

| | | |
|-----------|--|------------|
| 4.4.3 | Organisation et dispensation des soins | 94 |
| 4.4.4 | Circuit du médicament | 96 |
| 4.4.5 | Locaux de soins installations techniques | 108 |
| 4.4.6 | Projet de soins individuel et partage des informations médicales | 108 |
| 5. | COORDINATIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS | 110 |
| 5.1 | Partenaires secteur médicosocial | 110 |
| 5.2 | Partenaires secteur sanitaire | 110 |
| | CONCLUSION PROVISOIRE..... | 112 |
| | CONCLUSION DEFINITIVE..... | 116 |
| | MESURES CORRECTIVES..... | 117 |
| | LISTE DES ANNEXES | 121 |
| | ANNEXE N°1 LETTRE DE MISSION | 122 |
| | ANNEXE N°2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES | 123 |
| | ANNEXE N°3 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES | 124 |

RAPPORT

INTRODUCTION

L'attention de Mme la Directrice Générale de l'ARS Rhône-Alpes a été attirée sur l'EHPAD LE MERIDIEN à Ruoms (Ardèche) en raison d'une part d'une réclamation et d'autre part de l'exploitation sans autorisation d'un accueil de jour.

Compte tenu de ces éléments, la conduite d'une inspection a été diligentée (Cf : annexe 1), en application notamment des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique.

La mission d'inspection devait examiner plus particulièrement:

- L'organisation de la gouvernance
- L'organisation de la prise en charge et plus spécialement médicale et soignante
- L'activité
- La gestion des moyens

Elle était composée de:

- Mme Michèle Trofimoff, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission.
- Madame Audrey Avalle, inspecteur de l'action sanitaire et sociale .
- M. Patrick Becu, pharmacien général de santé publique.
- Dr Christophe Julien, médecin inspecteur de l'ARS

Les membres de la mission étaient accompagnés de :

- Mme Sonia Vivaldi, stagiaire contrôleur de l'ARS

L'inspection s'est déroulée sur place les 15 juillet et 16 juillet 2015.

Les listes de documents consultés et de personnes rencontrées figurent en annexes 2 et 3.

Présentation synthétique de la structure

Adresse :

Rue du Président Millerand

07120 Ruoms

Tel. : 04 75 89 80 00

Mail : direction@residence-meridien.fr

FINESS Géographique : 070784442

FINESS Juridique : 070784889

Statut : public

Personnel relevant de la fonction publique territoriale

Direction : Mme G. F.

Président du CCAS : M. P. J.

Habilité AS : oui

Autorisé et ouvert : 1986

Convention tripartite :

Date signature : 01/01/2008

Echéance : janvier 2013

Avenants : novembre 2008 : (réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait soin)

Éléments budgétaires

Tarifification : DGS 2015: 1 501 460,52€

Option tarifaire : partiel sans PUI

1. LA GOUVERNANCE

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation

1.1.1 Régime juridique et historique

L'EHPAD Le Méridien, géré par le CCAS de la commune de Ruoms, a été autorisé par arrêté du 3 décembre 2001 par médicalisation d'un ancien foyer logement créé le 14/02/1984.

Le gestionnaire a installé, à partir de mai 2009 et sans autorisation, 20 places supplémentaires, dans un bâtiment distinct de l'EHPAD stricto sensu, l'unité St Joseph. Les demandes réitérées de constitution d'un dossier, de la part de la DDASS puis de l'ARS et des services du département, et visant au règlement de cette situation n'ayant pas été satisfaites en temps et heure, un arrêté de régularisation n'a pu être pris qu'au 12 décembre 2011 (arrêté conjoint ARS/Conseil général n°2011-4888). La demande de visite de conformité de la structure n'a pas été effectuée.

Cet arrêté réduit globalement la capacité de l'établissement de 147 à 134 places dont les 20 places de l'unité St Joseph. La totalité de la structure est enregistrée sur FINESS¹ sous le code clientèle 711 personnes âgées dépendantes, 114 places sont habilitées à l'aide sociale.

L'EHPAD a signé deux CTP² : la dernière est parvenue à échéance le 20/12/2012.

1.1.2 Personnes accueillies

1.1.2.1 Capacité

Les facturations de juillet 2015 font état d'un total de 130 résidents soit un nombre total de résidents inférieur au plafond de l'autorisation.

Pour autant, la mission relève plusieurs points d'incertitude sur le nombre de résidents effectivement accueillis en raison de nombreux chiffres discordants figurant dans divers documents produits par la structure, ainsi :

- Le rapport d'activités 2014 produit par l'établissement fait état des capacités suivantes
 - Capacité autorisée: 140
 - Capacité installée : 147
 - Capacité financée par l'ARS : 134

Ces formulations sont inexactes et entretiennent la confusion : la capacité autorisée est de 134 et elle correspond à la capacité installée;

Par ailleurs la liste des résidents pris en charge, jointe au rapport, fait état de l'accueil de 136 résidents.

¹ Fichier national établissements sanitaires et sociaux

² Convention tripartite pluriannuelle

- Les données du projet d'établissement font état de 150 places disponibles et de 137 résidents.
- Les comptes rendus de réunions QHSE rendent compte de l'admission en aout 2014 d'une résidente en accueil temporaire (Mme F.)
- Problématique de la mise en place d'un accueil de jour:

L'établissement a mis en place un accueil de jour sans autorisation et sans informer l'ARS : les contrats de séjour font état, a minima depuis 2009, d'une tarification spécifique à ce titre.³ Le projet d'établissement en fait également état sans préciser le volume concerné : il est indiqué la possibilité d'un accueil au Méridien ou au Cantou et les personnes prises en charge "*suivent les mêmes activités que les autres résidents*". Une personne âgée a été facturée à ce titre de janvier 2010 jusqu'à la date de son décès en octobre 2014⁴.

La mission n'a retrouvé aucun élément relatif à la prise en charge spécifique à ce type d'accueil : population à accueillir, modalités d'admission, programme de prise en charge, lieu d'accueil et personnel affecté...

Les services du conseil départemental ont tarifé le versant hébergement de cet accueil de jour (au Cantou et au Méridien) en dépit de l'absence d'autorisation.

- ↳ La mission rappelle que les dépenses engagées dans le cadre d'activités non autorisées sont inopposables aux autorités de tarification et pèseraient sur le CCAS. De plus, une visite de conformité conjointe ARS/CG doit être demandée par l'établissement à l'issue des travaux.

L'établissement doit strictement respecter les limites de son autorisation en volume (134 places) et en type d'accueil (hébergement permanent seulement). Aucun résident ne doit actuellement être accueilli dans le cadre d'un accueil de jour.

Préconisation n°1 : Il appartient au gestionnaire de solliciter auprès de l'ARS les autorisations nécessaires pour l'éventuelle création de places et/ou diversification des types d'accueil.

1.1.3 Les différentes unités et missions de l'établissement :

La répartition des résidents au sein de l'établissement est triple : répartition par unités de prise en charge, par type de logement, par type de population.

³ Art L313-1 Casf al.7 :

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.

⁴ Son dossier ne contenait aucun élément permettant de déterminer dans quelles conditions sa prise en charge avait été assurée. Cette personne avait auparavant été accueillie à titre permanent au Cantou avant de retourner chez elle : aucun élément relatif à cette fin de prise en charge ne figurait au dossier.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>INJONCTION N°1 : Attestation d'engagement sur l'honneur. <i>Voir pièce(s) jointe(s) dans document intitulé « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance».</i></p> <p>PRÉCONISATION N°1 : Le projet d'établissement va être revu en 2016. L'établissement s'engage à solliciter alors les demandes qui en découleront (création / diversification) auprès de l'ARS pour en obtenir les autorisations.</p> | <p>La mission prend acte de l'engagement pris ; Injonction n°1 maintenue</p> <p>La mission prend acte de l'engagement pris. Il n'est néanmoins pas fourni d'échéancier de l'opération ni de précisions relatives à la méthodologie mise en œuvre. Préconisation n° 1 maintenue</p> |

Les différents types de logement:

- Le bâtiment "historique" du Méridien proprement dit qui accueille 86 résidents sur 3 étages;
- Le Cantou "La Palmeraie" qui aux termes de la CTP de 2007 doit accueillir 12 résidents et en accueille en réalité 14.
- L'unité St Joseph située à environ 800 m de l'EHPAD qui accueille 20 personnes au 3^{ème} étage d'une école;
- Les 4 pavillons du Jardin des Fontaines sont constitués chacun de 4 studios soit une capacité d'accueil de 16 résidents à proximité immédiate du bâtiment principal;
- Les Quatre Saisons : il s'agit de 4 chambres nouvelles installées dans le couloir reliant le Cantou au Méridien et extérieures au périmètre sécurisé;

Les différentes unités de prise en charge :

Les équipes d'intervention dans les différents logements sont réparties de la manière suivante:

- Le Méridien + le Jardin des Fontaines
- La Palmeraie + les 4 saisons
- L'unité St Joseph.

Les différentes populationsL'établissement⁵ distingue

- Population déambulante : Cantou La Palmeraie
- Population en phase d'orientation : Les Quatre Saisons
- Personnes handicapées vieillissantes : unité St Joseph
- Résidents autonomes : Le Jardin des Fontaines
- Population avec "*perte d'autonomie plus ou moins importante*" : Le Méridien.

La mission note que :

- La population par unité n'est pas homogène: il en va ainsi du Jardin des Fontaines où sont, a minima, accueillis trois résidents très dépendants.
- La mention de résidents "autonomes" au Jardin des Fontaines est en outre en contradiction avec la destination même d'un Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : la tarification par les services du département d'un tarif des repas distinct de l'hébergement comme dans le cas d'un foyer logement où le degré d'autonomie des résidents leur permet la préparation des repas, traduit une confusion à cet égard.
- La vocation des 4 chambres des Quatre Saisons n'est pas claire : présentées comme chambres d'attente, elles étaient au jour de l'inspection toutes occupées par des personnes prises en charge en journée par le Cantou. Pour autant, les résidents concernés sont facturés au tarif Méridien. Ces chambres à vocation spécifique ne sont pas évoquées dans le projet d'établissement;

⁵ Rapport d'activité 2014

- Personnes âgées autonomes
 - Personnes âgées en perte d'autonomie plus ou moins importante
 - Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences associées
 - Retraités handicapés mentaux (sorte d'établissement type ESAT, FAM, etc ou d'hôpital psychiatrique)
- et entretiens

- L'éviction rapportée du Cantou des personnes ne présentant plus de troubles de la déambulation mais souffrant toujours de MAPA⁶ est inadaptée. L'autorisation initialement délivrée pour 12 places est en réalité aujourd'hui portée par le gestionnaire à 16 par la création de deux chambres supplémentaires et l'accueil de 4 résidents des 4 saisons.

↳ Globalement la répartition de la population dans les différentes unités est confuse; l'établissement ne respecte pas les conditions de son autorisation : en particulier la prise en charge au Cantou de 16 résidents par définition très dépendants, au lieu des 12 prévus par la CTP, déséquilibre l'affectation des ressources de personnel.

Préconisation n°2 : La répartition des résidents par unité doit être redéfinie de manière à garantir l'homogénéité des profils de population et à correspondre aux modalités de facturation.

1.1.3.1 Profil des personnes accueillies:

Origine géographique⁷:

| Origine | Nombre de résidents |
|-----------------------------|---------------------|
| Commune de Ruoms | 17 |
| Canton de Vallon Pont d'ARC | 2 |
| Département | 4 |
| Rhône-Alpes | 2 |
| Autres régions : | 4 |

Niveau de dépendance et besoin en soins/

| | |
|---------------------------|----------------|
| Gmp validé | 675 |
| 2/02/2010 | |
| GMP déclaré CA 2014 | 692 |
| PMP validé | 201 |
| 2/02/2010 | |
| PMP CTP 2007 | 177 |
| PMP déclaré CA 2014 | 224 |
| Gir 2014 ⁸ | |
| Gir 1 2 | 66 |
| Gir 3 4 | 63 |
| Gir 5 6 | 5 |
| Moyenne d'âge 2014 | 83 ans |
| Femmes | 83 ans |
| Hommes | 81 ans |
| Répartition par sexe 2014 | |
| Femmes | 74% |
| Hommes | 26% |
| Moins de 60 ans 2014 | 3 ⁹ |

⁶ MAPA: maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées.

⁷ Entrées 2014

⁸ Source : dotation Ars 2014

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>PRÉCONISATION N°2 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Nota: Le gestionnaire fait référence à plusieurs reprises dans ses réponses à un plan d'action qualité sur lequel l'établissement n'apporte aucune précision (modalités d'élaboration, échéancier, responsables du suivi etc...°). Le document devait être transmis le 15 février et ne l'a pas été. En tout état de cause, la clôture de la phase contradictoire avait été fixée au 20 janvier 2016. <u>Compte de ces éléments l'ensemble des mesures correctives envisagées initialement et pour lesquelles les réponses renvoient au plan d'action a- été maintenues</u></p> <p>La réponse ne peut être qualifiée de probante en l'absence de précisions sur la politique que l'établissement envisage de mettre en place ;</p> <p>Préconisation n° 2 maintenue</p> |

⁹ Source : rapport activité 2014

Seule la page 8 du rapport d'activité 2014 intègre un tableau GMP /PMP avec une répartition par unité et étage : ce tableau n'est pas daté et il est discordant avec les chiffres annoncés par ailleurs. Il permet néanmoins de constater des variations de dépendance et de besoin en soin significatives : en particulier le GMP affiché relatif à la population du Jardin des Fontaines (374) est particulièrement bas ainsi que celui des personnes handicapées vieillissantes accueillies à l'unité St Joseph (491)

Données GMP/PMP par unités

| | GMP | PMP |
|-----------------------------|------------|------------|
| Global : | 664 | 214 |
| Le Méridien | 700 à 773 | 194 à 239 |
| Jardin des Fontaines | 374 | 184 |
| La Palmeraie : | 763 à 879 | 196 à 280 |
| St Joseph : | 491 | 159 |

Demande : préciser la date correspondant aux données produites en page 8 du rapport d'activité relatives à la ventilation GMP/PMP selon les unités. Produire les mêmes données pour 2014.

Selon les déclarations de l'établissement figurant dans le rapport d'activité 2014 le GMP de l'établissement a cru de manière significative.

La différence entre un GIR pondéré moyen validé de 675 et celui de 692 n'est pas significative.

Par contre effectivement, un GMP de 374 et une PMP de 184 relevés à l'unité des Jardins des Fontaines correspondent à ceux observés en logements foyers

Le rapport d'activité n'apporte pas d'élément relatif aux pathologies et en particulier le nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Observation n°1 : le niveau de dépendance particulièrement bas de l'unité du Jardin des Fontaines justifiera de faire l'objet d'un dialogue avec les autorités de tarification quant au maintien de cette unité.

1.2 Management et stratégie

1.2.1 Structure

1.2.1.1 Fonctionnement global:

L'établissement est géré par le CCAS de la commune : M.P. _____, maire, en est le président : le personnel relève de la fonction publique territoriale.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>DEMANDE : Cette évaluation GMP/PMP n'a pas été correctement enregistrée dans notre logiciel NETSOINS. Il nous est impossible de vous communiquer la date exacte des données produites dans ce rapport (au titre d'une évaluation réalisée en 2013). En revanche, nous constatons une erreur dans votre rapport (page 14, tableau : Données GMP/PMP par unités) il est inscrit un GMP global à 664, hors dans le rapport d'activité il est inscrit un GMP à 684. <i>« Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance ».</i></p> <p>Ventilation GMP/PMP selon unités pour 2014 – l'évaluation existe sur NETSOINS mais à vouloir obtenir la ventilation par unité, nous sommes victimes d'un dysfonctionnement et nous sommes toujours en attente d'une opération de maintenance des techniciens de NETSOINS. Cependant nous vous prions de trouver ci-joint une ventilation pour le GMP. Dès la réparation de notre logiciel NETSOINS, nous vous communiquerons la ventilation pour le PMP. <i>« Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance ».</i></p> <p>OBSERVATION N°1 : L'établissement s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour organiser un dialogue avec les autorités de tarification afin de définir l'avenir des studios <i>« Jardin Des Fontaines ».</i></p> | <p>La mission prend acte de l'erreur de transcription commise : GMP à 684. Pour autant l'établissement est dans l'incapacité de justifier l'appréciation de ce niveau de dépendance</p> <p>Les données demandées pour 2014 n'ont pas été produites mais la répartition par GIR par unité a été produite. La répartition apparait relativement cohérente</p> <p>La réflexion interne à la structure devra précéder l'échange avec les autorités de tarification</p> |

1.2.1.2 Projet d'établissement

Le projet a été élaboré avec l'appui du cabinet Mediatic, validé le 3/03/2015 par le conseil d'administration du CCAS et présenté au conseil de la vie sociale le 29/06/2015. Cet avis formulé postérieurement au vote du conseil d'administration vide de tout son sens la démarche de présentation pour avis.

Les groupes de travail constitués ont largement associé les salariés mais en l'absence de précision sur le nombre et la durée des réunions de travail, il n'est pas possible de déterminer la réalité de cette association. Produit après les évaluations, le projet d'établissement n'a pas été pris en compte par celle-ci.

Le projet est décliné en deux parties, l'une concernant l'Unité St Joseph, l'autre le reste de l'établissement. Il n'est pas assorti des volets de projets techniques et notamment projet de soins, projet thérapeutique et projet d'animation. Les modalités particulières de prise en charge au Cantou ne sont pas détaillées.

Plusieurs outils de base de construction d'un projet d'établissement¹⁰ n'existent pas ou sont lacunaires. Il s'agit de l'organigramme, des procédures formalisées (par exemple, les procédures d'admission, les protocoles de soins, les protocoles de partage d'informations, les outils de la démarche qualité, les grilles et guides relatifs à la mise en œuvre de la bientraitance, le repérage des situations de maltraitance, etc.) et les outils de management (fiches de poste, codes de déontologie, référentiels).

Le projet met l'accent sur les évolutions souhaitées :

- Reconnaissance de la spécificité de la population accueillie de l'unité St Joseph par un agrément spécifique. En parallèle installation de l'unité St Joseph sur le Méridien : il est à noter que ce transfert qui suppose une extension des locaux existants impliquerait d'importants travaux
- Une capacité totale étendue de 134 à 140 places
- L'autorisation de 6 places d'accueil de jour réparties par 2 sur le Méridien, 2 sur la Palmeraie et 2 sur St Joseph.
- L'autorisation de 4 places d'accueil temporaire; (échéance 2017)
- Création d'un PASA¹¹ ou d'une UHR¹² au sein du Cantou (échéance 2017)

La mission rappelle que la création de l'unité St Joseph en 2011 a été validée avec pour contrepartie la réduction de capacité totale de l'établissement de 140 à 134 lits.

Par ailleurs, l'inscription des orientations de l'établissement dans les perspectives générales du schéma régional d'organisation ne vaut pas autorisation de création de structures qui doivent être expressément accordées par l'ARS. Il appartiendra au gestionnaire donc de constituer les dossiers nécessaires et de se rapprocher des services de l'ARS.

¹⁰ *Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM*

¹¹ *Pôles d'Activités et de Soins Adaptés*

¹² *Unités d'Hébergement Renforcées*

Enfin, les modalités d'accueil de jour envisagées ne s'inscrivent pas dans les perspectives réglementaires¹³ qui prévoient notamment que "l'objectif est que les accueils de jour atteignent la capacité minimale et disposent de la taille critique requise pour garantir une prise en charge spécifique et de qualité reposant sur un véritable projet de service ou d'établissement". Une répartition par deux places sur chacune des unités ne correspond pas à cette définition.

Il a abouti à un plan d'actions, intégré dans le projet d'établissement mais dont les modalités d'évaluation et de suivi ne sont pas définies.

Prescription n° 1 : Etablir une procédure d'évaluation et de suivi des objectifs détaillés dans le projet d'établissement en associant le personnel

↳ Le projet d'établissement en raison de ses lacunes et de son manque de rigueur ne peut pas constituer pour l'EHPAD un document véritablement structurant. Son actualisation doit être rapidement mise en œuvre dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM;

Prescription n° 2 : Actualiser le projet d'établissement dans le respect des orientations de la loi 2002-2 et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

1.2.1.3 Règlement de fonctionnement

L'exemplaire du règlement de fonctionnement remis ne comporte ni signature ni date ni mention de consultation du conseil de la vie sociale ; la mission relève plusieurs points de difficulté

- mention d'un nombre total de places de 147
- mention de l'établissement d'un état des lieux jamais retrouvé dans les dossiers des résidents;
- absence de précisions sur la vocation des différentes unités et le mode de facturation de chacune d'entre elles
- Période d'essai de 1 mois : la Commission des Clauses Abusives a considéré dans sa recommandation 85-03 que si une période d'essai est prévue au seul profit de l'établissement, cela lui confère un avantage abusif.
- Absence de précision sur le délai dont dispose le résident exclu de la structure pour la quitter effectivement.
- Mention d'un référent pouvant par exemple se substituer au résident pour la résiliation du contrat de séjour.
- Absence d'avis du conseil de la vie sociale sur ce règlement de fonctionnement n'apparaît pas.
- Absence de mention de consultation des instances représentatives du personnel (*article R 311-33 du CASF*).
- Il ne fait pas référence de façon explicite et approfondie aux droits et libertés des personnes prises en charge dans l'établissement en référence à l'article L 311-3 du CASF et à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

¹³ Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/473 du 15 décembre 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1)

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION N°1 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°2 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Prescription n° 1 maintenue</p> <p>Prescription n° 2 maintenue</p> |

Prescription n° 3 : Seul un représentant légal peut se substituer à l'usager en matière contractuelle : la mention relative à la faculté pour un référent de résilier le contrat de séjour doit être supprimée du règlement de fonctionnement (*article L342-1 al.5 du Casf*)

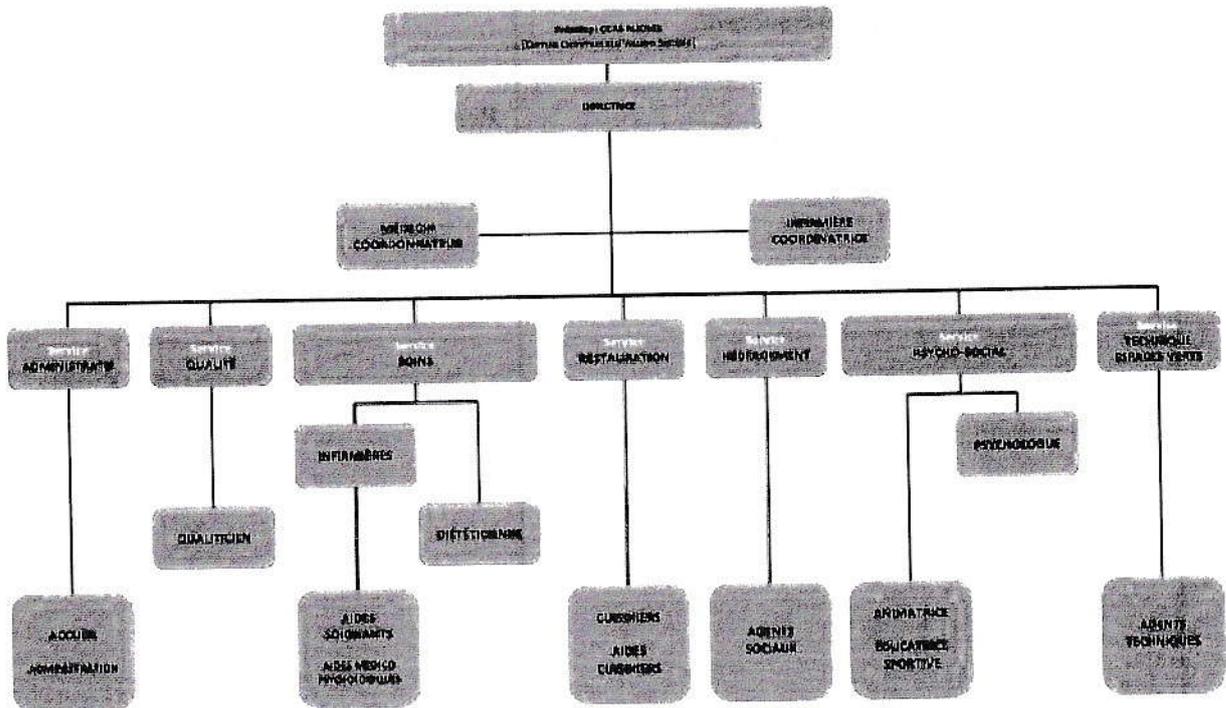
Prescription n° 4 : Faire disparaître du règlement de fonctionnement la mention d'un nombre total de places de 147;

1.2.1.4 Pilotage

L'organigramme

Deux documents différents ont été produits, l'un inclus dans le projet d'établissement et l'autre dans le livret d'accueil : tous les deux sont incohérents

Organigramme du projet d'établissement



L'organigramme positionne l'infirmière coordinatrice et le médecin coordinateur entre la directrice et l'ensemble des personnels alors que ni l'un ni l'autre ne disposent de responsabilités hiérarchiques. Il ne fait pas apparaître de responsables intermédiaires;

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION N°3 : Modification du règlement de fonctionnement. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance ».</p> <p>PRESCRIPTION N°4 : Modification du règlement de fonctionnement. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance ».</p> | <p>La mission prend acte de la modification apportée au règlement de fonctionnement. Pour autant, le document produit ne porte pas la date de son actualisation ni de la consultation préalable des instances prévues à l'article R311-33 du CASF Prescription n° 3 maintenue</p> <p>Idem Prescription n° 4 maintenue</p> |

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION N°3 : Modification du règlement de fonctionnement. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance».</p> <p>PRESCRIPTION N°4 : Modification du règlement de fonctionnement. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance».</p> | <p>La mission prend acte de la modification apportée au règlement de fonctionnement. Pour autant, le document produit ne porte pas la date de son actualisation ni de la consultation préalable des instances prévues à l'article R311-33 du CASF</p> <p>Prescription n° 3 maintenue</p> <p>Idem</p> <p>Prescription n° 4 maintenue</p> |

Il existerait également ¹⁴:

- des référents par thématique pour lesquels il n'a pas été produit de descriptif de compétence (réfèrent circuit du médicament, réfèrent douleur etc...)
- des référents par résidant dans les mêmes conditions

Demande n° 1 : Préciser les secteurs de référence, l'identité et la qualité des référents de service.

Demande n° 2 : Préciser l'identité et la qualité des cadres.

Demande n° 3 : Préciser l'identité des responsables de service dans l'établissement

- ↳ Les documents contradictoires et les entretiens conduits permettent de conclure à une ligne hiérarchique imprécise totalement inadaptée à la taille de la structure : l'absence de formalisation des champs de responsabilité des agents constitue une faiblesse majeure. Les responsabilités explicitées dans les documents attestent de l'absence de véritables cadres en dehors de la directrice.

Préconisation n°3 : Etablir un organigramme retraçant la réalité des liens hiérarchiques et fonctionnels entre les personnels. Mettre en cohérence l'organigramme et les fiches de poste. Mettre en place un encadrement hiérarchique intermédiaire.

La directrice:

Mme G. possède une formation initiale en comptabilité gestion (niveau BTS). Rédacteur chef de la fonction publique territoriale en 2006, elle a successivement été promue attachée au choix puis attachée principale en 2009. Mme G. n'a pas effectué les formations statutaires obligatoires suite à ses promotions en qualité de cadre A¹⁵; Elle a par ailleurs déclaré n'avoir jamais suivi d'autres formations. Elle ne dispose pas de fiche de poste.

Prescription n° 5 : La directrice devra effectuer ses formations statutaires obligatoires.

¹⁴ Rapport d'évaluation externe

¹⁵ Formation statutaire obligatoire des attachés territoriaux

Dans un délai de deux ans après leur nomination ou leur détachement les membres de ce cadre d'emplois sont astreints à suivre une formation de professionnalisation au premier emploi d'une durée de cinq jours.

A l'issue de ce délai de deux ans, ils sont tenus de suivre une formation de professionnalisation tout au long de la carrière, à raison de deux jours par période de cinq ans.

Lorsqu'ils accèdent à un poste à responsabilité, ils suivent, dans un délai de six mois à compter de leur affectation, une formation de trois jours.

Ces durées plancher de formation peuvent être étendues au maximum à dix jours en cas d'accord entre l'agent et l'autorité territoriale dont il relève direct 19 mars 2008 art 11 et 12

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>DEMANDE N°1 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>DEMANDE N°2 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>DEMANDE N°3 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> | <p>Les réponses aux demandes étaient attendues dans le cadre de la réponse au rapport provisoire et correspondaient à des informations actuellement détenues dans la structure. La mention relative à l'inscription au plan d'action qualité n'a aucun sens</p> <p>Refuser de fait de communiquer l'identité des cadres et des responsables de service aggrave l'analyse initiale de la mission relative à une ligne hiérarchique confuse et porteuse de risques et même sur <u>la réalité des référents</u> ;</p> |
| <p>PRÉCONISATION N°3 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> | <p>Préconisation n° 3 maintenue</p> <p>La directrice s'est inscrite aux formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21 et 22 janvier technique d'élaboration des cycles • 25 février Evaluation externe 440€ • 18 au 21 avril à Clermont : l'émotionnel au service de la décision et du management à Toulon • S'appropriier les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm (2 jours, dates non précisées) • 21 au 23 septembre 2016 : Gestion de la dette et de la trésorerie 3 jours • 12 au 14 décembre 2016 Intégration des nouvelles contraintes financières <p>En tout état de cause les formations qui n'ont pas été suivies en temps et heure n'ont pas permis à la directrice d'atteindre le niveau de compétence requis.</p> |
| <p>PRESCRIPTION N°5 : Programme de formation Directrice. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°1 : La Gouvernance ».</p> | <p>L'inscription à la formation évaluation externe paraît peu pertinente dans la mesure où cette évaluation s'est achevée en 2014.</p> <p>La directrice, selon son dossier n'appartient pas au corps des D3S (directeurs d'établissement sanitaires sociaux et médico sociaux.</p> <p>Prescription n° 5 reformulée : La régularité de la situation de la directrice au regard des dispositions réglementaires devront être vérifiées avec le Centre de gestion de la fonction publique territoriale</p> |

1.2.1.5 Délégations de pouvoirs

Il n'existe dans l'établissement aucune délégation que ce soit entre le CCAS et l'EHPAD ou au sein de l'EHPAD. Le président conserve la signature de l'ensemble des documents produits.

Lors d'une réunion QHSE (S35/2014) la question avait été posée de la gestion de l'EHPAD en l'absence de la directrice. Il avait été répondu que *chaque responsable de service doit déléguer une personne formée et compétente afin de pouvoir assurer le bon fonctionnement de l'établissement en son absence*. Cette réponse est inadaptée puisque personne n'a de délégation dans l'établissement et il ne peut donc pas être concédé de subdélégation.

↳ Ce mode de fonctionnement très centralisé est en décalage avec les exigences de fonctionnement de l'établissement : A minima, une délégation est nécessaire en cas d'absence de la directrice. Ces délégations doivent être accordées par des responsables eux mêmes détenteurs de la responsabilité en cause. Sur ce point ni la sécurité de fonctionnement ni la sécurité juridique ne sont assurées.

Prescription n° 6 : La continuité de service, dans des conditions juridiques réglementaires, doit être mise en place.

Préconisation n°4 : Officialiser les responsabilités des cadres en accordant les délégations nécessaires.

1.2.1.6 Communication interne et externe

La communication interne

Les réunions:

Il n'a pas été remis d'agenda des réunions au sein de l'EHPAD. En fonction des comptes rendus produits et des entretiens, la mission a identifié les réunions suivantes :

- Une réunion annuelle organisée par la directrice d'une durée de 2h. Il n'en est pas fait de compte rendu
- Une réunion dite "QHSE" hebdomadaire de 1h abordant tous les aspects de la vie quotidienne de l'établissement (mouvements des résidents, du personnel, et tous faits marquants). Lors de cette réunion sont également examinées les fiches d'évènements indésirables (voir infra). Y participent 14 personnes (directrice, médecin coordinateur, infirmière coordinatrice, référents d'unité (?), maitresse de maison, responsable qualité

Ces réunions sont tracées dans une "fiche" modélisée. La très grande hétérogénéité des thématiques induit des fiches qui le sont également. Il ne s'agit pas de réunions de réflexion mais essentiellement de transmission d'informations. La directrice *pense* que ces réunions donnent lieu à la rédaction de notes de services qui seraient affichées. Elles ne sont en tout état de cause pas conservées, ce qui les prive de l'essentiel de leur intérêt dans le temps.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>PRESCRIPTION N°6 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°4 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Prescription n° 6 maintenue</p> <p>Préconisation n° 4 maintenue</p> |

- Des réunions annuelles par services, de fixation des objectifs : celles-ci ont été institutionnalisées et annualisées à partir de 2014. Auparavant se tenait une réunion unique pour l'ensemble du personnel ; ces réunions informent le personnel de l'engagement des principales actions mais ne fixent pas réellement d'objectifs par service, les interventions étant d'ailleurs superposables quels que soient les "services" présents. Il est d'ailleurs à noter qu'aucune intervention des agents n'apparaît dans les comptes rendus.

Le projet d'établissement fait état d'autres réunions qui n'ont pas été mentionnées par la directrice:

- Réunions secrétariat –accueil hebdomadaires
- Encadrement, hebdomadaires
- Synthèses de projet personnalisé
- Réunions d'information institutionnelles
- Les relèves (voir infra)

Des réunions thématiques ont également pu être organisées par exemple pour l'élaboration du projet d'établissement ou pour l'évaluation interne, réunion d'objectifs annuels.

Demande n° 4 : Confirmer la tenue des réunions mentionnées dans le projet d'établissement.

↳ Le mode d'organisation des réunions n'est pas satisfaisant : les réunions QHSE qui mobilisent un nombre important de participants ne sont pas ciblées, le mode de compte rendu inadapté, le contenu trop large pour dégager une réelle plus value. L'absence d'ordre du jour et de compte rendu des autres réunions les prive à la fois de transparence et d'opérationnalité ; enfin il ne s'agit pas de réunions de travail mais seulement de réunions d'information.

La directrice doit disposer d'un agenda des réunions qui se tiennent dans son établissement, leur fréquence ; les participants, la finalité et la formalisation des décisions prises.

Préconisation n°5 : L'organisation des réunions doit être revue : elles doivent être mieux ciblées, leur composition et leur périodicité annoncée, leurs ordres du jour et leurs comptes rendus formalisés. Les réunions généralistes doivent être complétées de réunions techniques en particulier sur le soin et être animées par l'infirmière coordinatrice.

1.3 Animation et fonctionnement des instances

1.4 Conseil d'administration du CCAS

Le conseil d'administration est composé de 8 membres : néanmoins la liste communiquée indique "conseil d'administration de l'EHPAD", or l'EHPAD ne dispose pas de l'autonomie juridique et est géré par le conseil d'administration du CCAS ;

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>DEMANDE N°4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les relèves : compte-rendu de réunion non formalisé. - Réunion Secrétariat - Accueil : compte-rendu de réunion non formalisé. - Réunion Encadrement : compte- rendu transmis los de l'inspection ARS du 15.07.15. - Réunion d'informations institutionnelles : compte-rendu de réunion non formalisé - Réunion Infirmiers (ères) : compte-rendu non formalisé. - Synthèses de Projet Personnalisé : compte-rendu de réunion non formalisé. <p>L'organisation des réunions va être revue selon les éléments de la préconisation N°5.</p> <p>PRÉCONISATION N°5 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>D4</p> <p>Les seuls comptes rendus de réunions remis à la mission ont été ceux des réunions QHSE</p> <p>Les réunions infirmières ont été mentionnée mais leur périodicité est faible et aléatoire et il n'est pas produit de compte rendu.</p> <p>Préconisation n° 5 maintenue</p> |

1.4.1 Comité technique

Un comité technique est constitué dans l'établissement depuis le 30 Octobre 2014 et s'est réuni pour la première fois le 21 avril 2015. Au cours de cette séance a été approuvé le règlement intérieur de l'instance qui n'appelle pas de remarque particulière;

1.4.2 Conseil de la vie sociale

Le dernier président du CVS a été élu le 12 01 2015 :

- Les dernières élections dataient de février 2014 : la nouvelle élection n'avait pas lieu d'être la présidente n'ayant pas présenté sa démission entre temps (article D311-8 du Casf.)
- Ont été désignés outre la présidente, une secrétaire et une secrétaire adjointe. Ces responsabilités ne sont pas prévues par la réglementation ; le secrétariat des séances doit être organisé par référence aux dispositions de l'article D311-20 du Casf.
- La directrice confie à une animatrice l'animation des séances qui revient de droit à la présidente même si celle-ci a demandé à être déchargée de cette tâche. La fiche de fonction de la directrice lui confie la convocation et l'animation du conseil de la vie sociale ce qui est irrégulier : en revanche l'établissement doit assister la présidente en lui fournissant une aide logistique.
- La présentation des missions du CVS est très réductrice et passe sous silence les avis et consultations obligatoires qui entrent dans celles-ci (par exemple avis sur le règlement de fonctionnement °

Le conseil de la vie sociale s'est réuni 8 fois en 2014 et 2 fois en 2015¹⁶:

- les comptes rendus ne sont pas signés de la présidente;
- il n'est pas fait mention d'ordre du jour
- il n'apparaît pas que des documents aient été remis à l'avance (par exemple évaluations de l'établissement)
- sont classiquement évoquées des thématiques touchant à la vie quotidienne des résidents
- il est fait référence dans le compte rendu de février à un accord du bureau du CVS par ailleurs jamais constitué
- la composition du CVS¹⁷ peut aller jusqu'à 31 membres. Cet effectif pléthorique (qui ne comprend néanmoins pas les personnes éventuellement invitées dont la directrice) fait courir le risque de débats peu constructifs.
- Les informations délivrées par la direction sur les thématiques de gestion sont
 - Extrêmement parcellaires. Exemples: les évaluations ne sont présentées que sous l'angle de la méthodologie et non des résultats, la présentation budgétaire évoque la réglementation tarifaire et non les axes du budget à venir...

¹⁶ A la date de l'inspection

¹⁷ Compte rendu cvs de sept 2014

→ Voire fausses. Exemples: les informations relatives aux difficultés budgétaires de l'établissement sont présentées comme imputables aux autorités de tarification alors que c'est la création sans autorisation de l'unité St Joseph qui a généré ces difficultés ; Il est également affirmé qu'il n'est pas opéré de déduction des frais de repas en cas d'absence sur injonction du conseil départemental. En réalité, dans la mesure où un délai de prévenance raisonnable (et à définir) a été respecté rien ne s'oppose à ce que le prix du repas soit défalqué de la facturation mensuelle;¹⁸

Prescription n° 7 : Organiser le fonctionnement du conseil de la vie sociale dans des conditions réglementaires et réduire le nombre de participants.

Prescription n° 8 : retirer de la fiche de fonction de la directrice son rôle d'animation du CVS

1.5 Gestion de la qualité¹⁹

La démarche d'amélioration de la qualité n'apparaît pas en tant que telle dans le projet d'établissement 2014-2018 (voir projet d'établissement 1.2.1.2.).

Celle-ci se base sur quatre actions successives : la programmation des étapes et actions de la démarche, la mise en pratique au regard des références et des recommandations, puis l'analyse de la pratique par l'évaluation, de laquelle découle l'amélioration de l'organisation et des actions.

Afin de conduire la démarche d'amélioration de la qualité, un qualicien a été embauché en mars 2014 en contrat à durée déterminé d'un an, renouvelé en 2015. Il est en charge de la qualité et de la gestion des risques à l'EHPAD. Ses missions se basent sur les 131 actions à conduire identifiées dans l'évaluation interne.

Préconisation n°6 : : Etablir une priorisation et un calendrier des actions d'amélioration continue de la qualité.

En 2014, aucune formation à la qualité n'a été effectuée.

La personnalisation de l'accompagnement²⁰ Il n'existe ni procédure d'admission, ni procédure de rédaction du projet personnalisé.

Chaque résident a un dossier sur Netsoins (logiciel installé depuis 2012²¹). Ce dossier est rempli au fil de l'eau par les professionnels intervenant auprès du résident et fait office de projet personnalisé. Il n'y a pas de réunion de synthèse ou de réévaluation des besoins des personnes accueillies en équipe pluridisciplinaire.

Prescription n° 9 : :Rédiger une procédure d'admission et d'élaboration des projets personnalisés selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM.

¹⁸ (Cf: recommandations de la Commission des clauses abusives)

¹⁹ Rappel réglementaire : L. 311-8 du CAS, D. 312-155-3 du CASF.

²⁰ Rappel réglementaire et RBPP : L. 311-4 du CASF ; ANESM, "Qualité de vie en Ehpads (volet 1), De l'accueil de la personne à son accompagnement", 2010.

²¹ Projet d'établissement 2014-2018 p.23

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>PRESCRIPTION N°7 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°8 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°6 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°9 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>La mise en œuvre de cette prescription appelle une décision immédiate de la direction et du gestionnaire Prescription n° 7 maintenue</p> <p>Prescription n° 8 : maintenue</p> <p>Préconisation n° 6 maintenue</p> <p>Absence de réponse Prescription n° 9-1- maintenue</p> |

1.5.1.1. Les procédures et protocoles :

Les procédures et les protocoles sont enregistrés sur la base de données de Netsoins, dans les classeurs de protocoles dans les salles de relèves, et prochainement ils devraient figurer sur le portail documentaire. Il existe des procédures dans les domaines suivants : blanchisserie, hygiène, médicaments, organisation pour l'appel 15 (procédure non signée), soins techniques et gestion des épidémies. A l'heure actuelle, certaines procédures sont désuètes comme celle concernant le circuit du médicament, il n'y a pas eu de mise à jour récente.

Il n'existe pas de procédure encadrant l'élaboration, le suivi, l'actualisation ou la communication de ces protocoles. Ainsi, les procédures désuètes ou non adaptées ne font pas l'objet d'un réexamen périodique et doivent être signalées par le personnel en cas d'inadaptation.

L'infirmière coordonnatrice et le médecin coordonnateur se réunissent pour élaborer les procédures de soins, celles-ci sont ensuite validées par la directrice.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM ne sont pas utilisées. Sur Netsoins, une seule apparaît : celle relative aux évaluations internes.

Préconisation n°7 : Actualiser les protocoles en associant le personnel concerné et en utilisant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Assurer le suivi, la mise à jour et la diffusion des protocoles de façon formalisée. Assurer l'identité des documents présentés sur les différents supports

↳ En conclusion, certains éléments primordiaux de la gestion de la qualité ne sont pas mis en œuvre dans la structure (calendrier des actions d'amélioration, procédure d'admission et d'élaboration des projets personnalisés, procédure d'actualisation et de diffusion des protocoles). Ces absences témoignent d'une attention insuffisante portée à la démarche qualité.

1.5.2 Evaluations

1.5.2.1. L'évaluation interne²²

L'évaluation interne a été réalisée en 2012 et transmise dans les délais à l'ARS (reçue le 3 janvier 2014). Elle a abouti à un plan de 131 actions, individuelles (par métier) et priorisées par le logiciel IJITRACE.

Les points faibles recensés dans la conclusion de l'évaluation interne :

- Temps insuffisant pour répondre aux besoins réels d'une personne âgée dépendante, manque de personnel (GMP et PMP validés 6 ans auparavant), établissement sous convergence tarifaire, locaux parfois inadaptés à la dépendance ;
- Absence de projet d'établissement, de déclaration des événements indésirables, de formations, de "document unique"(sic) ;

²² Rappel réglementaire : Code de l'action sociale et des familles, article L. 312-8

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| <p>REPOSSES DE L'ETABLISSEMENT</p> | <p>CONCLUSIONS DE L'INSPECTION</p> |
|---|--|
| <p>PRÉCONISATION N°7 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>La procédure d'élaboration des protocoles doit associer les personnels de soins pour en permettre une meilleure adaptation aux réalités et en favoriser l'appropriation ultérieure</p> <p>Préconisation n° 7 maintenue</p> |

- Insuffisance des enquêtes de satisfaction conduites auprès des résidents, des familles et du personnel ;
- Absence d'un temps de technicien qualité.

Au jour de l'évaluation il n'y avait pas de moyens identifiés consacrés au suivi de la mise en place du plan d'actions : c'est aujourd'hui la base du travail du responsable qualité. Les modalités de suivi ne sont pas énoncées dans l'évaluation interne.

Préconisation n°8 : Organiser un suivi des actions identifiées par l'évaluation interne en lien avec celles retenues dans le projet d'établissement.

1.5.2.2. L'évaluation externe :

L'évaluation externe a été réalisée en 2014, par l'Association Actif (habilitée par l'ANESM) et transmise à l'ARS, dans le respect des délais, le 19 décembre 2014. L'évaluateur conclut par une appréciation globale positive en soulevant certains axes de progrès et notamment :

- Evaluation interne consommatrice de ressources, 131 actions à mettre en place, essentiellement opérationnelles, qui ne constituent pas un réel outil managérial. Absence de point formalisé sur l'avancement du plan d'actions.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne sont que peu ou pas connues des professionnels. Il n'existe pas de réelle structuration des modalités de transmission et d'appropriation des RBPP auprès des équipes.
- Les actions d'amélioration décrites dans le projet d'établissement ne font pas état des moyens à mettre en œuvre en vue de les réaliser, ni des modalités d'évaluation et de suivi. La description formalisée des procédures n'est pas finalisée.
- Le support du projet de vie est à simplifier. Le projet personnalisé n'est pas signé par le résident. Il n'y a pas de réunion de synthèse du projet de vie en équipe pluridisciplinaire.
- Le médecin coordonnateur, au titre de responsable de la nutrition au sein de l'établissement, ne participe pas aux commissions des menus.
- Les modalités d'accès au dossier sont un point à revoir.
- Absence de recueil de données sur les dernières volontés.
- Nécessité de sensibiliser les équipes aux garanties et respect des droits des usagers.
- Eviter l'affichage des noms des résidents sur le panneau récapitulatif des animations d'une part et leur appel au micro lors du repas en salle à manger.
- Absence d'organisation structurée et de recensement exhaustif des risques en lien avec la population accompagnée.
- Absence d'exercice incendie concernant les résidents. Absence de protocole de conduite à tenir en cas d'incendie, notamment la nuit, à la Palmeraie.

L'évaluation externe a donné lieu à un bilan, un plan d'actions assorti d'échéances. Ce plan doit être suivi par chaque responsable d'unité, selon la directrice. Une réunion hebdomadaire entre le qualitatif et l'infirmière coordonnatrice est dédiée au suivi de ce plan, aucune communication sur ces réunions ne semble être organisée.

Prescription n°9 : Rédiger un compte-rendu des réunions hebdomadaires entre le qualitatif et l'infirmière coordonnatrice

1.6 Politique de prévention et de gestion des risques dont plan bleu ²³

Document unique d'évaluation des risques (DUER):

La structure n'a pas mis en place de document unique d'évaluation des risques.²⁴

Prescription n° 10 : : Elaborer le document unique d'évaluation des risques, en intégrant un plan d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux. L'actualiser et le communiquer dans les conditions réglementaires

Plan bleu:

Le plan bleu de l'établissement comprend uniquement le risque "canicule". Pour le compléter, il conviendra notamment d'établir une cartographie des risques, d'intégrer la sensibilisation des personnels à la prévention, les procédures en cas de crise, les protocoles de mobilisation des personnels et le volet infectieux (cf. "Plan bleu : guide général d'élaboration", 2015, ARS Rhône-Alpes)

Prescription n° 11 : : Actualiser et compléter le plan bleu dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

↳ Les documents fournis rares et incomplets attestent d'une attention insuffisante accordée à la gestion des risques et à la politique de prévention.

1.6.1 Evénements indésirables, réclamations, signalements

Dans l'établissement, il existe une confusion entre les signalements/réclamations et les déclarations d'événements indésirables graves.

Selon le qualitatif et la directrice une procédure a été mise en place pour traiter les "événements indésirables". En réalité, il s'agit d'une procédure de traitement des signalements et des réclamations. Celle-ci prend la forme de fiches DIR (Doléances, insatisfactions résidents : pour le résident), et de fiches AID (accidents, incidents, dysfonctionnements : pour le personnel, tout incident ayant affecté ou qui risquant d'affecter une personne). Ces fiches sont analysées par le qualitatif qui fait un retour en réunion dédiée, une fois par semaine. En l'absence de formalisation du suivi de ce travail il n'est pas possible d'attester de la réalité et de la pertinence de ce suivi.

La structure n'a pas connaissance du protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables et des situations exceptionnelles ou dramatiques dans les établissements médico-sociaux. La cartographie des événements indésirables graves comme le protocole devraient être diffusés et connus des personnels et accompagnés d'une réflexion interne.

Préconisation n°9 : : Diffuser et utiliser le protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables graves.

²³ Rappel réglementaire : Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au 1 de l'article L. 313-2 du code de l'action sociale et des familles.

²⁴ Art L 230-2 et R 230 et suivants du code du travail

1.6.2 Politique de promotion de la bientraitance²⁵

Il n'existe pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Les risques de maltraitance liés à la fragilité de la population accueillie n'ont pas fait l'objet d'un repérage et d'une analyse. Aucune action n'est recensée pour anticiper d'éventuels risques.

A l'entrée de l'établissement est affiché le numéro national d'appel contre la maltraitance des personnes âgées.

Le médecin coordonnateur n'a pas organisé de session de sensibilisation à ces risques.

La directrice explique qu'elle sensibilise les agents à ces risques pendant les réunions annuelles. Aucune traçabilité ne permet de prendre connaissance de leur contenu.

Les formations "Bientraitance pour les personnes âgées" ou "Prévention de l'épuisement dans la relations avec la personne âgée" en 2014 ont concerné 3 ASH titulaires, une ASH en contrat unique d'insertion et deux "ASH" en contrat d'avenir. Aucun personnel soignant, ou auprès du lit n'a bénéficié d'une formation sur cette thématique en 2014.

Préconisation n°10 : Prévoir au plan de formation un axe "bientraitance" afin de sensibiliser tous les personnels

Concernant les pratiques organisées de soutien professionnel et d'analyse des pratiques, aucune réunion n'est organisée.

L'équipe mobile d'hygiène de la filière gériatrique a pratiqué une évaluation des pratiques professionnelles dans la limite de ses compétences.

Préconisation n°11 : Il est conseillé d'organiser des réunions d'analyse des pratiques et de soutien professionnel.

↳ En l'état il n'existe pas d'organisation de la gestion des risques en matière de maltraitance: une politique devra être élaborée qui devra inclure une réflexion aboutie notamment sur :

- La définition des notions de réclamations et de dysfonctionnements,
- l'élaboration de fiches de procédures de conduite à tenir,
- des modalités de retour vers les agents ayant rédigé des fiches,
- Des réunions de réflexion sur les améliorations à apporter
- Une analyse de la pratique
- Une politique de formation

Prescription n° 12 : Une politique en matière de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance doit être élaborée

²⁵ Circulaire n°DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>PRÉCONISATION N°10 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°11 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°12 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 10 maintenue</p> <p>Préconisation n° 11 maintenue</p> <p>Les risques liés à l'absence de politique de prévention et de gestion de la maltraitance ne sont pas considérés comme prioritaires ;</p> <p>Prescription n° 12 maintenue</p> |

2. FONCTIONS SUPPORT

2.1 Gestion des ressources humaines

2.1.1 Personnels et qualifications

2.1.1.1 Effectifs rémunérés

A la demande de la mission, l'établissement a fourni un état des effectifs rémunérés lors de la paye de juin 2015.

La mission note plusieurs anomalies :

- Un agent parti en retraite en janvier 2015 figure sur ce tableau
- Un agent en disponibilité et donc sans traitement y figure également
- Une affectation anormale d'une "assistante" au sein des services techniques.
- La référente de l'Unité St Joseph (Ide) apparait rémunérée à 80% et a déclaré à la mission être employée à temps plein

L'analyse des effectifs doit se faire au regard des effectifs cible de la CTP parvenue à échéance augmentés des effectifs créés dans le cadre de l'autorisation délivrée pour l'Unité St Joseph. L'unité a en effet bénéficié de crédits exceptionnels de la CNSA au titre de la réserve nationale correspondant au financement de 11 postes (1 infirmier, 6 auxiliaires de soins et 4 ASH)

L'effectif cible de la CTP était de 73,31Etp

L'effectif alloué à St Joseph a été de 11 Etp en 2011

⇒ Soit un total de 84,31 Etp.

La mission note que le conseil d'administration 2015 fait état de 87,66 Etp

Effectifs rémunérés.

L'effectif total rémunéré est de 102,86 Etp

Le dépassement en effectifs rémunérés est de +25,3 Etp, soit + 30%.

- Le poste de médecin coordinateur n'est pourvu qu'à hauteur de 0,20 Etp pour 0,50 Etp financé
- Infirmiers : + 1,75
- Auxiliaires de soins (ASD et AMP) : - 0,90
- Paramédicaux +0,5
- ASH : + 18,05
- Services techniques et cuisine et lingerie : + 1,4

Effectif en poste

L'effectif total en poste est de 88,26 Etp :

- congés de maladie, longue maladie et de longue durée : 6,5 Etp
- congés maternité : 1 Etp
- disponibilités : 1 Etp
- départs en retraite au cours de l'année 2015 : 3,1 Etp
- fins de contrat au cours de l'année 2015: 3 Etp
- total : 14,6 Etp.

Le dépassement des effectifs en poste par rapport à l'effectif cible est de +10,7 Etp soit 12,6 %

Il est par ailleurs à noter un niveau de rémunération moyen des aides soignants de 38k€, des IDE de 61k€. La moyenne dans la fonction publique territoriale au niveau de la région s'établit à 45k pour un Etp d'infirmier.

Conclusion :

- Le nombre d'agents rémunérés excède nettement les moyens alloués par les autorités de tarification et est de nature à générer un déficit significatif. En 2014, le dépassement budgétaire sur ce poste de dépenses s'est déjà élevé à plus de 96 000€ (section soins). Le dépassement est principalement imputé sur la section d'hébergement et le dépassement total s'élève à 218 415€²⁶
- Ce dépassement se concentre sur les postes non qualifiés alors que le poste de médecin n'est pas pourvu à la hauteur financée comme le poste des auxiliaires de soins qui n'est pas saturé.
- L'inflation de recrutements est particulièrement significative sur les "ASH"²⁷, personnel non qualifié mais faisant parfois fonction d'aide soignant : la qualité de la prise en charge ne peut qu'en pâtir ;
- L'augmentation de capacité du Cantou de deux places, la prise en charge dans ce même Cantou de 4 résidents supplémentaires hébergés aux "Quatre Saisons", l'accueil irrégulier en accueil de jour sont à relier à ces dépenses de personnel.
- La politique de gestion des effectifs n'est pas maîtrisée

Demande n° 5 : Préciser les dates d'arrêt maladie de M.A. (cuisinier)

Demande n° 6 : Indiquer la date d'embauche de M.W. (remplacement retraite)

Demande n° 7 : Fournir la feuille de paye de juin 2015 de Mme H.

Demande n° 8 : Expliquer pourquoi les agents partis en retraite figurent au tableau des effectifs rémunérés

Prescription n° 13 : Ramener les effectifs au niveau fixé par les autorités de tarification

2.1.1.2 Les différents statuts

Sur un total de 123 agents :

- 78 sont titulaires (63%)
- 36 sont contractuels (type de contrat non précisé) : 29%
- 7 en contrat d'avenir : 5%;

Demande n° 9 : préciser le statut exact des agents mentionnés comme "stagiaires infirmiers" et joindre les documents probants

Source : ²⁶ rapport d'activité 2014

²⁷Le terme "agent de service hospitalier" utilisé dans les documents de l'établissement ne correspond pas à la classification des emplois de la fonction publique territoriale

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>DEMANDE N°5 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>DEMANDE N°6 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>DEMANDE N°7 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>DEMANDE N°8 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support»</p> | <p>D5 : M.A. [redacted] a été absent de manière continue de juin à fin décembre 2015</p> <p>D6 : Le CAE de M.W. [redacted] J. employé aux cuisines a été conclu du 15/01/2014 au 14/01/2017 pour remplacement d'un départ en retraite, or ce dernier intervenait en décembre 2015: le recrutement a donc été effectué avec 2 ans d'avance L'absence de d'organisation en matière de recrutement, qui génère des sur effectifs est confirmée.</p> <p>D7: En juin 2015 Mme H. [redacted] était rémunérée sur la base d'un temps plein en contradiction avec la mention de son emploi à 80% figurant dans la liste des personnels rémunérés à cette date remise par la direction.</p> <p>D8 :L'établissement confirme avoir intégré des personnels à la retraite dans le tableau des effectifs au jour de l'inspection tel qu'il avait été demandé par la mission Les dates de départ à la retraite de Mme M. [redacted], payée jusqu'au 31/07:2015 ne correspondent pas à la date portée sur le tableau des effectifs (départ retraite 1/01/2015) ni à sa date de départ de l'établissement en septembre 2014.</p> |
| <p>PRESCRIPTION N°13 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>DEMANDE N°9 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> | <p>Ce sujet relève de la responsabilité directe de la directrice qui procède aux embauches et non de la définition d'un plan d'action qualité Prescription n° 13 maintenue</p> <p>D9: Il s'agit de des infirmières stagiaires avant la titularisation ; la mission prend acte;</p> |

2.1.1.3 Eléments de bilan social

1.1.1.3.1. Qualification

Les diplômes des agents suivants manquent :

- Infirmiers : D [REDACTED] M.
- Auxiliaires de soins : G [REDACTED], T [REDACTED], F [REDACTED], B [REDACTED], F [REDACTED], P [REDACTED], T [REDACTED], V [REDACTED] M [REDACTED], G [REDACTED]
- Psychologue: M.M [REDACTED]
- Diététicienne : Mme B [REDACTED]

Sur les plannings de juillet figurent les noms de Mmes O [REDACTED] et R [REDACTED] mais ceux-ci sont absents du tableau de l'effectif rémunéré. Mme D [REDACTED] C [REDACTED], censée être en arrêt maladie, est en poste en juillet 2015;

Demande n° 10 : préciser la situation des Mmes O [REDACTED], R [REDACTED], D [REDACTED] C [REDACTED].

- ✚ *L'établissement ne peut attester de la qualification de 25% des auxiliaires de soins ce qui constitue un élément de non qualité.*
- ✚ Ainsi du fait de glissement de fonction interviennent auprès du lit du résident des agents ASH (en juillet 2015 Le méridien G1 : 8 agents non qualifiés sur 14 G2 : 7 agents non qualifiés sur 13)

Prescription n° 14 : S'assurer de la qualification de personnels employés en réclamant et conservant la copie des diplômes.

Demande n° 11 : Transmettre les diplômes des agents suivants

Demande n° 12 : O [REDACTED] A [REDACTED], B [REDACTED] F [REDACTED], G [REDACTED] K, T [REDACTED] S., F [REDACTED] S., F [REDACTED] D., P [REDACTED] S., T [REDACTED] S., V [REDACTED], M [REDACTED], G [REDACTED] D.N [REDACTED] N [REDACTED], L [REDACTED] P [REDACTED] D [REDACTED] M;

Casier judiciaire

Au regard des obligations résultant de l'article L133-6-1 du Casf, il est à noter que le dossier de M.D [REDACTED], référent aide soignant, ne contient pas d'extrait de casier judiciaire mais une mention "aucune identité applicable", émanant du ministère de la justice.

Prescription n° 15 : S'assurer que M.D [REDACTED] est en règle avec les dispositions de l'article L133-6-1 du Casf.

1.1.1.3.2. Les absences au cours de l'année 2014

Le nombre total de journées d'inactivité s'élève à 3328 journées : 6 agents ont été absents plus de 300 jours. Les arrêts concernent au total 52 agents.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>DEMANDE N°10 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>PRESCRIPTION N°14 : Lors du recrutement d'un agent, un document indiquant les pièces à fournir lui est remis (avec copie du diplôme). « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>DEMANDE N°11 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>DEMANDE N°12 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> <p>PRESCRIPTION N°15 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> | <p>D10 / Mme O. a été recrutée en juin 2015 elle aurait du figurer sur la liste de juillet 2015 des effectifs rémunérés, madame R. en contrat d'insertion a été recrutée en mai 2015, Mme D. C. était en congé maladie de juin à décembre 2015; La mission prend acte</p> <p>Il s'agit ici de la responsabilité de l'établissement qui doit s'assurer du niveau de qualification des personnels recrutés. La transmission tardive de 7 dossiers de personnels atteste a minima d'un manque de rigueur dans la gestion des dossiers. Prescription n° 14 maintenue</p> <p>Les diplômes : 7 diplômés supplémentaires d'auxiliaires de soins et un diplôme d'infirmier ont été produits. Compte tenu de cet élément la mention relative au défaut de qualification de 25%des auxiliaires de soins est rapportée. Pour autant les glissements de fonction observés demeurent pour les ASH intervenant auprès des résidant; la qualification de Mme M. n'a pas été attestée ni la formation encours de Mme B.</p> <p>La mission prend acte du casier judiciaire vierge de M.D. ; Prescription n° 15 levée</p> |

2.1.2 Gestion des ressources humaines

2.1.2.1 Evaluation, formation

2.1.2.1.1. Les fiches de fonction

Des fiches de fonction, qui ne sont donc ni signées ni datées, ont été élaborées pour quelques personnels. Elles n'ont pas été retrouvées dans les dossiers des intéressés.

- *Directrice* : Elle bénéficie d'un champ d'intervention très large. il est indiqué qu'elle signe les contrats de séjour alors qu'elle ne bénéficie d'aucune délégation. Les contrats conclus sont donc entachés d'irrégularité.
- *Médecin coordinateur* : la fiche reprend les items du décret réglementant la fonction. Pour autant, le recrutement à seulement 0,20 Etp et la vacance durable du poste avant sa prise de fonction auraient dû conduire à une priorisation des tâches. De fait, il n'a pas été élaboré de rapport d'activité médicale, ni de projet de soins global. Aucune autorité hiérarchique sur quiconque.
- *Infirmière coordinatrice* : elle n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les personnels soignants. Il n'est pas fait mention de son rôle dans l'élaboration du projet d'établissement ni en termes de diffusion des bonnes pratiques. Son activité n'est pas mentionnée comme sectorisée alors que selon les entretiens elle n'intervient que sur Le Méridien où elle n'élaborerait que les plannings de jour;
- *Infirmiers* : rattachés directement à la directrice au plan hiérarchique et seulement fonctionnellement à l'infirmière coordinatrice ; la fiche est unique quelle que soit l'unité de rattachement.
- *Aide soignant référent* : le référent est placé sous l'autorité seulement fonctionnelle de l'infirmière coordinatrice : il est chargé de l'encadrement au quotidien des auxiliaires de soins
- *As et AMP La Palmeraie* : placés sous l'autorité hiérarchique directe de la directrice mais rattachés fonctionnellement à l'infirmière coordinatrice ;

Il est à noter l'emploi récurrent de l'abréviation "A.S". qui peut prêter à confusion entre auxiliaire de soin et d'aide soignant. Le cadre d'emploi d'auxiliaire de soins²⁸ comprend notamment les deux catégories de qualification AMP et aide soignant : dans les deux cas le diplôme est requis. La fiche mentionne expressément que le personnel concerné doit être diplômé *sauf dans le cas des faisant fonction* ; cette mention est inadéquate

- *AMP* : rattachés fonctionnellement à l'infirmière coordinatrice et hiérarchiquement à la directrice.

Demande n° 13 : préciser les dispositions de l'accord ARTT relatives à la durée de travail quotidien des personnels administratifs.

Demande n° 14 : Préciser la quotité de temps de travail de Mme H. ainsi que son ou ses services d'exercice.

²⁸ Décret n°92-866 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des auxiliaires de soins territoriaux

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>DEMANDE N°13 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement</p> <p>DEMANDE N°14 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</p> | <p>D 13 : Absence de réponse Le temps de travail mentionné dans la fiche de poste de la directrice (6h50) ne correspond pas à la durée légale du travail.</p> <p>Nouvelle Prescription n° 14 bis : la fiche de poste de la directrice doit indiquer un temps de travail réglementaire.</p> <p>La mission prend acte; Un document qui n'est pas une fiche de fonction mais une fiche des tâches) ni daté ni signé décrit les fonctions de Mme H [redacted] référente de l'unité St Joseph : le document confirme la caractère dédié du poste. Il n'est pas fait mention des responsabilités de l'intéressée en matière d'établissement des plannings hors unité St Joseph.</p> <p>Au regard des responsabilités confiées l'affectation d'un ETP d'infirmier apparait en décalage avec les besoins de la population accueillie et excessif. L'évaluation de l'état de santé des résidents relève de la responsabilité du médecin coordinateur.</p> <p>Nouvelle Préconisation n°11 bis: mutualiser le temps de travail de l'infirmier de l'unité St Joseph avec le reste de l'établissement</p> |

Il est anormal que les agents dits "référents intervenant sur le soin" ne bénéficient pas d'une fiche de fonction spécifique, en particulier en ce qui concerne la référente de l'unité St Joseph.

La mission a constaté que la directrice n'accomplissait pas toutes les tâches qui lui incombent : dans ce contexte il est anormal que le système d'organisation et de délégation ne confie pas la responsabilité d'un certain nombre de tâches à ses collaborateurs au premier rang desquels l'infirmière coordinatrice.

- ↳ Le périmètre d'intervention réduit de Mme C., son absence de pouvoir hiérarchique sur l'équipe soignante et les responsabilités concurrentes de l'aide soignant référent ne permettent pas de considérer que l'établissement est véritablement doté d'une infirmière coordinatrice ;

Préconisation n°12 : Rédiger des fiches de fonction précises selon l'affectation et la quotité de temps de travail des agents.

Prescription n° 16 : Les intervenants sur le soin doivent posséder la qualification requise.

Préconisation n°13 : constituer une véritable équipe de direction de l'EHPAD en confiant a minima à l'infirmière coordinatrice des responsabilités de cadre.

Appréciation professionnelle

Il n'a pas été retrouvé dans les dossiers des titulaires de notation postérieure à 2005. La mission rappelle que la notation annuelle est obligatoire et conditionne l'évolution de leur carrière. Elle influe sur l'avancement d'échelon, permet d'évaluer l'aptitude de l'agent à bénéficier d'un avancement de grade, d'une promotion interne, ou d'un changement d'affectation au vu des vœux qu'il a formulés ; elle est également l'occasion pour l'agent de s'exprimer sur son travail quotidien, sur les difficultés qu'il peut rencontrer, de faire connaître ses souhaits. La fiche individuelle de notation doit figurer au dossier du fonctionnaire et une copie doit en être communiquée au centre de gestion compétent.

En parallèle de cette absence de notation, les entretiens d'évaluation dont la généralisation est prévue nationalement pour 2015, n'ont pas été mis en place.

- ↳ L'absence de fiche de poste personnalisée, de définition d'objectifs par service , d'appréciation de la manière de servir les modalités de promotion des agents, de mise en stage ou de renouvellement des contrats ne sont ni transparentes ni satisfaisantes.

La formation

L'établissement n'établit pas de plan de formation. Cette thématique est évoquée dans le projet d'établissement : *répondre prioritairement aux besoins collectifs de formation, répondre aux besoins individuels de formation (entretien professionnel) dans la limite du budget –échéance 2018*. Ces mentions sont à la fois trop vagues et trop lointaines ; les priorités de la direction n'apparaissent pas.

Actuellement, le catalogue des formations offertes est proposé aux salariés et la décision prise par la direction : les critères d'attribution de ces formations est inconnu. Le montant des formations a été de 26 476€ en 2012, 32 344,73€ en 2013.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>PRÉCONISATION N°12 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°16 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°13 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 12 maintenue</p> <p>Prescription n° 16 maintenue</p> <p>Préconisation n° 13 maintenue</p> |

En 2014 l'examen des dépenses d'exploitation du compte administratif ne permet pas de déterminer si des dépenses ont été engagées pour la formation des personnels. En effet, les comptes 64788 "Autres" et 6488 "Autres charges diverses de personnel s'élevant respectivement à 41 297,03€ et 35 247,60€ de dépenses, ne sont pas détaillés.

Des crédits spécifiques de formation avaient été accordés dans le cadre de CNR en pour un montant de 16 020,00€ en 2014;

Des formations ont été relevées grâce à des attestations relevées dans les dossiers administratifs des agents : hygiène des mains, qualité des repas, habilitations électriques utilisation des produits phyto pharmaceutiques. Des formations à l'utilisation de Netsoins ont également mises en place.

Un tableau des formations 2014 a été remis, dont les thématiques sont en adéquation avec la prise en charge en EHPAD : elles ont concerné 17 agents (soit environ 16% de l'effectif) mais aucun cadre, un seul auxiliaire de soins et aucun infirmier. Trois de ces formations sont statutaires et ont concerné des "ASH" stagiaires. Une seule formation professionnalisante a été repérée (école d'aide soignant).

Les attestations de formations incendie, annuelles et obligatoires n'ont pas été retrouvées dans l'échantillon de dossiers examiné et ne figurent pas dans le tableau.

Alors que l'établissement dispose d'une unité accueillant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (CANTOU), aucune formation n'est proposée dans la prise en charge de cette maladie.

Une infirmière diplômée d'état a eu une formation sur cette thématique mais du fait de son parcours professionnel antérieur.

- ↳ Cette absence de méthodologie ne permet d'apprécier ni l'effort de qualification entrepris ni la répartition des moyens alloués (le coût des formations n'est pas indiqué). Il traduit l'absence d'investissement et de supervision de cet axe de gestion des moyens et surtout l'absence de politique en la matière : absence de politique de professionnalisation, absence de détermination des types de personnels et des agents prioritaires.

La mission rappelle l'importance de l'entretien et de l'actualisation des savoirs des personnels, en particulier soignants, ainsi que l'intérêt pour les agents d'échanger sur leurs pratiques à l'extérieur de l'établissement.

L'évaluation des personnels comme l'établissement d'un plan de formation sont inclus dans la fiche de fonction de la directrice.

- | |
|---|
| <p>Prescription n° 17 : Etablir un plan de formation permettant notamment d'identifier les formations accordées, leur contexte (professionnalisation, promotion etc..., l'identité des agents et leur qualification.</p> <p>Préconisation n°14 : Fixer et communiquer sur les critères de recevabilité des demandes de formation et sur les axes prioritaires de l'établissement ;</p> <p>Prescription n° 18 : Mettre en place le processus d'évaluation des agents</p> <p>Prescription n° 19 : Organiser les formations incendie obligatoires pour tous les personnels</p> <p>Prescription n° 20 : Proposer des actions de formation sur la maladie d'Alzheimer et apparentées. Ces formations doivent être dispensées à l'ensemble des professionnels en contact avec les personnes.</p> |
|---|

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION N°17 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°14 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°18 : <i>Formation de l'ensemble des responsables à « l'entretien professionnel » janvier 2016.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°19 : <i>« Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support».</i></p> <p>PRESCRIPTION N°20 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Prescription n° 17 : maintenue</p> <p>Préconisation n° 14 maintenue</p> <p>La mission prend acte de l'engagement pris Prescription n° 18: maintenue</p> <p>Prescription n° 19 Levée</p> <p>Prescription n° 20 maintenue</p> |

Demande n° 15 : Détailler dans les comptes administratifs l'inscription des dépenses imputés aux comptes 64788 "Autres" et 6488 "Autres charges diverses de personnel". Transmettre ce détail au titre de 2014 dans le cadre de la procédure contradictoire.

Accompagnement des personnels

Il n'existe pas de séances d'analyse de la pratique au sein de l'établissement ; la psychologue peut néanmoins avoir à collaborer avec les personnels.

Il n'existe pas de procédure formalisée d'accueil du nouveau salarié, selon la directrice il existerait un tutorat à l'embauche. En l'absence de document probant l'accompagnement des nouveaux salariés est intraçable.

Préconisation n°15 : L'accompagnement des personnels lors de leur embauche mais également au cours de leur activité doit être organisé et formalisé.

Une enquête de satisfaction a été menée auprès des personnels en mai 2014. Elle a recueilli 47% de taux de participation. Les motifs d'insatisfaction soulevés par thème sont les suivants :

- Manque de communication : l'information provient essentiellement de leurs collaborateurs (83% l'affirment) ou de leur N+1 (64%). 42% sont d'accord pour dire qu'ils obtiennent des informations via la direction. 49% affirment que ce n'est pas le cas. Le commentaire de la direction est le suivant : "La direction continuera à réaliser un temps d'informations sur la vie de l'établissement et un temps d'échange, chaque année et par service."
- Turn-over important.
- Culture de l'oral dans le travail.
- Ambiance de travail dans l'établissement : 23% l'estime "tendue", 16% l'estime "conflictuelle", 9% "froide", 3% "agressive", 2% "malveillante" ce qui totalise 53% des personnes interrogées. Les raisons évoquées sont les suivantes : ambiance conflictuelle, conflits entre différents services, entre différents agents. En revanche, l'ambiance au sein des différents services est estimée à : 22% comme dynamique, 19% comme chaleureuse, 18% comme confiante, 18% comme sereine, 12% comme calme ce qui réunit 89% des personnes interrogées.

2.1.2.2. Affectation des personnels des équipes de prise en charge soignante ²⁹

Les plannings des personnels de soin sont réalisés par unité sauf en ce qui concerne les infirmiers dont l'affectation n'est pas mentionnée.

La responsabilité de l'élaboration des plannings (validés par la directrice) revient à l'infirmière coordinatrice. La référente infirmière de l'unité St Joseph a néanmoins indiqué élaborer les plannings de nuit et de jour de l'Unité St Joseph, le planning infirmier, celui de la Palmeraie et celui des agents de nuit du Méridien : elle a indiqué faire valider les plannings par la directrice.

²⁹ Source Plannings juillet et mai 2015

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>DEMANDE N°15 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°2 : Fonctions support ».</p> <p>PRÉCONISATION N°15 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement</p> | <p>Les dépenses de formation sont ventilées sur deux comptes 64788 "Autres" et 6488 "Autres charges diverses de personnel" ce qui fait obstacle à la transparence des comptes. 64788 "Autres"/ 41 297€ 6488 "Autres charges diverses de personnel"// 36 351€ Soit un total de 77 648€</p> <p>L'évolution des dépenses de formation de 2013 à 2014 est de +140% ; Or d'après les documents remis ces formations ont concerné seulement 17 agents. Même en tenant compte des crédits exceptionnels au titre des CNR 2014/ 16 020€ cette augmentation est considérable et devra être maîtrisée</p> <p><u>Examen des factures transmises :</u></p> <p>- Nombre d'entre elles ne précisent pas la formation délivrée (Greta avril 2014 par ex 450€, Odyssée informatique 420€) ou le bénéficiaire (coupe GMP°837,20€)</p> <p>Des factures correspondent à des formations non mentionnées dans le tableau des formations 2014 :</p> <p>9 factures concernent la mise à disposition de personnels en chantier d'insertion professionnelle durant des périodes de 2 mois (dispositif PEGASE°) : 10 615,00€ : Le grand livre fait quant à lui apparaître 12 paiements dans le cadre de ce dispositif. Il ne s'agit pas de formation Accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement acompte de 30%: 4951€ Indu au bénéfice de la sécurité sociale 117,75€ il ne s'agit pas de formation Formations M.T. , Mme P Formations Netsoins : 2 280€ Coupe GMP°837,20€ Formation Odyssée informatique</p> <p>Figure également une DUE concernant un musicien pour une journée une journée d'intervention : cette dépense (150€) n'est pas inscrite sur les extraits de grand livre transmis.</p> <p>Sont en revanche absentes les factures des formations "bienveillance" "prévention de l'épuisement", "gestes et activations de la personne âgée"..... Les factures fournies ne permettent pas de justifier les 77 648€ portés au total des deux lignes budgétaires (25 706 en excluant les dépenses sans lien avec la formation)</p> <p>Un désordre majeur et une opacité manifeste règnent en matière de formation professionnelle qui ne peuvent être imputables à la seule négligence</p> <p>Préconisation n° 15 maintenue</p> |

↳ Cette répartition du travail, n'est pas opportune et prive l'infirmière coordinatrice de son rôle en matière de centralisation et de répartition des moyens

- Planning infirmier :

- Il comprend les infirmiers ainsi que le référent des auxiliaires de soin, ce qui est anormal.
- Pour ces personnels le code n'intègre que les positions de travail ou de repos sans horaires ; les unités d'affectation ne sont pas indiquées laissant imaginer des interventions sur l'ensemble de l'établissement. Il a cependant été vérifié que Mme H. n'intervient que sur l'unité St Joseph.
- Indépendamment des postes d'infirmière de St Joseph et d'infirmière coordinatrice l'effectif disponible est de 6,20 Etp. Au regard de l'échantillon de plannings examinés (mai, juin et juillet 2015) la mission constate la présence quotidienne de 2 infirmières à l'exception des vendredis où une infirmière à 0,30 Etp réalise les piluliers hebdomadaires. Ceci est en décalage avec l'effectif rémunéré.
- Or, ces deux infirmières ont en charge 114 résidents, soit 57 chacune. L'infirmière de St Joseph, employée à 80% prend elle en charge 20 résidents.
- Les infirmiers travaillent en postes de 12 h à partir de 7h ou 8h. Ils ne peuvent donc assurer les distributions de médicaments au-delà de 20h.

Le Méridien et le Jardin des Fontaines (86 résidents + 16 résidents = 102)

- Il existe une répartition du travail sur deux groupes d'agents avec une affectation par étage (3 niveaux) : pour autant apparaissent des agents sans précision de lieu de travail; dans ces conditions il n'est pas possible de vérifier si les moyens de prise en charge en fonction de la population sont adaptés : la supervision de cette organisation apparaît douteuse.
- Les plannings remis ne sont pas titrés mais concernent les auxiliaires de soin : on constate l'intervention sur le soin de personnel "ASH" non qualifié ainsi que d'emplois d'avenir. (Juillet 2015 G1 : la qualification de 8 agents sur 14 n'est pas avérée-sur le G2, celle de 7 sur 13)
- Sont possibles 8 types d'horaires dont 3 en coupé;
- Sur certaines plages, la mention portée n'est pas codifiée et ne permet pas de savoir si l'horaire mentionné est celui de prise ou de fin de poste;
- Le ratio d'encadrement s'établit à 3,4
- La Palmeraie et les Quatre Saisons (14 + 4 résidents)
 - 9 horaires sont possibles dont 4 coupés.
 - 16 agents travaillaient en mai 2015 dont la moitié ASH ; les équipes sont composées de 5 agents : le ratio d'encadrement est de 1,12.
 - deux agents étaient affectés aux nuits dont 1 ASH et un auxiliaire de soin/aide soignant/AMP.

- St Joseph (20 résidents)

- 15 agents affectés sous la responsabilité d'une référente infirmière : 6 auxiliaires de soin, 7 ASH et deux agents de nuit dont la qualification n'apparaît pas. Le ratio d'encadrement s'établit à 1,25
- une présence effective variant de 4 à 8 agents.
- 7 horaires sont possibles dont un coupé.
- ↪ La répartition des moyens humains retranscrite dans les plannings est opaque. Le nombre d'infirmiers effectivement en poste sur le Méridien est insuffisant. Les plannings remis ne permettent pas de s'assurer de la couverture des besoins par étages sur le Méridien. Le nombre d'horaires coupés est important.

Conclusion sur les ressources humaines :

La structuration de la gestion des ressources humaines et de la gestion des effectifs est très insuffisante :

- L'inflation constatée des recrutements de personnels non qualifiés intervenant sur le soin est inquiétante
- La quotité de temps de travail du médecin en qualité de coordinateur est très inférieure au temps financé.
- Le périmètre de responsabilité des agents est peu et mal formalisé et parfois en décalage avec les fonctions réellement exercées. Ni les fonctions de référent, ni celles de responsables de service ne sont définies et seule l'identité de la référente de l'Unité St Joseph est connue.
- la totalité du pouvoir hiérarchique est concentré sans plus value entre les mains de la directrice : il n'existe pas de cadres exerçant des responsabilités hiérarchiques et l'encadrement technique n'apparaît pas.
- Il n'existe pas de temps d'échanges sur la manière de servir des agents ni de plan de formation.
- Il n'existe pas de politique de formation
- les plannings infirmiers sont déséquilibrés
- Les autres plannings ne sont pas assez explicites pour permettre de s'assurer de la répartition efficiente et équilibrée des ressources humaines;
- Le niveau de qualification est, au regard des effectifs cible, globalement satisfaisant : pour autant l'affectation massive d'agents non qualifiés pour assurer les tâches des auxiliaires de soins / aides soignants ne correspond pas aux caractéristiques de prise en charge en établissement médicalisé.
- La communication interne est dispersée et sa traçabilité est insuffisante : l'établissement s'est très peu approprié les démarches d'amélioration de la qualité en matière de procédures de prise en charge et de référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles;

Préconisation n°16 : Mettre en place un système de délégations en cascade permettant l'émergence d'un véritable système d'encadrement.

Préconisation n°17 : Mettre les fiches de fonctions de l'infirmière coordinatrice et de la référente de l'unité St Joseph en accord avec la réalité des fonctions en matière de plannings;

Préconisation n°18 : Rééquilibrer la charge de travail des infirmières et en améliorant le ratio d'encadrement.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>PRÉCONISATION N°16 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°17 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°18 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation 16 maintenue</p> <p>Préconisation 17 maintenue</p> <p>Préconisation 18 maintenue</p> |

3. GESTIONS BUDGETAIRE ET FINANCIERE

3.1 Organisation des responsabilités

L'organisme gestionnaire est le CCAS de la ville de RUOMS. Au titre de l'article L. 315-12 du code de l'action sociale et des familles celui-ci délibère notamment sur les programmes d'investissement, le rapport d'activité, les budgets et décisions modificatives, les comptes financiers, les décisions d'affectation des résultats ou propositions d'affectation, les emprunts, l'acceptation et le refus de dons et legs.

La directrice ne bénéficie d'aucune délégation de signature. En interne, aucune délégation de signature n'a été accordée pour les cas d'absence de la directrice.

Préconisation n°19 : Organiser les délégations de signature en tenant compte de la réalité des fonctions exercées par la directrice et en identifiant avec précision le champ de responsabilité de l'intéressée.

3.2 Gestion budgétaire

Le budget est préparé par la directrice. La comptable de l'établissement gère les amortissements, les emprunts, les imputations, le tableau d'analyse des comptes pour l'ensemble des comptes de dépenses.

➤ Propositions budgétaires :³⁰

Les propositions budgétaires et tarifaires sont transmises à l'autorité de tarification au 31 octobre de l'année n-1.

| Transmission des budgets prévisionnels | |
|--|--|
| Exercice 2013 | Non réception des propositions budgétaires |
| Exercice 2014 | Reçu le 31/01/2014 |
| Exercice 2015 | Reçu le 04/11/2014 |

L'établissement n'a pas respecté au cours des trois derniers exercices son obligation de transmission des propositions budgétaires dans les délais réglementaires.

Prescription n° 21 : : Le gestionnaire transmettra les propositions budgétaires et tarifaires dans les délais requis.

³⁰ Rappel réglementaire : article R.314-17, R.314-18, R.314-19 du code de l'action sociale et des familles.

- Les résultats des derniers exercices, le plan de retour à l'équilibre.

Les résultats

| Années | Résultats CA | Affectation | Réserve de compensation |
|--------|--------------|--|-------------------------|
| 2010 | 212 891,45€ | 210 911,67 en réserve et 1899,78 en ajout aux charges 2012 | 0 € |
| 2011 | 2 956,88 € | réserve | 2 956,88 € |
| 2012 | 1 559,04 € | réserve | 4 515,92 € |
| 2013 | 2 907,55 € | réserve | 7 423,47 € |
| 2014 | 1 139,86 € | imputation aux charges d'exploitation 2015 | 283,61 € |

Le plan de retour à l'équilibre.

Un plan de retour à l'équilibre a été signé en 2013 par le Conseil général de l'Ardèche, l'EHPAD Le Méridien et le Centre communal d'action sociale de Ruoms. Il prend fin à la clôture de l'exercice 2017.

- Emprunts

La structure doit honorer actuellement 6 emprunts.

| Capital emprunté | Date de souscription | Remboursement du capital en l'année 2015 | Montant des intérêts 2015 |
|-----------------------------|----------------------|--|---------------------------|
| 45 734,71 € | 31/10/1991 | | |
| 121 959,21 € | 31/12/1998 | | |
| 1 575 000,00 € | 15/04/2004 | 63 000,00 | 57 119,55 |
| 1 575 000,00 € | 27/05/2004 | 63 000,00 | 40 934,26 |
| 100 000,00 € | 25/03/2005 | 7 248,84 | 1 656,60 |
| 1 000 000,00 € | 25/10/2011 | 39 999,96 | 36 841,22 |
| 1 100 000 € | 31/12/2011 | 44 000,00 | 40 000,00 |
| 673 500,00€ | 24/03/2012 | 16 889,02 | 14 392,46 |
| Total : 6 191 193,92 | | Total : 234 137,82 | Total : 190 944,09 |

Demande n° 16 : L'établissement devra fournir l'approbation du conseil d'administration concernant ces emprunts et préciser leur objet.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>DEMANDE N°16 : <i>« Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°3 : Gestions budgétaire et financière. Partie N°1 ».</i></p> | <p>Les pièces transmises ne permettent pas d'expliquer l'ensemble des emprunts réalisés par la structure.</p> <p>Certains emprunts approuvés n'apparaissent pas dans le tableau fourni par l'établissement à la mission et repris dans le rapport, tandis que les approbations du Conseil d'administration de certains emprunts figurant dans le tableau n'ont pas été communiquées par l'établissement.</p> <p>Par ailleurs, selon les délibérations, les emprunts ont été contractés pour la "réhabilitation des locaux de l'EHPAD du Méridien" sans plus de précision. Lors de la visite, les locaux administratifs et le Cantou avaient été rénovés et des travaux étaient en cours pour la réfection de la salle à manger : Cela ne semble pas expliquer le total de 6 191 193,92€ d'emprunts contractés pour la rénovation de l'établissement.</p> <p>Les imprécisions concernant les investissements et leur destination précise sont préoccupantes et rendent illisibles les projets de l'établissement en particulier eu égard aux propos de la directrice évoquant un projet d'installation de l'unité St Joseph sur le site du Méridien ;</p> |

3.2.1 Eléments de rémunération de la directrice

Outre son salaire et ses primes, la directrice bénéficie d'un véhicule de fonction et d'une maison de fonction. Il n'est fait aucune mention dans son dossier de ce dernier avantage

Le véhicule de fonction :

La directrice bénéficie, a minima depuis avril 2009, de l'attribution d'un véhicule de fonction d'une valeur d'acquisition de 16 900€.

La mission note que la directrice bénéficiait à l'époque d'un logement de fonction sur place et que sa fiche de fonction indiquait qu'elle n'était pas astreinte à effectuer de déplacements. Dans ces conditions l'attribution d'un véhicule de fonction apparaît comme un choix de gestion des fonds publics particulièrement inopportun et, en toute hypothèse, sans lien avec les nécessités de la fonction.

Demande n° 17 : le gestionnaire indiquera le cout annuel engendré depuis 2009 par l'utilisation du véhicule de fonction (carburant, assurances, entretien...) et fournira les éléments probants afférents

L'hébergement de fonction :

Un appartement de fonction dans la résidence (trois chambres et accès possible en rez de chaussée) avait été mis à la disposition de la directrice et ce jusqu'en 2010.

Un couple de résidents de l'EHPAD, M. et Mme T. a vendu au CCAS³¹ un immeuble et un terrain (Surface : 81a41a) dont la date d'entrée en jouissance avait été fixée au 1^{er} /01/2010. Ce bien était expressément destiné à devenir logement de fonction du directeur de l'EHPAD, l'appartement ainsi libéré permettant, selon l'acte de vente d'offrir de nouvelles possibilités d'accueil pour l'établissement. Pour paiement, l'acquéreur acceptait un bail à nourriture viager en fournissant le clôt, le couvert et les soins.

Ainsi le CCAS "s'engage à prendre en charge durant la vie de M.et Mme T. et du survivant d'eux sans réduction au 1^{er} mourant leur hébergement (fourniture de logement, nourriture, blanchissage pension complète) la médicalisation à domicile et ce quel que soit leur état de sante (sauf hospitalisation pour raisons de soins particuliers ou d'opérations chirurgicales) le tout en la Résidence du Méridien à Ruoms dans les deux appartements contigus qu'ils occupent actuellement. L'acquéreur s'engage par ailleurs à la prise en charge du surcoût d'impôts pour le vendeur lié à l'avantage en nature... L'acquéreur devra conserver tout le terrain affecté à la maison tout le temps que Mme G. actuelle directrice du Méridien sera l'occupante de cette maison."

L'engagement de versement de cette rente viagère concerne les 3 versants de la facturation appliquée aux résidents. Or, dans tous les cas, par application du droit commun, la médicalisation des résidents est garantie par le versement d'une dotation soins. En matière de dépendance et en dépit de l'existence d'un reste à charge, la dotation dépendance versée par le conseil départemental couvre ce type de dépenses. Seule la partie hébergement est effectivement en totalité versée par les usagers. Dans ces conditions, l'engagement pris par l'acquéreur auprès des époux est trompeur puisque les prestations soin et dépendance auraient été versées même en l'absence de donation.

³¹ Acte publié et enregistré à la conservation des hypothèques le 19/08/2010

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>DEMANDE N°17 : <i>« Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°3 : Gestions budgétaire et financière. Partie N°1 ».</i></p> | <p>12 documents concernant la voiture de fonction ont été communiqués par l'établissement suite à la demande n°17 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour l'année 2010 : la cotisation à l'assurance (1039,48€), les factures d'entretien (571,81+654,56) - Pour l'année 2011 : 1418,21€ d'assurance, 1159€ d'entretien. - Pour l'année 2012 : 1443,08€ d'assurance, 69,97+1359,60+170,74€ d'entretien - Pour l'année 2013 : 2218,37€ d'assurance, 1281,22€ d'entretien. - Pour l'année 2014 : 2253,18€ d'assurance, 1393,86+211,86+1097,70€ d'entretien - Pour l'année 2015 : 2345,12€ d'assurance, 219€ d'entretien. - Mandant de paiement sur l'exercice 2009 de l'assurance, section hébergement (640,25€) - Consultations des écritures comptables de l'année 2009 faisant apparaître 2830€ de frais d'entretien, de l'année 2010 : 4810,2€, de l'année 2011 : 5399€, de l'année 2012 : 3137,65€, de l'année 2015 : 2194,90€. - Etat des dépenses afférentes au Véhicule Chrysler de 2009 à 2015 (assurance, entretien, carburant). - Attestation de la directrice datant du 12 janvier 2016 qui certifie remettre les clés et la carte grise du véhicule Chrysler au Président du CCAS de Ruoms. - Attestation du gérant de la Société Ruomoise de Carrosserie certifiant que la voiture susvisée est en vente dans son établissement. - Attestation de la directrice dans laquelle elle certifie libérer le logement de fonction situé 26 route de Lagorce à Ruoms. |

En tout état de cause la mission s'interroge sur l'opportunité d'affecter un nouveau logement de fonction à la directrice alors même que:

- la capacité de l'établissement a été réduite
- Un autre logement de fonction était utilisable, qu'il est actuellement vide, que des travaux significatifs d'agrandissement et d'accessibilité ont été effectués dans la maison T

L'opération comptable est en ce qui concerne matérialisée par l'émission d'un titre de paiement (compte 73531) compensé par un mandat au compte 1687.

3.3 Gestion financière

➤ Comptes administratifs

Les comptes administratifs doivent être transmis à l'autorité de tarification au plus tard le 30 avril de l'année n+1.³²

| Transmission des comptes administratifs | |
|---|---|
| Exercice 2012 | Réception sous format papier le 16 juillet 2013, non conforme au cadre formalisé. |
| Exercice 2013 | Réception sous format papier le 27 juin 2014, rapport d'activité manquant. |
| Exercice 2014 | Réception en version numérique uniquement le 28 avril 2014. |

L'établissement a respecté le délai réglementaire en 2014.

↳ La production tardive, incomplète ou non conforme des propositions budgétaires et des comptes administratifs a permis aux responsables de l'établissement de ne pas faire état d'informations essentielles relatives au fonctionnement et à l'organisation de la structure. La récurrence de cette pratique est préoccupante;

L'examen des comptes administratifs appelle notamment les remarques suivantes :

- Le compte 64 "Charges de personnel" n'est pas détaillé dans le CA 2014. Entre les CA 2013 et 2014 il a augmenté de 96 076,54€. Ce résultat est à mettre en lien avec le dépassement des ETP financés dans la CTP et l'absentéisme. Néanmoins, ces explications ne peuvent justifier une augmentation de plus de 7% des dépenses de personnel en un an.
- Aucune charge de formation n'apparaît alors même que 10 formations concernant 17 agents figurent dans le tableau des formations remis.

³² Rappel réglementaire : article R.314-49 et R.314-50 du code de l'action sociale et des familles.

- 110 714,61€ apparaissent au compte 61551 "Entretien et réparation sur biens mobiliers" dans le CA 2014. D'après le Grand livre, ce montant correspond, en fait, à la somme des dépenses des comptes 61558 "Autres matériels et outillages", 617 "Etudes et recherches" et 61352 "Location mobilières – Matériel médical".
- 31 599,46€ apparaissent au compte 6066 " Fournitures médicales". La liste des fournitures médicales est réglementée³³. Or, d'après les factures fournies, des dépenses ne concernant pas des fournitures médicales ont été imputées sur ce compte à hauteur de 5 255,4€ (avec notamment un GPS, un coffret de DVD, des produits alimentaires, d'entretien, de toilette).

Plus largement, les dépenses ne relevant pas du soin ne peuvent être imputées à la section soin. Ainsi, la facture de SARL Distribution Automatique Vivaraise du 31/08/14 (bordereau n°81, mandat n°1305) d'un montant de 1947,27€ correspondant à l'achat de "LAIT BUENAVITA", de "CHOCOLAT BUENAVITA", de "NESTLE TRADICORE", ne devait pas être imputée sur la section soin.

Par ailleurs, certains achats effectués mensuellement en grande surface, imputés eux-aussi sur la section soin alors qu'ils n'en relèvent pas, ne correspondent pas aux besoins de 134 résidents d'EHPAD :

- A titre d'exemple, parmi les achats répertoriés sur le relevé n°86 SUPER U Ruoms du 31/01/2014 (Mandat n°288) faisant état de 9 factures pour le mois de janvier 2014 pour un total de 623,11€ : 1 kg de Farine, 24 œufs, 10kg de pommes de terre, un sachet de carotte, CD Obispo Live, 1 paquet de Kiri, 4 packs d'eau minérale, un paquet de lessive, un paquet de pain au lait, 2 paquets de madeleines.
- Au total, 6 relevés SUPER U Ruoms (janvier, février, avril, mai, juillet, septembre 2014) ont été imputés aux dépenses de la section soin.

Injonction n° 2 : Imputer les dépenses selon les impératifs réglementaires.

- Par ailleurs, des factures de la pharmacie conventionnée, enregistrées au compte 6066, ne détaillent pas la liste des fournitures achetées, elles mentionnent uniquement le libellé suivant "Mr et Mme T [REDACTED]".

Demande n° 18 : Expliquer les factures de la pharmacie libellées "Mr et Mme T [REDACTED]" enregistrées dans le Grand Livre au compte 6066.

Demande n° 19 : Expliquer de manière détaillée l'augmentation des charges de personnel, l'absence de charges en formation et l'absence de charges de "locations mobilières".

↳ **Conclusion:** l'analyse budgétaire a montré que l'augmentation des charges de personnel est préoccupante et n'est pas justifiée. De plus, l'imputation des dépenses ne respecte ni les affectations par section ni les contraintes réglementaires.

³³ Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>INJONCTION N°2 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°3 : Gestions budgétaire et financière. Partie N°1».</p> | <p>L'établissement invoque une erreur d'imputation sur la section soins. Les réponses apportées suite à l'interpellation des autorités de tarification concernant l'imputation des dépenses d'assurance confirment ce diagnostic .</p> <p>La répétition des imputations erronées interroge sur la procédure comptable et sa supervision tout comme sur l'opportunité des dépenses. Lors de l'analyse des comptes administratifs de 2014, l'ARS a réformé les résultats de l'EHPAD du montant des dépenses citées qui ne relevaient pas du soin.</p> |
| <p>DEMANDE N°18 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°3 : Gestions budgétaire et financière. Partie N°1».</p> | <p>Les éléments de réponse à la demande n°18 ont été apportés : pour autant la question de la régularité juridique de cette dispense de versement des frais fait l'objet d'une analyse juridique qui sera communiquée ultérieurement à la structure.</p> |
| <p>DEMANDE N°19 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°3 : Gestions budgétaire et financière. Partie N°2».</p> | <p>Les éléments de réponse à la demande n°19 ont été apportés.</p> <p>La liste des dispositifs médicaux est limitative et ne comprend pas les produits mentionnés (Dexéryl Maxilase Gaviscon, Odisoft Helicidine) l'imputation budgétaire est erronée.</p> |

3.4 Gestion d'informations

3.4.1 Rapport annuel d'activités

- Rapport d'activités

| Transmission des rapports d'activité | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Exercice 2012 | Rapport d'activité très succinct |
| Exercice 2013 | Non reçu |
| Exercice 2014 | Reçu |

Le rapport d'activité 2014 présente des données statistiques portant sur les personnes prises en charge et sur l'activité de la structure.

Il mentionne la prise en charge de résidents en accueil de jour, activité pour laquelle l'établissement ne bénéficie pas d'arrêté d'autorisation.

- Rapport annuel d'activités médicales

Le médecin coordonnateur ne rédige pas le rapport annuel d'activités médicales comme prévu à l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles.

3.4.2 Dossiers des personnes prises en charges³⁴

Les dossiers concernant la personne prise en charge existent sur plusieurs supports.

Les dossiers en version papier sont accessibles aux seuls personnels autorisés selon leur champ de compétence.

Les dossiers informatisés, hébergés sur le logiciel Netsoins, rassemblent les informations administratives et médicales des résidents. Les modalités d'accès des différents professionnels ne respectent pas le secret médical dans la mesure où des agents administratifs ont accès aux données médicales des résidents.

Prescription n°21 bis : accorder de manière formelle des habilitations informatiques permettant de respecter les règles de protection du secret médical.

3.5 Bâtiments, espaces extérieurs

3.5.1 Bâtiments

Bâtiments et espaces extérieurs

Les bâtiments sont situés dans le centre ville de la commune, l'accès y est aisé. Un portail sécurisé protège l'entrée.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

³⁴ : Rappel réglementaire notamment: Article L.1110-4 du code de la santé publique, article 226-13 du code pénal.

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION N°21 Bis : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Prescription n° 21 bis maintenue.</p> |

- La Palmeraie (Cantou):

Ce bâtiment construit en 1998 et réhabilité/transformé en 2013. Il se compose de deux unités de 7 chambres séparées par la pièce de vie centrale. Cette unité est reliée par un vaste hall au bâtiment du Méridien.

Une grande terrasse close permet aux résidents de sortir à l'extérieur dans un espace sécurisé. Le bâtiment est accessible avec un système de digicode. L'entrée s'effectue, par le couloir des Quatre saisons. Le hall d'accueil est ouvert sur la pièce à vivre qui sert de salle à manger et salle d'activité (une cuisine se trouve sur un des côtés). Se trouvent aussi les vestiaires du personnel ainsi qu'un bureau. Chaque chambre est équipée d'une salle de bain avec toilettes.

- Les Quatre Saisons:

4 chambres ont été créées à l'extrémité du couloir reliant le Méridien à la Palmeraie. Sur les plans ces chambres sont rattachées à la Palmeraie. La partie accueil et administration se trouve aussi dans cette extension réalisée sans accord de l'ARS. La question de la sécurité des résidents de ces quatre chambres peut se poser s'ils sont rattachés à la Palmeraie et donc déambulants. Ces travaux ont débuté en 2011 et sont terminés depuis 2013.

- Saint Joseph:

L'unité Saint Joseph se trouve au 3^{ème} étage d'une école, à environ 800 m de l'EHPAD dans des locaux anciens caractérisés par les hauteurs de plafonds importantes et les vastes espaces de circulation.

Les locaux, en U, se composent de 21 chambres réparties dans la partie centrale pour 19 d'entre elles et sur un des côtés pour les deux dernières. Dans ce bâtiment se trouvent aussi une salle à manger, une cuisine, un bureau, une salle de soin, la salle de relève ainsi qu'une salle d'activité.

- Travaux de rénovation:

Le gestionnaire a engagé en 2011 des travaux de rénovation importants sur le bâtiment historique; Or les travaux effectivement engagés ont concerné la partie des bureaux et du hall d'entrée et le Cantou, ainsi que la salle à manger (encore non livrée) tous vastes et très confortables alors que les travaux concernant les chambres elles mêmes ont été remis à plus tard. En particulier, l'affectation de locaux du bâtiment historique à des personnes valides utilisant des kitchenettes privatives n'est plus adaptée au profil de population accueillie. Il est également prévu de réintégrer les personnes handicapées de l'unité St Joseph dans la propriété de l'EHPAD.

La mission relève que l'installation de l'unité St Joseph dans des locaux distincts et loués depuis 2009, constituait à l'époque selon la directrice une opportunité dont il est désormais admis qu'elle est onéreuse (loyer) et difficile à gérer en raison de son éloignement;

Des informations très contradictoires sur le degré d'avancement de ce projet en cours ont été communiquées aux inspecteurs : en tout état de cause ce programme estimé à 8,5M€ qui alourdira la charge de l'emprunt pour la structure devra être approuvé par les autorités de tarification et en particulier, le cas échéant, dans le cadre d'un PRI au niveau de l'ARS.

Accessibilité:

La circulation horizontale est aisée, y compris pour les personnes en fauteuil roulant. Les couloirs, sanitaires et locaux collectifs sont accessibles. La circulation verticale est facilitée par un ascenseur.

Des systèmes d'aide à la prévention des chutes sont présents dans les espaces de circulation: mains courantes dans les couloirs.

L'accessibilité des fenêtres et portes est différente selon les lieux de vie.

- Dans le cantou, les ouvertures ne sont pas accessibles aux résidents, un système de code permet l'ouverture de la porte d'entrée.
- Pour les résidents des Quatre Saisons, pris en charge au Cantou lors de l'inspection, il n'y a pas de système de sécurité particulier, ils peuvent aisément accéder au reste de l'EHPAD ou à la sortie depuis leur chambre. En revanche ils ne peuvent accéder ou sortir du Cantou qu'avec l'aide d'un personnel (code).
- Pour Le Méridien, les résidents ont accès à leur fenêtre ou porte fenêtre. Lors de la visite, les membres de l'inspection ont constaté que l'accès à sa porte fenêtre pour un résident se faisait en passant par un escabeau instable. (chambre 100)
- Pour les résidents du Jardin des Fontaines, censés être plus autonomes, l'accès aux portes et fenêtres est libre, les logements sont de plain pied. Pour accéder aux appartements existe une marche, non franchissable par une personne en fauteuil roulant ou en déambulateur sans aide extérieure. Le jour de la visite, une résidente du Jardin des Fontaines utilisait un déambulateur et ne pouvait donc pas sortir ou entrer seule dans son logement.
- A Saint Joseph, les fenêtres sont accessibles mais adaptées aux résidents présents.

Préconisation n°20 : Garantir la stabilité des dispositifs provisoires d'accès aux ouvertures.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| <p>REPONSES DE L'ETABLISSEMENT</p> | <p>CONCLUSIONS DE L'INSPECTION</p> |
|--|---|
| <p>PRÉCONISATION N°20 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 20 maintenue</p> |

3.5.2 Sécurité

3.5.3 Sécurité incendie

La dernière visite de la commission contre les risques d'incendie et de panique date du 19 avril 2013. Cette visite était motivée par le réaménagement de la nouvelle entrée de l'établissement. La commission de sécurité a émis un avis favorable à l'ouverture au public de l'établissement.

La directrice a indiqué que les travaux de rénovation du bâtiment "historique" du Méridien avaient pour finalité une mise aux normes en matière de sécurité: la mission s'étonne de ne pas trouver trace de ce défaut de conformité dans la visite de la commission de sécurité.

Demande n° 20 : Transmettre les documents attestant de la nécessité de mise aux normes de l'établissement

Autorisation de fumer :

Le règlement de fonctionnement de l'établissement ne précise rien sur ce point dans les chambres, ni n'interdit formellement de fumer dans les lits, conformément à la circulaire DGAS du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médicaux sociaux [...]. Le règlement de fonctionnement de l'établissement et le règlement intérieur du personnel d'avril 2014 ne rappellent pas l'interdiction de fumer dans l'établissement.

Prescription n° 22 : rappeler à l'attention de l'ensemble des personnels et des résidents l'interdiction de fumer dans l'établissement, (article R 3511-1 du Code de la Santé Publique)

Le rapport d'évaluation externe de 2014, précise que des formations existent sur les risques incendie par des organismes extérieurs. Néanmoins, aucune formation de ce type n'apparaît en 2014 dans le document formation personnel 2014. (voir Prescription)

Le rapport d'évaluation externe de 2014, précise également que des exercices incendies ont lieu avec le personnel. Aucun bilan-compte-rendu d'évacuation, avec propositions d'actions correctrices éventuelles n'est disponible.

Prescription n° 23 : Des exercices d'évacuation et des essais périodiques des matériels doivent avoir lieu au moins tous les 6 mois et concerner l'ensemble du personnel, de jour comme de nuit, en assurant les retours d'information et de pratiques (article R4227-39 du code du travail)

Le rapport d'évaluation externe de 2014 relevait l'absence de procédure de conduite à tenir en cas d'incendie, notamment, la nuit à la Palmeraie et préconisait de prendre une décision sur l'intérêt de mettre en place des exercices incendie pour les bénéficiaires. A ce jour cette procédure n'existe pas;

Prescription n° 24 : Conduire sans délai une réflexion sur la conduite à tenir en cas d'incendie au Cantou

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>DEMANDE N°20 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°3 : Gestions budgétaire et financière. Partie N°2».</p> <p>PRESCRIPTION N°22 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>PRESCRIPTION N°23 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>PRESCRIPTION N°24 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> | <p>Absence de réponse : la preuve de la nécessité d'exécution des travaux n'est pas apportée. Ce défaut est à mettre en lien avec l'absence de production des projets d'investissement</p> <p>Prescription n° 22 maintenue</p> <p>La mission prend acte des documents transmis qui ne lui avaient pas été remis lors de sa demande initiale</p> <p>Prescription n° 23 levée</p> <p>Prescription n° 24 maintenue</p> |

3.5.4 Sécurité sanitaire

3.5.4.1 Légionelles

Le rapport d'évaluation externe relevait "Une analyse annuelle est réalisée par un organisme indépendant sur tous les établissements (production d'eau chaude, points défavorisés, potabilité, et sur le réseau d'eau froide...)".

Un carnet sanitaire a été mis en place.

Un détartrage et une désinfection de tous les flexibles de douches, les pommeaux et les brise jets est réalisé tous les 6 mois. Ces éléments sont tracés sur le document prévu à cet effet. Tous les jours des relevés de température sont réalisés à différents points et tracés dans le carnet sanitaire.

Tous les 3 jours, des purges sont réalisées sur les lieux de vie non utilisés et points critiques identifiés".

Il n'existe pas de procédure portant sur la conduite à tenir en cas de taux anormalement élevés de légionelles ni sur la conduite à tenir en cas de légionellose

Prescription n° 25 : En cas de contamination, l'établissement doit prendre sans délai les mesures correctives nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers (arrêté du 01/02/2010).

Prescription n° 26 : Un protocole d'actions en cas de contamination de l'eau par des légionelles doit être mis en place

Le protocole doit préciser en fonction des concentrations en *Legionella pneumophila* observées (circulaires du 28/10/2005 et du 21/12/2010) :

- les actions de sécurisation des résidents,
- l'étude environnementale pour affiner l'étendue de la contamination et déterminer les causes de cette contamination,
- le détail des actions curatives (chocs thermiques ou chimiques, détartrage/désinfection des points d'usage, ...) et correctives (suppression de bras morts, augmentation de température de départ, ...) choisies,
- l'information des services, personnels et résidents concernés,

Les opérations de contrôle de l'efficacité des différentes actions (48 à 72h après la fin du traitement choc et 3 à 4 semaines après).

3.5.4.2 DASRI

Une convention existe avec un collecteur spécialisé.

4. PRISE EN CHARGE

4.1 Organisation de la prise en charge

4.1.1 Admission

Il n'existe pas de procédure formalisée d'admission; l'évaluation externe préconisait pourtant déjà de la créer. La procédure est sommairement décrite dans le règlement de fonctionnement :

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>PRESCRIPTION N°25 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°26 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Prescription n° 25 maintenue</p> <p>Prescription n° 26 maintenue:</p> |

- Le médecin coordonnateur ou l'infirmière coordinatrice étudient les demandes d'admission.
- Dans un 1^{er} temps une plaquette d'information est remise et une visite de l'établissement proposée. L'évaluation des besoins est réalisée avec l'étude de l'adéquation de l'état de la personne âgée à la structure et de l'unité d'affectation possible.
- Ensuite l'infirmière coordinatrice appelle la famille, la rencontre et organise une nouvelle visite dans l'établissement avec ou sans la personne âgée.
- Il est à noter que le rf prévoit une période d'essai de un mois.
- Une diététicienne intervient les mardis et mercredis après midi et voit systématiquement les personnes âgées lors de leur admission;
- La psychologue rencontre tous les nouveaux arrivants pour procéder à une évaluation cognitive.

Préconisation n°21 : Rédiger une procédure d'admission des nouveaux résidents:

- en distinguant les résidents pris en charge à l'unité St Joseph et dans le reste de l'établissement
- qui précisera au minimum les éléments constitutifs du dossier de pré-admission, les modalités d'examen en commission d'admission et la composition de celle-ci, les modalités de diffusion des conclusions

4.1.1.1 Contrat de séjour

Un modèle de contrat de séjour unique existe même si les résidents sont pris en charge par l'unité St Joseph. Les contrats ont été retrouvés dans l'échantillon de dossiers examinés à l'exception de Mme R; qui était prise en charge en accueil de jour.

Le contrat évoque la possibilité de transfert suivant les modalités suivantes :

| | | |
|-----------------------------|---|--------------|
| 1 ^{er} MERIDIEN | → | PALMERAIE |
| | ↘ | SAINT JOSEPH |
| 2 ^o PALMERAIE | → | MERIDIEN |
| | ↘ | ST JOSEPH |
| 3 ^o SAINT JOSEPH | → | MERIDIEN |
| | ↘ | PALMERAIE |

Compte tenu des spécificités de prise en charge des unités mentionnées ces options d'orientations, au demeurant non assorties de critères un tant soit peu objectifs sont tout à fait inadaptées.

De plus en cas de refus la direction se réserve le droit de résilier le contrat dans la quinzaine civile entamée ce qui constitue également un avantage déséquilibré au profit de l'établissement.

Le dossier de Mme M stipule (article 11 du règlement intérieur) que l'entretien de la chambre est à la charge du résident : si les résidents en particulier à l'unité St Joseph peuvent être incités à s'investir dans l'entretien courant de leur logement il est en revanche exclu compte tenu du mode de tarification EHPAD que l'établissement ne rende pas le service d'entretien;

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>PRÉCONISATION N°21 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 21 maintenue</p> |

Il est également mentionné dans le règlement une facturation postérieure au décès : la mission rappelle les dispositions de l'article L314-10-1 du Casf qui prohibent toute facturation de ce type

L'échantillon de dossiers examiné a également permis de noter

- Absence d'état des lieux d'entrée ou de sortie en annexe des contrats alors que cet élément conditionne le remboursement de la caution de 1 200€ facturée à l'entrée.
- Présence irrégulière du code carte bleue d'un résident
- Contrat surchargé de mentions manuscrites relatives au tarif
- Le contrat (Cf : Dossier K) peut être résilié pour toute raison jugée valable par la direction, ce qui constitue un avantage exorbitant pour la structure
- Absence d'information relative aux prestations obligatoires ou facultatives offertes par l'établissement en plus de l'hébergement proprement dit
- Absence de mention de la part de ressources que l'établissement est tenu de reverser mensuellement aux bénéficiaires de l'aide sociale
- Le contrat fait référence aux dispositions de l'article 14 du règlement "intérieur"³⁵, article qui n'existe pas. °

Prescription n° 27 : Revoir les modalités de transfert entre unités afin de respecter leur vocation et les conditions de l'autorisation.

Prescription n° 28 : L'établissement ne doit détenir aucun code de carte bancaire de résident

Prescription n° 29 : Le modèle de contrat de séjour doit être revu en tenant compte des observations ci-dessus et en se référant aux dispositions des articles L342 et suivants et D311-0-1 du CASF

4.1.1.2 Livret d'accueil

Le livret présente succinctement les conditions d'accueil dans l'établissement. Il appelle les observations suivantes :

L'information relative au tarif comporte la mention : *"La restauration n'est pas comprise dans le prix de journée."* Cette mention contrevient aux règles de tarification fixées par l'article R314 162 du Casf qui prévoit : "

Le budget des établissements est présenté par section d'imputation tarifaire correspondant à chacun des trois tarifs journaliers des prestations mentionnés à l'article R. 314-158. Les charges et les produits de chaque section d'imputation sont arrêtés séparément et comprennent :

I.-Pour la section d'imputation tarifaire afférente à l'hébergement :

1° En charges : a) Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale....

³⁵ il s'agit en réalité du règlement de fonctionnement

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>PRESCRIPTION N°27 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°28 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°29 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Prescription n° 27 maintenue</p> <p>Prescription n° 28 : maintenue</p> <p>Prescription n° 29 maintenue</p> |

4.1.2 Coordination des professionnels pour la prise en charge

4.1.2.1 Le médecin coordinateur

Le rapport d'inspection d'octobre 2011 constatait la vacance du poste depuis fin février 2011 du poste de médecin coordinateur. Ce poste est occupé depuis le 1^{er} juin 2012. Le médecin coordinateur est titulaire d'un D.U. de Gériatrie et de Gériatrie.

Son intervention était de 6 heures hebdomadaires selon le contrat de travail à durée déterminée. , Par avenant n° 1 elle a été portée à compter du 1er juin 2012 à 30 heures mensuelles mais ce contrat a expiré le 31 mai 2015 et il n'en a pas été produit de nouveau.

Le temps de présence théorique réglementaire du médecin coordonnateur est de 0,6 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places. (casf Article D. 312-156 du CASF).. Le temps financé est de 0,5 ETP

Il exerce en libéral dans la maison médicale proche de l'EPHAD. Il suivrait le mardi matin en tant que médecin traitant 25 résidents de l'EPHAD.

Le médecin coordinateur est présent le jeudi de 8 à 13h dans son rôle de coordination, il participe également à la réunion interservices du mardi de 11 à 12h. Le médecin concède néanmoins consacrer parfois une partie du jeudi matin pour visiter des résidents qu'il n'aurait pas eu le temps de voir le mardi dans le cadre de ses activités libérales, ce qui a été confirmé par le personnel soignant.

Le projet général de soins n'a pas été élaboré. Malgré la présence d'un médecin coordonnateur depuis le 1^{er} juin 2012, le projet d'établissement 2014-2018 précise que la formalisation du projet de soins est seulement prévue à échéance 2018.

Prescription n° 30 : Le temps de travail réel du médecin coordinateur doit correspondre au temps financé. Le docteur P [REDACTED] doit consacrer la totalité de celui-ci à l'accomplissement de ses missions contractuelles à l'exclusion des prises en charge à titre libéral.

Prescription n° 31 : Renouveler le contrat du MEDEC

Prescription n° 32 : Le médecin coordinateur doit élaborer avec la direction, le cadre de santé, les infirmiers et les professionnels libéraux le projet de soins.

4.1.2.2 Infirmière coordinatrice

Le rapport d'inspection d'octobre 2011 constatait que le poste était vacant depuis mars 2011. Ce poste est actuellement occupé depuis novembre 2011.

Cette activité est exercée du lundi au vendredi 9h-17h.

- Périmètre de responsabilité:

La fiche de poste de l'infirmière coordinatrice indique qu'elle dépend hiérarchiquement de la directrice et fonctionnellement du médecin coordinateur. La fiche mentionne également des "relations interpersonnelles " mais sans autorité hiérarchique sur quiconque.

L'infirmière coordinatrice intervient avec le médecin coordinateur dans la gestion de la qualité en rédigeant et signant les procédures. Elle intervient également avec le médecin coordinateur lors de l'admission des nouveaux résidents.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>PRESCRIPTION N° 30 : Le médecin s'engage à réaliser son temps financé et consacrer uniquement son activité de coordination.</p> <p>PRESCRIPTION N° 31 : « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge».</p> <p>PRESCRIPTION N° 32 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> | <p>Il appartient à l'employeur de vérifier l'effectivité de cet engagement Prescription n°30 maintenue.</p> <p>Un nouveau contrat a été conclu mais il n'est pas transmis au conseil de l'ordre Prescription n°31 maintenue</p> <p>Prescription n° 32 maintenue:</p> |

Par contre son rôle dans l'organisation des soins n'est pas optimale : elle ne gère pas l'ensemble des plannings, n'anime aucune réunion de service, et un aide soignant référent réalise une grande partie des missions qui relèvent de sa fiche de poste.

Il n'est pas fait mention de son rôle dans l'élaboration du projet d'établissement ni en termes de diffusion des bonnes pratiques. Son activité n'est pas mentionnée comme sectorisée alors que selon les entretiens elle n'intervient que sur Le Méridien. Elle n'élaborerait que les plannings de jour du Méridien. Son management de l'équipe de soin en particulier par l'organisation de réunions d'équipe n'apparaît pas.

Par ailleurs les responsabilités concurrentes de l'aide soignant référent qui supervise l'organisation des aides soignants et de l'infirmière dédiée de l'Unité St Joseph limitent son rôle.

Compte tenu de ces éléments la mission conclut à une absence de coordination et de supervision des soins;

Préconisation n°22 : Positionner sans ambiguïté l'infirmière coordinatrice comme responsable de la prise en charge soignante, en coordination avec le Medec

4.1.2.3 Les infirmières

- Effectifs infirmiers
 - Pour les unités du Méridien, de La Palmeraie et du Jardin Des Fontaines : 5 IDE à temps plein interviennent. 2 autres IDE à mi-temps interviennent pour les remplacements.
 - une infirmière à 0,8 Etp serait dédiée à St Joseph
- Horaires des infirmiers:
 - 2 IDE : 7h – 19h :
 - 2 IDE 8h – 20h :
 - 1 IDE 8h30 – 16h 30
- Les plannings. Voir point 2.1.2.1.
- Organisation :

Il n'y a pas de réunions entre professionnels de santé de l'établissement, ni avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement.

Les transmissions d'informations formalisées se font via le logiciel Netsoins.

Une transmission orale est faite matin et soir entre infirmiers et soignants de nuit

Une relève orale intervient à 14h entre infirmiers et aides soignants.

Préconisation n°23 : prévoir des réunions d'équipe entre personnel de santé de l'établissement, autour du résident mais également pour échanger sur les pratiques.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>PRÉCONISATION N°22 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>PRESCRIPTION N° 23 : Réalisation de deux réunions par an avec les professionnels de santé « Commission Gériatrique » : Date de la 1^{er} réunion le 28/04/16</p> <p>L'évaluation des pratiques professionnelles sera réalisée après la réécriture des différentes fiches de postes.</p> | <p>Préconisation n° 22 maintenue</p> <p>La réponse est en décalage avec la prescription n° 23 qui demandait des temps de réflexion en interne. l'association de médecins intervenants est bienvenue mais insuffisante</p> <p>Prescription n° 23 maintenue</p> <p>La mission ne faisait pas référence à l'évaluation des personnels mais à des échanges sur les pratiques. L'incompréhension constatée interroge ;</p> |

4.1.2.4 Le référent aide soignant

Le référent est placé sous l'autorité seulement fonctionnelle de l'infirmière coordinatrice : Il travaille dans la structure depuis 2010, et assure la fonction d'aide soignant référent depuis 2013 à la demande de l'IDEC afin de l'appuyer devant la charge de travail. Il accueille et forme les aides soignants et les AMP embauchés ainsi que les aides soignants vacataires. Cette interface supplémentaire peut être un frein à la coordination par l'IDEC de l'équipe soignante dans son ensemble.

Préconisation n°24 : Repenser l'encadrement de l'équipe soignante en rééquilibrant les compétences au profit de l'infirmière coordinatrice ;

↳ Conclusion

Les missions de médecin coordinateur ne sont pas pleinement remplies par manque de temps consacré à cette activité. Le positionnement de l'infirmière coordinatrice n'est pas clair avec l'intervention d'autres acteurs : l'infirmière de l'Unité St Joseph pour la gestion des plannings infirmier et le référent AS pour l'interface de l'équipe AS et AMP. Il en découle, également par l'absence de réunion un déficit dans l'animation de cette équipe des soignants

4.2 Respect des droits des personnes

4.2.1 Familles proches

Selon le projet d'établissement, les familles participent aux "instances internes de régulation"³⁶ : conseil de la vie sociale³⁷ et enquêtes annuelles de satisfaction. Pour la dernière enquête le taux de réponse était de 56% ; Les motifs d'insatisfaction relevés sont les suivants :

- Accueil : absence de visite de l'établissement avant l'entrée, absence d'entretien avec la direction avant/durant l'entrée.
- Soins : Irrégularité du temps de réponse à l'appel malade, Non-respect des attentes du résident (fréquence des douches, toilettes, etc.), Inadaptation des douches (risque de chute).
- Sécurité : Pavillons "Jardins des Fontaines" non sécurisés, accessibilité "pénible", problème de vol dans les studios.
- Restauration : Régimes des résidents non respectés.
- Cadre de vie : température trop basse des studios et salles de bain, manque de signalétique pour s'orienter sur le site.
- Hygiène des locaux : entretien des studios irrégulier, réalisé en l'absence des résidents, déplacement d'objets.
- Animation : besoin d'impliquer davantage le personnel soignant dans les animations.
- Impressions générales : manque d'information et de communication auprès des résidents, manque de communication entre les services.

³⁶ Projet d'établissement 2014-2018, p. 45.

³⁷ Voir au point 1;3;3;

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>PRÉCONISATION N°24 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 24 maintenue:</p> |

Le projet d'établissement prévoit que les familles et les proches soient consultés sur les habitudes de vie du résident par l'aide-soignant référent lors de l'élaboration du projet personnalisé. Il est important de rappeler que le projet personnalisé doit être élaboré en équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel y intervient selon son champ de compétences pour déterminer au mieux l'accompagnement proposé au nouveau résident. Celui-ci est réévalué périodiquement, en cas de changement de la prise en charge le résident et/ou ses proches doivent en être informés.

Les modalités concrètes d'accompagnement et de prise en charge des résidents par unité n'apparaissent pas dans le livret d'accueil et le contrat de séjour.

L'information aux familles ou aux proches n'est pas formalisée. Elle s'opère, selon la directrice, par voie d'affichage. Aucune rencontre annuelle n'est prévue dans le projet d'établissement avec les familles. Par ailleurs, aucune information concernant les travaux réalisés ou l'organisation d'événements pouvant associer les familles, n'est identifiable à l'accueil de l'établissement.

L'information aux familles ou aux proches n'est pas formalisée. Elle s'opère, selon la directrice, par voie d'affichage. Aucune rencontre annuelle n'est prévue dans le projet d'établissement avec les familles.

Préconisation n°25 : : Il est conseillé d'associer les familles et les proches à la démarche d'accompagnement des résidents, notamment lors de l'accueil du résident, de la rédaction et de la réévaluation du projet personnalisé, et dans la vie de tous les jours.

Prescription n° 33 : : Les modalités pour informer la famille ou les proches des projets de l'établissement doivent être définies tout comme celles concernant une modification de la prise en charge de la personne accueillie.

4.2.2 Contentions

Il n'existe pas de procédure relative à la contention.

La contention est réalisée sur prescription médicale. Il n'a pas été consulté de dossier de patient faisant l'objet d'une mesure de contention qui aurait pu permettre d'apprécier notamment la surveillance. Au décours des entretiens, il n'apparaît pas d'arrêt ou de prolongement de la contention validés par une prescription médicale motivée, toutes les 24 heures.

Préconisation n°26 : réaliser une procédure relative à la contention chez la personne âgée au regard des travaux de la Haute Autorité de santé (HAS)

Injonction n°3 : réévaluer toutes les 24 heures d'une contention, avec, en cas de prolongement de celle-ci l'édition d'une nouvelle prescription médicale motivée jointe au dossier

4.3 Vie quotidienne: Alimentation

Intervention d'une diététicienne les mardis et mercredis après midi qui voit systématiquement les personnes âgées.

Prescription médicale d'un régime par le logiciel NETSOINS

Pour les personnes âgées à risque (dénutrition, déshydratation) un suivi est réalisé à l'aide d'une fiche alimentaire sur format papier sur 3 jours.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRÉCONISATION N°25 : L'intégration et l'association des familles seront prises en compte dans la dans la procédure d'admission et le projet de soins personnalisé de chaque résident. <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRÉCONISATION N°26 : La procédure relative à la contention des personnes âgées est en cours d'écriture par le médecin coordonnateur.</p> <p>INJONCTION N°2 : Les contentions seront réévaluées toutes les 24 heures par le personnel infirmier. Le logiciel NETSOINS permet l'enregistrement et le suivi des prescriptions de contentions dans le plan de soins du résident. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge».</p> <p>PRESCRIPTION N°33 : Les modalités pour informer les familles et les proches des résidents seront revues dans le processus d'admission, dans le projet de soins personnalisé et dans le projet d'établissement. <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 25 maintenue en attente de sa réalisation effective.</p> <p>Préconisation n°26 : maintenue en attente de sa réalisation effective.</p> <p>La mission note que la prescription fournie en pièce jointe mentionne une contention valable un an qui exclut une réévaluation de la nécessité de la contention De plus la réévaluation par du persnnel infirmier contrevient à la nécessité d'un jugement clinique et d'une prescription médicale motivée, le tout dans le cadre d'une collaboration étroite entre médecins et équipe soignante</p> <p>Injonction n°2 :° maintenue</p> <p>Prescription n° 33: maintenue</p> |

A l'entrée mesure du poids de la taille et de l'IMC.

Lors de l'inspection, période de fortes chaleurs, il y avait des messages préventifs sur écran placé à l'accueil, et sur des affichettes placées en divers endroits.

Les personnes âgées croisées avaient un verre d'eau à proximité.

4.4 Soins et accompagnement

4.4.1 Projet d'accueil et d'accompagnement

Selon les déclarations recueillies ce projet est enregistré sur Netsoins ; il a été constaté un enregistrement des habitudes de vie des personnes lors de l'admission les résidents qui sont rencontrés par l'aide soignant qui formalise les données. Il n'apparaît pas en revanche de plan concret de compensation et de prise en charge

Prescription n° 34 : Elaborer un projet personnalisé en fonction des éléments recueillis lors de l'admission. Le réévaluer périodiquement (art D311 Casf notamment)

4.4.2 Personnels affectés aux soins

(Voir supra)

4.4.3 Organisation et dispensation des soins

Le projet général de soins n'a pas été élaboré malgré la présence d'un médecin coordonateur depuis le 1^{er} juin 2012. Le projet d'établissement 2014-2018 précise que la formalisation du projet de soins est seulement prévue à échéance 2018.

Aucun rapport annuel d'activité médicale n'est établi.

Le dossier des patients est informatisé. Le logiciel utilisé est NETSOINS.

Lors de l'inspection du 20 octobre 2011, il était noté que le logiciel de gestion des soins et du dossier médical était quasiment inutilisé. L'ensemble du personnel aurait été formé depuis à ce logiciel.

Il est actuellement utilisé par l'ensemble des équipes. Il sert également d'outil de transmission d'informations.

L'analyse a consisté en l'examen de sept dossiers médicaux informatisés³⁸:

Dans le dossier informatisé, la partie projet personnalisé recueille les items : Histoire de vie, Hébergement, Déplacement, Lever/coucher, Hygiène corporelle, Alimentation, Menus, Elimination, Centre d'intérêts, Risque et Commentaires.

Sur les 7 dossiers examinés par le médecin deux champs n'ont jamais été complétés "transfusion", "allergie"

L'analyse des dossiers montre qu'ils sont bien renseignés dans l'ensemble.

Le dossier médical est également renseigné par les médecins libéraux

Prescription n° 35 : Elaborer un projet de soins et rédiger un rapport médical conformément à la réglementation

- ³⁸ trois pris au hasard dans l'unité centrale "le méridien", 1 par étages;
- un pris au hasard dans l'unité "Saint Joseph";
- Et les trois dossiers de l'unité "les 4 saisons".

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>PRESCRIPTION N°34 : Réunion avec le personnel soignant pour déterminer les modalités de mise en place du projet personnalisé lors de l'admission des résidents. <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> <p>PRESCRIPTION N°35 : Le projet de soins, ainsi que la rédaction du rapport médical sera réalisé pour le 30/04/16.</p> | <p>Préconisation n° 34 maintenue</p> <p>Prescription n° 35 maintenue</p> |

4.4.4 Circuit du médicament

4.4.4.1 Prescriptions.

Les cinq médecins libéraux de Ruoms interviennent auprès des résidents suivant leur libre-choix. Tous interviennent à tour de rôle un jour différent de la semaine de manière à assurer au quotidien le passage d'un médecin au sein de l'EHPAD.

Parmi eux, le médecin coordonnateur, le docteur P [REDACTED] intervient à titre libéral, pour 25 à 30 résidents le mardi matin.

Par ailleurs une dizaine de résidents sont pris en charge par 3 médecins de Vallon Pont d'Arc.

Contrairement aux dispositions de l'article D312-158 6° du CASF, le médecin coordonnateur n'a pas établi de liste de médicaments à utiliser préférentiellement au sein de l'établissement en collaboration avec les médecins traitants des résidents. Il a déclaré y travailler.

Prescription n° 36 : La liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans l'établissement doit être établie selon les modalités prévues à l'article D312-58 6 du CASF

La prescription est informatisée grâce à l'utilisation du logiciel Net-Soins, auquel est intégré la base de données pharmacologique "Claude Bernard". Le logiciel est utilisé par l'ensemble des prescripteurs avec l'aide d'une IDE pour certains.

L'accès à ce logiciel est protégé (login et mot de passe). Outre le médecin prescripteur ont accès aux prescriptions, les IDE et les pharmaciens d'officine qui peuvent exercer une consultation à distance.

La présentation et les mentions figurant sur les prescriptions sont conformes à la réglementation (articles R5132-3 et R5132-4) du CSP.

A partir de la prescription, le logiciel génère automatiquement un plan de traitement, ce qui préserve de tout recopiage manuel.

La prescription de stupéfiants se fait sur ordonnance sécurisée.

La règle générale veut que toute modification de traitement fasse l'objet d'une nouvelle prescription. Néanmoins, un problème se pose avec les anti-coagulants. Si la posologie doit être modifiée consécutivement à des résultats d'analyses de biologie médicale, l'infirmier contacte téléphoniquement le médecin traitant qui donne un accord oral. L'infirmière se réfère alors au classeur des protocoles nominatifs des anti-coagulants pour adapter la posologie. Néanmoins, la prescription n'est pas régularisée a posteriori.

Prescription n° 37 : La mise à disposition d'un classeur de protocoles nominatifs ne dispense pas de la rédaction d'une nouvelle prescription, d'autant plus que la plupart des anti-coagulants sont inscrits sur la liste I des substances vénéneuses. Une nouvelle prescription doit être rédigée.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>PRESCRIPTION N°36 : Une liste de médicaments à utiliser préférentiellement sera soumise à l'approbation des médecins intervenants lors de la « Commission Gériatrique » du 28/04/16. Un guide de prescription des agents anti infectieux a déjà été rédigé et mis à disposition des médecins.</p> <p>PRESCRIPTION N°37 : A chaque passage des médecins intervenants, une régularisation des prescriptions des anticoagulants est réalisée (à minima 1 fois /semaine).</p> | <p>Prescription n° 36 maintenue en attente de la réalisation effective de la liste, de sa présentation et de sa validation par la Commission gériatrique.</p> <p>Noté. Toutefois la régularisation de la prescription ne se faisant donc généralement que plusieurs jours après le changement de posologie, on ne peut se contenter d'un simple accord oral, dépourvu de toute traçabilité, dans l'attente de cette régularisation. Il doit être demandé aux médecins de confirmer sans délai leur accord, par tout moyen à leur convenance (mail, fax...) en attente de la régularisation formelle de la prescription.</p> <p>Prescription n° 37 maintenue</p> |

Concernant l'administration des traitements et dans le cadre des dispositions de l'article L313-26 du CASF, le libellé de l'ordonnance ne permet pas de différencier si l'administration des médicaments est considéré comme une aide à la prise (acte de la vie courante) ou comme acte de soin (intervention obligatoire d'un auxiliaire médical)

Prescription n° 38 : Dans les cas où le prescripteur considère que l'administration des médicaments relève d'un acte de soin, mention expresse doit en être portée sur la prescription.

4.4.4.2 Dispensation par les pharmaciens d'officine

Les résidents de l'EHPAD sont approvisionnés par les deux pharmacies de RUOMS:

-Pharmacie L'Herminier, 10 place du général de Gaule (environ 75% des résidents)

-Pharmacie Lagerge, 2 ru A. Daudet (environ 25% des résidents)

Le respect du libre choix du résident ou de sa famille est assuré et le recueil du choix est formalisé.

Des conventions datées de 2013 ont été établies avec les pharmaciens: l'une est signée (L'██████████), l'autre n'est ni signée, ni datée (Dossier L'██████████)

Demande n° 21 : préciser si les deux conventions avec les pharmacies ont été effectivement signées.

Demande n° 22 : indiquer si elles ont été transmises au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (art R4235-60 du C.S.P.)

Les 2 pharmaciens ont été désignés comme "pharmacien référent" de l'établissement. Or, l'article L5126-6-1 prévoit qu'il peut y avoir plusieurs pharmaciens fournisseurs mais un seul pharmacien référent.

Prescription n° 39 : La situation doit être régularisée en ne désignant qu'un seul pharmacien référent.

La délivrance des médicaments se fait grâce à la consultation des prescriptions via Net-Soins.

A priori, le rôle des pharmaciens se limite actuellement à la stricte délivrance des produits, les pharmaciens n'interviennent pas directement ou indirectement dans l'EHPAD afin de satisfaire aux obligations prévues aux articles 2 à 8 de la Convention portant désignation du pharmacien référent.

Prescription n° 40 : Si les conventions sont effectivement signées les articles 2 à 8 de la Convention portant désignation du pharmacien référent devront être satisfaits par celui qui aura été désigné.

Demande n° 23 : Préciser si les pharmaciens d'officine ont mis en place des dossiers pharmaceutiques avec l'accord individuel de chaque résident dans le but de favoriser la coordination, la qualité, la sécurité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments (art L1111-23 du CSP.)

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>PRESCRIPTION N°38 : Point à traité lors de la commission gériatrique du 28/04/16.</p> | <p>Prescription n° 38 maintenue en attente du traitement de ce point et de la conclusion de la commission gériatrique.</p> |
| <p>PRESCRIPTION N°39 : La désignation d'un pharmacien référent pose un problème de confraternité et déontologie qui ne sera résolu qu'après une nouvelle concertation avec les pharmaciens intervenants dans l'établissement. Proposition de désignation d'un pharmacien référent lors de la Commission gériatrique du 28/04/16.</p> | <p>Prescription n° 39 maintenue en attente de la décision de la commission gériatrique.</p> |
| <p>DEMANDE N°21 : Les deux conventions avec les pharmacies sont signées mais n'ont pas été envoyé au Conseil Régional de l'ordre des Pharmaciens. Il nous semble préférable d'attendre la nomination du pharmacien référent avant de transmettre ce document au Conseil Régional de l'ordre des Pharmaciens. <i>« Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge ».</i></p> | <p>Les deux conventions ayant été signées, il convient de les faire parvenir sans délai au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, conformément à la réglementation, ce qui n'empêchera pas de les modifier après la nomination du pharmacien référent. Une nouvelle transmission à l'Ordre devra donc être effectuée.</p> |
| <p>DEMANDE N°22 : La convention sera transmise au Conseil Régional de l'ordre des Pharmaciens après nomination du Pharmaciens référent.</p> | <p>Cf réponse ci-dessus.</p> |
| <p>DEMANDE N°23 : Les pharmaciens via le logiciel NETSOINS ont accès à distance, depuis leurs officines via internet aux dossiers médicaux des résidents. Les résidents signent l'accord avec la pharmacie pour la préparation des médicaments.</p> | <p>Réponse sans aucun rapport avec le sujet. Il convient de vous reporter aux dispositions de l'article L1111-23 du C.S.P. et de traiter cette question avec les pharmaciens dispensateurs.</p> |
| <p>PRESCRIPTION N°40 : Voir réponse Prescription N°39 ci-dessus.</p> | <p>Prescription n° 40 maintenue en attente de la nomination d'un pharmacien référent.</p> |

En cas de retrait de lot, l'établissement est informé par fax par les pharmaciens d'officine.

Les pharmaciens préparent les doses à administrer avec le système "MEDISSIMO" pour les médicaments divisés en prises (sauf pour les anticoagulants et les médicaments "si besoin"). Ceux-ci sont livrés dans un grand sachet individuel en plastique blanc et scellé "MEDISSIMO". Chaque plaquette "MEDISSIMO" est étiquetée

L'étiquetage de ce sachet comporte le nom du résident, sa localisation géographique dans l'EHPAD, le nom du médecin, la date de la prescription, le nom du pharmacien dispensateur.

Les médicaments non divisés en prise sont également livrés dans le sachet "MEDISSIMO". Chaque boîte est étiquetée au nom du résident.

Les médicaments sont remis en main propre à du personnel habilité (IDE) dans le local des IDE.

Ils sont livrés mensuellement par roulement le jeudi, pour environ 25% des résidents chaque jeudi, pour une période d'un mois (sauf traitements intermédiaires).

Chaque vendredi, la réalisation correcte des plaquettes par les pharmaciens est vérifiée par une IDE, Mme A. [REDACTED], employée 48 heures par mois. Après vérification, elle constitue les 4 liasses de plaquettes de médicaments par résident (matin, midi, soir, nuit) et les positionne dans le chariot de médicaments.

La "mise en service" de chaque livraison débute le lundi pour une période de 4 semaines.

En dehors des heures d'ouverture des pharmacies (les nuits et la période du samedi midi au lundi matin), aucune procédure n'est prévue pour l'approvisionnement en médicaments urgents qui ne seraient pas en stock.

Préconisation n°27 : Une procédure pour l'approvisionnement en médicaments urgents en dehors des heures d'ouverture des officines doit être rédigée.

4.4.4.3 Préparation des doses à administrer par le pharmacien d'officine.

Les pharmaciens d'officine pratiquent la préparation des doses à administrer pour les médicaments divisés en unités de prise selon le système MEDISSIMO. Les préparations sont réalisées dans l'une ou l'autre des officines, a priori par un pharmacien ou par un préparateur en pharmacie sous le contrôle d'un pharmacien.

Des plaquettes sont préparées pour une période d'un mois, pour chaque spécialité pharmaceutique et pour chaque période de prise (matin-midi-soir) les pharmaciens ayant accès depuis leur officine à la partie pharmaceutique du logiciel NET-SOINS.

L'étiquetage de chaque plaquette comporte les mentions suivantes :

- nom et prénom du résident-localisation géographique dans l'EHPAD
- date de l'ordonnance et de sa validation par le pharmacien d'officine
- identité du prescripteur-nom et dosage de la spécialité pharmaceutique
- posologie et période de prise
- date de péremption
- numéro de lot-identification de la pharmacie ayant procédé à la préparation.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| <p>REPONSES DE L'ETABLISSEMENT</p> | <p>CONCLUSIONS DE L'INSPECTION</p> |
|--|---|
| <p>PRÉCONISATION N°27 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 27 maintenue</p> |

4.4.4.4 Détention des médicaments dans l'EHPAD

Les médicaments sont détenus dans des dispositifs fermant à clef (2 chariots et 1 armoire) dans la pièce des IDE au premier étage, les dispositifs médicaux et les bouteilles d'oxygène de secours étant détenus dans une pièce voisine.

L'accès de la pièce des IDE se fait par digicode, néanmoins il s'agit d'une porte vitrée vulnérable à une éventuelle tentative d'effraction.

Préconisation n°28 : La porte vitrée du local de soins doit être remplacée par une porte "pleine" (bois, métal...)

Le regroupement des traitements pour chaque résident se fait essentiellement dans les chariots (un pour le matin, un pour midi-soir-nuit). Les plaquettes MEDISSIMO sont regroupées par liasses, résident par résident. Généralement les "piluliers" comportent la photo d'identité du patient ce qui constitue un élément de sécurisation important (risque d'homonymie; risque de confusion par du personnel nouveau ou intérimaire.). Toutefois, dans certains cas la photo n'existe pas.

Préconisation n°29 : Il convient de systématiser, sans exception, la présence de la photo d'identité sur les piluliers.

Il existe, dans l'armoire, une dotation pour "soins urgents" au sens de l'article L5126-6 du C.S.P, constituée de médicaments d'usage courant (antalgique, constipation...). Toutefois, la liste de ces médicaments n'est ni formalisée ni validée par le médecin coordonnateur. Par ailleurs, celle-ci comportait, notamment un antibiotique par voie orale (Amoxicilline®-Liste I des substances vénéneuses), détenu à l'insu du médecin coordonnateur et ne pouvant être utilisé sans un accord médical par une IDE. Selon les informations recueillies cette dotation serait gérée par l'aide soignant référent ce qui contrevient aux dispositions du code de la santé publique.

Prescription n° 41 : Une liste qualitative et quantitative des médicaments dits "pour soins urgent" doit être établie et validée par le médecin coordonnateur. Le renouvellement des produits utilisés ne peut se faire que sur commande du médecin coordonnateur. Elle ne doit comporter aucune spécialité pharmaceutique pour laquelle une prescription médicale est réglementaire (produits listés notamment).

Les températures du réfrigérateur du Méridien destiné à la détention des médicaments thermolabiles sont régulièrement relevées sans toutefois que l'IDE ayant procédé à leur relevé soit identifiable.

Préconisation n°30 : L'IDE procédant au relevé de température du réfrigérateur pour les médicaments doit être identifiée, a minima par un paraphe.

Le compartiment à glace n'était pas dégivré.

Préconisation n°31 : Il doit être procédé à un dégivrage régulier du réfrigérateur.

Il n'existe aucun relevé de température du réfrigérateur contenant des médicaments à l'antenne St Joseph.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|---|
| <p>PRÉCONISATION N°28 : Demande de devis en cours auprès d'une société pour le remplacement de la porte.</p> <p>PRÉCONISATION N°29 : Les photos sont systématiquement apposées sur les piluliers sauf exception, le refus de signature du droit à l'image par le résident (formulaire signé par le résident ou son représentant légal à son entrée). « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge ».</p> | <p>Cette demande avait déjà été formulée en 2012 Préconisation n° 28 maintenue en attente du changement effectif de la porte.</p> <p>Préconisation n° 29 maintenue. L'apposition de photos sur les piluliers ne relève pas du droit à l'image. Seules les photographies diffusées publiquement en relèvent.</p> |
| <p>PRESCRIPTION N°41 : Liste des médicaments pour soins urgent. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge ».</p> | <p>Prescription n° 41 Levée</p> |
| <p>PRÉCONISATION N°30 : Révision du document de relevé de température. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge ».</p> | <p>Une fiche a été rédigée intégrant le nom du vérificateur Préconisation n° 30 : levée</p> |
| <p>PRÉCONISATION N°31 : Révision en cours du protocole de "gestion de la chaîne du froid des médicaments" <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 31 maintenue,</p> |

Préconisation n°32 : Un relevé journalier des températures du réfrigérateur de l'antenne St Joseph contenant les médicaments doit être effectué.

Les stupéfiants sont détenus dans un petit coffre fermant à clef situé dans l'armoire qui n'était pas fermée à clef à notre arrivée. La clef de ce petit coffre se trouvait dans une cupule en plastique posée dans l'armoire.

Préconisation n°33 : Les conditions de détention de la clef du coffre à stupéfiants doivent être sécurisées. Dans l'idéal, chaque IDE devrait disposer de sa propre clé à garder sur soi.

Les dispositifs médicaux sont détenus dans une armoire fermant par un volet roulant susceptible d'endommager les emballages et donc de porter atteinte à la stérilité des dispositifs lorsqu'ils sont mal rangés (cas constaté ponctuellement lors de la visite).

Préconisation n°34 : Les dispositifs médicaux doivent être entreposés avec un soin particulier afin de ne pas porter atteinte à l'intégrité de leurs emballages

Dans la même pièce, une bouteille d'oxygène n'était pas amarrée par une chaîne ou un dispositif approprié.

Prescription n° 42 : Conformément à la réglementation, tout obus ou bouteille de gaz médicaux doit être amarré.

Le chariot d'urgence, dont la composition, fixée par le médecin coordinateur, est vérifiée mensuellement était "déclippé" le matin de la visite ("reclippé" l'après midi).

Prescription n° 43 : Le chariot d'urgence doit être complété et "reclippé" après toute utilisation.

4.4.4.5 Préparation des médicaments

Ainsi qu'il a déjà été signalé, les médicaments divisés en unité de prise sont préparés dans les officines de pharmacie (système MEDISSIMO) et une vérification est opérée le lendemain de leur livraison avant entreposage dans les charriots de distribution par une IDE.

Les médicaments non divisés en unités de prise (ex: sirops-solutés-collyres) sont administrés et le cas échéant préparés à l'avance par les IDE dans leur local, disposant d'un plan de travail, dans des conditions d'hygiène satisfaisantes. Les noms des résidents et dates d'ouverture des produits sont mentionnés sur le conditionnement des produits. Généralement, ces produits comportent également sur leurs conditionnements, une étiquette éditée et collée à la pharmacie et comportant les mêmes renseignements que les plaquettes MEDISSIMO.

Les documents servant à la préparation des médicaments sont constituées des prescriptions et du plan de traitement édité par le logiciel.

Certains médicaments sont broyés ou écrasés dans des dispositifs à usage unique au moment de leur administration alors qu'il n'existe pas de liste formalisée des spécialités pharmaceutiques ne pouvant être broyées. Le médecin coordonnateur a déclaré y travailler alors qu'il est en poste depuis environ 3 ans. Désormais, il existe des sites informatiques proposant de telles listes (aucune d'entre elle n'ayant toutefois un caractère réglementaire).

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>PRÉCONISATION N°32 : Lors du passage de l'inspection, les relevés de température n'étaient pas affichés sur le réfrigérateur étant donné qu'ils sont enregistrés chaque jour dans le logiciel NETSOINS par les agents. Maintenant, afin d'uniformiser les pratiques, nous mettons en place une fiche d'enregistrement « Feuille de relevé température des frigos dédiés aux médicaments ». Voir réponses aux préconisations N°30 et N°31</p> <p>PRÉCONISATION N°33 : Le coffre est verrouillé et chaque infirmière en poste dispose de la clef.</p> <p>PRÉCONISATION N°34 : Mise en place de bacs de rangement pour les dispositifs médicaux. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge ».</p> <p>PRESCRIPTION N°42 : Arrimage des bouteilles d'oxygène réalisé janvier 2016.</p> <p>PRESCRIPTION N°43 : <i>Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</i></p> | <p>Préconisation n° 32 : levée</p> <p>Préconisation n° 33 levée</p> <p>Préconisation n° 34 : levée</p> <p>Prescription n°42 maintenue</p> <p>Prescription n° 43 maintenue</p> |

Préconisation n°35 : Une liste des spécialités pharmaceutiques ne pouvant être broyées ou écrasées doit être mise à disposition du personnel soignant sans délai.

En cas de changement de traitement en cours de traitement, et sauf pour les anticoagulants à ce jour, une nouvelle ordonnance est théoriquement rédigée et un nouveau plan de traitement édité,

Préconisation n°36 : Vérifier avec l'éditeur du logiciel si une alarme peut être générée par le logiciel en cas de changement de traitement, ce qui constituerait un élément de sécurisation supplémentaire.

4.4.4.6 Distribution-Administration des médicaments

Une anarchie certaine, que le médecin coordonnateur a semblé découvrir au cours de l'entretien avec les inspecteurs, règne quant aux modalités d'administration des médicaments :

- -Administration par des infirmiers au Méridien
- -Administration par des aides soignants ou d'autres catégories de personnel à la Palmeraie ou à St Joseph
- -Distribution systématique par le personnel pour certains résidents.
- -Distribution systématique le matin et le midi seulement pour d'autres auxquels on accorde l'autonomie le soir les considérant ainsi comme dépendants dans la journée, mais autonomes le soir.
- -Pour d'autres encore autonomie par les remises de piluliers, soit pour des périodes de 24h, ou d'une semaine, ou encore d'un mois.

La Distribution-Administration des médicaments repose sur des initiatives du personnel soignant sans véritables critères établis et sans réévaluation systématique en fonction de la dégradation de l'état de santé des résidents, nonobstant le fait que la pluralité des situations génère des risques d'erreurs indéniables.

Injonction 4 : Il doit être mis fin sans délai à la pluralité de mode d'administration des médicaments ne reposant que sur des critères subjectifs et conjoncturels ou de commodité pour le personnel soignant. Seul le médecin coordonnateur doit prendre des décisions individuelles et écrites pour chaque résident. Chaque situation doit être réévaluée périodiquement.

4.4.4.7 Gestion de la qualité

Le système documentaire se réduit à un protocole " circuit du médicament" datant de 2013 qui est en déphasage total avec la situation actuelle, le système MEDISSIMO n'y étant même pas évoqué alors qu'il constitue le socle du circuit du médicament. Aucune autre procédure n'existe.

Prescription n° 44 : Le système documentaire doit être enfin développé en commençant par l'actualisation de la procédure générale du circuit du médicament. Par ailleurs, aucune procédure obsolète ne doit continuer à être mise en circulation.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|--|--|
| <p>PRECONISATION N°35 : Mesures correctives intégrées au PAQ (Plan d'Actions Qualité) de l'établissement.</p> <p>PRÉCONISATION N°36 : Le logiciel permet de vérifier au quotidien les modifications apportées au traitement. Onglet pharmacie sur la page d'accueil. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°4 : Prise en charge ».</p> <p>INJONCTION N° 3—4: L'administration des médicaments sera réalisée par les aides-soignants sous la responsabilité de l'infirmière ou directement par l'infirmière. Exceptions faites, en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur pour deux situations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obligation d'administration par une infirmière pour certains médicaments et certaines situations déterminées, 2) remise de piluliers à la semaine, pour quelques résidents autonomes, sans trouble cognitif patent (ce qui permet une réévaluation régulière de l'observance). <p>PRESCRIPTION N°44 : Une révision de l'ensemble des procédures et protocoles est en cours.</p> | <p>Préconisation n° 35 maintenue, car ne relève pas du PAQ</p> <p>La réponse est en décalage avec la préconisation n°36 maintenue</p> <p>La décision de considérer un patient autonome doit relever du seul médecin coordonnateur ; elle doit être tracée par écrit. La procédure décrite doit faire l'objet d'une procédure écrite, validée par le médecin coordonnateur et communiquée aux intéressés. Injonction 4 maintenue.</p> <p>Prescription 44 maintenue compte tenu du caractère évasif de la réponse.</p> |

Par ailleurs, à ce jour, aucune cartographie des risques du circuit du médicament n'a été établie.

Préconisation n°37 : Une cartographie des risques du circuit du médicament devra être établie dans un délai de six mois.

4.4.5 Locaux de soins installations techniques

La salle de soins infirmier se situe au premier étage du bâtiment Le Méridien, elle est fermée à clef.

Le cabinet médical, et la salle infirmière de relève, situés au même étage sont fermés par un digicode.

Le cabinet médical pourvu d'une table d'examen sert à l'ensemble des médecins intervenant comme médecins traitants dans l'EHPAD.

Faute de matériel médical, chaque médecin vient avec son matériel médical ou utilise celui de l'infirmierie.

4.4.6 Projet de soins individuel et partage des informations médicales

Le projet général de soins n'a pas été élaboré et sa rédaction est remise à 2018 selon le projet d'établissement

Aucun un rapport annuel d'activité médicale n'est également établi.

Prescription n° 45 : Le médecin coordinateur doit fournir annuellement à la direction un rapport d'activité médicale

Les protocoles

Des protocoles sont accessibles dans Netsoins

Ils sont également disponibles sous format papier dans un classeur dans la salle de soins.

Parmi les procédures : Bandellettes urinaires, Constipation, Diarrhée, Douleurs thoraciques, Gale, Gastro-entérite, Infection respiratoire aigue basse, Infections respiratoires, Malaise hypertension, Malaise hyperthermie, Malaise hypoglycémie, Prise en charge de la douleur, Prise en charge des escarres, Recueil d'urine ECBU, Surveillance transit intestinal, Toilette mortuaire.

Lors de l'inspection du 20 octobre 2011 l'absence de procédure pour la prise en charge de la douleur était relevée. Le protocole sur la prise en charge de la douleur applicable depuis février 2013, est validé par le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice, une infirmière (dont le nom n'apparaît pas) et le référent aide soignant.

De manière générale, les protocoles sont signés et datés.

Il a été noté plus haut qu'il n'y avait pas de procédure relative à la contention.

Préconisation n°38 : certaines procédures sont à créer : contention de la personne âgée, incontinence, chute

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPONSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|--|
| <p>PRÉCONISATION N°37 : La cartographie des risques sur le circuit du médicament sera établie au plus tard le 30/06/16.</p> <p>PRESCRIPTION N°45 : Le médecin coordonnateur réalisera le rapport d'activité médicale et le remettra à la Direction le 30 avril de chaque année.</p> <p>PRÉCONISATION N°38 : Les protocoles manquants seront réalisés pour le 01/03/2016.</p> | <p>Préconisation n° 37 maintenue en attente de la réalisation effective, de la validation et de la diffusion de cette cartographie des risques et du plan d'action en découlant.</p> <p>Prescription n° 45 maintenue en attente de la réalisation effective</p> <p>Préconisation n° 38 maintenue en attente de la réalisation effective</p> |

5. COORDINATIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS

5.1 Partenaires secteur médicosocial

Il existe une convention relative à l'hospitalisation à domicile signée le 31 décembre 2009 entre la résidence Le Méridien et le centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale, avec entrée en vigueur le 10 août 2009, annuelle, reconduite par tacite reconduction.

Une réunion annuelle y est prévue afin d'en faire une évaluation. La convention précise les indicateurs minimum à recueillir et à discuter lors de ces réunions annuelles.

Demande n° 24 : Transmettre les comptes rendus des réunions d'évaluation de la convention conclue avec le CHAM.

5.2 Partenaires secteur sanitaire

- Les libéraux : Comme précisé dans le livret d'accueil remis aux résidents ceux-ci ont le libre choix du médecin traitant. Le nom du médecin traitant est renseigné dans le dossier informatisé.

Les médecins généralistes libéraux intervenants:

- 5 médecins généralistes libéraux de la maison médicale située à proximité de l'établissement (6, place du général de Gaulle) ont des interventions planifiées un jour différent dans la semaine.
- 3 médecins libéraux généralistes de Vallon Pont d'Arc peuvent également intervenir dans l'établissement.

Un contrat "médecin traitant" a été signé entre l'établissement et certains médecins (4 de la maison médicale de Ruoms et 3 de Vallon Pont d'Arc).

Ces contrats ont tous été signés au cours de l'année 2012. Aucun ne précise les jours d'intervention des uns et des autres. Aucun contrat n'a été signé avec les nouveaux médecins installés dans la maison médicale.

Préconisation n°39 : : mettre à jour le contrat de médecin traitant en Ehpad et établir un contrat avec les nouveaux médecins libéraux intervenant dans l'établissement.

Les médecins libéraux utilisent le logiciel NETSOINS, de leur cabinet ou de l'établissement.

Les médecins de la maison médicale de Ruoms assurent une astreinte 24h/24 et 7 jours/7. Le protocole "appel au centre 15" qui n'est ni daté, si signé prévoit une fois la phase critique passée de contacter le médecin traitant en cas de transfert ou de gravité. Ce document est disponible dans Netsoins, et existe sous format papier dans l'infirmierie

Le logiciel Netsoins propose un dossier de liaison d'urgence (DLU). Ce DLU peut être aisément imprimé. Le protocole "appel au centre 15" qui prévoit d'imprimer la fiche de liaison Netsoins. Il faudra préciser s'il s'agit du DLU.

Demande n° 25 : dans le protocole "appel au centre 15" préciser si ce qui y est appelé fiche de liaison Netsoins est bien le dossier de liaison d'urgence (DLU)

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REPOSES DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>DEMANDE N°24 : A ce jour Le CHARME (Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale) ne réalise pas d'évaluation qualitative de ses conventions.</p> <p>DEMANDE N°25 : La fiche de liaison est le DLU (Dossier de Liaison d'Urgence). Rectification du document « Appel au centre 15 »</p> <p>PRÉCONISATION N°39 : Contrat Médecin libéral cabinet médical Ruoms précisant le jour d'intervention du dit médecin. Dans le PAQ (Plan Action Qualité), nous nous engageons à vous faire parvenir les 7 nouveaux contrats des médecins libéraux précisant respectivement leurs jours d'interventions dans l'EHPAD. Nous nous engagerons aussi à envoyer l'ensemble de ces contrats à l'ordre national des médecins. « Réponses ARS : pièces jointes – Chapitre N°5 : Coordinations avec les autres acteurs ».</p> | <p>Réponse non satisfaisante, la Résidence "Méridien" s'est engagée au même titre que le CHARME à définir des indicateurs annuels destinés à l'évaluation de la convention. Ce travail devra être conduit</p> <p>La mission prend acte</p> <p>Préconisation n° 39 maintenue en attente de la réalisation effective</p> |

Les conventions avec le secteur hospitalier

- Il existe une convention signée le 1^{er} aout 2012 entre la résidence Le Méridien et le centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale qui a pour objectifs :

- De faciliter les flux de patients et d'optimiser la prise en charge gériatrique
- De favoriser la communication des informations
- De favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations
- Développer une culture gériatrique commune

Cette convention ne traite pas de la prise en charge des résidents en cas d'urgence.

Demande n° 26 : préciser la prise en charge des résidents de l'établissement en cas d'urgence

- Une convention a été signée le 20 janvier 2003 entre la résidence Le Méridien et le Centre Hospitalier Sainte Marie de Privas qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge psychiatrique des résidents. L'avenant n° 1 du 22 février 2007 prévoit que le médecin psychiatre du Centre hospitalier Sainte Marie consulte une demi-journée tous les deux mois à la résidence Le Méridien. Il n'a pas été permis de voir si cette convention est toujours en cours. Si oui elle devrait être mise à jour au regard du dossier informatisé.

Prescription n° 46 : préciser si la convention signée avec le centre hospitalier Sainte Marie de Privas est toujours en cours, si oui la mettre à jour.

CONCLUSION PROVISOIRE

L'organisation de l'établissement s'inscrit globalement en marge du cadre réglementaire.

Les termes de l'autorisation relatifs à la capacité ont été transgressés à trois reprises: installation irrégulière de l'unité St Joseph, création d'un accueil de jour non autorisé, extension de fait du Cantou par la création de deux chambres supplémentaires et par l'implantation des 4 chambres des Quatre Saisons de surcroit hors du périmètre sécurisé; d'autre part, l'établissement n'a également pas respecté ses obligations notamment en dépassant les effectifs cibles ce qui induit un niveau de dépenses injustifié au regard de la prise en charge en soins.

La gouvernance n'est pas satisfaisante : le CCAS n'apparaît pas dans un rôle de régulation de la direction. Le projet d'établissement en vigueur est très incomplet. Par ailleurs, la directrice concentre entre ses mains l'exclusivité du pouvoir hiérarchique sans plus value. L'encadrement technique des agents de soin n'est pas assuré en dépit de la désignation pour ordre d'une infirmière coordinatrice;

Les relations avec l'ARS sont marquées par une opacité particulièrement sensible en matière de transmission des éléments budgétaires et financiers. Pendant plusieurs années l'établissement n'a pas produit de rapport d'activité. En matière budgétaire l'établissement ne respecte pas les règles d'imputation des dépenses par section faisant ainsi obstacle à une analyse du volume et de l'évolution de ses charges. La politique suivie en matière d'avantages en nature accordés à la directrice apparaît extrêmement généreuse.

Le fonctionnement s'affranchit également des règles de bonne pratique : la démarche qualité est non opérante, non formalisée, mettant en cause la qualité même de la prise en charge tant que l'évaluation des pratiques et des protocoles n'est pas mise en place.

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

| REponses DE L'ETABLISSEMENT | CONCLUSIONS DE L'INSPECTION |
|---|---|
| <p>DEMANDE N°26 : La prise en charge des résidents se fait toujours par le biais des urgences. Soit par accueil direct, soit par une prise en charge par une équipe du SMUR, après la régulation du centre 15.</p> <p>PRESCRIPTION N°46 : En attente d'une nouvelle convention avec le Centre Hospitalier Sainte Marie de Privas, suite à la restructuration du secteur.</p> <p>CONCLUSION PROVISOIRE : Le CCAS assure un rôle de régulation et travaille en partenariat et en totale confiance avec la direction et les services de l'établissement. C'est dans ces conditions que sont traités et gérés les projets, investissements, propositions et suivi budgétaires. De nombreux échanges sont réalisés entre le CCAS et la Direction de l'EHPAD pour discuter des orientations stratégiques pour l'établissement.</p> | <p>L'intérêt du patient commande d'éviter le passage aux urgences. la convention devra intégrer ce point</p> <p>La réponse est insatisfaisante et prive les résidents d'une dimension importante de la prise en charge Une convention devra être conclue Prescription n° 46 : maintenue</p> |

De manière générale la mission relève un manque de formalisme non corrigé en dépit des demandes exprimées par l'ARS et formulées au travers des évaluations

La gestion des ressources humaines n'est pas maîtrisée : elle est couteuse sans garantir une prise en charge professionnalisée : l'établissement ne peut attester de la qualification de presque la moitié des personnels présentés comme des auxiliaires de soins ce qui constitue un élément de non qualité et de nombreux agents sans qualification interviennent sur le soin.

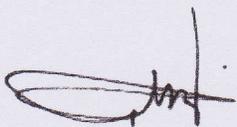
L'organisation du travail est très peu formalisée et insuffisamment structurée compte tenu de la conjonction d'absence de fiches de postes précises selon les postes de travail, de directives traçables, de réunions de travail formalisées, de fixation d'objectifs individuels et collectifs.

L'absence de temps suffisant consacré à la coordination médicale entraîne l'inexistence du projet de soins, l'absence d'éléments médicaux dans le rapport d'activité, un retard important dans la gestion de la qualité (procédures et convention absentes ou à mettre à jour), et un déficit dans l'animation du réseau des soignants.

Les projets immobiliers de la structure mériteront de la part des autorités de tarification un examen attentif afin de vérifier leur soutenabilité financière mais également leur opportunité. Les priorités retenues pour les travaux déjà effectués sont contestables : rénovation des locaux administratifs et de la salle de restauration, au détriment des chambres du Méridien et du Jardin des Fontaines qui ne sont pas adaptées à l'état de dépendance des résidents.

Etabli le 19 novembre 2015

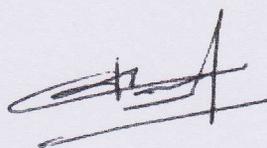
Mme Michèle Trofimoff,
inspectrice des affaires
sanitaires et sociales,
coordinatrice de la mission.



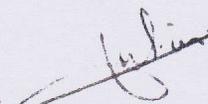
Madame Audrey
Avalle, inspectrice
des affaires sanitaires
et sociales



M. Patrick Becu,
pharmacien
général de santé
publique.



Dr Christophe
Julien, médecin
inspecteur de
l'ARS



CONCLUSION DEFINITIVE

La transmission par la structure d'éléments d'information dans le cadre de la phase contradictoire se caractérise par son extrême pauvreté : la grande majorité des réponses aux mesures correctives envisagées fait état de l'inscription dans un plan d'action qualité annoncé pour le 15 février et qui n'a pas été transmis et sur lequel il n'est donné aucun détail. Le courrier du 11 février 2016 relatif à la non réalisation du plan dans le délai initialement prévu et à ses modalités d'élaboration ne fait pas mention de l'implication de la directrice dans le processus . Ce constat rejoint l'analyse initiale de la mission sur l'inexistence d'un pilotage cohérent de l'établissement par la directrice. Les informations complémentaires à produire durant cette phase contradictoire, sont sans raison également renvoyées à ce plan d'action. Seule la partie traitant de la prise en charge apporte quelques précisions sur les actions conduites même si nombre de décisions sont déviées vers la réunion en avril de la commission gériatrique.

L'ensemble de ces éléments joints aux analyses sur le fond attestent d'une volonté caractérisée de la direction d'entretenir une opacité majeure sur sa gestion, budgétaire, comptable et financière.

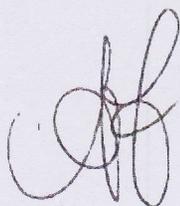
Les inspecteurs maintiennent les termes de leur conclusion provisoire à l'exception de la mention relative à un pourcentage excessif de personnel aide soignant non qualifié, les diplômes manquants ayant été produits.

Etabli le 15 Mars 2016

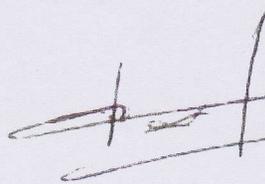
Mme Michèle
Trofimoff, inspectrice
des affaires sanitaires et
sociales, coordinatrice
de la mission.



Madame Audrey
Avalle, inspectrice des
affaires sanitaires et
sociales



M. Patrick Becu,
pharmacien
général de santé
publique.



Dr Christophe
Julien, médecin
inspecteur de
l'ARS

