

**Délégation départementale
De la Haute-Vienne**
Dossier suivi par : Direction
Mél : ars-dd87-direction@ars.sante.fr

Conseil départemental de la Haute-Vienne
Pôle personnes âgées – personnes handicapées
Sous-direction établissements et services PA
[Redacted]

Limoges, le **10 JAN. 2024**

La Directrice départementale et le Président du
Conseil départemental

à

[Redacted]
Directeur
EHPAD « Résidence Les Briances »
5 avenue de Bagatelle
87380 SAINT-GERMAIN LES BELLES

Objet : Inspection de l'EHPAD Résidence Les Briances – [Redacted]

Pièces-jointes : Tableau avec les décisions de mesures correctives – Annexe modificative en date du 22/12/2023 signée par la mission d'inspection.

Lettre recommandée avec AR n° : AA 120 607 32593

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre des dispositions des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez formulé des observations sur les mesures correctives que nous envisagions de vous notifier à l'issue de l'inspection de l'EHPAD « Résidence Les Briances » de Saint-Germain-les-Belles réalisée les 12 et 13 juin 2023 et dont nous vous avons informé par courrier en date du 24 octobre 2023.

Nous vous rappelons que la mission d'inspection conjointe a été diligentée sur le fondement de la lettre de mission de la Directrice départementale de l'ARS et de la décision du Président du Conseil départemental qui vous ont été remises lors de leur présentation par l'équipe d'inspection. A ce titre, il aurait été apprécié qu'un exemplaire de vos observations ait également été transmis au Président du Conseil départemental.

L'équipe d'inspection a pris connaissance des observations que vous avez formulées. Leur prise en compte a conduit à l'élaboration, par la mission d'inspection, d'une annexe modificative au rapport, que vous retrouverez ci-jointe. En conséquence, les recommandations et injonctions que nous vous notifions, mentionnées dans le tableau ci-joint, sont désormais définitives. Les écarts et remarques ont conservé la même numérotation que celle initialement transmise bien que certaines remarques aient été supprimées. La numérotation des injonctions et recommandations a toutefois évolué, certaines ayant fait l'objet d'une suppression.

Elles peuvent faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de ce courrier. Ce recours peut également être exercé par voie électronique avec saisine du tribunal administratif par le biais de l'application Télé recours citoyens accessible sur le site www.telerecours.fr

Concernant les écarts :

Ecarts 1, 2 et 3 : Nous vous remercions des éléments apportés dont nous avons pris bonne note mais qui ne permettent pas de lever l'injonction associée. Votre réponse précise que la délégation de signature stipule qu'elle ne s'exerce qu'en cas d'absence ou d'empêchement du directeur. Selon le formalisme de la délégation, cette condition ne s'applique qu'au chapitre 1 relatif à la suppléance du directeur. Les délégations effectuées aux professionnels (y compris de catégorie B) sont permanentes pour les chapitres 2, 3, 4, 5 et 6.

Ecart 4 : Les documents ont effectivement été mis à disposition de la mission. Toutefois le plan bleu qui a été présenté à la mission était centré uniquement sur le risque canicule. L'injonction est donc maintenue.

Ecarts 6 et 7 : Le renfort de 0,5 ETP accordé à la Maisonnée depuis le 1^{er} mars 2021 avait bien été indiqué à la mission et pris en compte. Toutefois, ce renfort n'est pas effectif les weekend et jours fériés comme indiqué dans le corps du rapport et pendant les congés du professionnel en question.

Ecart 8 : L'injonction demeure fondée et est maintenue. La mission d'inspection a toutefois fait le choix de modifier le corps du rapport comme indiqué dans l'annexe modificative ci-jointe.

Concernant les remarques :

Remarque 3 : Les constats ayant engendré cette recommandation ont fait l'objet d'une suppression via l'annexe modificative. La recommandation associée est donc supprimée.

Remarque 8 : Le corps du rapport est modifié via l'annexe modificative avec suppression de cette remarque au regard des éléments apportés dans le cadre de la procédure contradictoire. En conséquence, la recommandation associée est également supprimée.

Remarque 10 : Au regard des éléments apportés, le délai de mise en œuvre de cette recommandation est porté à 1 an.

Remarque 11 : Le corps du rapport contenant la remarque est modifié via l'annexe modificative et la recommandation associée est supprimée.

Remarque 16 : Le corps du rapport contenant la remarque est modifié via l'annexe modificative et la recommandation associée supprimée.

Remarque 18 : Au-delà du planning attestant des journées de présence du médecin coordonnateur, une incompréhension demeure dans les modalités et quotités de rémunération. La recommandation associée est donc maintenue.

Remarque 20 : Au regard des éléments apportés, le délai de mise en œuvre de la recommandation associée est porté à 1 an.

Remarque 22 : Concernant la justification apportée dans le cadre de la procédure contradictoire, nous tenons à vous préciser que la demande de la mission d'inspection concernait le dernier taux d'absentéisme connu.

Remarque 29 : Les éléments apportés dans le cadre de la procédure contradictoire ont bien été pris en compte et le corps du rapport modifié par l'intermédiaire de l'annexe modificative. Toutefois la recommandation est maintenue.

Remarque 33 : Les propositions faites dans le cadre de la procédure contradictoire ont bien été prises en compte et feront l'objet d'un échange ultérieur avec nos services respectifs en dehors de la démarche d'inspection.

Remarque 36 : Nous avons bien compris le caractère systématique du passage en CODIR, pour autant, toutes les situations ne font pas systématiquement l'objet de mesures correctives. La recommandation associée est maintenue.

Remarque 37 : La mission qualité étant mutualisée sur les deux structures de la direction commune, la recommandation associée maintient la réflexion à engager sur le déploiement d'outils communs (gestion des événements indésirables notamment).

Par ailleurs, afin de pouvoir apprécier sur la base d'éléments factuels les dispositions d'ores et déjà prises, nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer le document suivant :

- Liste des résidents mise à jour avec leur modalité d'hébergement (recommandation 1).

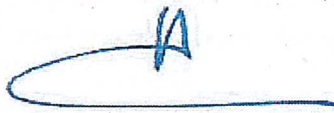
Vous voudrez également bien nous communiquer, dès lors que les documents seront disponibles :

- La délégation de signature actualisée en tenant compte des dispositions prévues par le CASF (injonction 1).
- Le plan bleu intégrant la diversité des risques et menaces auquel l'établissement peut être confronté (naturels, actes de malveillance et de terrorisme, dysfonctionnement de la structure, sanitaires ...) (injonction 2).
- Le contrat de travail du médecin coordonnateur qui sera recruté pour assurer 0,10 ETP sur l'établissement (injonction 3).
- Le document actant la nouvelle organisation définie permettant une prise en charge et un accompagnement de qualité notamment sur l'unité La Maisonnée (injonction 4).
- Les ordres du jour et comptes-rendus de CODIR (recommandation 4).
- La procédure relative à l'organisation des astreintes (recommandation 6).
- La procédure d'accueil des nouveaux arrivants (recommandation 12).

- Le plan de formation 2024 (recommandations 18 et 19).
- La procédure de gestion des absences et d'organisation des remplacements (recommandation 23).
- La procédure de gestion budgétaire et financière qui distingue d'une part le niveau de pilotage stratégique et d'autre part le suivi opérationnel (recommandation 34).

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice départementale



Sophie GIRARD

Le Président du Conseil départemental



Jean-Claude LEBLOIS

Copie : [REDACTED] – Président du Conseil d'Administration EHPAD Résidence
Les Briances

Annexe modificative au rapport d'inspection EHPAD Résidence Les Briances à Saint-Germain-Les-Belles élaborée le 22/12/2023 sur la base de la réponse du directeur de l'établissement en date du 23 novembre 2023

Dans le I.2 – REGULATION DE L'ACTIVITE PAR LES INSTANCES DIRIGEANTES, les paragraphes suivants : « Le CA n'a pas connaissance du cadre stratégique nécessaire au pilotage de la structure dans un contexte marqué par des difficultés RH et financières. Le CA n'est pas tenu au courant des informations majeures, suffisamment en amont, de façon à éclairer ses prises de décisions. Les informations financières communiquées le sont de façon dense, ne permettant pas une appropriation par les membres des informations importantes. A titre d'illustration, le CA n'est pas systématiquement informé du suivi de la trésorerie, ni de la survenue d'évènements indésirables graves. » et la remarque 3 : « Le défaut d'information du conseil d'administration par la direction de l'établissement ne lui permet pas d'assurer pleinement son rôle de régulation et de suivi de l'établissement. » sont supprimés au regard des éléments apportés par le directeur et confortés par le Président du Conseil d'Administration dans le cadre de la procédure contradictoire.

Dans le I.3 – FONCTIONNEMENT GLOBAL ET PILOTAGE, la remarque 8 « *Durant les astreintes, les agents ne disposent pas de téléphones professionnels. Il en découle une généralisation de l'utilisation des téléphones personnels, y compris hors période d'astreinte, pouvant aller à l'encontre du respect des temps de repos et de congé des salariés.* » est supprimée. Le paragraphe suivant « *Les week-ends, les agents de l'équipe administrative et l'IDEC se répartissent les astreintes, sur la base du volontariat, ce qui conduit à la réalisation d'une astreinte tous les mois environ. Durant ces astreintes, les agents sont joignables sur leur téléphone portable personnel.* » est complété de la phrase suivante : « *Il en découle une généralisation de l'utilisation des téléphones personnels, y compris hors période d'astreinte, pouvant aller à l'encontre du respect des temps de repos et de congé des salariés.* » La remarque 11 « *L'organigramme fait apparaître le rattachement de la lingerie ainsi que les agents de services en salle (ASH hôteliers) sous la responsabilité hiérarchique de la cadre de santé et non des affaires générales.* » est supprimée.

Dans le I.5 – L'ANIMATION ET LE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES CONSULTATIVES, la remarque 16 « *La composition du CSE, depuis les dernières élections, n'a pas été portée à la connaissance de la mission.* » est supprimée.

Dans le II.3 – PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET CONDITIONS DE TRAVAIL, au vu des éléments apportés par le directeur dans le cadre de la procédure contradictoire la phrase suivante est ajoutée au corps du rapport : « *Une visite inopinée de la DDETSPP a eu lieu sur l'établissement le 30 septembre 2021. Le courrier transmis atteste de la bonne prise en compte de courriers d'alerte du CSE suite à la visite mais ne fait état d'aucun constat ni plan d'actions associé.* ».

Dans le III - GESTION DE LA QUALITE, DES RISQUES ET EVENEMENTS INDESIRABLES, la phrase « *Par ailleurs, il a pu être évoqué oralement à la mission des situations (résident resté toute la journée en chambre les volets fermés, résident qui se serait perdu lors d'une sortie sur Limoges) qui auraient nécessité une déclaration en EI et/ou EIG sans pour autant qu'ils soient retrouvés dans le tableau de suivi de la structure.* » est supprimée et l'écart 8 modifié comme suit « *La mission constate un défaut de signalement aux autorités de tutelle des EI/EIG/EIGS survenus au sein de l'établissement.* ».

Dans la SYNTHESE, le tableau qui reprend les appréciations portées par la mission en niveau SAMI sur les différents points de contrôle est modifié comme suit :

Légende : S : Satisfaisant – A : Acceptable – M : Moyen – I : Insuffisant

Points de contrôle		S	A	M	I	
-	I.1 - Respect de l'autorisation de fonctionner		x			Ce point de contrôle compte 2 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau acceptable.
-	I.2 - Régulation de l'activité par les instances dirigeantes	x				Ce point de contrôle ne compte aucune remarque. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau satisfaisant.
-	I.3 - Fonctionnement global et pilotage			x		Ce point de contrôle compte 3 écarts et 8 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau moyen.
-	I.4 - Le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement		x			Ce point de contrôle compte 1 écart et 2 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau acceptable.
-	I.5 - L'animation et le fonctionnement des instances consultatives	x				Ce point de contrôle ne compte aucune remarque. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau satisfaisant.
-	II.1 - Personnels et qualifications			x		Ce point de contrôle compte 2 écarts et 8 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau moyen.
-	II.2 - La régulation des équipes et la gestion de l'information			x		Ce point de contrôle compte 2 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau moyen.
-	II.3 - Pratiques professionnelles et conditions de travail				x	Ce point de contrôle compte 1 écart et 8 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant.
-	III - Gestion de la qualité des risques et événements indésirables				x	Ce point de contrôle compte 1 écart et 4 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau insuffisant.
-	IV - Gestion budgétaire et financière			x		Ce point de contrôle compte 3 remarques. L'analyse globale qu'en fait la mission l'amène à le situer à un niveau moyen.

Dans la CONCLUSION, le paragraphe suivant « Selon les constats que nous avons réalisés, le niveau d'exposition de la structure aux risques en matière de gouvernance et de management est qualifié de satisfaisant sur le chapitre de l'animation et du fonctionnement des instances consultatives. Les chapitres concernant le respect de l'autorisation de fonctionner, la régulation de l'activité par les instances dirigeantes et le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement sont qualifiés d'acceptable. » est modifié comme suit : « Selon les constats que nous avons réalisés, le niveau d'exposition de la structure aux risques en matière de gouvernance et de management est qualifié de satisfaisant sur les chapitres de la régulation de l'activité par les instances dirigeantes et de l'animation et du fonctionnement des instances consultatives. Les chapitres concernant le respect de l'autorisation de fonctionner et le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement sont qualifiés d'acceptable. »

Inspectrice de classe exceptionnelle de l'action
sanitaire et sociale, [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

Inspectrice ICARS, [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

Contrôleur ICARS

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Pôle personnes
âgées – personnes handicapées du Conseil
départemental de la Haute-Vienne

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Pôle personnes
âgées – personnes handicapées du Conseil
départemental de la Haute-Vienne

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

Tableau de synthèse des écarts/remarques et des décisions notifiées
Inspection de l'EHPAD Résidence Les Briances à Saint-Germain-Les-Belles

Ecart	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
<u>Écart 1</u> : Pour ces dernières délégations, la décision ne mentionne pas de durée contrairement à ce que prévoit l'article D315-68 du CASF.	Article D315-68 du CASF Toute délégation doit être écrite et doit mentionner : 1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation est donnée ; 2° La nature des actes délégués, les matières précises de la délégation ainsi que sa durée ; 3° Le cas échéant, les conditions et réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation ; 4° L'obligation pour le délégataire de rendre compte des actes pris dans l'exercice de cette délégation.		
<u>Écart 2</u> : Les professionnels de catégorie B disposent d'une délégation de signature sur leurs champs de compétences respectifs de manière permanente y compris en présence des professionnels de catégorie A compétents sur ces domaines.	Article D315-67 du CASF Pour les actes de gestion courante relatifs aux besoins de fonctionnement de l'établissement, à l'accueil et au suivi des personnes bénéficiaires d'une prise en charge et aux personnels, le directeur d'un établissement public social ou médico-social peut, sous sa surveillance et sous sa responsabilité, déléguer sa signature au sein de l'établissement qu'il dirige, à un ou plusieurs directeurs membres de l'équipe de direction ou appartenant à l'un des corps de directeurs de la fonction publique hospitalière ou à un ou plusieurs fonctionnaires appartenant à un corps ou occupant un emploi classé dans la catégorie A ou en leur absence, dans la catégorie B.	Injonction 1 : Etablir une délégation de signature conforme aux dispositions prévues par le CASF.	3 mois
<u>Écart 3</u> : Les délégations de signature instaurées au sein de l'établissement ne sont pas toutes conformes à l'article D315-67 du CASF car elles concernent des personnels de catégorie B, parfois contractuels, qui ne sont ni directeurs, ni fonctionnaires.			
<u>Écart 4</u> : En ne disposant pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Article D312-160 du CASF Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont tenus d'intégrer dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Ce plan doit être conforme à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées.	Injonction 2 : Elaborer un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conformément au CASF et aux actions prévues dans le cadre du projet d'établissement.	6 mois

Écart 5 : Le temps consacré à la coordination médicale à l'EHPAD est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis conformément aux dispositions prévues par le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022.	Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Injonction 3 : Assurer un temps de présence du médecin coordonnateur conforme à la réglementation.	1 an
Écart 6 : L'organisation instaurée sur La Maisonnée ne permet pas suffisamment d'adaptation aux rythmes de vie des résidents.	Article L.311-3 du CASF : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ; 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; 4° La confidentialité des informations la concernant ; 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ; 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ; 7° La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Cette personne bénéficie de l'aide de son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à la personne qui n'est pas apte à exprimer	Injonction 4 : Mener une réflexion sur l'organisation du travail afin que celle-ci découle des besoins des usagers concernant leur rythme de vie et qu'une prise en charge et un accompagnement de qualité puissent être déployés.	6 mois
Écart 7 : L'état des effectifs au sein de l'unité La Maisonnée sur les périodes de week-end et jours fériés ne permet pas le déploiement d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du CASF.			

Ecart 8 : La mission constate un défaut de signalement aux autorités de tutelle des EI/EIG/EIGS survenus au sein de l'établissement.	sa volonté, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de son avis.	Injonction 5 : Signaler aux autorités de tutelle les dysfonctionnements graves et événements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes prises en charge prévus à l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.
	Article L.331-8-1 du CASE : les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L.313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L.321-1 et L.322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagner. Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et Arrêté du 28 décembre 2016 relatifs à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Immédiat

Remarques	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre
Remarque 1 : Le document remis ne permet pas d'identifier clairement la modalité d'hébergement (hébergement permanent ou temporaire) et donc de s'assurer du respect des capacités autorisées par type d'accueil.		Recommandation 1 : Etablir et actualiser une liste des résidents permettant de distinguer leur répartition en fonction des modalités d'hébergement (hébergement permanent, hébergement temporaire) dans le respect de l'autorisation.	Immédiat
Remarque 2 : Le taux d'occupation de l'hébergement permanent affiché pour l'année 2022 reflète une utilisation des places d'hébergement temporaires pour de l'accueil permanent.		Recommandation 2 : Respecter les capacités d'accueil fixées, par modalités (hébergement permanent, hébergement temporaire), dans l'arrêté d'autorisation.	Immédiat
Remarque 4 : Les modalités de mise en œuvre de la délégation de signature correspondent davantage à une délégation de responsabilité, ne permettant pas de sécuriser les agents dans l'exercice de leurs missions.		Recommandation 3 : Les délégations de signature doivent être limitées dans le temps et les personnels de catégorie B n'ont pas vocation à assurer des délégations de signature en présence des agents de catégorie A	3 mois

		compétents sur leurs domaines de compétences respectifs.	
Remarque 5 : Le fonctionnement du CODIR ne permet pas de partager pleinement l'information et d'en faire l'organe de prises de décisions stratégiques.		Recommandation 4 : Renforcer la dimension stratégique et décisionnelle du CODIR : formaliser des ordres du jour, partagés en amont, désigner des responsables d'action, fixer des échéances de réalisation et établir un compte-rendu reprenant l'ensemble de ces éléments.	3 mois
Remarque 6 : La mission s'interroge sur l'opportunité d'une présence quotidienne du directeur sur les deux établissements de la direction commune engendrant des temps de déplacement relativement importants, peu propices à un travail de fond sur les problématiques respectivement rencontrées depuis ces derniers mois par les établissements.		Recommandation 5 : Réinterroger les modalités de présence du directeur sur les deux établissements de la direction commune.	3 mois
Remarque 7 : Les documents relatifs à l'organisation des astreintes (protocole d'accord, planning d'astreinte, procédure...) n'ont pas été remis à la mission d'inspection.		Recommandation 6 : Formaliser et transmettre à la mission d'inspection l'ensemble des documents relatifs à l'organisation des astreintes (protocole d'accord, planning d'astreinte, procédure...).	3 mois
Remarque 9 : L'affichage à l'entrée de l'établissement n'est pas actualisé et laisse apparaître le nom de l'ancienne cadre de santé.		Recommandation 7 : Veiller à l'actualisation des informations affichées.	Immédiat
Remarque 10 : L'organigramme fait apparaître un poste d'adjoint des cadres en charge de la qualité alors que la mission d'inspection a pu établir l'absence d'intervention effective de ce personnel sur cet établissement malgré sa présence théorique dans les effectifs rémunérés à hauteur de 30%.		Recommandation 8 : Veiller à ce que l'organigramme soit fidèle aux réalités des professionnels exerçant dans l'établissement.	1 an
Remarque 12 : L'absence de formalisation de la chaîne hiérarchique de l'EHPAD ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et intermédiaires.		Recommandation 9 : Mettre en place une organisation favorable à la prise de décision dans le respect de la chaîne hiérarchique.	3 mois

Remarque 13 : L'absence de notes internes provenant de la direction démontre un défaut de communication.		Recommandation 10 : Veiller à assurer une communication effective auprès de l'ensemble des professionnels de la structure.	Immédiat
Remarque 14 : L'établissement n'a pas instauré de méthodologie de suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement. (<i>Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, décembre 2009</i>).		Recommandation 11 : Mettre en place une organisation et des outils nécessaires à la mise en œuvre et au suivi du projet d'établissement.	6 mois
Remarque 15 : L'absence d'animation du projet d'établissement par la direction ne permet pas d'en faire un outil de pilotage et de permettre aux personnels de se l'approprier en donnant un sens à leurs pratiques professionnelles.		Recommandation 12 : Formaliser et diffuser la procédure d'accueil des nouveaux arrivants.	3 mois
Remarque 17 : En pratique, un nouvel agent est en double pendant 2 jours. La structure lui est présentée et une personne ressource est désignée. Toutefois aucune procédure d'accueil n'est formalisée.		Recommandation 13 : Fournir des documents actualisés attestant de l'effectivité et de la réalité des heures travaillées du médecin coordonnateur sur chacun des établissements de la direction commune.	Immédiat
Remarque 18 : Le médecin coordonnateur n'apparaît pas sur la liste des effectifs rémunérés pour le mois de mai 2023. Par ailleurs, il apparaît sur les ERD 2022 à hauteur de 0,5 ETP sur chaque établissement de la direction commune. Ces incohérences ne sont pas de nature à connaître le temps d'intervention réel du médecin coordonnateur sur les établissements.		Recommandation 14 : Tenir à jour une liste du personnel intervenant au sein de l'établissement permettant d'identifier leurs statuts et leur quotité de travail.	Immédiat
Remarque 19 : Certains professionnels intervenant dans l'établissement n'apparaissent pas dans la liste des personnels. Ceci s'explique par le fait qu'ils sont mis à disposition par l'établissement de Pierre-Buffière et rémunérés par ce dernier. Pour autant, d'après les informations qui nous ont été communiquées, devraient être comptabilisés dans les effectifs de l'établissement : Directeur à hauteur de 0,50 ETP ;			

Gestionnaire de la qualité à hauteur de 0,30 ETP sur Saint-Germain-Les-Belles.			
Remarque 20 : La répartition des quotités de travail des fonctions mutualisées respectivement fixées sur chacun des établissements de la direction commune ne peut pas être respectée compte-tenu du manque de clarté des missions et responsabilités.		Recommandation 15 : Veiller à ce que les temps d'intervention des professionnels mutualisés correspondent aux quotités fixées dans le cadre de la mutualisation et transmettre les conventions de mise à disposition des professionnels concernés.	1 an
Remarque 21 : L'absence de définition précise des missions et responsabilités de chaque professionnel ne permet pas aux salariés d'appréhender clairement leur rôle et positionnement au sein de la structure. Cela n'est pas conforme aux recommandations de bonnes 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)		Recommandation 16 : Etablir et/ou actualiser des fiches de postes pour l'ensemble des personnels en adéquation avec la réalité de leurs missions et les porter à leur connaissance.	6 mois
Remarque 22 : Un suivi est réalisé mensuellement par motif et par catégorie. Toutefois, il n'existe pas de plan d'actions proposant des mesures correctives à mettre en place pour limiter et réduire l'absentéisme.		Recommandation 17 : Intégrer au suivi mensuel de l'absentéisme la mise en place de mesures correctives.	3 mois
Remarque 23 : La mission constate une absence de formation sur la thématique budgétaire et financière au plan de formation malgré un contexte de dégradation de la situation financière de l'établissement.		Recommandation 18 : Intégrer au plan de formation un module expert sur la gestion financière des établissements médico-sociaux et en difficultés à destination de la direction.	3 mois
Remarque 24 : En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique et prioritaire, l'établissement ne respecte pas les recommandations formulées par la HAS qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels, en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation HAS – Mission du responsable		Recommandation 19 : Faire de la prévention de la maltraitance une thématique prioritaire du plan de formation.	3 mois

d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008)			
Remarque 25 : L'absence de réunions régulières élargies à l'ensemble du personnel ne permet pas de développer une vision partagée, un sentiment d'appartenance et de fédérer les équipes autour d'objectifs communs.		Recommandation 20 : Instaurer des réunions d'équipe régulières entre la direction et les équipes de l'EHPAD et pas seulement des réunions du comité de direction.	6 mois
Remarque 26 : De manière globale, les professionnels de l'établissement déplorent un manque de communication et d'information collectives de la part de la direction.		Recommandation 21 : Communiquer au personnel les informations collectives relatives à l'établissement.	6 mois
Remarque 27 : L'organisation actuelle, pouvant engendrer une période de 15 jours sans douche, ne permet pas le respect de la dignité des résidents accueillis.		Recommandation 22 : Veiller à ce que l'organisation de la structure permette au personnel de réaliser les douches en fonction des besoins des résidents formalisés dans le cadre des projets personnalisés.	6 mois
Remarque 28 : Aucune procédure n'est formalisée s'agissant de la gestion des absences et de l'organisation des remplacements.		Recommandation 23 : Formaliser une procédure de gestion des absences et d'organisation des remplacements.	3 mois
Remarque 29 : La conscience professionnelle des agents et la solidarité qui se met en place pour pallier les carences organisationnelles sont à souligner. Toutefois, le personnel est en situation d'épuisement. Il déplore, globalement, un manque de reconnaissance et une perte de sens de leurs missions. Ces facteurs de tensions constituent des risques psycho-sociaux susceptibles de retentir sur la santé des agents et engendrer des dysfonctionnements pouvant affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.		Recommandation 24 : Prendre en compte ces facteurs de tension dans l'évaluation des risques professionnels et mettre en place des actions préventives et correctives en se rapprochant au besoin des services de santé au travail et de la DDETSPP.	3 mois

Remarque 30 : En ne mettant pas en place de dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM 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 » (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » Décembre 2008). Remarque 31 : Les mises à jour du DUERP ne sont pas réalisées annuellement contrairement aux dispositions prévues par l'article R4121-2 du code du travail qui précise que la mise à jour du DUERP doit être réalisée au moins chaque année. Remarque 32 : Les éléments constatés sont de nature à constituer des risques psycho-sociaux pour les personnels et à venir impacter la qualité et la sécurité d'accompagnement des résidents. Remarque 33 : Le positionnement d'une chambre faisant partie de l'unité sécurisée à l'extérieur de la délimitation de celle-ci ne permet pas de garantir la sécurité du résident hébergé dans cette chambre et impacte les conditions de travail des professionnels de cette unité. Remarque 34 : Les équipements garantissant la sécurité des résidents et des professionnels ne sont pas fonctionnels. Remarque 35 : Les modalités de déclaration des événements indésirables ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels rencontrés.		Recommandation 25 : Réfléchir à l'instauration de groupes d'analyses de pratiques animés par un professionnel extérieur éventuellement en mutualisant les moyens avec d'autres EHPAD du secteur.	1 an
		Recommandation 26 : Prendre contact avec votre inspection du travail pour faire le point sur vos obligations en matière d'évaluation des risques professionnels.	3 mois
		Recommandation 27 : Veiller à la prise en compte de la situation actuelle de l'établissement dans le DUERP en lien avec les services de santé au travail et de la DDETSPP.	3 mois
		Recommandation 28 : Engager une réflexion sur la capacité de l'unité sécurisée afin d'arrêter l'accueil de personnes âgées présentant des troubles majeurs dans cette 15^{ème} chambre située en dehors de l'espace délimitant l'unité sécurisée.	6 mois
		Recommandation 29 : Veiller au bon fonctionnement des dispositifs de sécurité à destination des résidents et salariés.	Immédiat
		Recommandation 30 : Veiller à ce que l'ensemble des professionnels de la structure aient connaissance du circuit de déclaration et traitement des EI.	3 mois

Remarque 36 : L'absence d'exploitation de certaines des fiches de signalement des événements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.		Recommandation 31 : Veiller à ce que l'ensemble des EI déclarés fassent l'objet d'un traitement complet, avec mise en place de retours d'expérience si besoin et définition d'actions correctives.	1 mois
Remarque 37 : La référence à l'utilisation d'un logiciel pour le circuit de gestion des EI est l'occasion de souligner que l'établissement ne dispose pas de logiciel de gestion documentaire.		Recommandation 32 : Engager une réflexion sur déploiement d'un logiciel commun sur l'ensemble des établissements de la direction commune dans un objectif de mutualisation des ressources et d'efficacité du pilotage de la mission qualité.	1 an
Remarque 38 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008)		Recommandation 33 : Mettre en place un dispositif de recueil et traitement des réclamations des usagers et en informer ces derniers.	3 mois
Remarque 39 : Les procédures de gestion budgétaire et financière ne sont pas formalisées et ne précisent pas les différents niveaux de responsabilité de chacun : partie opérationnelle et technique qui elle relève du suivi et partie stratégique et décisionnelle.		Recommandation 34 : Définir une procédure de gestion budgétaire et financière distinguant d'une part le niveau de pilotage stratégique et d'autre part le suivi opérationnel.	3 mois
Remarque 40 : Bien qu'un suivi quotidien des dépenses soit réalisé par les équipes, il n'a pas pu être constaté par la mission que ce suivi s'inscrivait dans une démarche globale de pilotage de la structure.		Recommandation 35 : Définir et mettre en œuvre une stratégie de gestion budgétaire et financière nécessaire à son suivi opérationnel.	3 mois
Remarque 41 : Le PPI n'a pas été transmis aux autorités de tarification.		Recommandation 36 : Transmettre aux autorités de tarification un PPI actualisé.	6 mois