



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
● Agence Régionale de Santé
Nouvelle Aquitaine



Délégation départementale des Deux-Sèvres

Conseil Départemental des Deux-Sèvres

**INSPECTION DE PREVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE DANS L'EHPAD
Les Rocs à LA PEYRATTE**

- [REDACTED] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Nouvelle-Aquitaine Délégation départementale des Deux-Sèvres ;
- [REDACTED] Médecin inspecteur de santé publique, ARS Nouvelle-Aquitaine Délégation départementale des Deux-Sèvres ;
- [REDACTED], Stagiaire Inspecteur-contrôleur en ARS (ICARS), ARS Nouvelle-Aquitaine Délégation départementale des Deux-Sèvres ;
- [REDACTED] Inspecteur des établissements et services sociaux, médico-sociaux, Conseil Départemental des Deux-Sèvres.

RAPPORT

Inspection du 01/06/2022

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Table des matières

Introduction	5
1 - MANAGEMENT	8
1-1 Pilotage de l'établissement	8
1-2 Recrutement et accompagnement des personnels dans l'exercice de leurs missions	10
1-3 Animation et coordination des équipes	11
- Coordination des équipes	11
- Animation des équipes	11
1-4 Communication avec l'utilisateur et son entourage	12
- Place de l'utilisateur et de l'entourage	12
1-5 Organisation du travail	13
Appréciation de la gouvernance en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance.....	14
2 - CONDITIONS D'INSTALLATION.....	15
2 – 1 Adéquation des locaux et des équipements.....	15
- Sécurité des locaux	15
- Adaptation des locaux	15
2 – 2 Hygiène, accessibilité	17
2-3 Conformité aux conditions de l'autorisation.....	18
Appréciation des fonctions support en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance.....	19
3 - PRISE EN CHARGE	20
3 – 1 Accueil, admission.....	20
- Procédure d'admission	20
Organisation des admissions, rôle des différents professionnels (directeur, médecin-coordonnateur.....)	20
- Accueil de l'utilisateur/résident	20
Procédure d'accueil et modalités de mise en œuvre : documents remis (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement.....)	20
- Information de l'utilisateur/ résident sur sa prise en charge.....	20
Recherche du consentement de la personne accueillie, proposition de la désignation d'une personne de confiance, proposition de directives anticipées, personnel en charge de l'accueil et modalités d'information des personnels.....	20
3 – 2 Accompagnement.....	21
- Elaboration du projet d'accompagnement.....	21
- Prise en compte des besoins de l'utilisateur.....	22

3 – 3 Respect des habitudes et des libertés des personnes	22
- Prise en compte des attentes et des choix.....	22
- Prise en compte de l’entourage.....	23
Accompagnement à la souffrance psychique de l’entourage, annonce du décès... ..	23
- Rythmes et habitudes de vie	23
Possibilité de collation la nuit	23
- Liberté d’aller et venir	23
3 – 5 Vie sociale	24
- Animation.....	24
3 – 6 Soins	25
3 – 7 Protocoles	28
3 – 7 Circuit du médicament.....	31
3 – 8 Prévention du risque infectieux.....	33
Appréciation de la fonction Prise en charge en niveau SAMI au regard de la maîtrise du risque de maltraitance.....	34
RELATIONS AVEC L’EXTERIEUR	35
4.1 Coordinations avec les autres acteurs	35
Appréciation de la fonction Relations avec l’extérieur en niveau SAMI au regard de la maîtrise du risque de maltraitance.....	35
SYNTHESE.....	36
Conclusion.....	40
Liste des professionnels et des institutionnels de la structure reçus en entretien.....	41
Observations de la structure à la mission	42
Réponses de la mission aux observations la structure.....	42
ANNEXES	42

Introduction

Le Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la Présidente du Conseil Départemental des Deux-Sèvres ont diligenté une inspection au sein de l'EHPAD Les Rocs situé à La Peyratte et géré par le CCAS de La Peyratte. Cette inspection est inscrite au PRICE (programme régional d'inspection contrôle évaluation) 2022 de l'ARS, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « inspection de la prévention de la maltraitance en établissements médico-sociaux ». Elle vise à repérer et à prévenir les risques « a priori » de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux. L'établissement n'a pas déjà fait l'objet d'une enquête administrative, d'une inspection ou d'un contrôle des services de l'ARS au cours des dernières années.

Contexte pré-inspection

Outre l'inscription de cet établissement au PRICE, plusieurs éléments ont conduit à la réalisation de cette inspection : problématique de continuité de la direction, avis défavorable de la commission de sécurité, plusieurs signalements et réclamations reçus au niveau des autorités administratives.

Le CCAS de La Peyratte, gestionnaire de l'EHPAD, s'est par ailleurs inscrit dans une démarche de cession de l'autorisation depuis le début de l'année 2022. Les démarches ont été entreprises auprès de trois gestionnaires et se sont poursuivies avec [REDACTED] pour lequel le CCAS a affiché son choix dans une délibération du 31 mai 2022.

L'inspection réalisée le 1^{er} juin 2022 a été fortement impactée par ce contexte.

Cette inspection, dont il nous a été confié la réalisation par lettre de mission du 24 mai 2022, a été menée de manière inopinée. Elle s'est déroulée sur site le 1^{er} juin 2022.

Fondée sur l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles (CASF), elle avait pour objet d'apprécier le niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance institutionnelle ou individuel et de vérifier que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissaient la santé, la sécurité et le bien être physique et moral des personnes accueillies.

Elle ne pouvait avoir de ce fait un caractère exhaustif. Elle a porté sur les champs et les items de contrôle estimés, par un groupe de travail national piloté par la DGCS comprenant plusieurs ARS, comme permettant de repérer des facteurs de risque de maltraitance institutionnelle telle qu'elle est définie dans le guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux élaboré en juillet 2002 par la Direction générale de l'action sociale.

Ce guide présente une définition large de la notion de maltraitance et de violence et retient celle donnée par une commission du Conseil de l'Europe en 1987 qui précise en substance que « la violence [et la maltraitance] se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne [ou un professionnel] s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

La maltraitance est par ailleurs dorénavant définie au sein du Code de l'action sociale et des familles (CASF). L'article 23 de la loi insère un article L. 119-1 dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Désormais, un acte de maltraitance se définit donc par la réunion de 4 critères :

- tout geste, parole, action ou défaut d'action ;
- visant toute personne en situation de vulnérabilité ;
- qui compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé ;
- et qui intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

Le texte précise que :

- les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ;
- leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle ;
- les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

Le groupe de travail précité a ainsi retenu, en s'appuyant sur l'outil d'aide au contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux de l'IGAS de novembre 2014, quatre fonctions mises en œuvre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : la gouvernance, les fonctions supports, la prise en charge et les relations avec l'extérieur.

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

Notre mission s'est déroulée dans le cadre méthodologique ainsi fixé par le niveau national. Nous avons procédé pour la réaliser à :

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

Les contrôles documentaires n'ont été réalisés que partiellement, compte-tenu de la non-transmission d'une grande partie des documents demandés à plusieurs reprises à la direction de l'établissement. **La mission d'inspection a considéré que la non-transmission des documents s'expliquait par l'absence de ces documents.**

Elle a été menée sur site 1^{er} juin 2022.

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

Statut / capacité	54 places
Population prise en charge selon l'âge et le sexe	Personnes âgées dépendantes
Jours / heures d'ouverture	365 jours / an

Suite à l'inspection et durant le délai de rédaction du rapport d'inspection, plusieurs évènements graves ont amené l'ARS Nouvelle-Aquitaine et le Département des Deux-Sèvres à placer l'établissement sous administration provisoire pour une durée reconductible de 6 mois, à compter du 8 juillet 2022. Les constats consignés dans ce rapport d'inspection sont ceux réalisés lors de la visite d'inspection le 1^{er} juin 2022. La situation est susceptible d'avoir évolué depuis cette date.

Les constats, analyses fondés sur les écarts¹, les remarques² et les appréciations portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I³ que nous sommes amenés à formuler à l'issue de nos vérifications font l'objet du présent rapport qui comprend les parties suivantes :

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

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

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

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

³ Niveau **S.A.M.I** :

- **S** = Satisfaisant, maîtrise du risque maltraitance, risque identifiée au plan institutionnel, mesures de lutte et de préventions formalisées, mises en œuvre et suivies par la direction et l'organisme gestionnaire.
- **A**= Acceptable, maîtrise correcte du risque maltraitance mais existence d'écarts à la norme ou de défauts mineurs dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation sans conséquence directe toutefois sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.
- **M**= Moyen, maîtrise partielle du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences limitées sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.
- **I**= Insuffisant, absence de maîtrise du risque maltraitance pouvant entraîner ou entraînant des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

1 - MANAGEMENT

				1 - MANAGEMENT			
1-1 Pilotage de l'établissement	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques		
- Politique d'établissement		X		Il n'existe pas de projet d'établissement en cours de validité au sein de l'établissement. Le dernier projet d'établissement remis date de 2011.	L311-8, L311-7, R311-33 à R311-37, D312-38 (CASF) « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ». ANESM. Décembre 2009		
- Management		X		Il apparait au cours des entretiens que les rôles et compétences de chacune des différentes instances de gouvernance, Conseil municipal, Conseil d'administration du CCAS et Direction de l'EHPAD, ne sont clairement définies et interfèrent dans les décisions ce qui ne permet pas notamment de prévenir les conflits d'intérêts. Le Document unique de délégation n'existe pas. La continuité de la fonction de direction et des astreintes ne fait pas l'objet d'une traçabilité. L'ensemble des professionnels rencontrés ont évoqué des incertitudes et des tensions concernant le rachat de l'établissement.	L315-17, D312-176-5, D315-67 à D315-71 (CASF) « <i>La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre</i> ». ANESM. Juin 2008.		

			<p>L'absentéisme ne fait pas l'objet d'un suivi. Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission d'inspection l'existence d'un tableau des effectifs par grades et fonctions en cours de validité ni d'un plan annuel.</p> <p>L'activité de l'établissement ne fait pas l'objet d'un suivi. Le taux d'occupation est estimé [REDACTED]. La Direction a informé qu'il n'existait pas de liste d'attente. Via Trajectoire Grand Age ne semble pas utilisé.</p> <p>Le Tableau de bord de la performance médico-sociale ANAP n'est pas renseigné ces dernières années.</p>	
<p>- Formation</p>		<p>X</p>	<p>Certains professionnels auditionnés ont déclaré qu'ils avaient bénéficié d'une formation ces dernières années : gestes et postures, accompagnement à la fin de vie, communication.</p> <p>Le plan de formation n'a pas été transmis à la mission d'inspection.</p>	

1-2 Recrutement et accompagnement des personnels dans l'exercice de leurs missions	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
<p>- Recrutement</p>		X		<p>Il existe un livret d'accueil du nouveau salarié mais qui n'est pas à jour au moment de l'inspection.</p> <p>Le contenu de dossiers de personnels, tirés au hasard, consultés sur place est très hétérogène. Les diplômes et les extraits de casier judiciaire n°3 ne sont pas systématiquement présents. Les entretiens annuels sont réalisés. Les professionnels rencontrés n'ont pas tous connaissance de leur fiche de poste.</p>	<p>L312-1-1I, al.2, L133-6, D312-176-6, D312-176-10 (CASF) « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ». ANESM. Décembre 2008.</p>
<p>- Accompagnement des professionnels</p>		X		<p>Les fiches de poste n'ont pas été remises à la mission d'inspection.</p> <p>Il n'existe pas de dispositif de soutien et d'analyse des pratiques. Il semblerait que 2 référents bientraitance vont être désignés. Certains professionnels rencontrés souhaieraient bénéficier d'une formation Humanitude.</p>	<p>« Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ». ANESM. Juin 2008.</p>
<p>- Repérage et accompagnement des situations à risques</p>		X		<p>La démarche qualité et la gestion des risques est à investir. En effet, il n'existe aucun protocole de déclaration, d'enregistrement, de suivi et d'analyse des événements indésirables graves. Il n'existe pas de protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance.</p> <p>Par exemple, lors de l'étude des dossiers des personnels, il a été constaté une procédure disciplinaire avec sanctions pour des faits de maltraitance, qui n'a pas fait l'objet de déclaration auprès du Département et de l'ARS.</p>	<p>L331-8-1, R311-35, D312-160 (CASF) « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ». ANESM. Décembre 2008. « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD ». Société française de gériatrie et de gérontologie. Octobre 2007.</p>
				<p>Il n'existe pas de système de recueil, d'enregistrement,</p>	

				d'analyse et de suivi des plaintes/réclamations des résidents et des familles.	
1-3 Animation et coordination des équipes	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
- Coordination des équipes		X		<p>Hormis les temps de transmission, il n'a pas été communiqué de compte rendu de temps d'échanges institutionnalisés (réunions de services et/ou de direction). Il est évoqué le manque de transversalité entre les services de soins, d'entretien et de restauration.</p> <p>Des temps d'échanges informels ont été évoqués dans le cadre des entretiens mais la mission n'a pas pu en confirmer l'existence.</p> <p>Absence d'IDEC sur l'établissement avec une répartition de son rôle et de ses missions [REDACTED]. Le jour de la visite, 2 postes d'IDE étaient vacants [REDACTED].</p>	
- Animation des équipes		X			

1-4 Communication avec l'utilisateur et son entourage	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
<ul style="list-style-type: none"> - Place de l'utilisateur et de l'entourage 		X		<p>Le Conseil de la Vie Sociale ne fonctionne plus depuis plusieurs années.</p> <p>Il n'existe pas d'instance de recueil de la parole des usagers, ni d'enquête de satisfaction.</p>	L311-6 CASF

1-5 Organisation du travail	OUI	NON	EN PARTIE	Eléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du temps de travail 			X	<p>Les agents interrogés ont indiqué que les plannings étaient connus à l'avance, d'un mois sur l'autre. Il y a toutefois des modifications régulières liées aux arrêts de travail et de démissions de personnels.</p> <p>Les horaires de travail sont les suivants (hors IDE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le matin : [REDACTED] - Le soir : [REDACTED] - Un horaire coupé : [REDACTED] - Le week end : [REDACTED] - La nuit : [REDACTED] <p>[REDACTED]</p> <p>Les IDE sont, depuis le début de l'année, sur des plannings de [REDACTED]. Ces évolutions ont entraîné des démissions de certains personnels.</p> <p>Le jour de la visite, les professionnels rencontrés par la mission d'inspection ont informé que 9 personnes étaient des agents sociaux faisant fonction d'AS/AES/AMP. Tous les entretiens ont précisé que le turnover des professionnels et des remplaçants est un frein à la stabilisation des équipes. Par ailleurs, les salariés en intérim sont plus nombreux que ceux employés par l'EHPAD.</p> <p>Concernant les agents, la mission a constaté un affichage très partiel ou peu visible dans les espaces dédiés aux personnels : pas de précisions sur les horaires collectifs, les aménagements du temps de travail et repos, le planning des congés, les modalités d'accès au document unique</p>	<p>L311-3 (CASF)</p> <p>art. D.3171-2, D.3171-3, D.3171-5, D.3131-7, - R.3172-9, art. D.3141-6, art. R.4121-4 (code du</p>

			d'évaluation des risques. Le règlement intérieur n'est pas affiché dans les locaux au moment de la visite.	travail)
- Organisation du personnel de nuit	Non vérifiable		La Direction a indiqué l'existence d'un binôme AS/AES de nuit. La mission d'inspection n'a pas pu confirmer cette organisation, en l'absence de remise des plannings de nuit.	
Appréciation de la gouvernance en niveau S.A.M.I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance ⁴	S A M I		La mission d'inspection a constaté un niveau de maîtrise du risque de maltraitance insuffisant concernant la gouvernance de l'établissement.	

⁴ Niveau S.A.M.I. :

- **S** = Satisfaisant, maîtrise du risque maltraitance, risque identifiée au plan institutionnel, mesures de lutte et de préventions formalisées, mises en œuvre et suivies par la direction et l'organisme gestionnaire.
- **A**= Acceptable, maîtrise correcte du risque maltraitance mais existence d'écarts à la norme ou de défauts mineurs dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation sans conséquence directe toutefois sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.
- **M**= Moyen, maîtrise partielle du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences limitées sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.
- **I**= Insuffisant, absence de maîtrise du risque maltraitance pouvant entraîner ou entraînant des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des usagers.

2 - CONDITIONS D'INSTALLATION

2 - 1 Adéquation des locaux et des équipements	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
<ul style="list-style-type: none"> - Sécurité des locaux 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<p>La commission de sécurité incendie a rendu un avis défavorable en février 2022.</p> <p>La mission constate une vétusté des locaux et de certains équipements, au moment de l'inspection.</p> <p>Par ailleurs, certains équipements de type vélo d'appartement sont installés devant des issues de secours lors de la visite sur site.</p> <p>Le dispositif d'alarme « sonnette » fonctionne (test positif). Enregistrement des appels et des temps de réponse.</p>	<p>L311-3 (CASF)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation des locaux 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>L'EHPAD dispose d'une capacité de 54 lits en d'hébergements permanents dont 48 chambres individuelles et 8 chambres doubles. Chaque chambre dispose d'une douche et d'un sanitaire. Toutes les chambres donnent accès sur l'extérieur.</p> <p>Le jour de l'inspection, 50 personnes âgées sont accueillies, soit 4 lits en chambre double sont non occupés.</p> <p>L'EHPAD propose un espace de vie de plein pied. Le bâtiment dispose :</p>	<p>Art D312-159-2 CASF Annexe 2-3-1</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - D'un espace d'accueil, - D'une salle d'animation, - D'une salle de restauration, - D'une salle de bain avec baignoire thérapeutique - De bureaux administratifs, - D'une infirmerie, - De locaux pour le personnel de l'EHPAD (salle de transmissions, salle de pause, vestiaires) - De locaux pour l'entretien du bâtiment (lingerie, local ménage, salle des stocks), - D'une chambre mortuaire, 	
			<p>Il a été constaté pendant la visite que la salle d'animation est aussi utilisée pour les temps de transmission et de formation.</p> <p>La lingerie est en dehors du bâtiment principal. Le linge plat est externalisé à [REDACTED]. Le linge des résidents est traité sur place. Il est constaté la présence de 2 machines à laver et d'un sèche-linge. La localisation et la configuration des locaux de linge ne permettent pas de respecter la marche en avant. Il n'existe pas de pas de formation dispensée sur la démarche RABC. Le linge contaminé des résidents est mis dans des sacs hydrosolubles et traité sur place.</p> <p>L'accès aux vestiaires du personnel est utilisé pour stocker une partie du linge sale. Les vestiaires des personnels sont exigus et vétustes.</p> <p>Les bureaux des agents et locaux de rangement pour les personnels sont insuffisants. Le bureau de Direction manque de confidentialité, compte tenu de sa</p>	

				configuration et est accolé à la salle de pause du personnel.		Références juridiques/Bonnes pratiques
	OUI	NON	EN PARTIE	Eléments d'appréciation		
<p>2 - 2 Hygiène, accessibilité</p> <p>- Entretien et maintenance</p>			X	<p>L'entretien des locaux est partiellement réalisé au moment de l'inspection. Notamment, l'entretien du sol des parties communes et des espaces individuels n'a pas été effectué depuis plusieurs jours ou semaines. Impossibilité de déterminer le temps d'absence d'entretien du sol. Il y a une présence de traces et de taches importantes et le sol présente un aspect « collant ».</p> <p>Une formation de 2 gouvernantes est également dispensée le jour de la visite afin de désigner des référents « hygiène » pour veiller à l'entretien des locaux et gestion de l'hôtellerie.</p> <p>La maintenance n'est pas réalisée sur les équipements de la salle de bain et l'auto laveuse ne fonctionne pas au moment de la visite. Notamment, la baignoire thérapeutique n'est plus utilisée par les équipes soignantes depuis plusieurs mois compte tenu d'un dysfonctionnement et d'une fuite d'eau non réparée, constatée le jour de la visite. L'établissement n'a pas porté à connaissance d'éléments sur le suivi de l'entretien des locaux et de la maintenance des équipements.</p>		Art D312-159-2 CASF Annexe 2-3-1
<p>- Personne à mobilité réduite</p>			X	<p>L'une des portes d'accès à la salle de restauration pour les résidents n'est pas aux normes « PMR », elle présente des marques importantes dans le bois (passage de chariots/fauteuils roulants).</p>		art. L164-2 (code de la construction et de l'habitat)
<p>- Affichage, registres</p>				<p>Un tableau d'affichage existe à l'entrée de l'EHPAD, au sein</p>		

			X	<p>de l'espace d'accueil. Peu de documents sont toutefois affichés et peu sont à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de règlement de fonctionnement, et pas de charte des droits et libertés des personnes accueillies, - Le compte rendu du dernier Conseil de la Vie Sociale (CVS) date de plusieurs années, - Il n'y a pas d'arrêtés mentionnant les personnes qualifiées, - L'arrêté de tarification en vigueur n'est pas non plus affiché. <p>Certains documents existent mais sont dans un classeur, peu visible pour les usagers.</p> <p>Les horaires de visite pour les familles ne sont pas précisés à l'entrée de l'établissement.</p> <p>Le planning des activités et animations sont affichées, à la semaine, avec une visibilité sur les activités mensuelles.</p>	art. L.311-4, art. L311-7, art R311-34 (CASF)
2-3 Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	EN PARTIE	Eléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
- Autorisation			X	<p>Le gestionnaire de l'EHPAD Les Rocs est le Centre Communal d'Action Sociale de La Peyratte depuis la construction du bâtiment en 1993. Le renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD date du 29 janvier 2019 pour une capacité d'accueil de 54 places en hébergement permanent. Il n'y a pas d'autorisation pour des places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire.</p> <p>L'EHPAD ne dispose pas d'autorisation pour la création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) au sein de</p>	art.L313-1 (CASF)

<p>Appréciation des fonctions support en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</p>	<p>S A M I</p>	<p>ces locaux. Toutefois, une coopération existe avec l'EHPAD de [REDACTED], qui dispose d'une autorisation datant du 4 mars 2014, labélisant le PASA. Dans ce cadre, certains résidents de l'EHPAD Les Rocs sont susceptibles de bénéficier d'un accompagnement en PASA, sous réserve d'une organisation conjointe entre les deux établissements validée par une convention de coopération.</p> <p>La convention de coopération existante date du 10 août 2020, signée pour 5 ans.</p> <p>L'activité du PASA n'est pas conforme à l'autorisation, qui prévoit une activité sur le site de [REDACTED]</p>	<p>art. D312-155-0-1 (CASF)</p>
	<p>Maîtrise insuffisante du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des résidents.</p>		

3 - PRISE EN CHARGE

3 - 1 Accueil, admission	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
<p>- Procédure d'admission</p> <p>Existence d'une procédure d'admission, modalités de mise en œuvre, personnel impliqué (directeur, médecin-co...)</p> <p>Recherche du consentement, visite préalable, rôle de la psychologue</p> <p>Organisation des admissions, rôle des différents professionnels (directeur, médecin-coordonnateur...)</p>		X		<p>L'établissement n'a pas transmis la procédure d'accueil et d'admission, demandée dans le cadre de l'inspection. La notion de consentement ne fait pas référence au sein de rétablissement.</p>	L311-4, L311-5 (CASF)
<p>- Accueil de l'utilisateur/résident</p> <p>Procédure d'accueil et modalités de mise en œuvre : documents remis (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement...)</p>		X		<p>Aucun de ces documents n'a été remis à la mission d'inspection. Les modalités d'accueil d'un nouveau résident n'ont par ailleurs pas été explicitées lors de la visite sur site.</p>	L311-4, L311-5 (CASF)
<p>- Information de l'utilisateur/ résident sur sa prise en charge</p> <p>Recherche du consentement de la personne accueillie, proposition de la désignation d'une personne de confiance, proposition de directives anticipées, personnel en charge de l'accueil et modalités d'information des personnels</p>		X		<p>Aucun de ces documents n'a été remis à la mission d'inspection. La revue de certains dossiers usagers (6 dossiers ont été regardés au hasard par la mission d'inspection) n'a pas permis de constater que tous les documents étaient systématiquement remis et signés : la composition des dossiers est hétérogène. Tous les dossiers ne comportaient pas les documents suivants : recueil des habitudes de vie, droit à l'image, directives anticipées, désignation de la personne de confiance... Le fait que les dossiers ne soient pas tous constitués des mêmes</p>	Art L311-3 CASF

				documents ne permet pas à la mission d'inspection de constater une procédure uniforme concernant l'information du résident et la recherche de son consentement lors de son accueil au sein de l'établissement.	
3 - 2 Accompagnement	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
- Elaboration du projet d'accompagnement			X	L'établissement n'a pas remis à la mission d'inspection la procédure relative à l'élaboration du projet d'accompagnement, ni un exemplaire anonymisé du projet individualisé. Les entretiens ont permis à la mission d'inspection de constater que les professionnels rencontrés connaissent la démarche d'élaboration des PAI et leur mission. Il a été rapporté que chaque soignant était référent de trois résidents. Dans ce cadre, ils sont chargés de construire les PAI de ces résidents, avec l'appui de la psychologue. Néanmoins, la mission d'inspection n'a pas pu constater l'effectivité des plans d'accompagnement pour les résidents : les PAI ne sont pas systématiquement rédigés à l'entrée, suivis et mis à jour au moins une fois par an. Le taux de réalisation des PAI n'est pas connu.	L311-3, D311-0-1, D312-155-0 et suivants, D312-14, D312-57 (CASF) « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé ». ANESM. Décembre 2008.

<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des besoins de l'usager 				<p>Les dossiers consultés au hasard ne disposent pas systématiquement de recueil des habitudes de vie, besoins et attentes des personnes accueillies.</p> <p>Les repas sont préparés par un prestataire extérieur [REDACTED]. Ils sont élaborés par une diététicienne. La traçabilité et le PMS sont à revoir. Les régimes spécifiques, prescrits médicalement, font l'objet d'un suivi. Une formation HACCP a été réalisée en 2022. [REDACTED] 2 résidents prenaient leur repas en chambre le midi et 10 le soir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit déjeuner : de 08.00 à 09.00 jusqu'à 09.30 - Déjeuner : de 12.00 à 13.00 - Gouter : 16.00 - Soir : de 18.30 à 19.15 <p>Il a été évoqué à plusieurs reprises que les repas n'étaient pas assez variés, que les quantités de fromages et de desserts n'étaient pas suffisantes le soir.</p> <p>Les entretiens n'ont pas mentionné qu'une collation était proposée en soirée aux résidents (jeûne nocturne).</p> <p>Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission d'inspection de l'existence d'une commission menus et ou de la réalisation d'une enquête de satisfaction concernant la qualité des repas.</p>	<p>L311-3, D312-155-0 et suivants (CASF)</p>
<p>3 - 3 Respect des habitudes et des libertés des personnes</p>	<p>OUI</p>	<p>NON</p>	<p>EN PARTIE</p>	<p>Eléments d'appréciation</p> <p>La mission ne peut pas attester que les documents obligatoires garantissant les droits et libertés des personnes accueillies sont remis aux usagers.</p>	<p>Références juridiques/Bonnes pratiques</p> <p>L311-3, D312-155-0, D312-28 et suivants (CASF)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des attentes et des choix - Respect du droit des personnes prises en charge : dignité, intimité, 		<p>X</p>			

<p>confidentialité des informations</p>					<p>Lors des entretiens, aucune pratique professionnelle visant à garantir la dignité, la confidentialité et l'intimité n'a été portée à la connaissance de la mission.</p> <p>Pas d'éléments en faveur de la prise en compte de l'entourage</p>	<p>D 311-3 et D312-155-0 CASF</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de l'entourage Respect du lien avec les familles et les proches Rôle de l'entourage dans l'élaboration du projet d'accompagnement, son suivi, son actualisation Accompagnement à la souffrance psychique de l'entourage, annonce du décès... 		X				
<ul style="list-style-type: none"> - Rythmes et habitudes de vie Organisation et fonctionnement de l'établissement centré sur les besoins des résidents (lever, toilettes, repas...) Possibilité de collation la nuit 		X			<p>Lors des entretiens, il a été évoqué à plusieurs reprises que le rythme des résidents n'est pas forcément pris en compte lors des petits déjeuners, des couchers... Cela s'inscrit dans l'organisation de l'établissement</p>	<p>D 311-3 et D312-155-0 CASF</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Liberté d'aller et venir 		X			<p>Il n'y a pas d'unité sécurisée au sein de l'établissement.</p> <p>Le contrat de séjour n'intègre pas l'annexe définissant, dans l'intérêt de la personne, les mesures particulières à prendre pour s'assurer de la sécurité et l'intégrité physique de la personne et sa liberté d'aller et venir.</p>	<p>L311-3 (CASF)</p> <p>« Les bonnes pratiques de soins en EHPAD ». Société française de gériatrie et de gérontologie. Octobre 2007.</p>

3 - 5 Vie sociale	OUI	NON	EN PARTIE	Eléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
- Animation			X	<p>Il n'existe pas de projet d'animation.</p> <p>Les activités suivantes sont proposées : piscine, silver fourchette, sorties au marché, revue de presse, jeux de lettres, jeux de société, chant, un atelier prévention des chutes. Une salle sert à l'animation, aux transmissions et formations. Présence au sein de l'établissement d'un salon de coiffure. 2 AMP sont dédiées à l'animation [REDACTED]. Les amplitudes horaires de travail sont les suivants : [REDACTED]. Il n'existe pas de commission d'animation. Cependant une animatrice a mentionné que les résidents étaient sollicités pour connaître leurs attentes en termes d'activités.</p> <p>Présence d'une association de bénévoles [REDACTED] qui intervient au sein de l'établissement. Une charte des bénévoles est présente dans le porte-documents situé au niveau de l'accueil.</p>	<p>Art D312-159-2 Annexe 2-3-1</p>

3 – 6 Soins	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
Composition de l'équipe paramédicale adaptée : - IDE coordonnateur - IDE - ASQ/AMP - Personnel psycho-éducatif		X		<ul style="list-style-type: none"> - IDE coordonnateur : absence d'IDEC depuis novembre 2021. Depuis son départ, ses différentes missions ont été réparties sur les IDE. - IDE : [REDACTED] 1 IDE à temps plein quitte l'EHPAD le 30/06/22, l'IDE en renfort quitte également l'EHPAD le 30/06/22. A partir du 01/07, sauf si recrutement, il n'y aura plus qu'une IDE salariée ce qui est insuffisant au regard des besoins. - ASQ/AMP : l'équipe participant aux soins de nursing est constituée d'AMP, d'ASQ et d'agents sans qualification. D'après la Directrice, moins de 50% de ces équipes sont formés. Le jour de la visite, 9 personnes faisant fonction d'AS/AMP n'étaient pas qualifiées. <p>En général, l'organisation de ces soins de nursing repose sur 6 soignants le matin, 2 en coupure, 2 agents le soir et 2 la nuit</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] Psychologue présente le [REDACTED] - Pas d'ergothérapeute, psychomotricien ou éducateur Activité Physique Adaptée (APA) <p>Les diplômés n'ont pas été fournis à la mission.</p>	Art L311-3 CASF Article D312-155-0 du CASF
L'établissement a nommé un médecin coordonnateur effectivement en poste et son temps de service respecte les définitions réglementaires			X	Médecin présent tous les [REDACTED] soit 0.25 ETP Temps de présence inférieur au temps réglementaire qui est de 0,40 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places.	Article D 312-156 du CASF
Le médecin coordonnateur a établi un projet général de soins, il coordonne et évalue sa mise en œuvre		X		Le dernier projet d'établissement date de 2010. Il intègre un projet de soins qui n'est plus d'actualité	Article D.312-158 du CASF

Coordination des soins avec les libéraux : mise en place d'une commission de coordination gériatrique par an?		X		Commission de coordination gériatrique en place avant la crise COVID. La dernière Commission de Coordination Gériatrique date du 11/02/2019.	Article D.312-158 du CASF <i>Le médecin coordonnateur organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux intervenant dans l'établissement (Commission de coordination gériatrique)</i>
Existence de temps de transmission et d'échange entre les professionnels de santé salariés	X			Transmission le matin et le soir entre équipe de jour et veilleuses de nuit Transmission d'équipe de 14h à 14h30 tous les jours. Il n'y a pas d'autres temps d'échanges entre professionnels pour par exemple présenter les protocoles.	Référentiel : Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation –volet EHPAD ANESM 2016
Dossier de soins	X			Logiciel de soins [REDACTED] Il existe également des dossiers médicaux papiers regroupant les feuilles de traçabilité et données papiers. Le médecin coordonnateur renseigne le dossier médical à lors de l'admission	Article D.312-158-8° du CASF <i>Le médecin coordonnateur a établi un dossier type de soins</i>
Modalités d'échanges adaptées entre les professionnels de santé extérieurs et l'équipe ?	X			Environ 10 médecins traitants interviennent dans l'EHPAD L'IDE n'accompagne pas systématiquement le médecin pendant la visite. Un échange entre le médecin et une IDE avant ou après la visite n'est pas systématique compte tenu de l'utilisation d'une fiche de liaison. La majorité des médecins notent leur observation médicale directement dans [REDACTED] sinon celles-ci sont retranscrites par le médecin coordonnateur dans [REDACTED] à partir des éléments de la fiche de liaison. Le plus souvent, la prescription est également réalisée sur [REDACTED]	Qualité de vie en EHPAD (volet 4) ANESM 2012
Fréquence adaptée des consultations médicales?	X			Modalités d'intervention des médecins libéraux : 1 fois par mois ou par trimestre selon les médecins et les pathologies Certains médecins programment eux-mêmes leur visite pour les	Article D312-155-0 du CASF

				renouvellements. Pour d'autres, ce sont les IDE qui doivent les appeler.	
Un plan de soins est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	X			Les infirmières disposent de tablette permettant l'accès aux plans de soins IDE et la traçabilité des distributions de médicaments. A noter quelques difficultés liées à [REDACTED] : - Problème de transfert des données entre tablette et logiciel [REDACTED] sur ordinateur (exemple : insuline) - Pour la traçabilité de distribution des médicaments, possibilité de noter seulement oui ou refus. L'équipe de nursing dispose d'un plan de soins papier (pas de tablette). La réalisation des soins est tracée grâce à une scanette et intégrée directement dans [REDACTED]	Article D312-155-0 du CASF
Modalités d'intervention des kinés : - conservation des prescriptions - bilan kiné dans dossiers patient ? - traçabilité des interventions dans le dossier patient?)	X			2 kinés libéraux interviennent dans l'EHPAD La prescription papier est prise par les kinés. Les bilans et suivi kinés sont tracés dans le logiciel [REDACTED]	Article D312-155-0 du CASF
Mise en place d'une traçabilité des soins ?	X			Sur [REDACTED] grâce à une tablette et un système de scanette	Qualité de vie en EHPAD (volet 4) ANESM 2012
Conditions de stockage des données médicales (sécurisation ?)			X	Les dossiers médicaux papier sont conservés dans une armoire qui ne peut plus se fermer à clé Cette armoire est dans la salle de soins dont l'accès est sécurisée par un digicode. Lors de la visite, la porte de la salle de soins était grande ouverte. Concernant les conditions d'accès au dossier médical informatique, il existe un code spécifique avec restriction de l'accès selon le profil de l'utilisateur	L311-3 CASF L1110-4 CSP R4127-4 CSP
Lors d'une hospitalisation en urgence, transmission du dossier de liaison médicale?			X	Il existe un dossier de liaison d'urgence à partir d'une extraction sur [REDACTED] La mise à jour du DLU est automatique des que des nouvelles données sont intégrées dans le dossier soins. Cependant si il y a une modification de traitement avec ordonnance papier à partir du vendredi, les modifications ne seront pas intégrées tout de	Qualité de vie en EHPAD (volet 4) ANESM 2012 Circulaire 2008/156 du 13/05/2008 relative au plan national canicule. Guide DLU HAS 2015

				<p>suite dans [REDACTED] et le traitement ne sera pas à jour sur la fiche de liaison [REDACTED] pendant le WE</p> <p>Il n'y a pas de procédure d'accès au dossier de liaison d'urgence pour les veilleurs de nuit.</p>	
<p>Gestion des urgences médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocoles de gestion des urgences médicales ? - L'établissement a passé une convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de coopération et échanges pour éviter les hospitalisations. ? - L'établissement dispose d'un matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé ? 	X	X	X	<p>Il existe ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - un protocole d'appel médical d'urgence avec une annexe « informations à communiquer au centre 15 » - une procédure « identification d'une urgence médicale et conduite à tenir » - une procédure mallette d'urgence <p>Pas de convention avec un ES. En général transfert vers les urgences du CHNDS (FLB)</p> <p>Mallette avec traitements d'urgence avec une procédure « mallette d'urgence » + moniteur de surveillance des constantes vitales type « Dynamap » + glucomètre</p> <p>Dotation pour les urgences (médicaments et ou dispositifs médicaux)</p>	<p>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD</p> <p>Fiche-Repère ANESM 2017</p>
<p>L'établissement a passé des conventions avec des structures sanitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat avec la filière gériatrique - La psychogériatrie ? 			X	<p>Intervention de l'HAD possible mais non effective</p> <p>Equipe de psychogériatrie : intervention tous les mois d'une IDE + téléconsultation d'un médecin</p> <p>L'EMSP intervient occasionnellement (convention avec CHNDS)</p> <p>La psycho Gériatrie du CH Niort intervient</p> <p>Les conventions n'ont pas été fournies à la mission.</p>	<p>Accompagnement des personnes atteintes de maladies Alzheimer en EMS</p> <p>ANESM 2009</p> <p>Art D6124-311 CSP</p> <p>Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème7</p> <p>continuité des soins</p>
3 – 7 Protocoles	OUI	NON	EN PARTIE	Eléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
<p>Principaux Protocoles / évaluations : Rédigés</p>	X			<p>La liste des protocoles a été fournie</p> <p>Mise à disposition dans la salle de soins d'un classeur avec de nombreuses procédures (plus de 60) dont les dernières mises à</p>	<p>Référentiel : Art D312-158 CASF</p> <p>Repérage des risques de</p>

<p>Actualisés</p> <p>Appropriés par le personnel</p>				<p>jour datent le plus souvent de 2017/2019. Les protocoles les plus récents concernent le COVID.</p> <p>Les dernières mises à jour ont 3 à 5 ans (retard en lien avec la crise sanitaire) A noter la rédaction de 6 procédures en lien avec la COVID</p> <p>Les protocoles/procédures sont portés à la connaissance du personnel par présentation pendant les transmissions puis mis à dispositions dans un classeur.</p> <p>Les agents doivent également procéder à la signature d'un document pour acter la prise de connaissance de la procédure. Toutefois, il n'y a pas de temps institutionnel prévu pour élaborer et diffuser les protocoles et certains agents lors des entretiens ne connaissent pas l'existence de certaines procédures.</p>	<p>perte d'autonomie ou de son aggravation –volet EHPAD ANESM 2016</p>
<p>ETAT BUCCO DENTAIRE</p> <p>Bilan initial buccodentaire à l'admission du résident (O/N)</p> <p>Coordonnées d'un dentiste référent ou télé-expertise bucco-dentaire (O/N)</p> <p>Toilette buccale quotidienne</p>		<p>X</p> <p>X</p>		<p>Indiquée dans la procédure hygiène buccodentaire de février 2019</p>	<p>Référentiels : Bonnes pratiques de soins en EHPAD DGS/DGAS Octobre 2007 Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème 4 prévention et prise en charge de la dénutrition</p>
<p>PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION</p> <p>Contrôle mensuel du poids (O/N) ?</p> <p>Thématique inscrite au plan de formation ?</p>	<p>X</p>	<p>X</p>		<p>Existence d'une procédure de prise en charge de la dénutrition de février 2019</p> <p>Temps effectif des résidents pour prendre le repas ? Le petit déjeuner est servi à partir de 8h et se termine vers 9h30 Le déjeuner est servi entre 12h et 13h15</p>	<p>Référentiels : Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème 4 prévention et prise en charge de la dénutrition Fiche repère mauvaise</p>

<p>Le nombre d'agents présents en salle à manger pour aider au repas et le temps effectif dédié au repas sont-ils adaptés ?</p>		X	<p>Le dîner est servi vers 18h15 en chambre at à partir de 18h30/18h45 en salle à manger pour se terminer vers 19h30. Le temps de jeune nocturne peut donc dépasser 12h.</p> <p>15 résidents ont besoin d'aide ou de stimulation pour le repas en salle à manger. Parmi ces personnes, 7 ont besoin d'une aide au repas qui est assurée par 2 agents.</p> <p>1 plateau en chambre avec aide au repas par 1 agent</p> <p>La liste des résidents fait apparaître 2 GIR1 et 16 GIR 2</p> <p>Existence d'une procédure d'accompagnement au repas pour les résidents les moins autonomes</p> <p>Désignation d'un référent nutrition.</p>	<p>nutrition ANESM 2016</p> <p>Critères diagnostiques de dénutrition et surveillance HAS 2021</p>
<p>PREVENTION ET TRAITEMENT DES ESCARRES</p> <p>Existence d'un protocole d'évaluation du risque d'escarres ?</p> <p>Existence d'un protocole de prévention des escarres chez les résidents à risque</p> <p>Existence d'un protocole de prise en charge des escarres ?</p> <p>Avec fiche cutanée ou photos de suivi des pansements (O/N) ?</p> <p>Adhésion EHPAD à un système de télé expertise (ex : plaies et cicatrisation) ou autre structure ressource ?</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>Le jour du contrôle : 2 résidents avec escarre sacré (1 présent au retour d'hospitalisation et 1 présent à l'admission)</p> <p>Protocole de 2017</p>	<p>Référentiels :</p> <p>Bonnes pratiques de soins en EHPAD DGS/DGAS Octobre 2007</p> <p>Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème 3 prévention et prise en charge des escarres</p>
<p>CONTENTION</p> <p>Prescription médicale (O/N) ?</p> <p>Après évaluation pluri professionnelle ?</p> <p>Protocole de révision / 24 H (O/N) ?</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>	<p>La procédure « contention physique » de 2017 prévoit une réévaluation quotidienne. Dans les faits, 4 personnes âgées avec une contention au fauteuil sont réévaluées toutes les semaines par le médecin co+ 1 personne avec contention au lit+ 4 personnes avec barrières de lit.</p> <p>La réévaluation n'est pas tracée</p> <p>L'EHPAD dispose de Lits Alzheimer mais les matelas au sol ne sont pas adaptés car matelas anti escarre</p>	<p>Bonnes pratiques de soins en EHPAD DGS/DGAS Octobre 2007</p> <p>Contention physique de la personne âgée ANAES oct 2000</p>

<p><u>PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET FIN DE VIE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un protocole de prise en charge de la douleur ? - Thématique « dépistage de la douleur » inscrite au plan de formation ? - Convention partenariat EMSP ? 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Une procédure « prise en charge de la douleur » de 2017 avec un lexique Algoplus et une procédure « directives anticipées »</p>	<p>Référentiel : -Art D312-158 CASF -L1112-4 CSP -Accompagner la fin de vie en EHPAD ANESM 2017 -Qualité de vie en EHPAD (volet 4) ANESM 2012 Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème 1 prévention et prise en charge de la douleur</p>
<p><u>PREVENTION DES CHUTES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Thématique « repérage des chutes » inscrite au plan de formation ? - Toute chute est signalée <p>Toute chute donne lieu à une évaluation médicale</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Existence d'une fiche de déclaration de chute dans [REDACTED] Fiche retrouvée dans des dossiers : oui Procédure chutes de 2019</p> <p>Les chutes sont signalées au médecin quand elles sont à répétition.</p>	<p>Référentiels : Bonnes pratiques de soins en EHPAD DGS/DGAS Octobre 2007 Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème 2 prévention et prise en charge des chutes Fiche repère chutes ANESM 2016</p>
<p>3 - 7 Circuit du médicament</p>	<p>OUI</p>	<p>NON</p>	<p>EN PARTIE</p>	<p>Éléments d'appréciation</p>	<p>Références juridiques/Bonnes pratiques</p>
<p>Tout médicament administré fait l'objet d'une prescription individuelle, écrite, lisible et signée ?</p>	<p>X</p>			<p>Existence d'un classeur prescription Modalités rédaction des prescriptions : informatisé dans [REDACTED] Modalités d'intégration des changements de traitement dans le dossier médical informatisé et la fiche de dispensation IDE des médicaments : les prescriptions sur [REDACTED] sont imprimées et regroupées dans un classeur qui part à la pharmacie.</p>	<p>- Art L311-3 CASF - Art L5126-6 CSP (PUI) - Art L5126-10 CSP (pas de PUI) - Art L 313-26 CASF - Art R4311-4 CSP - Art R4311-5 CSP - Art R4312-15 CSP</p>

Le type d'approvisionnement de la pharmacie est défini		X		<p>Convention avec une pharmacie : non</p> <p>Depuis début 2022, les IDE n'assurent plus la préparation des médicaments Les chariots de médicaments et le classeur des prescriptions partent à la pharmacie pour la préparation des semainiers à raison d'1 aile par jour. L'acheminement se fait par l'agent de maintenance à pied de l'EHPAD à la pharmacie avec un chariot non sécurisé (fermeture défectueuse)</p> <p>Les médicaments devant être distribués par les soignants sont préalablement déblistérés et transvasés par les IDE dans des petits pots individuels nominatifs qui sont ensuite déposés sur les plateaux petit déjeuner.</p> <p>Dans l'armoire, les jours notés sur les piluliers ne correspondent plus au jour de la distribution depuis la réorganisation du circuit du médicament</p> <p>Sur les semainiers se trouve la photo de chaque résident mais pas sur les petits pots. Certains couvercles de pots sont manquants. Il n'y a pas de fiche avec le nom et la photo des résidents permettant de prévenir des erreurs d'identité, notamment pour les agents intérimaires.</p>	-Prise en charge médicamenteuse en EHPAD Fiche-Repère ANESM 2017
Mode de préparation des médicaments formalisé?		X		<p>Procédure du circuit du médicament en EHPAD non mise à jour depuis le changement de fonctionnement début 2022.</p> <p>L'identification des médicaments n'est pas possible jusqu'à l'administration car les IDE déblisterent et transvasent les médicaments du pilulier vers un sachet afin de permettre la distribution par les agents le matin.</p>	
La distribution des médicaments obéissent à des règles formalisées ? (procédure ?)		X		<p>Organisation de la distribution : par IDE midi et soir Par agents (pas forcément qualifiés) le matin Procédure du circuit du médicament en EHPAD non mise à jour depuis le changement de fonctionnement début 2022. Absence de liste de médicaments pouvant être écrasés</p>	

Les médicaments administrés font-ils l'objet d'une traçabilité ?			X	Modalités de la traçabilité : sur tablette par IDE (pour la distribution du matin assurée par les agents, la traçabilité se fait a posteriori par l'IDE et seulement si les médicaments n'ont pas été pris	
L'accès aux médicaments est-il sécurisé? Digicode ? clé ?	X			Les chariots de médicaments et l'armoire à pharmacie ne se ferment plus à clé. Ils sont dans la salle de soins dont l'accès est sécurisé par un digicode. Le jour du contrôle la porte est ouverte alors qu'il n'y a personne dans la pièce.	
3 - 8 Prévention du risque infectieux	OUI	NON	EN PARTIE	Éléments d'appréciation	Références juridiques/Bonnes pratiques
L'établissement a réalisé un document d'analyse des risques infectieux (DARI/ circulaire 2012)	X				Art D 312-155-0 Circulaire DGCS/SPA/2016/195 du 15/06/2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social 2016/2018. Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012) Thème 6 analyse et maîtrise du risque infectieux
Protocole de signalement IRA/ GEA			X	Protocole GEA mais pas de protocole IRA	
Protocole hygiène des mains et précautions complémentaires air contact	X			Procédure précautions d'hygiène standards 2018 + une procédure précautions complémentaires 2018 + Procédure BMR 2017	
SHA disponibles ?	X			Mise à disposition soignants et visiteurs	
Référent hygiène ?	X			Fiche de poste du référent Hygiène	
Politique de vaccination anti-grippe du personnel ?	X			Le médecin coordonnateur adresse un courrier aux médecins traitants pour la vaccination des résidents Sensibilisation de personnel à la vaccination contre la grippe et obligation de port du masque pour le personnel non vacciné	

<p>Appréciation de la fonction Prise en charge en niveau SAMI au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</p>	<p>S A M I</p> <p>Maîtrise insuffisante du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des résidents.</p>	
--	---	--

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
4.1 Coordinations avec les autres acteurs			
-		X	D'après le rapport médical annuel (RAMA) 2019, il existe des conventions avec l'hôpital Nord Deux-Sèvres comprenant entre autres l'unité mobile des soins palliatifs, médecine et soins de suite du CH de Parthenay et Faye l'Abesse (inclus canicule, épidémie grippe) et avec le service de psychogériatrie de Niort Les conventions n'ont pas été transmises à la mission d'inspection.
-		X	L'EHPAD fait partie du GCSMS du Haut Poitou mais n'en est pas un membre actif.
S A M I			
Appréciation de la fonction Relations avec l'extérieur en niveau SAMI au regard de la maîtrise du risque de maltraitance			
Maîtrise insuffisante du risque maltraitance dans son identification, sa formalisation, sa mise en œuvre et son évaluation pouvant entraîner des conséquences graves sur la santé, la sécurité et l'accompagnement des résidents.			

SYNTHESE

5.1. Synthèse des appréciations des champs de contrôles en niveau SAMI.

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

Points de contrôle	S	A	M	I
- Management / gouvernance				X
- Conditions d'installation				X
- Prise en charge				X
- Relations avec l'extérieur				X

Il appelle les commentaires ci-après :

➤ **Management / gouvernance**

Ce champ de contrôle compte 9 écarts et 5 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant au regard de la maîtrise du risque de maltraitance pour les motifs suivants :

Ecart 1 : En disposant pas de politique de promotion de la bientraitance formalisée, connue et opérationnelle, l'établissement ne respecte pas les conditions de l'article L311-3 du CASF.

Ecart 2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.

Remarque 1 : L'absence de réflexion institutionnelle autour des risques liés à la population prise en charge par le service n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.

Ecart 3 : L'établissement ne dispose pas de dispositif interne de gestion des risques, crises et incidents graves.

Ecart 4 : L'absence de CVS se réunissant au moins trois fois par an conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.

Ecart 5 : L'absence de document transmis formalisant la continuité de la direction ne permet pas de garantir la sécurité des résidents au sens de l'article L311-3 du CASF.

Ecart 6 : L'absence de structuration de la gestion des ressources humaines ne permet pas d'assurer une gestion optimale de l'établissement.

Ecart 7 : En ne remplissant pas le tableau de bord de la performance ANAP les années précédentes, l'établissement contrevient à ses obligations de l'arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

Ecart 8 : L'absence de document unique de délégation n'est pas conforme aux dispositions des articles D 315-67 à D315-71 du CASF.

Remarque 2 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes ».

Remarque 3 : Le manque de transversalité entre les secteurs et les services de soins, d'entretien et de restauration et absence de temps d'échanges institutionnels n'est pas compatible avec les recommandations de la HAS.

Remarque 4 : La connaissance très inégale des professionnels sur les procédures et protocoles réalisés au sein de l'établissement ne permet pas de garantir la qualité de l'accompagnement.

Ecart 9 : L'absence de protocole prévoyant les conduites à tenir en cas d'incident grave ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence (Article D 313-60 CASF).

Remarque 5 : L'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violences et de maltraitements sur les résidents 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.

➤ **Conditions d'installation**

Ce champ de contrôle compte 4 écarts et 1 remarque. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant au regard de la maîtrise du risque de maltraitance pour les motifs suivants :

Ecart 10 : En ayant fait l'objet d'un avis défavorable de la commission de sécurité, le bâtiment ne permet de garantir la sécurité des résidents.

Ecart 11 : Le niveau de maintenance des installations techniques et du bâtiment et l'entretien des espaces individuels et collectifs ne permettent pas d'assurer la sécurité au sens de l'article L 311-3 du CASF.

Remarque 6 : Le circuit du linge ne permet pas prévenir les risques infectieux.

Ecart 12 : En l'absence de document d'analyse des risques des défaillances électriques (DARDE), l'établissement n'est pas en mesure de prévenir les défaillances énergétiques et électriques au sein de l'établissement.

Ecart 13 : En l'absence d'affichage du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et des libertés, l'établissement contrevient aux articles L. 311-4 et L. 311-34 du CASF.

➤ **Prise en charge et soins**

Ce champ de contrôle compte 9 écarts et 4 remarques. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant au regard de la maîtrise du risque de maltraitance pour les motifs suivants :

Ecart 14 : En l'absence de procédure d'accueil/admission, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L 311-4 et L311-5 du CASF.

Remarque 7 : En n'utilisant pas Via Trajectoire Grand Age, l'établissement ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques.

Ecart 15 : L'établissement ne répond pas aux exigences relatives au droit des usagers (articles L311-3 à 12 CASF).

Ecart 16 : En l'absence d'élaboration et de réévaluation systématique des projets d'accompagnement individualisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Ecart 17 : En ne disposant pas de tous les outils de la loi 2002-2, l'établissement ne respecte pas la réglementation.

Ecart 18 : En n'intégrant pas la liste des personnes qualifiées au livret d'accueil tel que préconisée par la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, l'établissement ne permet pas aux usagers d'accéder aux recours à leur disposition pour faire valoir leurs droits.

Remarque 8 : La qualité de la restauration n'apparaît pas optimale.

Remarque 9 : Aucune commission menu et animation n'était en place au jour de la visite.

Ecart 19 : Le fait que certains postes soignants (AS, AMP, AES) soient occupés par des personnels non diplômés (ASH) ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article D 312-155-0 du CASF.

- A partir du 01/07, sauf si recrutement, il n'y aura plus qu'une IDE salariée ce qui est insuffisant au regard des besoins et de la sécurité des résidents : non conforme aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF

Ecart 20 : Le circuit du médicament n'est pas conforme à la réglementation et aux bonnes pratiques- (Art L311-3 CASF, Art L5126-10 CSP, Art L 313-26 CASF, Art R4311-4 CSP, Art R4311-5 CSP, Art R4312-15 CSP, Prise en charge médicamenteuse en EHPAD Fiche-Repère ANESM 2017).

Ecart 21 : Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme au temps réglementaire (Article D 312-156 et D312-158 du CASF)

Ecart 22 : S'il existe de très nombreux protocoles / procédures de soins, certains restent manquants, d'autres sont à actualiser. Un manque d'appropriation des protocoles par les professionnels est par ailleurs identifié Ref: Article D312-158-du CASF, circulaire 2008/156 du 13/05/2008 relative au plan national canicule et l'ANESM (Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation –volet EHPAD ANESM 2016)

Remarque 10 : Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'hygiène buccodentaire, la prévention de la dénutrition et des escarres, la prise en charge de la douleur et la prévention des chutes sont partiellement mises en œuvre

Ref :

- Bonnes pratiques de soins en EHPAD DGS/DGAS Octobre 2007
- Evaluation interne EHPAD (Anesm 2012)
- Thème 2 prévention et prise en charge des chutes
- Thème 3 prévention et prise en charge des escarres :
- Thème 4 prévention et prise en charge de la dénutrition
 - Fiche repère mauvaise nutrition ANESM 2016
 - Critères diagnostiques de dénutrition et surveillance HAS 2021
 - Accompagner la fin de vie en EHPAD ANESM 2017

➤ Relations avec l'extérieur

Ce champ de contrôle compte 1 écart. L'analyse qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant au regard de la maîtrise du risque de maltraitance pour les motifs suivants :

Ecart 23

D'après le rapport médical annuel (RAMA) 2019, il existe des conventions avec l'hôpital Nord Deux-Sèvres comprenant entre autres l'unité mobile des soins palliatifs, médecine et soins de suite du CH de Parthenay et Faye l'Abesse (inclus canicule, épidémie grippe) et avec le service de psychogériatrie de Niort.

Les conventions n'ont pas été transmises à la mission d'inspection qui n'a pas pu étudier leur contenu et date de signature, d'où une non-conformité aux articles suivants : Art D312-158 CASF, Art D6124-311 CSP et Article D312-155-0 du CASF

5.2 Niveau global d'exposition de la structure au risque maltraitance

L'analyse combinée de ces quatre champs de contrôle faite par la mission au regard de la maîtrise du risque de maltraitance l'amène à estimer que le niveau global d'exposition aux risques de maltraitance que présente l'établissement/le service est :

<input type="radio"/>	Faible	
<input type="radio"/>	Moyen	
<input type="radio"/>	Elevé	
<input checked="" type="radio"/>	Critique	X

Cocher le niveau et expliquer pourquoi il a été retenu par la mission. Les définitions des niveaux de la cotation SAMI peuvent utilement servir à déterminer le niveau d'exposition de la structure :

- S/A = faible exposition.
- M= exposition moyenne.
- I= exposition élevée. Le niveau d'exposition critique est à réserver aux situations les plus hautement dégradées constatées.

Conclusion

La mission s'est globalement déroulée dans de bonnes conditions, malgré son caractère inopiné.

Selon les constats que nous avons effectués, le niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance est critique.

L'établissement ne respecte pas les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement telles que prévues par le Code de l'action sociale et des familles et le Code de la Santé publique.

Nous estimons que l'organisme gestionnaire n'est pas en capacité de faire fonctionner un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes au regard de l'autorisation qui lui a été délivrée et a besoin d'un accompagnement pour permettre une diminution du niveau d'exposition de la structure au risque de maltraitance.

Les propositions que nous formulerons au commanditaire de notre inspection le seront au regard de nos constats, de nos analyses ainsi que du niveau d'exposition de la structure au risque maltraitance que ceux-ci nous auront amené à déterminer.

[REDACTED]
Inspecteur des établissements et services
sociaux, médico-sociaux, Conseil
Départemental des Deux-Sèvres.

[REDACTED]
Médecin inspecteur de santé publique, ARS
Nouvelle-Aquitaine Délégation départementale
des Deux-Sèvres

[REDACTED]
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
ARS Nouvelle-Aquitaine Délégation
départementale des Deux-Sèvres

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

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Observations de la structure à la mission

Réponses de la mission aux observations la structure

ANNEXES

1- Lettre d'annonce

2- Liste des documents demandés à l'établissement

Annexe 1 – Lettre d'annonce



— Délégation départementale des Deux-Sèvres

Niort, le 24 mai 2022,

— Pôle Animation territoriale et parcours
— Affaire suivie par : [REDACTED]
— Mèl. : ars-dd79-pole-remontant@ars.sante.fr

La directrice de la délégation départementale des
Deux-Sèvres, ARS Nouvelle-Aquitaine
La Présidente du Conseil Départemental des Deux-
Sèvres

— Département des Deux-Sèvres

à

— Direction de l'Autonomie
— Affaire suivie par : [REDACTED]

Madame [REDACTED], Directrice de l'EHPAD Les rocs à
La Peyratte

Objet : Inspection de l'EHPAD Les Rocs situé à La Peyratte (79)

Le Programme Régional Inspection Contrôle Evaluation 2022 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine prévoit la réalisation de missions d'inspection dans les établissements et services médico-sociaux visant à vérifier si les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissent la santé, la sécurité ainsi que le bien-être des personnes accueillies.

La délégation départementale de l'ARS et le Conseil départemental des Deux-Sèvres ont été destinataires en février 2022 d'informations mettant en cause la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies au sein de l'EHPAD Les rocs, situé à La Peyratte, pouvant avoir des conséquences sur la santé, la sécurité et le bien-être des personnes accueillies.

C'est dans ce contexte qu'une mission d'inspection est diligentée au sein de votre établissement, l'EHPAD Les rocs, situé à La Peyratte (79). La date de réalisation est prévue pour le 1^{er} juin 2022.

Cette mission d'inspection se fonde sur les articles suivants :

- Article L.1435-7 du Code de la Santé Publique,
- Articles L.1421-1 à L.1421-3 du CSP,
- Article L.1431-2 du CSP
- Article L.313-13 du code de l'action sociale et des familles

Cette mission doit permettre de vérifier notamment :

- Le management de la structure,
- Les conditions d'installation,
- Les modalités de prise en charge des personnes accompagnées.

La mission d'inspection est composée des personnels suivants :

- [REDACTED] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale des Deux-Sèvres, coordinatrice de la mission ;

.../...

.../...

- [REDACTED], Médecin inspecteur de santé publique, Délégation départementale des Deux-Sèvres ;
- [REDACTED] Stagiaire Inspecteur-contrôleur en ARS (ICARS), Délégation départementale des Deux-Sèvres
- [REDACTED] Inspecteur des établissements et services sociaux, médico-sociaux, Conseil Départemental des Deux-Sèvres.

J'attire votre attention sur le fait qu'en application de l'article L1421-3 du code de la santé publique, la mission est fondée à vous demander à consulter sur place tous les documents qu'il lui semblera nécessaire d'analyser et à vous en demander copie. De même, elle peut avoir accès à l'ensemble des locaux et s'entretenir avec toute personne qui lui semble utile.

A l'issue de cette mission, un rapport conjoint ARS-Conseil départemental nous sera remis avec les constats réalisés par les inspecteurs ainsi qu'une note avec des propositions de mesures correctives qui vous seront notifiés dans le cadre d'une procédure contradictoire préalable.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

**La Directrice générale adjointe
du Pôle des solidarités,**

[REDACTED]

**La Directrice de la délégation
départementale des Deux-Sèvres**

[REDACTED]

Annexe 2 – Liste des documents demandés à l'établissement

- Liste des documents à fournir

	DOCUMENT REMIS		REMARQUES
	OUI	NON	
Liste des résidents présents avec le GIRAGE, l'âge, le sexe et la date d'entrée (PA)	X		
Liste des salariés présents	X		Uniquement transmission des salariés présents le matin
Organigramme	X		
Tableau des effectifs avec leur statut (titulaire, contractuels, remplaçants ...), leur quotité de travail, leur ancienneté		X	
Bilan social (avec informations relatives à l'absentéisme et au turn-over)		X	
Plans de formation (année N-2 ; N-1 ; N ; N+1)		X	
Planning des personnels des 3 derniers mois (mars, avril, mai)		X	Planning de juin uniquement
Fiches de poste de l'ensemble du personnel		X	
Diplômes de l'ensemble du personnel		X	
Extrait de casier judiciaire de l'ensemble du personnel		X	A consulter sur place Consultation de 4 dossiers sur place (choisis de manière aléatoire)
CV du directeur		X	
Document unique de délégation de signature		X	
Procédure de fonctionnement de l'astreinte administrative et médicale + planning		X	
Plan bleu		X	
Projet d'établissement (projet de soins, projet de vie)		X	
Règlement de fonctionnement		X	
Livret d'accueil		X	
Procédure d'accueil et d'admission		X	
Exemplaire d'un projet individualisé anonymisé		X	
Exemplaire du contrat de séjour anonymisé		X	
Liste des protocoles de soins	X		
Liste des procédures	X		
Protocole institutionnel de prise en charge de la douleur		X	
Protocole institutionnel de fin de vie		X	
Protocole maitrise		X	
Procédure de mise en œuvre de la contention physique		X	
Procédure de prévention des chutes		X	
Procédure de prévention des escarres		X	
Procédure de sécurisation du circuit du médicament		X	
Composition du CVS		X	
Compte-rendu des 3 dernières réunions du Conseil de la Vie Sociale		X	
PV des séances du CA		X	
Résultats des deux dernières enquêtes de satisfaction et trame du questionnaire		X	
Contrat type du médecin coordonnateur		X	
Rapport annuel du médecin coordonnateur		X	
Nombre de médecins libéraux intervenant dans l'établissement		X	
Contrat type des médecins libéraux intervenant dans l'établissement		X	
Protocole de gestion des réclamations		X	
Registre des réclamations ou tout support dans lequel sont consignées les réclamations (à consulter sur place)		X	
Registre des incidents ou tout		X	

support dans lequel sont consignés les incidents (à consulter sur place)			
Protocole de gestion des événements indésirables	X		
Liste des événements indésirables		X	
Conventions de partenariat avec réseaux, établissements de santé, autres établissements et services		X	
Document d'analyse du risque infectieux (DARI)		X	
Planning d'animation des 3 derniers mois		X	
PV de la Commission de sécurité		X	

