestion (CNG) en date du 5 septembre 2023, portant sur le renouvellement du détachement de M [redacted] à la direction du centre hospitalier de l'agglomération montargoise (CHAM), à l'EHPAD Paul Cabanis (Beaune-la-Rolande) et à l'EHPAD Les Hirondelles (Dordives), à compter du 16 septembre 2023,

Vu le Décret n• 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire,

Vu l'instruction interministérielle N' DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire,

Vu l'organigramme de direction en vigueur,

Vu la décision portant sur la délégation de signature arrêtée au 16.01.2024,

DÉCIDE

ARTICLE 1: DELEGATIONS AUX DIRECTEURS ADJOINTS

En cas d'absence ou d'empêchement de [redacted] Directeur, délégation de signature est donnée aux directeurs fonctionnels dans l'ordre suivant:

- [redacted]

A ce titre, les délégataires sont habilités à signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relevant des attributions de la Direction touchant à l'organisation, la gestion et la continuité générale de l'établissement et à l'exclusion des documents relatifs aux objets qui suivent:

- la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens;
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers;
- le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement;
- le programme d'investissement;
- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, au plan global de financement pluriannuel et aux propositions de tarifs de prestations non couvertes par un régime d'assurance maladie;
- le compte financier;
- l'organisation interne de l'établissement et la signature des contrats de pôle d'activité;
- les actions de coopération ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans;
- les baux emphytéotiques hospitaliers et les contrats de partenariat;
- le projet d'établissement;
- les délégations de service public;
- le règlement intérieur de l'établissement;
- l'organisation de travail et des temps de repos, à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement;
- le plan de redressement ou le contrat de retour à l'équilibre financier.

ARTICLE Z: DELEGATIONS BUDGETAIRES ET COMPTABLES/ ORDONNANCEMENT

Délégation de signature est donnée à :

[redacted]

A ce titre, les délégataires sont habilités à signer tous documents permettant:

- de constater les droits et les obligations, de liquider les recettes, d'émettre les ordres de recouvrer, d'engager, liquider et ordonnancer les dépenses,
- de transmettre au comptable public ies ordres de recouvrer et de payer assortis des pièces justificatives requises, ainsi que les certifications qu'ils délivrent. Le cas échéant, le délégataire assurera la programmation, la répartition et la mise à disposition des crédits.
- d'établir les documents nécessaires à la tenue, par les comptables publics des compiabilités /!ont la charge inco'mbe à ces derniers.

J.

ARTICLE 3: DELEGATIONS POUR LES ASTREINTES DE DIRECTION

Dans le cadre de leur participation au tour d'astreinte de direction de l'établissement la semaine (chaque jour de 17h00 au lendemain 9h00), le week-end (du vendredi 17h00 au lundi 9h00) ainsi que les jours fériés (de la veille 17h00 au lendemain 9h00), délégation de signature est donnée à :

[redacted]

- M[redacted]
- M
- M
- M
- M
- M
- M
- M

à l'effet de signer toutes les décisions, tous les courriers et documents permettant d'assurer la continuité du fonctionnement de l'établissement ou nécessitant d'être signés sans attendre la première heure ouvrable.

ARTICLE 4: DELEGATIONS POUR LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

Délégation de signature est donnée afin de signer toutes les décisions, tous les courriers et documents liés aux hospitalisations sans consentement (Soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat) à :

- M[redacted]
- M
- M
- M
- M
- M
- M
- M
- M

ARTICLE 5 : DELEGATIONS DES DIRECTIONS FONCTIONNELLES ET DES SERVICES

DIRECTION DES FINANCES, DU CONTROLE DE G SERVICE u r.TIENT!.

Monsieur [redacted] eçoit délégation de signature sans condition ni réserve pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la direction dont il a la responsabilité.

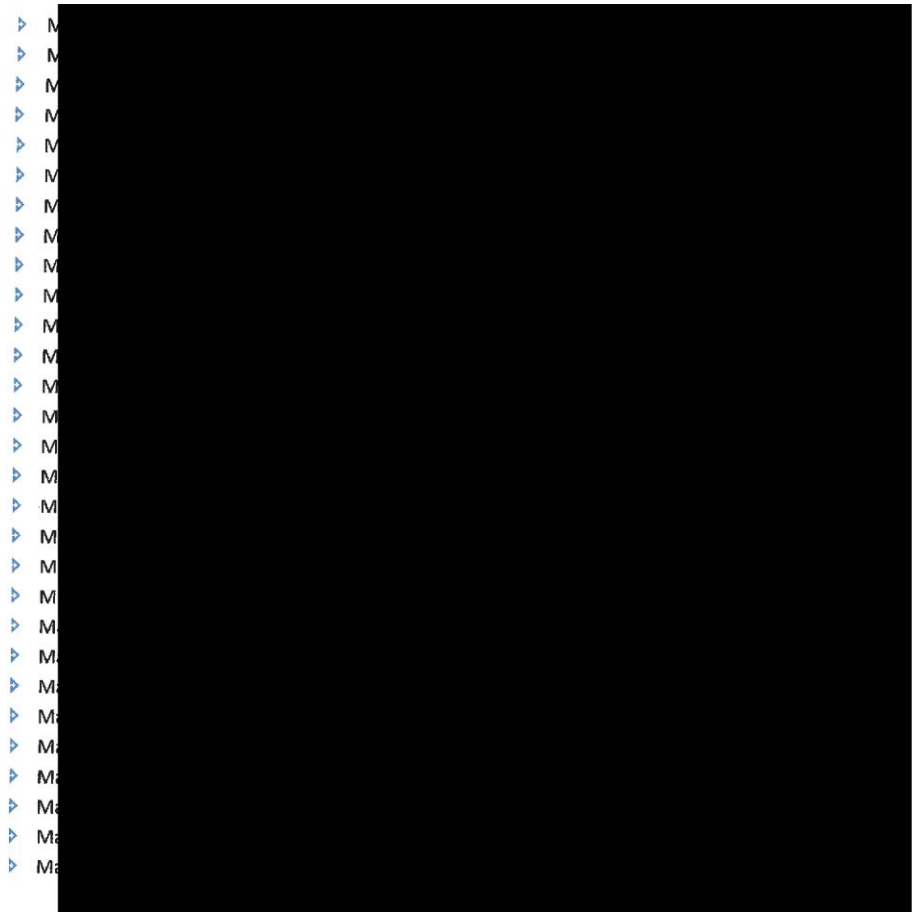
En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieu** [redacted] délégation de signature est donnée à :

- **Madame** [redacted] our signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux finances et au contrôle de gestion, et les engagements et les attestations de services faits de dépenses à hauteur de 25 000 €.

En cas d'absence ou d'empêcheme [redacted] et [redacted] de signature est donnée à **Madame** [redacted] our signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux finances et au contrôle de gestion, et les engagements et les attestations de services faits de dépenses à hauteur de 5 000 €.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieu** [redacted] délégation de signature est donnée pour signer toutes les décisions, tous les

courriers et documents relatifs à la gestion des admissions, des sorties, de la facturation des patients et notamment dans le cadre des relations avec l' Assurance Maladie et les Mutuelles, les autorisations de transport de corps sans mise en bière et les certificats de passage à :



Délégation de signature est donnée afin de signer les autorisations provisoires de sortie à :

- Agents d'accueil en remplacement durant les congés ou absences des agents nommés ci-dessus.

Délégation de signature est donnée afin de signer les actes de naissances et de décès à l'état civil de la mairie d'Amilly à :

- **Madam** Attachée d'administration hospitalière au service de l'accueil au patient.

ON DES RESSOURCES UMAINE J AFFAIRES MEDICALES ET DI UN I[A PA NEM Wr SOCII\1

Monsieur reçoit délégation de signature sans condition ni réserve pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la direction dont elle a la responsabilité.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieu** délégation de signature est donnée à :

- **Madam** pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs à la gestion du personnel non médical ainsi que les dépenses, commandes (hors pa��t les attestations de service fait.

- **Madame** pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses relatives à l'intérim, à la formation, aux

frais de déplacements du personnel non médical, aux factures diverses de la DRH, les congés bonifiés, à l'AFGSU, aux factures d'honoraires et les factures d'accident de travail.

:> **Madame** [redacted] pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses de formation et des frais de déplacements du personnel non médical

i> **Madame** [redacted] our signer les commandes et attestations de service fait des dépenses de formation et des frais de déplacements du personnel non médical.

i> **Madam** [redacted] pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses relatives aux congés bonifiés.

i> **Madame** [redacted] pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses relatives à l'AFGSU, aux dépenses d'intérim, aux factures d'honoraires du personnel non médical et les factures diverses de la DRH, factures d'honoraires.

:> **Madame** [redacted] pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses relatives à l' AFGSU, aux dépenses d'intérim, aux factures d'honoraires du personnel non médical et les factures diverses de la DRH, factures d'honoraires.

i> **Madame** [redacted] pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses relatives aux accidents de travail du personnel non médical et aux factures diverses de la DRH.

i> **Madame** [redacted] pour signer les commandes et attestations de service fait des dépenses relatives aux accidents de travail du personnel non médical et aux factures diverses de la DRH.

:> **Madame** [redacted] our signer toutes les décisions, tous les courriers et documents mentionnés dans la liste ci-dessous en lien avec les dépenses de personnel médical :

- contrats administratif de recrutement et documents relatifs au recrutement des praticiens étrangers,
- attestations relatives à la carrière des praticiens,

attestations relatives à la retraite des praticiens,
attestations ASSEDIC,
plannings,
documents et courriers relatifs à la gestion de la carrière des praticiens,
ordres de mission et état de frais des déplacements,
attestations de paiement des frais de formations,
documents relatifs aux congés,
notes d'information et notes de service,
documents relatifs aux loyers et logement occupés par les praticiens,
documents relatifs aux titres de recettes,
les commandes (hors paie) ainsi que les attestations de services faits.

- **RELATIONS**

Madame le Docteu [redacted] reçoit délégation de signature sans condition ni réserve pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la direction dont elle a la responsabilité.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame le Docteur** [redacted] légation de signature est donnée à :

Madame [redacted] pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux assurances, aux réclamations, remerciements, contentieux et à la Commission des Usagers.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame** [redacted] gation de signature est donnée à **Mo nsieur** [redacted]

DIRECTION SOINS IIAMfl.J(. ull t A IH

Madam [redacted] eçoit délégation de signature sans condition ni réserve pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la Direction dont ellea la responsabilité.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame** [redacted] légation de signature est donnée à **Madame_** [redacted] s courriers et documents relatifs à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la Direction des Soins Paramédicaux.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame** [redacted] délé ation de si nature est donnée à **Mo nsieur** [redacted], les courriers et documents relatifs à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale du service qualité.

• TITUT DE FORMAT ON DES PROFESS ONI'IIELS DE AN

Madam [redacted] eçoit délégation de signature sans condition ni réserve pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la Direction dont elle a la responsabilité.

Elle est habilitée à signer toutes les décisions, tous les courriers et documents concernant la gestion des personnelsà l'exception de celles relatives à la carrière et à l'affectation des agents. Dans la limite des crédits qui lui sont délégués, elle peut signer toutes les décisions, tous les courriers et documents autorisant les dépenses relevant du titre 2 du budget C.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame** [redacted] même délégation de signature est donnée à **Madam** [redacted]

DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES H I J',T U ',

Une délégation permanente de signature est donnée à **Monsieur** [redacted] à l'effet de signer au nom du directeur les actes administratifs de toute nature ressortissant aux attributions de sa direction fonctionnelle et notamment ceux relatifs aux marchés publics, commandes et liquidation des dépenses, à l'exception :

Des marchés publics et commandes d'un montant supérieur à 90 000 euros hors taxes,
Des actes d'acquisition ou de cession immobilière, ainsi que des baux de plus de 6 ans.

Une délégation permanente de signature est donnée **Monsieur** [redacted] l'effet de représenter le pouvoir adjudicateur dans la procédure des marchés publics et de signer tout document y afférent, à l'exception de l'adjudication et de la signature des marchés publics d'un montant supérieucà-9.0_000 euros hors taxes.

En cas d'empêchement ou d'absence de **Monsieu** [redacted]
délégation est donnée dans les mêmes conditions à Monsieur [redacted]

Une délé ation ermanente de si nature est donnée à **Madame** [redacted] ainsi qu'à **Madame** [redacted] l'effet de signer au nom du directeur les actes administratifs relatifs aux marcnes puo11cs, commandes et liquidation des dépenses d'un montant unitaire inférieur ou égal à 10 000 euros hors taxes.

DIRECT 01'1 DF.S SERVICES TRAVAUX DU PATRIMOINE ET DE LI. SECURITE INCENDIE

Une délégation de signatu e est donnée à **Monsieu** [redacted] l'effet de signer les actes administratifs de toute nature ressortissant aux attributions de sa direction fonctionnelle et notamment ceux relatifs aux marchés publics Travaux, commandes Travaux et liquidation des dépenses des Travaux, à l'exception :

Des marchés publics et commandes d'un montant supérieur à 90 000 euros hors taxes,
Des actes d'acquisition ou de cession immobilière, ainsi que des baux de plus de 6 ans.

Une délégation de signature est donnée à **Monsie** [redacted] effet de représenter le pouvoir adjudicateur dans la procédure des marchés publics travaux et de signer tout document y afférent, à l'exception de l'adjudication et de la signature des marchés publics d'un montant supérieur à 90 000 euros hors taxes.

En cas d'empêchement ou d'absence de **Monsieu** [redacted] la délégation est donnée dans les mêmes conditions à **Monsieur** [redacted]

- DIRECTION DES SERVICES NUMEII C t.

Monsieu [redacted] eçoit délégation de signature sans condition ni réserve pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la direction dont il a la responsabilité.

De plus, **Monsieur** [redacted], à l'effet de signer au nom du directeur les actes administratifs de toute nature ressortissant aux attributions de sa direction fonctionnelle et notamment ceux relatifs aux marchés publics informatique et téléphonie, aux commandes et aux liquidations des dépenses d'informatique et de téléphonie, à l'exception :
Des marchés publics et commandes d'un montant supérieur à 90 000 euros hors taxes,

Des actes d'acquisition ou de cession immobilière, ainsi que des baux de plus de 6 ans.

Une délégation **permanente** de signature est donnée **Monsieu** [redacted] à l'effet de représenter le pouvoir adjudicateur dans la procédure des marchés publics et de signer tout document y afférent, à l'exception de l'adjudication et de la signature des marchés publics d'un montant supérieur à 90 000 euros hors taxes.
En cas d'empêchement ou d'absence de **Monsieur** [redacted] la délégation est donnée dans les mêmes termes à Monsieur [redacted]

Une délégation permanente de signature est donnée à **Madam** [redacted] **IIIIIItl'effet** de signer au nom du responsable de la DSIIT des actes administratifs relatifs aux marchés --p u bl1cs, commandes et liquidation des dépenses d'un montant unitaire inférieur ou égal à 5 000 euros hors taxes.

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur** [redacted]
4 **111.délégation** de signature est donnée afin de signer les attestations de services faits (fiches de présence en rormat1on, oons d'intervention et autres attestations attestant d'un service **fa:u relev;nt *11*** la direction du système

d'information et de l'informatique dès lors que le service est vérifié par la participation effective de la personne à sa réalisation à :

- Madame [redacted]
- Madame
- Monsieu
- Monsieu
- Monsieur
- Monsieur
- Monsieur

DIRECTION DES ET u PER Nf

Madam [redacted] eçoit délégation de signature pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents relatifs aux fonctions qui sont les siennes et se rapportant à l'organisation, à la gestion et à la continuité générale de la direction dont elle a la responsabilité, à l'exception des décisions relatives à **la** carrière et à l'affectation des personnels.

Délégation de signature est donnée afin de signer les autorisations de transport de corps sans mise en bière pour les personnes décédées au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de l'établissement à:

- **Madame** [redacted]

En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame** [redacted] gation de signature sera donnée à **Madame** [redacted]

Monsieur [redacted] eçoit délégation de signature pour signer les devis et commandes liés à la communication. Montant maximum autorisé pour la signature: 2000 € **HT.**

• PHAR ,ACIE A NTERIEUR

Monsieur le Docteu [redacted]
reçoit délégation de signature pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents permettant d'engager des dépenses liées à l'approvisionnement pharmaceutique.

n cas d'absence ou **d'emoêchement** r,oorrr:rw:,11111111 égation de signature est donnée a **Madame le Docteu** **Madame le Docteur** [redacted] [redacted] insi que **Madame le Docteu** our signer les mêmes pièces.

Dans le cadre du processus de liquidation de factures, délégation de signature est donnée afin de signer les attestations de services faits relevant de la pharmacie à usage intérieur à :

- **Monsieu** [redacted]
- **Madam** [redacted]

• LABORATOIRE

Monsieur le Docteu [redacted] reçoit délégation de signature pour signer toutes les décisions, tous les courriers et documents permettant d'engager des dépenses liées à l'approvisionnement du Laboratoire.

En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur le Docteu [redacted] délégation de signature est donnée à Madame le **Docteu4** [redacted] **tpour** signer les mêmes pièces.

Délégation de signature est donnée afin de signer les commandes et attestations de services faits relevant du Laboratoire à :

- **Madame le** [redacted]
- **Monsieur** [redacted]
- **Madam** [redacted]

ARTICLE 6: PUBLICATION

Conformément à l'article D. 6143-35 du code de la santé publique, la présente décision de délégations de signature sera notifiée aux intéressés. Elle sera en outre publiée au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture du Loiret et sur le site internet du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise.

La présente décision sera en outre affichée dans le hall de l'établissement sur un panneau d'affichage spécialement aménagé à cet effet. Ce panneau d'affichage est disposé dans un lieu accessible au public et aisément consultable par les usagers et le personnel de l'établissement.

Conformément au même article D.6143-35 du code de la santé publique, la présente décision est également communiquée au Conseil de surveillance du Centre hospitalier et transmise sans délai au comptable de l'établissement.

ARTICLE 7: RECOURS.

Conformément aux dispositions de l'article R 421-1 du code de justice administrative, la présente décision est susceptible de recours, devant le Tribunal Administratif d'Orléans, dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture du Loiret.

ARTICLE 8: VALIDITE.

La présente décision remplace toute décision antérieure relative au même objet.

Délégation effective à compter du 16/01/2024

[redacted]

Destinataires :

- AFFICHAGE:
  Dans le hall d'accueil de l'établissement,

  ORIGINAL:
  CHAM
- COPIES:
  Trésor Public,
  Préfecture du Loiret: Recueil des actes administratifs,
  Communication au Conseil de Surveillance

CHAM

RESIDENCE
« LES HIRONDELLES »

Convention de direction commune
(réf. 2020-001-02)

Entre:

Le Centre Hospitalier de !'Agglomération Montargoise (CHAM),
Situé au 658 rue des Bourgoins, 45200 AMILLY
Et représenté par son directeur [redacted]

fil

L'EHPAD Résidence « Les Hirondelles »
Situé 6 rue Curie 45680 DORDIVES
Et représenté par son directeur, [redacted]

Vu le décret n°2005-920 du 20 août 2005 portant sur les dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant disposicions statuaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Conformément à la délibération du conseil de surveillance du CHAM en date du 11 mars 2020, à la délibération du conseil de surveillance du CH Paul Cabanis (émis suite au recueil de l'avis favorable de ses membres ayant voix délibérative) et à la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives, *en* date du 5 mars 2020, donnant un avis favorable unanime au projet de direction commune CHAM / CH Paul Cabanis de Beaune-la-Rolande / EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives.

Vu l'arrêté du CNG du 14 avril 2020 qui arrête qu' à compter du 30 mars 2020, [redacted]

Vu l'arrêté du CNG du 14 avril 2020 qui arrête qu'à compter du 30 mars 2020, Monsieur [redacted]

IL EST CONVENU CE QUI SUIT:

Article 1 : OBJET

Une direction commune est organisée entre le CHAM, et l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives, dans le but d'offrir la meilleure prestation possible à la population desservie par ces établissements.

L'équipe de direction commune comprend (conformément à l'organigramme de direction **annexé)**:

Un directeur
Un directeur adjoint chargé des relations sociales et des ressources humaines
Une directrice adjointe

Les délégations de signature prennent en compte cette convention de direction commune.

Article Z : ENTITES JURIDIQUES

Le CHAM, et l'EHPAD « Les Hirondelles» de Dordives conservent leur autonomie juridique et financière. Cette autonomie s'exerce notamment à travers le maintien de budgets séparés et de leurs instances délibératives et consultatives respectives.

Article 3 : PROJETS

La Direction commune s'attache à mettre en cohérence les projets d'établissement des établissements dans le cadre des orientations nationales. régionales et départementales en santé publique, en favorisant l'intégration des établissements dans un tissu social, médico-social et sanitaire permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ou accompagnées et de leur famille.

Article 4: ENTREE EN APPLICATION DE LA CONVENTION - DUREE

La direction commune entre en application à la date de prise d'effet de l'arrêté du CNG s'y rapportant. La présente convention est renouvelable par tacite reconduction.

Conformément à l'article 4 du décret n°2005-920 visé en référence, la convention peut être dénoncée par délibération du Conseil de Surveillance ou du Conseil d'Administration de l'un des établissements régis par la direction commune. trois mois *avant* l'expiration de l'année civile en cours.

Fait en deux exemplaires originaux, le 30/03/2020

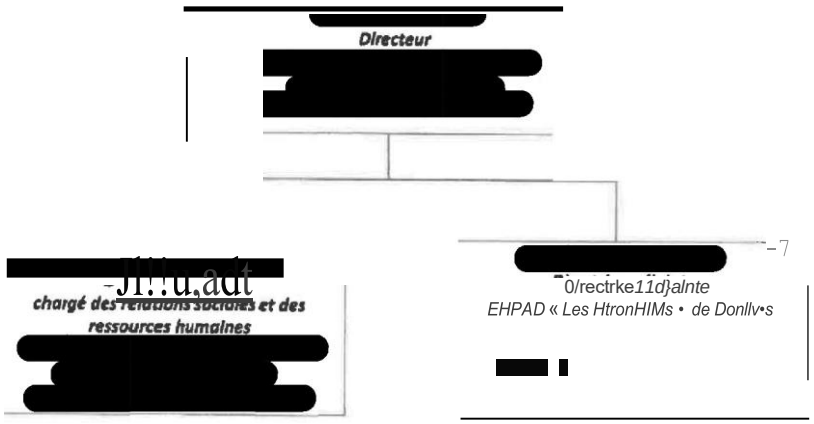
Pour le Centre Hospttalier de l'Agglomération Montargoise,
et l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives

[redacted]

Originaux : Secrétariat de direction du CHAM, Secrétariat de direction de l'EHPAD « les Hirondelles » de Dordives
Copies :
☐**RH pour archivage dans les dossiers des agents concernés,**
DG ARS
Communication au Conseil de Surveillance
Diffusion: Psr le secrétariat de direction du CHAM aux agents concernés,

ANNEXE 1

ORGANIGRAMME DE DIRECTION



DECISION 2020-22

CHAM

PORTANT DELEGATION DE SIGNATURE

DIRECTION COMMUNE

CëliifRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMERATION MONTARGOISE

& L'EHPAD « LES HIRONDELLES » DE DORDIVES

Le Directeur-du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise,

Vu le Code de la Santé Publique, et notamment l'article L 6143-7 fixant les compétences des directeurs des établissements publics de santé,

Vu la loin· 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Vu le décret n• 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé, et notamment les articles D. 6143-33 à 35,

Conformément à la délibération du conseil de surveillance du CHAM en date du 11 mars 2020, à la délibération du conseil de surveillance du CH Paul Cabanis (émis suite au recueil de l'avis favorable de ses membres ayant voix délibérative) et à la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD « **Les Hirondelles>) *de* Dordives, en date du 5 mars 2020, donnant un avis favorable unonimc ou projet** de direction commune CHAM / CH Paul Cabanis de Beaune-la-Rolande / EHPAD « les Hirondelles » de Dordives.

Vu l'arrêté du CNG du 14 avril 2020 qui arrête qu' à compter du 30 mars 2020, Monsieur [redacted]

Vu l'arrêté du CNG du 14 avril 2020 qui arrête qu'à compter du 30 mars 2020, Madame [redacted]

Vu l'arrêté du CNG du 14 avril 2020 qui arrête qu'à compter du 30 mars 2020, Monsieur [redacted]

Vu les mouvements de personnel relevant de l'organigramme de direction commune,

Considérant la nécessité d'assurer la continuité du service public hospitalier,

RAPI>ELLE

Que la délégation de signature est une décision par laquelle le directeur d'établissement, dans le cadre de ses compétences, délègue, sous sa responsabilité, sa signature à des agents dont le nom, la fonction et la nature des actes délégués sont précisés.
le directeur de l'établissement a qualité d'ordonnateur principal.

[redacted] DI CI DE [redacted]

ARTICLE 1:

De donner délégation de signature à l'administrateur de garde pour toutes les situations d'urgence dans le cadre de l'astreir1te administrative.

ARTICLE 2 :

D'autoriser, par délégation de signature, **Madame**[redacted] à signer tous les courriers internes et externes, notes, certificats, attestations dans le cadre de ses fonctions, à l'exception :

- des réponses aux interventions émanant des personnalités politiques,
- des courriers (autres que ceux portant sur des questions individuelles) aux ministères.

En cas d'absence de Madame[redacted]et de manière temporaire, autorise par délégation de signature, **Monsieur**[redacted] à signer tous les courriers internes et externes, notes, certificats, attestations dans le cadre de ses fonctions, à l'exception :

- des réponses aux interventions émanant des personnalités politiques,
- des courriers (autres que ceux portant sur des questions individuelles) aux ministères.

ARTICLE 3: PUBLICATION

Conformément à l'article D. 6143-35, cette délégation de signature est notifiée aux intéressés, publiée au Recueil des Actes Administratifs Départemental, sur le site internet de l'établissement et affichée au sein de l'établissement sur un panneau d'affichage spécialement aménagé à cet effet et aisément consultable par les personnels et les usagers. Elle est également communiquée aux Conseils *de* surveillance et transmise aux comptables des établissements.

ARTICLE 4 : RECOURS

Conformément aux dispositions de l'article R 421-1 du code de justice administrative, la présente décision est susceptible de recours, devant le Tribunal Administratif territorialement compétent, dans un délai de deux mois à compter de sa publication au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture du Loiret.

ARTICLE 5 : VALIDITE

La présente décision remplace toute décision antérieure relative au même objet. Elle prendra effet à dater de ce jour.

Amilly, le 30 mars 2020

[redacted]

Destina ire :

- ORIGINAL :
  secrétariat de Direction *du* CHAM pour archiv
- COPIES:
  DRH pour archivage dans les dossiers des age
  Trésor Public,
  DG ARS
  Communication au Conseil de Surveillance,
- AFFICHAGE: Dans les halls d'accueil des établissem
- PIffUSION:
  par le secrétariat de direction du CHAM aux agents concernés,
  Préfecture du Loiret: Recueil des actes administratifs,

[redacted]

Résidence

« Les Hirondelles»

Dordives, le 22 février 2023

MANDAT DE GESTION DE L'AUTORISATION DE GESTION
DE L'EHPAD LES HIRONDELLES DE DORDIVES

Avenant n°2 à la convention signée enttt CHAM et Groupe [redacted]

Nous soussignés, Monsieur [redacted] et [redacted] respectivement [redacted] en direction commune avec le Cf-IA:M)[redacted] en conformité avec rarticlc 11 de la pré:;cnte convention portant mi:cndat de gestion de l'autorisation de gestion de l'RHPAD Les Hirondelles de Dordives, décidons Je pcuk,ngcr par accord exprès la durée de ladite convention de 4 tnois.

Cette décision intcrvjendra à compter du 29 février 2024.

Fait le 22 février 2024 à Montargis et à Paris

[redacted]

[redacted]

Hirondelles 6 rue Cura DORDIVES

MANDAT DE GESTION DE L'AUTORISATION DE GESTION

DE L'EHPAD LES HIRONDELLES DE DORDIVES

ENTRE d'une part :

L'EHPAD Les Hirondelles, établissement public local social et médico-social, ayant son siège 6 Rue Curie 45680 DORDIVES, immatriculé au répertoire SIREN sous le n• 264 502 014,

Représenté par Monsieur [redacted] ayant tous pouvoirs aux fins des présentes,

Le **Centre Hospitalier de !'Agglomération Montargoise (CHAM),** situé au 658 rue des Bourgoins, 45200 AMILLY, immatriculé au répertoire SIREN sous le n° 264 500 224

Représenté par Monsieu[redacted] yant tous pouvoirs aux fins des présentes,

Ci-après dénommés les **MANDANTS,**

ET d'autre part :

L'association [redacted]

Représentée par Monsieu[redacted] ayant tous pouvoirs aux fins des présentes,

Ci-après dénommée le MANDATAIRE,

EXPOSE DES MOTIFS

[redacted]

CECI EXPOSE, LES SOUSSIGNES ONT CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT

ARTICLE 1 -AUTORISATION MEDICO-SOCIALE CONCERNEE

Le présent mandat concerne exclusivement l'autorisation visée à l'article L. 313-1 du Code de l'action sociale et des familles accordée au Conseil d'Administration de l'EHPAD Les Hirondelles pour la structure EHPAD Les Hirondelles à DORDIVES, renouvelée pour une durée de 15 ans à compter du 3 janvier 2017.

Cet établissement est répertorié dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique: CA DE L'EHPAD LES HIRONDELLES

N° FINESS : 450015268

Adresse : 6 Rue Curie, 45680 DORDIVES

Code catégorie établissement : 500 (EHPAD)

ARTICLE 2-TITULARITE DE L'AUTORISATION MEDICO-SOCIALE CONCERNEE

L'EHPAD est et demeure titulaire de l'autorisation jusqu'à son terme. En aucune manière le mandat de gestion ne peut conduire à une cession de cette autorisation au MANDATAIRE ou à un tiers, sans accord préalable et exprès, de l'Agence régionale de Santé et du Conseil Départemental du Loiret conformément aux dispositions de l'article L313-1 du Code de l'action sociale et des familles qui précise que « l'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer», et aux dispositions contenues à l'article D. 313-10-8 dudit code qui précise que « la demande de cession de l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 est adressée par le cessionnaire à l'autorité ou aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ».

ARTICLE 3- CONTEXTE PARTICULIER DE LA DIRECTION COMMUNE AVEC LE CHAM

Le présent mandat de gestion, dont le champ sera précisé à l'article suivant, s'inscrit dans un contexte particulier.

Par convention en date du 30 mars 2020. signée par Monsieu [redacted] irecteur du Centre Hospitalier de !'Agglomération Montargoise (CHAM) et approuvée par le Conseil d'Administration de l'EHPAD le 05 mars 2020, une direction commune a été mise en place entre l'EHPAD et le CHAM.

Par arrêté du CNG en date du 14 avril 2020 et convention en date du 30 mars 2020, la direction commune doit ainsi être assurée [redacted]

Cette convention de direction commune est aujourd'hui partiellement mise en œuvre : Monsieur [redacted] n'est plus assisté, dans sa mission, que par un directeur adjoint Monsie [redacted]

C'est dans ce cadre que vient s'insérer le mandat de gestion conféré par les MANDANTS au MANDATAIRE: **toute décision, et la responsabilité qui en découle, relève exclusivement de l'exercice de la direction commune dans les limites exprimées par la convention du 30 mars 2020, dans la mesure ou le présent mandat ne se substitue pas à elle.**

La convention de direction commune entre l'EHPAD et le CHAM peut être dénoncée par délibération du Conseil de Surveillance ou du Conseil d'Administration de l'un des établissements, trois mois avant expiration de l'année civile en cours, comme le spécifie son article 4 dans sa rédaction actuelle.

Cette convention se trouve en annexe du présent contrat.

ARTICLE 4- MOYENS MISE EN OEUVRE PAR LE MANDATAIRE

Pour la mise en œuvre du mandat de gestion, le MANDATAIRE met à disposition des **MANDANTS,** les moyens suivants :

- Une manager de transition, directeur d'EHPAD. lequel sera refacturé à l'EHPAD Les Hirondelles à l'euro l'euro ;
- Une manager d'appui, directeur d'EHPAD ;

  La Direction Régionale ;
- L'ensemble des fonctions-supports du Siège basé à [redacted] uniquement dans le cadre de la préparation du transfert et l'élaboration du projet d'établissement, le CHAM continuant jusqu'à la cession à assumer la responsabilité de la gestion de l'établissement.

ARTICLE 5 - CHAMP DU MANDAT DE GESTION

Cet article a pour objet de préciser les obligations respectives des MANDANTS et du MANDATAIRE, dans le contexte particulier de la convention de direction commune entre le l'EHPAD et le CHAM présentée supra, concernant les points suivants :

Article 5.1 - Sur la mission confiée au MANDATAIRE

Les missions et responsabilités non visées ci-après restent de la responsabilité des Mandants, notamment tous les éléments de gestion administratives (paie, comptabilité et facturation) qui relèvent de la gestion de service public.

Article 5.1.1 - Rôle et missions de la directrice de transition

Le personnel employé par l'établissement public autonome restera affecté à l'EHPAD Les Hirondelles si bien que l'établissement public autonome reste en tout état de cause l'employeur de l'ensemble des salariés de l'établissement et, à ce titre, continue à assumer l'ensemble des prérogatives liées à sa qualité d'employeur.

Article 5.1.2- Rôle et missions de la directrice d'appui

La directrice d'appui aura pour principales missions :

ARTICLE 6 - MODALITES D'INFORMATION ET DE CONTROLE DE L'ACTIVITE DELEGUEE

Le MANDATAIRE rendra compte périodiquement de l'exercice du présent mandat aux MANDANTS et aux autorités de tarification et de contrôle et se soumettra à tout contrôle.

ARTICLE 7- RESPONSABILITE ET ASSURANCE DU MANDATAIRE

Le MANDATAIRE déclare avoir souscrit toutes les assurances nécessaires à l'exercice du présent mandat, dans les limites de responsabilité issues de la convention de direction commune telles qu'exprimées à l'article 3: « Toute décision, et la responsabilité qui en **découle, relève exclusivement de l'exercice de la direction commune dans les limites exprimées par la convention du 30 mars 2020, dans** la **mesure ou le présent mandat ne se substitue pas à elle.** »

ARTICLE 8 - INCIDENCES DU MANDAT SUR LE REGIME TARIFAIRE DE L'ETABLISSEMENT

Le présent mandat n'a aucune incidence sur le régime tarifaire de l'EHPAD Les Hirondelles, dans la mesure où l'établissement public autonome demeure titulaire de son autorisation.

ARTICLE 9 - CONDITIONS FINANCIERES DU MANDAT

Le présent mandat est consenti à titre gratuit, il ne donnera lieu qu'à la refacturation des frais engagés et tels qu'indiqués à l'article 5.

ARTICLE 10 - MANDAT INTUITU PERSONAE

Le présent mandat est conclu intuitu personae et ne peut donc être cédé ou transmis sous quelque forme que ce soit dans l'accord préalable et exprès des MANDANTS et du MANDATAIRE.

ARTICLE 11-DATE D'EFFET ET DUREE DU MANDAT

Le présent mandat prend effet à compter de sa signature et prend fin a _____ Il pourra être prolongé par accord exprès des MANDANTS et du MANDATAIRE par période de **4 mois,** sans reconduction tacite.

ARTICLE 12 - INFORMATION DES TIERS

Le présent mandat n'est pas un document confidentiel.

Préalablement à sa signature, il doit être soumis :

- A l'avis des autorités de tarification et de contrôle
- A l'avis du CSE et du CVS de l'EHPAD Les Hirondelles
- A l'accord de la direction du CHAM en vertu du contexte particulier de la convention de direction commune
- A l'approbation des organes de gouvernance respectifs des MANDANTS et du MANDATAIRE

Postérieurement à sa signature, il sera communiqué :

- A toute personne souhaitant en connaître termes et contenu.

ARTICLE 13- PROCEDURE DE CONCILIATION

En cas de difficulté d'interprétation, de réalisation ou préalablement à toute décision de résiliation du présent mandat, une réunion de conciliation devra être demandée par courrier recommandé avec avis de réception afin de réunir les représentants des MANDANTS et du MANDATAIRE et toute personne ou organisme dont la présence serait souhaitée par l'une ou l'autre ou l'ensemble des parties.

Si toutefois, cette tentative échouait, les Parties attribuent compétence exclusive pour régler leur litige au Tribunal Administratif d'Orléans.

ARTICLE 14- RESILIATION DU MANDAT

Le présent mandat peut être résilié à tout moment par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec avis de réception, sans délais de préavis. La résiliation est effective à réception du courrier.

Le mandat de gestion est résilié de plein droit et sans délai par :

- La cession de l'autorisation prononcée par les autorités de tarification et de contrôle
- Le retrait d'autorisation de l'établissement public autonome ou du MANDATAIRE, ou toute injonction délivrée conjointement par les autorités de tarification et de contrôle.

ARTICLE 15- FRAIS/ELECTION DE DOMICILE

Tous les frais, droits et honoraires des présentes et ceux qui en seront la suite et la conséquence, seront supportés pour moitié par le MANDATAIRE et pour moitié par les MANDANTS, qui s'y obligent expressément.

Pour l'exécution des présentes et de leurs suites, les parties font élection de domicile en leur siège social respectif.

Fait à Dordives

Le .....

En deux exemplaires

Pour le MANDANT : Pour le MANDATAIRE :

Planche photographique-EHPAD Les Hirondelles- Inspection du 14/03/2024

La buvette au sein de l'EHPAD avec la présence du tissu non ignifugé sur le mur

Planche photographique-EHPAD Les Hirondelles- Inspection du 14/03/2024

Les rallonges électriques et les radiateurs amovibles :

Les raccordements non sécurisés :

Planche photographique-EHPAD Les Hirondelles- Inspection du 14/03/2024

Le puisard (côté nord de l'EHPAD) :

Les matelas bleus à proximité du puisard

Planche photographique-EHPAD Les Hirondelles- Inspection du 14/03/2024

Le manque d'un schéma directeur sur l'entretien courant :

Planche photographique-EHPAD Les Hirondelles- Inspection du 14/03/2024

La laverie côté cuisine (mur intérieur) :

Planche photographique-EHPAD Les Hirondelles- Inspection du 14/03/2024

Mur extérieur à la laverie/cuisine :

AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE
DIRECTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE
UNITE PERSONNES AGEES

ARRETE

Portant placement sous administration provisoire de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Les Hirondelles » sis 6 rue Curie 45680 DORDIVES et géré par le CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA) de l'établissement public autonome EHPAD LES HIRONDELLES à Dordives

La Directrice Générale 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, notamment en ses articles L313-13, L313-14, L313-16, L313-17, L313-18, R313-26, R313-26-1 et R313-27 ;

VU le code général des collectivités territoriales, et notamment la troisième partie relative au Département ;

VU le code de la santé publique, notamment en ses articles L1431-1 et L1431-2 définissant les missions et les compétences des ARS ;

VU le code des relations entre le public et l'administration, notamment ses articles L.122-1 et L.211-2 régissant les droits et garanties accordées aux destinataires de mesures de police ;

VU le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé (ARS) ;

VU le décret du 7 juin 2023 portant nomination de Madame Clara de BORT en tant que directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 12 juin 2023 ;

VU la délibération du 1er juillet 2021 portant élection du Président du Conseil Départemental ;

VU l'arrêté du 19 avril 2022, conférant délégation de signature au Directeur général adjoint, Responsable du pôle citoyenneté et cohésion sociale du Conseil départemental du Loiret ;

VU l'arrêté conjoint du Président du Conseil départemental du Loiret et du Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire en date du 7 décembre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de 82 places et création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 12 places, de l'EHPAD « Les Hirondelles » accordée au Conseil d'administration de L'EHPAD public LES HIRONDELLES ;

VU la convention de direction commune entre le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM) et l'EHPAD « Les Hirondelles » en date du 30 mars 2020 ;

VU le contrôle flash relatif à la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Hirondelles » de Dordives, délibéré le 29 septembre 2023 par la chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire ;

VU le mandat de gestion conclu entre le directeur général du Groupe SOS Séniors et le directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives (en direction commune avec le CHAM) en date du 22 février 2024 ;

VU le courrier conjoint de la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Centre-Val de Loire et du Président du Conseil départemental du Loiret en date du 4 avril 2024, notifiant les injonctions envisagées suite à la visite d'inspection du 14 mars 2024, au directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives (en direction commune avec le CHAM) et au directeur général du groupe SOS Séniors ;

VU les constats effectués par la mission d'inspection conjointe de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil Départemental du Loiret, formulés dans le cadre d'une note, en complément du courrier d'injonctions, susvisé ;

VU la réponse conjointe du directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives (en direction commune avec le CHAM) et du directeur général du groupe SOS Séniors en date du 12 avril 2024 ;

VU le courrier conjoint de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental du Loiret du 19 avril 2024 notifiant les injonctions définitives ;

VU le rapport d'inspection conjoint de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental du Loiret en date du 23 avril 2024 ;

VU le courrier conjoint de la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Centre-Val de Loire et du Président du Conseil départemental du Loiret en date du 29 avril 2024, notifiant le rapport d'inspection précité ainsi que les mesures de prescriptions et recommandations envisagées, au directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives (en direction commune avec le CHAM) et au directeur général du groupe SOS Séniors ;

VU la réponse apportée conjointement par le directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives (en direction commune avec le CHAM) et le directeur général du groupe SOS Séniors en date du 6 juin 2024 ;

Considérant les dysfonctionnements et les défaillances graves observés en matière de gouvernance, de sécurité et de qualité des prises en charge lors de l'inspection du 14 mars au sein de l'EHPAD « Les Hirondelles » ;

Considérant que le directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives (en direction commune avec le CHAM) a produit des réponses partielles dans le cadre du contradictoire, l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret considèrent donc qu'il ne remet en cause aucune des prescriptions et recommandations envisagées ;

Considérant que l'ensemble des pièces transmises les 10 et 11 juin 2024 par le gestionnaire montre une volonté de l'établissement de poser la base d'une organisation plus structurée avec notamment, les recrutements d'un temps de médecin coordinateur disponible en visioconférence et de psychomotricien ;

Considérant toutefois que les documents transmis comportent des informations partielles, redondantes, incohérentes et parfois erronées, rendant difficile la compréhension de l'organisation et des consignes définies par l'établissement, (par exemple : transmission de deux plans bleus ; de deux protocoles « contention ») ;

Considérant que les injonctions formulées ne pourront pas être entièrement satisfaites dans les délais prescrits ;

Considérant que les conditions de retour à l'équilibre budgétaire présentées par le directeur de l'EHPAD « Les Hirondelles » de Dordives, démontrent une situation financière lourdement obérée, voire compromise, de l'établissement ;

Considérant que cette situation découle d'un dysfonctionnent structurel et persistant de l'établissement, lequel souffre depuis plusieurs années d'une organisation interne défaillante; de tensions de trésorerie importantes en

particulier à chaque fin d'exercice, qui nécessitent l'attribution de crédits non reconductibles chaque année et la mobilisation constante d'une ligne de trésorerie ;

Considérant que les différents échanges et visites sur site mettent en exergue un climat social dégradé, des carences en termes de gouvernance, d'organisation, de sécurisation et de continuité des soins ne permettant pas de garantir la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes au sein de l'établissement ;

Considérant que les différentes mesures prises ces dernières années pour redresser la situation se sont toutes avérées inopérantes et obligent à conclure, au vu de l'ensemble des éléments susmentionnés, à l'impossibilité dans laquelle se trouve l'EHPAD « Les Hirondelles » d'améliorer durablement la situation et la nécessité de prendre des mesures immédiates afin de remédier à la persistance des risques et manquements majeurs constatés ;

Considérant que, au regard de la gravité des dysfonctionnements, la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes prises en charge par l'établissement sont menacés ou compromis ;

Considérant qu'il y a lieu en conséquence de prononcer la cessation définitive de l'activité de l'EHPAD « Les Hirondelles » et envisager une évolution vers une nouvelle activité, à l'issue d'un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) ;

Considérant que la date d'effet de la cessation définitive de l'activité de l'EHPAD « Les Hirondelles » sera fixée au terme de l'administration provisoire ;

Considérant que cet objectif passe par la désignation d'un administrateur provisoire sur le fondement de l'article L.313-17 alinéa II du CASF ;

Considérant les compétences de Mme Sandrine NOAH en matière médio-sociale et sa satisfaction aux conditions définies au 1° à 4° de l'article L 811-5 du Code du commerce, permettant à celle-ci d'être désignée administrateur provisoire ;

Considérant que celle-ci accomplira au nom des deux autorités administratives compétentes, l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret, et pour le compte du gestionnaire ou son représentant, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour accompagner la cessation d'activité de l'EHPAD « Les Hirondelles » dans le respect de la qualité et la

sécurité des prises en charge des résidents et en prévision d'un nouveau projet retenu à l'issu d'un Appel à Manifestation d'Intérêt ;

ARRÊTENT

ARTICLE 1ER : L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Les Hirondelles » situé à Dordives est placé sous administration provisoire pour une durée de 6 mois renouvelable une fois, à compter du 1er juillet 2024.

ARTICLE 2 : Madame Sandrine NOAH est nommée en qualité d'administrateur provisoire de l'établissement susmentionné à compter du 1er juillet 2024.

ARTICLE 3 : L'administrateur provisoire accomplit les mesures nécessaires à la continuité de la prise en charge des personnes accueillies jusqu'à la cessation d'activité de l'établissement.

ARTICLE 4 : Pour l'accomplissement de sa mission, dans le cadre de l'administration provisoire, Madame Sandrine NOAH a, à sa disposition, l'ensemble des locaux et du personnel de l'établissement, ainsi que les fonds de l'établissement. Le Conseil d'administration de l'EHPAD Les Hirondelles ou son représentant sont tenus de lui remettre le registre coté et paraphé prévu à l'article L331-2 du Code de l'action sociale et des familles, les dossiers des personnes accueillies, les livres de comptabilité et l'état des stocks. L'administrateur provisoire est habilité à recouvrer les créances et à acquitter les dettes de l'établissement, il peut prendre toute mesure en matière de gestion des ressources humaines urgente ou nécessaire pour remplir sa mission ou assurer la sécurité des résidents, leur santé, leur bien-être et le respect de leurs droits.
Une lettre de mission précisera les missions qui lui sont confiées.

ARTICLE 5 : Les frais afférents de l'administration provisoire pour la durée de sa mise en œuvre seront imputés sur le budget de fonctionnement de l'établissement et un état de ses frais sera transmis périodiquement à l'autorité de contrôle et de tarification pour information.

ARTICLE 6 : Madame Sandrine NOAH sera rémunérée, conformément aux dispositions du second alinéa de l'article R313-26 du CASF, par l'établissement administré à hauteur de 735 euros hors taxe par jour, et sera indemnisée par celui-ci de ses frais liés à sa mission, conformément aux modalités indiquées dans sa lettre de mission.

ARTICLE 7 **:** Pour la durée de sa mission, Madame Sandrine NOAH contractera une assurance couvrant les conséquences financières de sa responsabilité civile, conformément aux dispositions de l'article L814-5 du Code du Commerce. Cette assurance sera prise en charge par l'établissement administré dans les mêmes conditions que la rémunération.

ARTICLE 8 : Le président du conseil d'administration et les administrateurs de l'EHPAD ne peuvent interférer dans les fonctions de l'administration provisoire, ni entraver la mission.

ARTICLE 9 : Le présent arrêté conjoint est notifié par voie postale avec avis de réception à Monsieur le Président du conseil d'administration de l'EHPAD Les Hirondelles situé à DORDIVES ou à son représentant, et à Madame Sandrine NOAH, administrateur provisoire.

ARTICLE 10 : 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 de la Directrice Générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, Cité Coligny – 131 rue du faubourg Bannier – BP 74409 – 45044 Orléans cedex 1, et/ou du Président du Conseil Départemental du Loiret sis 45945 Orléans Cedex
- 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 12 : La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire et le Président 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 17 juin 2024

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Le Président du Conseil du Départemental du Loiret
n° 2024-DOMS-PA45-094
Signé : Clara de BORT
Signé : Jacky GUERINEAU