

**RAPPORT D'INSPECTION
INSPECTION DU 28 FEVRIER 2022
EHPAD de SPINCOURT
COMMUNE DE SPINCOURT (55 - MEUSE)**

ETABLISSEMENT INSPECTE :

EHPAD DE SPINCOURT

Adresse :

16, rue nouvelle
55230 SPINCOURT

N° FINESS SIPACS* : 550000467

N° FINESS EHPAD SPINCOURT : 550006829

Tel : [REDACTED]

Mail : [REDACTED]

**SIPACS = Syndicat Intercommunal des Personnes Agées du
Canton de SPINCOURT*

EQUIPE D'INSPECTION AGENCE REGIONALE DE SANTE
DIRECTION INSPECTION CONTROLE EVALUATION

- **Monsieur Grégory BILLIET**, inspecteur désigné coordonnateur de la mission (Art. L.1435-7 CSP) ;
- **Madame Isabelle BOREY**, chef de Service Animation Territoriale, Soins de Proximité à la Délégation Territoriale Meuse et stagiaire ICARS ;
- **Madame Jocelyne CONTIGNON**, chef de pôle de l'Offre Sanitaire et Médico-sociale à la Délégation Territoriale Meuse et inspectrice de l'action sanitaire et sociale (IASS) ;
- **Monsieur le Docteur Laurent HENRY**, inspecteur désigné (Art. L.1435-7 CSP) ;
- **Madame Sylvie REMILLON**, inspectrice désignée (Art. L.1435-7 CSP)

EQUIPE D'INSPECTION CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA MEUSE

- **Madame Lucie BARBIER**, Gestionnaire des autorisations et subventions d'investissement des ESSMS, Pôle Développement Humain au Conseil Départemental de la Meuse ;
- **Monsieur Cyril LORIN**, responsable du Service Prévention de la Dépendance, Direction de l'Autonomie au Conseil Départemental de la Meuse

TABLE DES MATIERES

Table des matières

TABLE DES MATIERES	1
SYNTHESE	3
INTRODUCTION	11
1 GOUVERNANCE.....	13
1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation.....	13
1.2 Management et stratégie	13
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement	13
1.2.2 Pilotage / Délégations de pouvoirs	13
1.2.3 Conseil de la vie sociale et autres formes de participation	15
1.2.4 Communication avec les familles	15
1.2.5 Politique de promotion de la bientraitance	16
1.2.6 Gestion des risques, des crises et des incidents graves.....	17
2 FONCTIONS SUPPORT ET EFFECTIFS.....	21
2.1 Les effectifs.....	21
2.2 L'organisation de travail.....	22
2.3 Gestion des ressources humaines	26
2.3.1 Personnels, qualifications, affectations	26
2.3.2 Formations et accompagnement	27
2.4 Bâtiments /espaces extérieurs/équipements.....	28
2.4.1 Bâtiments et espaces extérieurs	28
2.4.2 Sécurité des personnes et des biens	29
3 PRISE EN CHARGE	31
3.1 Organisation de la prise en charge.....	31
3.1.1 Admission	31
3.1.2 Modalités d'accompagnement. Projet de d'accueil et d'accompagnement.....	32
3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe	33
3.2 Respect des droits des personnes accueillies	34

3.2.1	Respect des droits et de la dignité des personnes.....	34
3.2.2	Liberté d’aller et venir	34
3.2.3	Alimentation /repas	35
3.3	Soins.....	36
3.3.1	Projet de soins individuel.....	36
	Partage des informations médicales et paramédicales.....	36
3.3.2	Protocoles de soins et action de prévention.....	37
3.3.3	Sécurité circuit du médicament	42
3.3.4	Hygiène.....	44
3.3.5	Gestion des dispositifs médicaux et hygiène	45
4	FONCTIONS DE COORDINATION	46
4.1	Coordination interne	46
4.2	Animation de la structure.....	47
	CONCLUSION.....	48
	ANNEXES.....	51

SYNTHESE

Le 26 janvier 2022, sort l'ouvrage nommé « Les Fossoyeurs », de Victor CASTANET, présentant une enquête réalisée au cœur du monde des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), du groupe privé français ORPEA.

Ce livre a ouvert un débat national sur la gestion et le contrôle des maisons de retraite, générant une sollicitation de la Ministre déléguée chargée de l'Autonomie, de février 2022, demandant aux ARS d'organiser une mission d'inspection dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Cela doit ainsi permettre de dresser un bilan sur les pratiques soignantes notamment au regard de l'utilisation des dispositifs médicaux, des taux d'encadrement et des effectifs en personnel, des conditions de restauration, la communication mise en place auprès des familles et proches, avec les résidents et le personnel, et enfin les modalités de signalements et de suivi de faits de maltraitance signalés par les proches et les professionnels.

L'enjeu final est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Parmi les structures ciblées dans le Grand Est, la Directrice Générale de l'ARS Grand Est (GE) et le Président du Conseil Départemental de la Meuse, ont diligenté une inspection inopinée le 28 février 2022, au sein de l'EHPAD de SPINCOURT (55-Meuse), établissement public composé de 40 lits dont 13 identifiés Alzheimer.

Les membres de la mission ont pu mettre en évidence différents constats. Ces derniers, repris ci-dessous selon les thèmes nationalement choisis, ont été élaborés à partir des éléments observés sur place, des entretiens réalisés auprès d'un panel de personnels, d'échanges avec des résidents, et de la consultation des différents documents mis à disposition par la direction.

1) Les pratiques managériales, le taux d'encadrement au sein de l'établissement, le temps de présence effectifs auprès des résidents

Il n'y a pas de continuité de la fonction :

a) Du Directeur

Absent durant plusieurs mois, sa fonction n'a pas été supplée. Il était absent le jour de la mission.

Lors des différents échanges réalisés par la mission, il a été entendu qu'il était peu présent, en retrait du personnel, des résidents et des familles. Le président du Syndicat Intercommunal des Personnes Agées du Canton de Spincourt, présent sur site tous les jours, n'avait pas accès aux dossiers de la direction.

Le Directeur, quant à lui, relate une gestion centrée sur les affaires courantes dans un établissement déstructuré avec les départs de l'IDEC et de la DRH. Il évoque aussi un manque de pouvoirs et une absence de communication avec le Président. A ce sujet, le Directeur exprime un besoin de temps d'échange avec ce dernier, sans pour autant prendre l'initiative.

b) Du médecin coordonnateur

Il n'y en a pas depuis l'ouverture de la structure, en juillet 2017. Des médecins ont rempli partiellement cette fonction sans que celle-ci leur soit officiellement attribuée : des généralistes (médecins traitants des résidents) et également le médecin coordonnateur de l'EHPAD de BOULIGNY, uniquement pour la coupe PATHOS.

A l'heure actuelle, le Président a indiqué à la mission le refus de nouvelles admissions malgré des places disponibles en raison de la désorganisation générale et de l'absence d'évaluation à l'entrée ainsi que pour le suivi.

c) De l'IDEC et IDE.

Il n'y a pas d'IDEC. Elle est en disponibilité.

Le jour de l'inspection, un IDE intérimaire est présent, lequel n'a aucune information sur le fonctionnement de l'établissement (pas de livret d'accueil, procédures, accès à l'établissement, gestion des stocks, conduite à tenir en cas d'urgence...).

Les autres infirmières (IDE) en poste sur l'établissement ont un exercice libéral, et interviennent pour dispenser les soins et préparer les piluliers hebdomadaires.

Un recrutement IDE est attendu prochainement.

d) Du DRH

La directrice a quitté ses fonctions en septembre 2021, générant un report partiel de ses missions sur la comptable et la secrétaire d'accueil, notamment pour la conception des plannings. Ces deux dernières deviennent ainsi des personnes ressources pour le fonctionnement de l'EHPAD. Cela engendre des difficultés sur l'ensemble de l'organisation administrative et soignante.

En outre, la mission a relevé des dissensions entre le Président et 1er vice-président d'une part et le Directeur d'autre part.

La mission constate une rupture dans la continuité des fonctions essentielles.

2) Les pratiques soignantes dans l'application des recommandations sur l'attribution des consommables et des dispositifs médicaux tels que protections hygiéniques

Le jour de l'inspection, la mission n'a pas relevé de points négatifs quant à un éventuel manque, ou une politique restrictive de dispositifs médicaux, notamment sur les protections hygiéniques retrouvées en nombre.

Toutefois, les entretiens révèlent qu'en raison de l'absence de l'IDEC, les commandes n'ont pas toujours été assurées ou ont été réalisées trop tardivement. Des protections ont ainsi été récupérées à l'EHPAD de BOULIGNY pour assurer la continuité de la prise en charge. A présent, c'est une aide-soignante (AS) qui s'occupe des commandes.

Par ailleurs, une partie des personnels a évoqué le manque de certains consommables : gants jetables, draps de glisse, lève-malade, pansements, sondes urinaires. Malgré des demandes, elles n'aboutissent pas.

Enfin, les nombreux rangements disséminés, inappropriés, et non identifiés, dans tout l'établissement peuvent engendrer une difficulté voire une impossibilité de trouver certains matériels. Du fait d'un rangement désorganisé, certains matériels sont inaccessibles et donc inutilisés.

La mission constate donc un défaut de gestion des stocks.

3) Les enjeux liés à la nutrition

La cuisine est bien entretenue. Il n'a pas été noté de défaut quantitatif. La texture et les régimes sont respectées selon les personnes rencontrées.

Par contre, le jour de l'inspection, les menus sont décrits comme peu variés. Ils ne sont pas élaborés par les personnes en charge de la cuisine et il n'y a pas de commission restauration/menu dédiée.

Il y aurait eu une demande émise auprès de la Direction afin de pouvoir varier et équilibrer les repas. La sollicitation a été refusée.

Dans ce cadre, le Président du SIPACS a également émis le souhait de recourir à un diététicien.

Cependant, en date du 30/03/2022, le président indique par courriel au Directeur, la mise en œuvre d'une nouvelle organisation à compter du 11/04/2022. Dorénavant, les cuisiniers réaliseront les menus, les commandes et la gestion des stocks.

La mission prend note de la nouvelle organisation sur la gestion des menus et des stocks.

4) La prise en charge des résidents

Les postes des personnels intervenant ne sont pas identifiés clairement. On note des agents de ménage, agents de soins, agents social, auxiliaires de soin (AS), AMP, infirmières, agents polyvalents, veilleuses de nuit. Les fiches de poste, lorsqu'elles existent, ne sont pas appropriées aux buts visés. La mission

d'inspection a pu noter l'existence « d'agents polyvalents », réalisant un glissement de tâches avéré avec notamment la dispensation des médicaments. Les agents intervenant auprès des personnes âgées ne sont pas tous qualifiés comme aides-soignants ou accompagnant éducatif et social.

De même, les dirigeants estiment que les effectifs ne sont pas en nombre suffisants.

La grande majorité du personnel est en CDD, avec des durées très variables, qui peuvent durer depuis plusieurs années. Cela a pour effet direct un turnover important.

Les temps de transmission sont minimales ou inexistantes, entre les aides-soignants et infirmiers, malgré une note de service à ce sujet.

Par ailleurs, il n'y a ni psychologue ni ergothérapeute au sein de la structure.

Enfin à noter la difficulté la nuit puisqu'il y a deux personnes en poste qui sont réparties sur trois secteurs : EHPAD 1, EHPAD 2 et UVP. Les missions sont vastes : le ménage, le repassage, gérer le linge, assurer des rondes, répondre aux résidents et apporter d'éventuelles collations, s'occuper des changes et préparer les petits déjeuners.

L'absence des personnels encadrants impacte lourdement la prise en charge des résidents et l'organisation professionnelle, déjà fragilisée par une absence de stabilité du personnel soignant. La démultiplication des postes entraîne *de facto*, un glissement de tâches.

5) Modalité de signalement et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches, les professionnels, et les actions mises en place.

La bientraitance est évoquée dans le projet d'établissement dans son point 6.3 « la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. » Pour autant, il n'a pas de formation ni de sensibilisation du personnel.

L'établissement décline de façon très parcellaire, cette thématique.

De façon concomitante, aucune politique/culture qualité n'est développée par la direction, au sein de la structure. A titre d'illustration, il y a un recours sporadique aux fiches d'événements indésirables (FEI) sans que les suites ne soient transmises (même lorsqu'il y en a) au rédacteur initial.

La mission constate une absence de politique d'amélioration continue de la qualité.

6) Communication avec les proches et les résidents

La Direction n'est pas en mesure de transmettre les comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale (CVS) sur 2019, 2020 et 2021. La mission a pu observer néanmoins l'affichage d'un relevé de conclusion, daté du 18 septembre 2020. Cela ne permet pas d'attester de l'ensemble des réunions de cette instance.

La Communication avec les proches des familles et les résidents n'est ni organisée, ni formalisée.

La mission a pu néanmoins découvrir un cahier de doléances présent à l'accueil, positionné dans une boîte qui n'indique pas son contenu et son utilisation.

La mission constate une absence de communication institutionnalisée avec les familles.

7) Autres constats

a) Les locaux

Le bâtiment est moderne et date de 2017. L'hygiène des communs et des chambres est très correcte.

Il existe une absence généralisée de distribution d'eau chaude, sauf dans une chambre. Les « douches » sont réalisées par les AS/agents polyvalents via de l'eau chauffée à la bouilloire électrique, qui est ensuite transvasée dans un autre réceptacle. Cela constitue un risque tant pour les résidents que pour les personnels. Les bouilloires référencées n'étant pas en nombre suffisant selon les soignants, des interrogations subsistent sur la réalisation effective des toilettes de chaque résident et sur les moyens utilisés pour réaliser les soins.

La salle de réunion, sert également de local Plan Bleu ; y sont disposés des cartons de matériel informatique, des protections hygiéniques, des EPI (cf. Annexe 3). Dans la salle d'archives, sont stockés des produits d'entretiens (dégraissants, désinfectants), fiches de paie des agents, dossiers individuels des patients. De même, l'intitulé des locaux ne correspond pas à ce qui est stocké au sein de l'EHPAD. Enfin, dernière illustration relative à l'organisation : la transformation du salon de coiffure en salle de soins où coexistent les deux univers.

Concernant spécifiquement l'UVP :

- Absence de repères spatio-temporels ;
- Absence d'appels malade dans certaines chambres et salles de bains ;
- Fenêtres non sécurisées ;
- Une arrivée d'eau est saillante du mur. Elle constitue tant un facteur de chute et également de dangerosité si un résident tombe dessus (cf. photo en annexe).

b) La salle de soins et le circuit du médicament

Les prescriptions médicales ne sont pas toujours renouvelées. Les ordonnances sont recopiées sur une fiche de gestion des traitements, source d'erreur de recopiage. Les fiches de traitement de NETSOINS contiennent parfois des différences avec les ordonnances originales.

La préparation, la distribution et l'aide à la prise des médicaments ne sont pas organisées de manière à s'assurer de la nature du médicament au moment de l'administration. Les sources d'erreur d'administration sont nombreuses et non identifiées par l'établissement comme telles.

L'administration n'est pas toujours réalisée par des IDE ou des aides-soignantes. L'observance des traitements n'est pas tracée en temps réel.

La salle de soins dispose de multiples lieux de stockage et ils sont en désordres. La paillasse est encombrée.

Les péremptions ne sont pas suivies, des médicaments périmés ont été retrouvés dans le bureau de l'IDEC sans traçabilité.

Le stockage des stupéfiants n'est pas suffisamment sécurisé : le coffre est fermé à clef, mais cette dernière est accessible via l'accueil. De même, la quantité de stupéfiants est importante alors même qu'aucun résident, au moment de l'inspection, n'est sous ce type de traitement. L'examen du carnet de prescriptions nominatives et de gestion des stocks de stupéfiants ne permet pas de déterminer le contenu du coffre.

Il n'y a pas de chariot d'urgence en tant que tel. Il existe une trousse de secours, non scellée. Elle comporte une liste de médicaments qui ne correspond pas exactement à ce qui est retrouvée dans la trousse.

La traçabilité de l'entretien du réfrigérateur contenant les médicaments thermo sensibles n'existe plus depuis juillet 2021. Certains rayonnages sont couverts de cartons collés dans la salle de soins de l'UVP.

c) L'animation

Lors des entretiens, les agents ont pu faire état de l'absence de l'animatrice auprès des résidents de l'UVP. Les animations sont déléguées à l'équipe soignante en place, laquelle réalise les activités prévues et pensées par l'animatrice.

Des projets récents sont portés par le Président du SIPACS, en lien avec l'animatrice. Il y a la création d'un parcours psycho-sensoriel et du projet Olympiade (activités avec des jeux d'antan et un esprit fête foraine) pour le mois de juin 2022.

8) Conclusion de la mission.

A partir d'éléments observés sur place, d'entretiens réalisés auprès d'un panel de personnels, d'échanges avec des résidentes, et de la consultation des différents documents mis à disposition par la direction, les membres de la mission ont pu mettre en évidence différents constats.

Ceux-ci, sont axés d'une part, autour des points forts de la structure et, d'autre part, des points d'amélioration ou d'écart à la réglementation. Au sujet de ces derniers, la mission a pu relever des écarts majeurs ayant des conséquences sur la qualité, la sécurité de la prise en charge des résidents.

Les constats, analyses fondés sur les écarts, les remarques et les appréciations sont portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I (**S**atisfaisant / **A**ceptable/ **M**oyen / **I**nsuffisant). A l'issue, la mission d'inspection formule le présent rapport qui comprend les parties suivantes :

- I – Gouvernance.
- II – Fonctions support.
- III- Prise en charge.
- IV- Fonctions de coordination.
- V- Synthèse.

La mission d'inspection a ainsi pu relever des manquements qui ont un impact sur la prise en charge des résidents avec, pour certains d'entre eux, **un risque grave et immédiat pour leur sécurité.**

INTRODUCTION

Suite à la sortie de l'ouvrage « Les fossoyeurs » en janvier 2022, il y a eu une volonté ministérielle de réalisation de contrôle au sein des EHPAD sur le territoire, l'enjeu est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est et le Président du Conseil Départemental de la Meuse ont diligenté, respectivement sur leurs champs de compétences, une inspection de l'EHPAD de SPINCOURT, structure publique basée à SPINCOURT (55 – MEUSE).

L'inspection a été réalisée sur site, de façon inopinée, le 28 février 2022 à 8h15.

L'EHPAD de SPINCOURT est une structure publique composée de 40 lits d'hébergement complet dont 13 lits identifiés Alzheimer au sein d'une Unité de Vie Protégée. Il y a également un lit d'hébergement temporaire.

En l'absence du Directeur, la lettre d'annonce a été remise sur site, en mains propres au Président du Syndicat Intercommunal des Personnes Agées du Canton de Spincourt, [REDACTED]. Une liste de documents souhaité y était annexée. Les documents ont été fournis de façon partielle, en version papier, par l'établissement en fin de journée. Une demande complémentaire a été réalisée par courriel le 16 mars

Un planning explicitant le déroulé de la journée a également été communiqué.

L'inspection s'est déroulée dans un climat serein. L'équipe d'inspection remercie le Président du SIPACS et l'ensemble du personnel pour leur collaboration à la mission.

Pour **l'ARS Grand Est**, la mission a été coordonnée par Monsieur Grégory BILLIET, Inspecteur désigné, accompagné de

- Madame Isabelle BOREY, stagiaire ICARS (formation 120 heures de l'EHESP dans le cadre de l'article L1435.7 du CSP) ;
- Madame Jocelyne CONTIGNON, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) ;
- Monsieur le docteur Laurent HENRY, Inspecteur désigné ;
- Madame Sylvie REMILLON, Inspectrice désignée.

Le Conseil Départemental de la Meuse, partenaire de l'ARS, agissant selon leurs compétences propres en application des dispositions de l'article L.133- 2 du CASF, s'est joint à la mission en la personne de Madame Lucie BARBIER, Gestionnaire des autorisations et subventions d'investissement des ESSMS au sein du pôle développement humain et de Cyril LORIN, Responsable du Service Prévention de la Dépendance à la Direction de l'Autonomie.

Le jour de la visite, outre une visite des locaux et l'examen de dossiers médicaux de résidents, des entretiens ont été menés avec les personnels présents et des échanges ont pu avoir lieu avec quelques résidents.

Une réunion de présentation de la mission s'est tenue et une réunion de restitution des premiers constats ont été assurées.

L'équipe d'inspection a quitté les lieux vers 18H30.

Quatre fonctions mises en œuvre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont été identifiées en lien avec les objectifs cités précédemment :

- la gouvernance (dont communication avec les familles) ;
- les fonctions supports (dont le taux d'encadrement, les effectifs, la politique qualité intégrant les modalités de signalement) ;
- la prise en charge (pratiques soignantes dont dispositifs médicaux, conditions de restauration) ;
- les fonctions de coordination.

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

Les constats, analyses fondés sur les écarts majeurs, les écarts, les remarques et les appréciations portées sur les champs de contrôle en niveau S.A.M.I que l'équipe d'inspection est amenée à formuler à l'issue de ses vérifications, font l'objet du présent rapport.

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

Saisissez du texte ici

1 GOUVERNANCE					
1.1	Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
	- La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	X			
1.2	Management et stratégie				
1.2.1	<i>Le projet d'établissement ou de service/ le règlement de fonctionnement</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
	- Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF ? (art R311-33 à R311-37)	X			Ecart 1 : Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ne comporte aucune mention quant à la date de réalisation, ni de modification. Or ce document doit être modifié selon une périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R311-33 du CASF.
1.2.2	<i>Pilotage / Délégations de pouvoirs</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
	- Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	X			Suite à la demande complémentaire par courriel le 16 mars 2022, l'établissement a transmis l'organigramme précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques. Remarque 1 : l'organigramme ne comporte pas de date de mise à jour, et se cantonne aux fonctions sans indiquer les noms.

<p>- Le directeur justifie-t-il d'une qualification conforme à l'article D312-176-6 du CASF pour les EHPAD privés et article D312-176-10 pour les EHPAD publics ?</p>				<p>Le document n'a pas été transmis le jour de l'inspection, ni suite à la sollicitation par courriel du 16/03/2022.</p> <p><u>Ecart majeur 1</u> : Les qualifications du Directeur n'ont pas été transmises ce qui ne permet pas de vérifier le respect de l'article 2 du décret n° 2007-221 du 19 février 2007, relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.</p>
<p>- Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature ? (art. D312-176-5 CASF pour les ESMS privés, D315-71 CASF pour les EP autonomes)</p>	X			<p>Suite à la demande complémentaire par courriel le 16 mars 2022, la mission a reçu l'arrêté portant délégation de signature.</p> <p>Le document, signé par le Président du SIPACS, ██████████ en date du 17 juillet 2020.</p>
<p>- Le directeur dispose-t-il et/ou d'une fiche de poste ?</p>	X			<p>Suite à la demande complémentaire par courriel le 16 mars 2022, l'établissement a transmis la fiche de poste du Directeur.</p> <p>Ce document, daté du 1^{er} juillet 2017, mentionne que c'est la version 1.</p>
<p>- La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?</p>		X		<p>Le directeur est absent depuis fin décembre 2021. L'intérim est effectué par le président du syndicat intercommunal, secondé par le 1^{er} vice-président.</p> <p>En l'absence de directrice des ressources humaines (démission), en l'absence d'IDEC, et en l'absence de médecin coordonnateur, le Président du SIPACS ne peut garantir à lui seul la continuité de fonction de direction. Le président et le vice-président précisent lors des entretiens être présents tous les jours pour rencontrer le personnel et les familles mais n'ont toutefois aucun outil de transmission ou de suivi du directeur absent, ni même accès à son bureau et archivage. A titre d'exemple, la mission a constaté une méconnaissance des procédures en vigueur par le Président du SIPACS, du taux d'occupation de l'établissement et du taux de vaccination COVID des agents en poste.</p> <p><u>Remarque 2</u> : la continuité de la fonction n'est pas organisée et n'est pas assurée.</p>

1.2.3 <i>Conseil de la vie sociale et autres formes de participation</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<ul style="list-style-type: none"> - Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF) 		X		<p>Dans le hall, il existe un panneau d'affichage dédié au CVS.</p> <p>La mission a pu noter l'affichage d'un compte rendu du 18 septembre 2020. Le président du syndicat intercommunal a déclaré vouloir réactiver le CVS en 2022 car il ne se réunit plus depuis la crise COVID.</p> <p>Malgré les demandes réitérées, l'établissement n'a pas transmis les comptes rendus de réunion en 2019, 2020 et 2021.</p> <p>La mission a pu néanmoins découvrir un cahier de doléances présent à l'accueil, positionné dans une boîte qui n'indique pas son contenu et son utilisation. Mais cette initiative n'est pas mise en valeur (pas d'affichage, d'information qui attire l'attention à ce sujet)</p> <p><u>Ecart 2</u> : le CVS ne fonctionne pas pleinement ce qui constitue un écart à l'article D.311-3 du CASF. De plus, aucun compte rendu n'a été fourni, ce qui constitue un écart à l'article D311-20 du CASF, puisqu'un relevé de conclusions doit être établi à chaque séance.</p>
1.2.4 <i>Communication avec les familles</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a mis en place un ou des moyens de communication avec les familles 			X	<p>Les échanges entre les familles et la direction sont décrits comme inexistant.</p> <p>Comme mentionné <i>supra</i>, un cahier de doléances, est situé dans le hall d'entrée. Il n'est cependant pas mis en valeur</p> <p>En raison de l'absence du Directeur, une majorité des personnels déclare être pris à parti par les familles qui sont « agacées » de ne pas avoir d'interlocuteurs afin d'évoquer leurs problématiques : la prise en charge de leurs parents et des éléments liés à la logistique du bâtiment comme l'absence d'accès à l'eau chaude.</p> <p>Durant cette absence, le Président du syndicat intercommunal a déclaré être disponible pour rencontrer les familles lorsque nécessaire. Dans ce cadre, il a demandé à ce que les demandes des familles lui soient adressées par mail ou par téléphone le temps de l'intérim.</p> <p><u>Remarque 3</u> : les moyens de communication avec les familles ne sont pas mis en œuvre de façon efficace.</p>

<p>- Un tableau d'affichage permet aux familles de prendre connaissances des activités et de la vie de l'EHPAD</p>	<p>X</p>			<p>Les activités sont affichées en UVP dans la salle commune. Cependant, l'affichage en UVP (feuille A4) au-dessus de l'évier de la cuisine n'est pas adapté.</p> <p>Dans le secteur EHPAD les activités sont affichées dans les chambres.</p> <p>Des feuilles d'activité en A4 sont affichées au mur dans les salles de vie et réfectoire.</p> <p>Remarque 4 : l'affichage en UVP au-dessus de l'évier de la cuisine n'est pas adapté.</p>
<p>1.2.5 <i>Politique de promotion de la bientraitance</i></p>	<p>OUI</p>	<p>NON</p>	<p>EN PARTIE</p>	<p>ECARTS/REMARQUES/ COMMENTAIRES EVENTUELS</p>
<p>- Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure ?</p>		<p>X</p>		<p>Le projet d'établissement en cours évoque, dans son point 6.3 : la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.</p> <p>Il propose deux axes principaux d'approche de la problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'appuyer sur des outils de sensibilisation du personnel ; - le maintien et l'entretien du bâti et de l'environnement architectural. <p>En pratique, il n'y a pas de formation ni de sensibilisation visant la promotion de la bientraitance et/ou de lutte contre la maltraitance. Les notions sont apparues abstraites pour certains agents.</p> <p>Pour autant, une procédure référencée PROC/MB/01 concerne « la lutte contre la maltraitance et développement de la bientraitance » qui recense essentiellement les textes et recommandations existantes. A cela est couplée une procédure en cas de présomption de maltraitance.</p> <p>Bien que les agents rencontrés déclarent qu'ils n'ont pas été témoins de maltraitance de leur collègue envers les résidents, le Président du syndicat intercommunal dit avoir eu échos de paroles inadéquates des soignants envers les résidents. En conséquence, une réunion collective a été organisée, et des entretiens individuels sont prévus.</p> <p>Par ailleurs, au regard des problématiques d'eau chaude au sein de l'établissement, le maintien et l'entretien du bâti et de l'environnement architectural, tel qu'il est mentionné dans le projet d'établissement, n'est pas mis en œuvre et ne contribue pas à une politique de bientraitance.</p> <p>Remarque 5 : bien que la notion promotion de la bientraitance soit soulignée dans le projet d'établissement, la déclinaison au sein de l'établissement est parcellaire et non organisée.</p>

1.2.6 <i>Gestion des risques, des crises et des incidents graves</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<p>- Existe-t-il un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des événements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies ?</p>			X	<p>Il existe une procédure dénommée « procédure de signalement d'un danger grave et imminent », transmise à la mission.</p> <p>La procédure est datée de septembre 2017, il s'agit de la version 1 ; elle est rédigée, vérifiée et approuvée par la même personne. Il n'y a pas de signature.</p> <p>Le document fait référence au décret 85-603, du 10 juin 1985, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.</p> <p>Ses objectifs sont précisés en page 1 : alerter la hiérarchie, exercer son droit de retrait, prendre les mesures correctives qui s'imposent. Elle est à destination des salariés pour lesquels il existerait un danger, une menace.</p> <p>L'établissement a transmis la procédure « PROC/INDE/03 » de la maison de retraite de Victor Bonal (Boulogny) « signalement et traitement des événements indésirables ». Elle date du 1^{er} janvier 2017, il s'agit de la version 3, elle est rédigée, vérifiée et approuvée par la même personne. Elle n'est pas signée.</p> <p>En préambule, l'objectif des signalements est rappelé et précise qu'il s'agit de réduire les occurrences des EI par des actions correctives et préventives. Elle fait également état de la transmission de l'information à l'ARS, bien que les circonstances et les modalités ne soient pas décrites. Pourtant, le processus de traitement des EI, décrit plus loin, ne reprend pas les notions d'actions préventives et correctives posées en introduction.</p> <p>La procédure est peu précise, et se limite globalement au traitement administratif.</p> <p>En pratique, le dispositif tel qu'il est décrit n'est pas opérationnel. Lors des entretiens, le personnel décrit ainsi le circuit : ils remettent la feuille au secrétariat ou à la comptable en l'absence du directeur ou d'une IDEC et n'ont aucun retour si ce n'est lorsque ce dernier est observable consécutivement à une demande de réparation de matériel par exemple, ou lors de dégradation de matériel, de défaut de réception de consommable et dernièrement pour un conflit d'équipe.</p>

			<p>Une autre procédure (PROC/EVIND) a été remise à l'équipe d'inspection. Elle date de 2019. Elle concerne les cas d'évènements indésirables se déroulant entre salariés ou entre salariés et résidents. Elle est donc très restrictive. Il n'y a pas de nom de rédacteur, de vérificateur et d'approbateur.</p> <p>Dans cette version, on voit apparaître les notions de démarche de gestion des risques, les définitions d'EI, EIAS, EIG, EPR, ainsi que les démarche d'amélioration continue de la qualité (actions correctives, information, communication, suivi de l'action mise en place). D'un point de vue théorique, elle est donc plus aboutie. En pratique, les notions décrites ne sont pas connues des personnels rencontrés.</p> <p>Remarque 6 : le circuit des EI, le mode de déclaration, les modalités de retour au déclarant, l'analyse EI et EIG, l'aspect pluridisciplinaire de celle-ci ne sont pas mis en place ; Les modalités de traitement sont peu formelles et essentiellement de tradition orale, sans traçabilité et sans capitalisation sur le retour d'expérience.</p>
<p>- Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?</p>		X	<p>Une représentante du CVS a mis dans le hall un cahier de réclamation et de recueil des doléances. Elle est en charge de la gestion du cahier et en vérifie le contenu.</p> <p>L'implication de la direction dans ce dispositif n'a pas été précisé.</p> <p>Depuis l'absence du directeur, le président suit les déclarations dont il a connaissance et appelle ou rencontre les familles ou agent concernés, mais il n'y a pas de recueil et de suivi d'analyse des EI.</p> <p>Ce défaut rejoint la remarque ci-dessus, cf. <i>supra</i>.</p>

<p>- Le personnel peut-il se référer à des procédures et/ou à des conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou évènements indésirables graves ?</p>		<p>X</p>		<p>Lors des entretiens des agents ont déclaré avoir connaissance d'un classeur de procédure et d'autres, non.</p> <p>D'une façon générale, les personnels ont recours à une communication purement orale, la culture ou politique qualité n'est pas organisée au sein de l'établissement. En effet, peu ou prou de procédures, celles observées ou mentionnées datent de 2017, (date de l'ouverture) sans aucune réactualisation depuis.</p> <p>Cependant, des consignes et des notes de services, disposées dans la salle de repos du personnel, ont été constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conduite à tenir en cas d'urgence ; - consigne pour équipe de nuit ; - consigne épidémie gastro ; - consigne épidémie grippe. <p>Remarque 7 : s'il existe quelques procédures écrites, le personnel n'en a pas connaissance. Par ailleurs, les procédures qui existent, anciennes, ne sont pas mises à jour.</p>
<p>- Il existe une fiche de déclaration des EIG</p>	<p>X</p>			<p>Il existe une fiche de déclaration d'EIG.</p> <p>Il n'existe pas de politique de déclaration des EIG au sein de l'établissement. La fiche de déclaration est connue du personnel mais était surtout utilisée pour les matériaux à remplacer, seulement depuis quelques semaines, les personnes interrogées évoquent la rédaction de FEI pour des tensions d'équipe.</p> <p>Ecart 3 : Il n'existe pas de politique d'acculturation à la notion d'EIG, de déclaration, dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité, ce qui rend difficilement applicable l'obligation de déclaration d'un EIG et constitue donc un écart au décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p>
<p>- La politique de déclaration des EIG s'appuie sur une charte de non punition</p>		<p>X</p>		<p>Remarque 8 : il n'y a pas d'incitation à la déclaration s'appuyant sur une charte de non punition / incitation à la déclaration.</p>

<p>- Existe-t-il un plan bleu (gestion d'un événement exceptionnel) ?</p>			<p>X</p>	<p>Suite à la demande complémentaire par courriel le 16 mars 2022, l'établissement a transmis un document intitulé « Plan Bleu. Gestion de la crise et plan d'organisation de l'EHPAD de SPINCOURT ».</p> <p>Il s'agit de la version 5, de juin 2021.</p> <p>Remarque 9 : d'une façon générale, et spécifiquement, en page 7, au point 1.4, le document précise que c'est : « le groupe de travail qui a assuré l'écriture du plan est chargé de sa maintenance » (<i>sic</i>). Cependant, le document n'est pas explicite sur la/les personne.s qui a/ont validé celui-ci. Le nom de [REDACTED] apparaît dans le tableau sans que son rôle dans la rédaction n'apparaisse.</p> <p>Remarque 10 : au point 1.5.3 « Référents », en page 7, au point 2.1 « Composition de la cellule de crise » en page 8, puis également au point 3, en page 18, des coordonnées téléphoniques sont mentionnées associées à des noms et fonctions.</p> <p>Or, dans tous les cas, hormis pour le secrétariat de Direction, il est inscrit le numéro du standard de l'EHPAD de SPINCOURT.</p> <p>Ce dernier est également utilisé pour le Dr [REDACTED], qui est médecin coordonnateur mais à l'EHPAD de [REDACTED].</p> <p>De même, en page 8, il est écrit que « les coordonnées téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise figurent dans l'annexe 13. » Or, cette dernière est vide. Situation analogue en page 18 qui renvoie sur l'annexe 4.</p> <p>Remarque 11 : la fiche action – Directeur ou son représentant – en page 22 évoque la grippe mais pas la COVID-19. Même chose en page 37 pour l'intitulé de l'annexe 8 et l'annexe 8 en tant que telle.</p>
<p>Appréciation des fonctions de gouvernance en niveau S.A.M. I</p>	<p>Insuffisant</p>			

2 FONCTIONS SUPPORT ET EFFECTIFS				
2.1 Les effectifs	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
- Ils sont en nombre suffisant			X	<p>Selon un document à vocation budgétaire, intitulé « tableau des effectifs EHPAD de Spincourt », transmis par la Direction, il est possible de retrouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDE & IDEC → 3 • ASH de jour → 4 • ASH de nuit → 2 • Auxiliaires de soins (jour et nuit) → 10 <p>Or, en comparant ce document avec celui intitulé « Personnels présents le 28/02/2022 – EHPAD DE SPINCOURT », il y a des inadéquations.</p> <p>D'une part, à titre d'exemple, dans « le tableau des effectifs », on ne retrouve pas l'agent polyvalent et l'AMP.</p> <p>D'autre part, la lecture du tableau « personnels présents » génère des incompréhensions entre les grades et les fonctions. En effet, un agent peut avoir la fonction « d'agent de soin » avec le grade d'agent social ou d'agent technique ou d'adjoint technique territorial...</p> <p>Remarque 12 : les différents documents reprenant les effectifs ne concordent pas et manquent de lisibilité.</p> <p>Le jour de l'inspection il y a des postes non pourvus comme le médecin coordonnateur ou l'IDEC...</p> <p>De surcroit, les dirigeants déplorent le manque de personnel. Il y a beaucoup d'agents contractuels, de recours à l'intérim, de recours à des professionnels libéraux pour combler les personnes absentes.</p> <p>Cf. <i>infra</i></p>

2.2 L'organisation de travail	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
- Médecin coordonnateur		X		<p>Il n'y a pas de médecin coordonnateur au sein de la structure. Le médecin de l'EHPAD de BOULIGNY est sollicité à titre exceptionnel pour la coupe PATHOS, ou dans le cadre du Plan Bleu.</p> <p>Des médecins ont rempli partiellement cette fonction mais pas officiellement. Ces derniers demeurent des médecins traitants des résidents.</p> <p>Il a été indiqué que le médecin coordonnateur de BOULIGNY n'intervient que pour des coupes PATHOS de la structure de SPINCOURT.</p> <p>A l'heure actuelle, le Président a indiqué le refus de nouvelles admissions malgré des places disponibles en raison de la désorganisation générale et de l'absence d'évaluation des futurs résident lors de l'admission, ainsi que l'absence de suivi.</p> <p>Écart majeur 2 : l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'établissement induit une déstructuration de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - depuis l'entrée des résidents lors de l'admission, sans projets de soins ; - lors de la survenue de problèmes médicaux (<i>cf. infra</i>, par ex les dossiers médicaux désordonnés et incomplets, erreurs de retranscriptions des traitements non identifiées..) ; - avec une absence de réflexion et de coordination lors des réévaluations périodiques des situations individuelles. <p>Cette carence de médecin coordonnateur constitue un écart majeur à l'article D312-156.</p>
- IDE coordonnateur		X		<p>Le jour de l'inspection, l'IDEC en poste, est en arrêt; elle est partiellement suppléée un IDE intérimaire et le passage d'IDE libérales.</p> <p>Remarque 13 : La fonction d'IDEC n'est pas assurée le jour de l'inspection, ce qui constitue habituellement un écart à l'article D.312-155.0 II du CASF. Pour autant la mission ne relève pas ceci comme un écart étant donné l'arrivée imminente d'une nouvelle IDEC.</p>

- IDE		X	<p>Il y a 4 IDE recensées mais une seule personne, par intérim, à compter à l'effectif. En effet, 3 autres IDE interviennent mais à titre libéral.</p> <p>Ce recours ne permet que la dispensation des soins et la préparation des piluliers. L'absence d'effectif stable ne permet pas à la structure de se projeter dans un projet général de soins pour l'établissement.</p> <p>Cependant, le recrutement d'une nouvelle IDE à temps plein est en cours au jour de l'inspection.</p> <p>Remarque 14 : L'instabilité de l'effectif du personnel IDE constitue une fragilité importante dans l'organisation de la structure.</p>
- AS, AMP		X	<p>Au regard du document transmis le jour de l'inspection et nommé « Personnels présents le 28/02/2022 », il est possible de dénombrer 3 AS, 1 AMP et 11 agents de soins.</p> <p>Comme évoqué <i>supra</i>, ces données ne correspondent pas avec un autre document transmis par la Direction et nommé « tableau des effectifs EHPAD de Spincourt » puisqu'il y a uniquement 10 auxiliaires de soins (jour et nuit).</p> <p>Parmi les agents en poste reçus au cours des entretiens, certains ne sont pas titulaires des diplômes DEAS ou DEAES.</p> <p>Les ratios sont insuffisants ce qui nécessite la mobilisation d'agents d'entretien dans des missions d'aide-soignant.</p> <p>Comme évoqué <i>supra</i>, cela constitue un glissement de tâche. A titre d'exemple, il peut arriver que ces agents non titulaires de diplôme participent à la distribution des médicaments, ce qui relève des fonctions d'IDE ou d'AS par délégation.</p> <p>Ecart majeur 3 : Les prestations délivrées par l'établissement ne sont pas réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées, ce qui constitue un écart à l'article L.312-1 II du CASF.</p>

<p>- ASH</p>			<p>Au regard du document transmis le jour de l'inspection et nommé « Personnels présents le 28/02/2022, 4 agents ont la fonction d'agents de ménage et 1 est agent polyvalent.</p> <p>Comme évoqué <i>supra</i>, ces données ne correspondent pas avec un autre document transmis par la Direction et nommé « tableau des effectifs EHPAD de Spincourt » puisqu'il y a 4 ASH de jour et 2 ASH de nuit.</p> <p>Dans leur ensemble, ils assurent l'entretien des locaux et accompagnent les résidents.</p> <p>Néanmoins, la fiche de poste « agent d'entretien », précise dans les missions générales : « il peut aider les résidents à se nourrir à la demande du personnel soignant » (<i>sic</i>).</p> <p>Ce constat rejoint le constat ci-dessus (écart majeur n°1 <i>supra</i>) quant à la qualification des personnels intervenants dans l'établissement, ainsi que la prescription associée.</p>
<p>- Les planning sont connu avec 1 mois d'avance</p>	<p>X</p>		<p>Les plannings sont affichés et connus avec celui du mois en cours et celui du mois à venir.</p>
<p>- L'établissement fait appel à des intérim</p>	<p>X</p>		<p>Le jour de l'inspection, le taux d'absentéisme n'est pas connu et n'a pu être transmis à la mission.</p> <p>Il n'existe pas de livret d'accueil pour les nouveaux arrivants et intérimaires et aucune procédure n'est en place à ce propos. Les nouveaux arrivants ont été récemment doublés par des étudiants infirmiers.</p> <p>A titre d'illustration, le jour de l'inspection, l'IDE intérimaire n'a pas pu ouvrir le portail de l'établissement à la mission, car il ne disposait pas du code d'ouverture.</p> <p>Remarque 15 : le turnover du personnel est important et les personnels intérimaires nombreux. L'accueil de ces derniers n'est pas optimisé, en raison de l'absence de livret d'accueil et de procédure claire. Ceci constitue un facteur de risque supplémentaire quant à la prise en charge des résidents.</p>

<p>- Il existe un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants / les intérim</p>			<p>X</p>	<p>Lors des entretiens réalisés, les personnes embauchées avant septembre 2020 recevaient un livret d'accueil. Ce n'est plus le cas après le départ de la DRH. L'IDE intérim présent ce jour confirme ne pas avoir eu d'information sur le fonctionnement de l'établissement (procédures, accès à l'établissement, gestion des stocks, CAT en cas d'urgence...).</p> <p>Les personnels les plus récemment embauchés (après septembre 2021) évoquent tous l'absence d'entretien d'accueil et de transmission du livret d'accueil. Le turnover est important.</p> <p>Le présent constat, qui rejoint la remarque <i>supra</i>, implique une recommandation identique.</p>
<p>- Ressenti et bien être du personnel</p>				<p>Le ressenti des équipes est unanime sur certains points et ambivalent sur d'autres.</p> <p>D'une part, tous affirment la richesse d'une structure de petit dimensionnement, dans des locaux neufs et agréables. Cependant, l'absence de distribution d'eau chaude ou le manque de matériel, amènent certains soignants à s'estimer maltraitants avec les résidents.</p> <p>Ensuite, tous déplorent un manque managérial, de coordination médicale, une absence de communication avec le Directeur mais aussi entre les équipes elles-mêmes, impactant l'organisation globale du travail des personnels. A cela s'ajoute des relations difficiles avec des familles.</p> <p>Ces facteurs contribuent à créer un sentiment de mal-être</p> <p>Puis, d'autre part, deux courants de pensée s'opposent sur l'ambiance. En effet, pour une moitié, elle est bonne et il y a une forte solidarité entre les membres des équipes.</p> <p>Pour l'autre moitié, les relations professionnelles sont difficilement supportables : conflit, tension, désaccord dans les modalités de prise en charge, épuisement, impossibilité de se projeter personnellement lorsque l'on est perpétuellement en CDD...</p>
<p>Autres paramédicaux</p>			<p>X</p>	<p>Au sein de la structure, il n'y a pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de psychologue ; - d'ergothérapeute ; - de diététicienne.

2.3 Gestion des ressources humaines	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
2.3.1 Personnels, qualifications, affectations				
- Les personnels sont-ils qualifiés ? (art L312-1-II, al.2 CASF)			X	<p>Durant la mission, les dossiers des personnels n'ont pas été investigués.</p> <p>Cependant, il a pu être entendu à maintes reprises que l'administration des traitements est effectuée par du personnel qui n'est pas qualifié.</p> <p>Écart majeur 4 : l'administration des médicaments est réalisée par du personnel qui n'est pas qualifié pour cette tâche, ce qui est contraire au II de l'article L.311-1 du CASF.</p>
- Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF)				<p>Les casiers judiciaires seraient, <i>a priori</i>, demandés lors de l'embauche.</p> <p>Cependant, durant la mission, les dossiers des personnels n'ont pas été investigués.</p>
- Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?				<p>Des fiches de postes existent et la mission a pu obtenir celles dédiées au poste d'infirmière, d'animatrice, d'auxiliaire de soins, d'agent social, d'agent d'entretien, d'agent de soins et d'agent cuisinier.</p> <p>Néanmoins, la mission a pu constater que les personnels n'ont pas connaissance de leurs fiches de poste ou de tâches les concernant.</p> <p>Les missions assignées à certaines fonctions sont propices à la genèse de glissements de tâches : agent d'entretien cf. supra, agent social chargé du rangement, de l'animation, de la blanchisserie mais également de la surveillance clinique</p> <p>Remarque 16 : conformément au document « Personnels présents le 28/02/2022 – EHPAD DE SPINCOURT », il existe la fonction « d'agent polyvalent ». Or la fiche de poste n'existe pas.</p>

<p>- Existe-t-il des glissements de tâches ou de fonction entre les personnels ?</p>	X			<p>La mission a pu relever des glissements de tâches entre les personnels, et ce à plusieurs niveaux.</p> <p>Sur un versant, administratif, en l'absence de Directeur et de DRH, des missions se sont, pour partie, supportées par la comptable et la secrétaire d'accueil.</p> <p>Sur un plan soignant, il a été observé que la distribution de médicaments est réalisée par des agents polyvalents en l'absence de l'IDE. De même, certains agents polyvalents assurent aussi la fonction d'aide-soignant.</p> <p>Cf. écart majeur <i>supra</i>.</p>
<p>2.3.2 Formations et accompagnement</p>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<p>- Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels ?</p>			X	<p>D'une manière générale, les personnels ont déclaré ne pas avoir eu d'entretien individuel et les demandes des formations n'auraient pas été suivies d'effets.</p> <p>Comme cela a déjà été mentionné antérieurement, les actions de formation relatives à la bientraitance et/ ou prévention de la maltraitance, ne sont pas organisées au sein de l'établissement.</p> <p>Ce constat rejoint celui du chapitre 1.3.1 relatif à l'absence de déclinaison de la politique bientraitance au sein de l'établissement.</p> <p>Ecart majeur 5 : Absence de politique générale et de formation des personnels sur la promotion de la bientraitance, lutte contre la maltraitance, ce qui est contraire à l'instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance</p>
<p>- Existe-t-il un plan de formation incluant bientraitance, douleur, Alzheimer, fin de vie ?</p>		X		<p>D'une façon générale, il n'y a pas de plan de formation.</p> <p>Néanmoins, une formation ALZHEIMER a été dispensée en 2019. Pas d'autres formations n'auraient été proposées aux agents en poste depuis lors.</p> <p>Remarque 17 : absence, ou manque de suivi, en matière de formations déployées au sein des personnels.</p>

<p>- Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?</p>		<p>X</p>		<p>Il n'y a aucun dispositif existant en la matière, ni de psychologue intervenant dans la structure.</p> <p>Les personnels évoquent un directeur distant, ne communiquant pas ou peu, et ne répondant pas aux sollicitations du personnel (demande de réunion, de formation etc.).</p> <p>En l'absence du Directeur, les personnels sollicitent le Président du SIPACS</p> <p>Remarque 18 : absence de dispositif de soutien professionnel du personnel</p>
<p>2.4 Bâtiments /espaces extérieurs/équipements</p>	<p>OUI</p>	<p>NON</p>	<p>EN PARTIE</p>	<p>ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS</p>
<p>2.4.1 Bâtiments et espaces extérieurs</p>				
<p>- L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?</p>			<p>X</p>	<p>L'EHPAD est construit et édifié en plain-pied. C'est un bâtiment accessible grâce à des aménagements adaptés.</p> <p>Au niveau de l'UVP, le jour de l'inspection, des portes vitrées n'étaient pas fermées à clé. De même, au niveau de l'espace cuisine se trouve une arrivée d'eau proéminente (cf. Annexe 3), sortant du mur. Cela génère un risque d'accident et également de blessure, en cas de chute.</p> <p>Enfin, il y a une présence de trois caméras au sein de cette unité. Le personnel n'en connaît pas la vocation. Les images sont consultables depuis le poste informatique de l'IDEC et du Directeur. Elles ne sont pas consultées de façon permanente, juste à la demande. Selon les propos du Directeur, les enregistrements sont écrasés au bout de 7 jours.</p> <p>Remarque 19 : la nécessité d'utilisation des caméras dans cette zone n'est pas démontrée à la mission.</p> <p>Dans l'unité « EHPAD » de nombreux tableaux techniques comportant des fils électriques ou des commandes d'eau, sont accessibles par les résidents.</p> <p>Remarque 20 : des éléments présentent des dangers pour les résidents, comme les tableaux techniques ou l'arrivée d'eau dans la cuisine de l'UVP.</p> <p>De façon concomitante, il y a une problématique longue, depuis l'ouverture, d'absence de distribution d'eau chaude dans l'EHPAD. Cela constitue un manquement majeur.</p>

				<p>En effet, cela ne permet pas d'assurer des toilettes/douches dans les bonnes conditions, de sécurité et de confort. Cela atteint également le degré d'autonomie des résidents qui sont en capacité de se laver seuls.</p> <p>Pour réaliser les toilettes, les agents font ainsi chauffer de l'eau en bouilloire, avec des risques tant pour les résidents que les personnels : potentialité de brûlures (absence de recours à des thermomètres pour s'assurer de la température) et d'électrocution.</p> <p>Ecart majeur 6 : manquement au II de l'article L 312-1 du CASF sur les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement à apporter notamment en EHPAD.</p>
- L'organisation des locaux et leurs conditions d'utilisation permettent-elles le respect de l'intimité ? De la mixité ?	X			L'EHPAD est équipé de chambres individuelles, chacune comportant des sanitaires indépendants.
2.4.2 Sécurité des personnes et des biens	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
- Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ?			X	<p>Il s'agit d'un établissement de plain-pied, ne comprenant pas, de fait, d'escalier.</p> <p>Il y également un parc grillagé et l'accès au bâtiment est sécurisé par un code.</p> <p>La mission a pu noter la présence d'un défibrillateur dans le hall.</p> <p>Au niveau de la sécurité incendie, il a été observé la présence de plans d'évacuation et d'extincteurs bien identifiés.</p> <p>Par ailleurs, le local DASRI est non identifié comme tel par le logo afférent.</p> <p>Remarque 21 : absence d'identification du local DASRI</p> <p>Par ailleurs, par-delà la problématique d'absence d'eau chaude, de nombreuses pommes de douches sont démontées suite à des problèmes de calcaire, laissant les tuyaux gisants au sol au-dessus des bouches d'évacuation.</p>

				Remarque 22 : de nombreux tuyaux de douches sont posés au sol, juste au-dessus des bouches d'évacuation d'eau
- Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?	X			<p>Les dispositifs d'appel testés par la mission d'inspection fonctionnent.</p> <p>Cependant, dans certaines chambres de l'UVP, des sonnettes étaient débranchées et des alarmes ont été retirées dans des salles de bains (cf. Annexe 3). La raison invoquée est que certains résidents les arrachent.</p> <p>Remarque 23 : des dispositifs d'appel ont été retirés de certaines chambres ou salles de bain au sein de l'UVP</p>
Appréciation des fonctions support en niveau S.A.M. I	Insuffisant			

3 PRISE EN CHARGE				
3.1 Organisation de la prise en charge	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/COMMENTAIRES EVENTUELS
3.1.1 Admission				
- Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?				<p>La procédure écrite des admissions n'a pas été vérifiée par la mission.</p> <p>Il a été fourni à la mission des informations divergentes quant à l'admission de nouveaux résidents.</p> <p>En effet, une partie des dirigeants indique avoir suspendu de nouvelles admissions malgré des places disponibles en raison de la désorganisation générale et de l'absence d'évaluation à l'entrée ainsi que pour le suivi. Une autre partie des dirigeants mentionne le contraire.</p> <p>Les admissions sont en théorie validées par le médecin coordonnateur de BOULIGNY. Or, c'est l'IDEC qui les réalisait, quand elle était présente.</p> <p>Remarque 24 : absence de procédure d'admission</p>
- Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?				<i>Cf. point précédent</i>

3.1.2 Modalités d'accompagnement. Projet de d'accueil et d'accompagnement	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<ul style="list-style-type: none"> - Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissement, activités de loisirs,) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ? 		X		<p>La mission a consulté plusieurs dossiers de résident.</p> <p>Les habitudes des personnes font parfois l'objet d'un recueil qui reste aléatoire et pas toujours tracé. Dans cette situation la prise en compte des habitudes des personnes n'est pas effective.</p> <p>Remarque 25 : les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissement, activités de loisirs,) ne font pas l'objet d'un recueil formalisé.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est élaboré pour chaque personne prise en charge ? 		X		<p>La mission a consulté plusieurs dossiers de résident. Il n'y a pas de formalisation du projet d'accompagnement personnalisé.</p> <p>Ecart majeur 7 : Il n'y a pas de projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté pour les personnes accueillies, ce qui est contraire à l'article D312-155-I-0- 3° du CASF qui stipule que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mettent en place un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet est-il évalué périodiquement ? 		X		<p>Voir constat <i>supra</i>.</p>

3.1.3 <i>Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<ul style="list-style-type: none"> - Les transmissions et la gestion des informations relatives à la prise en charge des résidents sont organisées et formalisées entre les professionnels de la structure, et avec les professionnels extérieurs ? 			X	<p>La mission a constaté que des transmissions entre les équipes soignantes sont organisées au moment du changements d'équipe à 13h30. L'IDE n'y participent pas toujours.</p> <p>La traçabilité des soins est réalisée dans le logiciel de soins NETSOINS. Elle n'est pas rigoureuse et la mission a constaté, parmi les dossiers consultés, que des transmissions essentielles faisaient défaut. Elles concernent plus particulièrement les changements de traitements. La transmission de l'observance médicamenteuse n'est pas non plus systématique, elle dépend des possibilités de l'IDE en poste de se libérer au moment du changement d'équipe.</p> <p>Ainsi, la distribution et l'aide à la prise des médicaments ne sont pas organisées de façon à s'assurer de la nature du médicament distribué, les prescriptions médicales ne sont pas toujours renouvelées et les fiches de traitement de NETSOINS contiennent parfois des différences avec les fiches de traitement recopiées manuellement et mise dans un classeur en salle de soins.</p> <p>Enfin, l'absence de médecin coordonnateur, l'absence d'organisation de la continuité de la fonction d'IDEC et la qualité des IDE intervenant (intérimaire ou libéraux) concourent à altérer la transmission des informations relatives à la prise en charge des résidents.</p> <p><u>Ecart majeur 8 :</u> Il existe un défaut dans la gestion des informations relatives à la prise en charge des résidents ; ceci ne concoure pas à la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés, ni à la mise en œuvre d'un projet de soins et un projet de vie adapté et constitue un écart à l'article D.312-155-0-I-2° et 3° du CASF.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il un document de liaison avec les urgences ? 			X	<p>Le DLU est disponible dans NETSOINS. Compte tenu de la traçabilité aléatoire dans le logiciel, le DLU n'est pas à jour. Par ailleurs, le logiciel NETSOINS étant mis en place depuis peu, tous les dossiers des résidents ne sont rentrés dans le logiciel.</p> <p>Il existe également quelques DLU au format papier. Ils sont situés dans un classeur dans le bureau de l'IDEC. Leur existence n'est pas connue de tous. Les DLU en version papier n'ont pas été mis à jour récemment. Certains de ceux-ci, consultés par la mission, sont en effet datés du jour de l'admission du résident au sein de la structure, parfois ancien de plusieurs années.</p>

				Remarque 26 : les DLU, lorsqu'ils existent, ne sont pas à jour. Ils ne peuvent donc en ce sens constituer un outil de coordination et de fluidité des parcours de santé complexes, ce qui est contraire aux bonnes pratiques préconisées par la HAS.	
3.2	Respect des droits des personnes accueillies	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
3.2.1	<i>Respect des droits et de la dignité des personnes</i>				
	- Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?			X	Après les transmissions vers 6h30, les toilettes sont dispensées par les agents de 6h30 jusque 10h30/10h45. La mission a pu entendre que des résidents étaient, pour partie, réveillés pour la réalisation de la toilette. Les petits déjeuners sont donnés à partir de 7h30 jusque 8h30, les déjeuners à partir de 11h15/11h30, les gouters à partir de 15h et souper à partir de 18H en chambre et 18H30 en salle à manger. La mission a pu relever également que des résidents sont mis en pyjama à 15h00. Des collations de nuit sont également proposées. Remarque 27 : certains rythmes ne seraient pas respectés avec des réveils imposés ou des mises en pyjama à 15h00.
3.2.2	<i>Liberté d'aller et venir</i>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/ COMMENTAIRES EVENTUELS
	- Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ? (Article L311-3, 1° CASF)			X	La mission a pu observer une contention dans un lit. Cependant, le protocole dédié à la contention n'a pas été abordé dans les entretiens. Remarque 28 : il existe un protocole dédié à la contention « PROC/Cont/01 », une V1, du 1 ^{er} septembre 2017.

3.2.3 Alimentation /repas	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<p>- Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?</p>			X	<p>Les repas sont globalement pris dans des conditions satisfaisantes.</p> <p>Les quantités sont suffisantes et les textures et régimes sont respectées.</p> <p>Cependant, au jour de l'inspection, le personnel déclare que les menus ne sont pas équilibrés et que l'équipe qui cuisine sur place voudrait proposer des menus plus équilibrés (par le biais d'un appui d'une diététicien.ne) et plus variés avec des cycles de repas de 4 semaines.</p> <p>L'élaboration des menus semble effectuée par une personne de l'EHPAD de ██████████. La mission a constaté l'absence de commission « menus ». Le personnel des cuisines aurait fait part de sa volonté d'y contribuer et d'y participer auprès du directeur. Selon les agents rencontrés, cette demande serait restée sans suite. Les résidents ne sont pas amenés à s'exprimer sur cette thématique.</p> <p>Pourtant, en page 13 du projet d'établissement en cours (dont les page 11 et 12 n'ont pas été transmises à la mission), il est stipulé, à propos des repas, « recueillir les observations et des suggestions des résidents ».</p> <p>Les remarques du personnel ne sont pas étudiées de manière contradictoire. L'établissement ne met pas en œuvre, sur cette thématique, les objectifs qu'il s'est fixé dans son projet d'établissement.</p> <p>Cependant, M. ██████████, Président du SIPACS, en date du 30/03/2022, indique par courriel au Directeur, M. ██████████, la mise en œuvre à compter du 11/04/2022 d'une nouvelle organisation. Dorénavant, ce sont les cuisiniers qui assurent la conception des menus et gèrent les stocks.</p> <p>La mission prend note de cette évolution.</p> <p>Par ailleurs, il y a une aide aux repas pour certains résidents.</p> <p>Remarque 29 : une aide aux repas est réalisée par certains agents qui ne sont pas formés, ce qui constitue un glissement de tâches</p> <p>En parallèle, la prescription de suppléments protéiques est adaptée aux besoins du résident sur avis médical, sans consommation excessive remarquée.</p>

- Les résidents ont le choix des menus une semaine ou deux à l'avance				<i>Cf. supra</i>
3.3 Soins	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
3.3.1 <i>Projet de soins individuel. Partage des informations médicales et paramédicales</i>				
- Un projet de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?		X		Le projet personnalisé d'accompagnement, doit comprendre, entre autres, un projet de soins. Or, il n'y a pas de projet de soins élaboré pour chaque résident (<i>cf. supra</i>). Écart 4 : Il n'y a pas de projet de soins élaboré pour chaque résident, ce qui est contraire à l'article D.312-155-0-I-3° du CASF
- Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?		X		<i>Cf. supra</i>
- Un plan de soins (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?		X		<i>Cf. supra</i>

<p>- La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...)?</p>		X		<p>La tenue des dossiers médicaux n'est pas satisfaisante.</p> <p>D'une part, le rangement est diffus, sans classement identifiable et respecté. D'autre part, ils sont incomplets. Les médecins traitants ne tracent pas systématiquement leurs interventions.</p> <p>A la consultation d'un dossier, il est très difficile d'identifier l'histoire clinique d'un résident. Enfin, leur accès, dans la salle de soins de l'UVP, n'est pas sécurisé.</p> <p>Remarque 30 : la tenue des dossiers médicaux papier n'est pas satisfaisante. Elle ne permet pas d'assurer une continuité des soins de qualité. Leur accès n'est pas sécurisé.</p>
<p>- Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical sont-elles organisées et formalisées ?</p>			X	<p>Un logiciel NETSOINS est en place. Cependant, tous les médecins traitant ne le remplissent pas, les ordonnances sont parfois manuscrites, un décalage est observé entre certaines ordonnance enregistrées dans le logiciel et les fiches manuscrites pour un même résident.</p> <p>Certaines informations sont recopiées sur des post-it, d'autres sur des feuilles de format A4, sans date ni signature. Enfin, les consignes peuvent différer entre les originaux et les recopiations.</p> <p>Remarque 31 : le logiciel NETSOINS n'est pas complété de façon exhaustive, et des habitudes de recopiage altèrent la qualité de l'information et sa transmission.</p>
<p>3.3.2 <i>Protocoles de soins et action de prévention</i></p>	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<p>- La prise en charge de la douleur est organisée et protocolisée</p>		X		<p>Dans le classeur des protocoles, il existe une procédure dénommée « procédure prévention et lutte contre la douleur ». Le document est daté de 2017, il s'agit de la version 1. Il ne s'agit pas d'une procédure, le document relève d'une information théorique, à destination des soignants, médicaux et paramédicaux.</p> <p>Remarque 32 : il n'y a pas de protocole de soins utilisable dans la pratique quotidienne relatif à la prise en charge de la douleur.</p>

<p>- Les soins palliatifs et la fin de vie sont-ils organisés et protocolisés</p>		<p>X</p>	<p>La mission n'a pas demandé spécifiquement le protocole de l'établissement relevant des prises en charge des fins de vie. Les protocoles qui ont été transmis par l'établissement ne contiennent pas de feuillet relatif à cette thématique.</p> <p>Le projet d'établissement comporte 6 pages relatifs à cette thématique. Les différents volets abordés dans celui-ci laissent penser qu'une réelle réflexion a eu lieu autour de cette question. On note trois actions à mettre en œuvre qui sont la formation du personnel, la collaboration avec une équipe de soins palliatif et la mise en place d'un soutien psychologique.</p> <p>L'absence même de plan de formation, l'absence de psychologue et l'absence de protocole amène à conclure que la politique de projet d'établissement n'est pas mise en œuvre sur cette question des prises en charge de fin de vie.</p> <p>Remarque 33 : l'établissement n'a pas mis en œuvre un volet important de son projet d'établissement concernant la question des soins palliatifs et des fins de vie.</p>
<p>- Les protocoles d'urgence (arrêt cardio respiratoire, épilepsie, fausse route) sont-ils organisés et protocolisés</p>		<p>X</p>	<p>Il n'existe pas de protocole relatif à la prise en charge des situations urgentes telles qu'arrêt cardio respiratoire, épilepsie, etc...). En salle de repos, la mission a noté une note de service stipulant : « En cas d'imprévu, d'incident...VOUS REFERER AUX PROTOCOLES et/ou PROCEDURES (bureau d'accueil). »</p> <p>Remarque 34 : le protocole d'urgence est absent.</p>
<p>- La prise en charge des pathologies particulières est organisée et protocolisée (par exemple rajustement dosage insuline) ?</p>		<p>X</p>	<p>Il n'existe pas de protocole relatif à la prise en charge des situations particulières, telles que, par exemple, surveillance d'une glycémie, ajustement d'une insuline.</p> <p>Remarque 35 : le protocole relatif à la prise en charge des pathologies particulières est absent.</p>

<p>- La prévention des chutes est-elle organisée et protocolisée</p>			<p>X</p>	<p>Il existe une procédure dénommée « prise en charge du sujet âgée après une chute. ». Le document est daté de 2017, il s'agit de la version 1. Il ne s'agit pas d'une procédure, le document relève d'une information théorique, à destination des soignants, médicaux et paramédicaux.</p> <p>Il n'est pas utilisable dans la pratique quotidienne d'une prise en charge d'un sujet qui chute.</p> <p>Certains personnels évoquent le suivi des chutes réalisé dans NETSOINS. Aucun document ne permet de confirmer que ce suivi existe et qu'il fait l'objet d'une étude ou d'un plan d'action au sein de l'établissement.</p> <p>Remarque 36 : le protocole dédié aux chutes n'est pas abouti.</p>
<p>- La surveillance du poids des résident et le dépistage de la dénutrition existent</p>			<p>X</p>	<p>Dans le logiciel NETSOINS, il existe la possibilité d'un suivi régulier du poids et de l'IMC, avec des courbes permettant de détecter rapidement une modification du paramètre. Cette fonctionnalité n'est pas utilisée de façon systématique.</p> <p>Par ailleurs, la mission a pu entendre qu'un résident n'avait pas été pesé en février 2022, pour deux motifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le câble de la balance connectée était perdu ne permettant plus la recharge de la batterie possible ; - Le lève-malade permettant de peser les résidents n'est pas opérationnel. <p>Remarque 37 : la surveillance du poids des résidents et le dépistage de la dénutrition ne sont pas effectives au sein de l'établissement.</p>

<p>- La prévention et la gestion des épisodes infectieux sont organisés et protocolisés (IRA)</p>			<p>X</p>	<p>En salle de repos du personnel, il existe un tableau d'affichage de notes de service, dont certaines sont anciennes (datant de l'ouverture de la structure en 2017).</p> <p>On retrouve pêle-mêle des notes relatives aux relations avec l'administration, des notes concernant les bonnes pratiques, etc...</p> <p>Dans ce cadre, il existe un document intitulé « recommandations en cas d'infection respiratoires et gastroentérites aiguës ». Le document n'est pas daté ni signé. Il s'agit d'un document relatif à l'hygiène dans le cadre de la prise en charge d'un patient infecté, et renvoie vers le « protocole isolation » qui a pour objet les bonnes pratiques pour éviter la transmission d'un agent infectieux.</p> <p>Remarque 38 : au regard du contenu parcellaire des documents, de leur multiples localisations géographiques et non adaptées, de leur ancienneté et de l'absence de mise à jour, la mission considère qu'il n'existe pas de protocole de prévention et de gestion efficiente des épisodes infectieux.</p>
<p>- La prévention de l'iatrogénie est organisée</p>		<p>X</p>		<p>En l'absence de médecin coordonnateur, la prévention de la iatrogénie n'est pas organisée. Bien que le Logiciel NETSOINS dispose d'une fonctionnalité d'alerte quant à un risque iatrogénique, ces alertes ne sont pas prises en compte.</p> <p>Remarque 39 : la prévention de la iatrogénie n'est pas organisée.</p>
<p>- Il existe un plan de lutte contre les effets de la canicule</p>	<p>X</p>			<p>La mission n'a pas retrouvé de Plan bleu lors de l'inspection. Ce document a cependant été envoyé en date du 29/03/2022.</p>
<p>- Il existe un plan de lutte contre les crises sanitaires ou épidémies (gastro-entérite, COVID, ...)</p>		<p>X</p>		<p>Voir commentaire <i>supra</i></p>

<p>- La prévention des escarres et leur dépistage sont organisés</p>		<p>X</p>		<p>Il n'existe pas de protocole relatif au dépistage et la prévention des escarres.</p> <p>Remarque 40 : le protocole relatif à la prévention et au dépistage des escarres est absent.</p>
<p>- Les protocoles sont disponibles, accessibles et connus</p>		<p>X</p>		<p>Il existe un classeur des protocoles. La plupart sont constitués des fiches d'information et non de protocoles applicables dans la pratique quotidienne. Les documents sont anciens, datant dans leur grande majorité de la date d'ouverture de l'établissement. Pour certains, il n'est pas fait mention de nom de rédacteur, de vérificateur, d'approbateur. D'autres ne sont pas signés. Ce classeur des protocoles n'est pas connu de l'ensemble du personnel. Le classeur n'est pas disponible en salle de soins, mais au bureau de l'accueil.</p> <p>Par ailleurs, il existe, en salle de repos, des notes de services dont certaines peuvent s'apparenter à des protocoles. Elles sont relatives à la conduite à tenir en cas de gastro entérite, ou la conduite à tenir en cas d'urgence.</p> <p>Ces notes de service ne sont pas classées et se retrouve pêle-mêle avec des notes de service ayant trait aux transmissions, aux constat de vol de denrées alimentaires, aux relations avec l'administration.</p> <p>Remarque 41 : au regard de l'absence de rigueur dans la rédaction des protocoles, dans leur mise à jour, de l'absence de connaissance de ceux-ci par une partie du personnel, et la confusion entre protocole et note de service, la mission considère qu'il n'y a pas de protocoles disponibles et accessibles.</p>

3.3.3 Sécurité circuit du médicament	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES/ COMMENTAIRES EVENTUELS
<ul style="list-style-type: none"> - Tout médicament administré fait l'objet d'une prescription individuelle, écrite, lisible et signée par un médecin art R.5132-3 CSP 			X	<p>Les prescriptions médicales ne sont pas toujours renouvelées. Elles sont recopiées sur une fiche de gestion des traitements, source d'erreur de copiage. Les fiches de traitements dans NETSOINS contiennent parfois des différences avec les ordonnances originales.</p> <p>Les renouvellements de traitements ne font pas nécessairement l'objet d'une prescription individuelle, datée et signée. En effet, si le médecin traitant ne procède pas au renouvellement de l'ordonnance, en l'absence de médecin coordonnateur, ce sont les IDE qui reconduisent le traitement afin d'éviter une rupture de la continuité de la prise en charge.</p> <p>Écart majeur 9 : tout traitement administré ne fait pas nécessairement l'objet d'une prescription individuelle, écrite, lisible et signée par un médecin, ce qui constitue un écart à l'article R.5132-3 du CSP.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La préparation, la distribution et l'aide à la prise des médicaments sont organisées de façon à assurer la sécurité des personnes accueillies R4311-4 CSP compétences ide 			X	<p>La préparation, la distribution et l'aide à la prise des médicaments ne sont pas organisées de manière à s'assurer de la nature du médicament au moment de l'administration, les sources d'erreur d'administration sont nombreuses et non identifiées par l'établissement comme telle. L'administration n'est pas toujours réalisée par l'IDE ou des aides-soignantes. L'observance des traitements n'est pas tracée en temps réel.</p> <p>Écart majeur 10 : la distribution des médicaments ne se fait pas toujours par une IDE ou par une AS en collaboration avec l'IDE et encadrée par celle-ci, ce qui constitue un écart à l'article R.4311-4 du CSP.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La gestion de l'armoire à pharmacie est conforme à la réglementation (clé, stups stocks) 		X		<p>La salle de soins dispose de nombreux lieux de stockage, ils sont en désordre. La paillasse de la salle de soins est encombrée.</p> <p>Les péremptions ne sont pas suivies, des médicaments périmés ont été retrouvés dans le bureau de l'IDEC sans traçabilité.</p> <p>Le stockage des stupéfiants ne permet pas d'identifier le contenu du coffre. Il n'est pas sécurisé. En effet, si le coffre est fermé à clé, cette dernière est accessible à tous à l'accueil.</p> <p>La quantité de stupéfiants est importante alors même qu'aucun résident n'est sous ce type de traitement au moment de l'inspection.</p> <p>L'examen du carnet de prescriptions nominatives et de gestion des stocks ne permet pas de déterminer le contenu du coffre.</p>

			<p>La traçabilité de l'entretien du réfrigérateur contenant des médicaments thermosensibles n'existe plus depuis juillet 2021, dernière date tracée.</p> <p>Remarque 42 : la gestion de l'armoire à pharmacie et du réfrigérateur est inexistante, ce qui est une source potentielle d'erreur dans le circuit du médicament.</p> <p>Ecart 5 : L'enregistrement de l'état récapitulatif d'administration de médicaments stupéfiants est incomplet, ce qui contrevient l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants.</p>
- Il existe une liste préférentielle de médicaments d'urgence		X	<p>Il n'y a pas de chariot d'urgence en tant que tel, il existe une trousse de secours, non scellée. Elle comporte une liste de médicaments qui ne correspond pas exactement à ce qui est contenu dans la trousse.</p> <p>A la lecture de la liste, on constate que le suivi des péremptions a été réalisée à une époque, mais que celle-ci n'est plus effective.</p> <p>La liste comporte des médicaments dont la date de péremption est échue de plusieurs mois parfois. A titre d'exemple, la liste mentionne : LASILIX : novembre 2021 ; SOLUMEDROL : aout 2021 ; ADRENALINE : octobre 2021.</p> <p>Par ailleurs, on ne peut pas déterminer comment et par qui cette liste a été établie</p> <p>Remarque 43 : Au regard de la gestion de la trousse de secours, de la liste des médicaments et de son suivi, la mission considère qu'il n'existe pas de liste préférentielle de médicament d'urgence.</p> <p>Deux extracteurs à oxygène sont disponibles dans le bureau de l'IDEC. La maintenance de ces derniers n'est pas mentionnée. Le matériel n'est pas suivi. Le personnel rencontré informe la mission, qu'en l'absence de suivi de ce matériel, il se refuserait à l'utiliser si nécessaire.</p> <p>Remarque 44 : la maintenance des extracteurs à oxygène disponibles dans le bureau de l'IDEC n'est pas tracée.</p>

3.3.4 Hygiène	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
- Il existe des protocoles de bio-nettoyage				<p>Cet item n'a pas été investigué par la mission.</p> <p>Cependant, la mission a pu entendre qu'il n'existe pas de protocoles dédiés.</p> <p>En parallèle, lors de l'inspection le local entretien, proche des vestiaires était ouvert ce qui n'est sécurisé en raison des produits qui y sont stockés</p>
- Le personnel respecte les protocoles de bio-nettoyage				Cet item n'a pas été investigué par la mission.
- L'établissement a conclu un contrat avec une société pour l'élimination des DASRI				Cet item n'a pas été investigué par la mission.
- Il existe un protocole de gestion des DASRI		X		<p>Il n'existe pas de protocole de gestion des DASRI</p> <p>Remarque 45 : il n'y a pas de protocole dédié à la gestion des DASRI</p>
- Le personnel applique ce protocole		X		Cf. <i>supra</i>
- Il existe un circuit propre sale pour la gestion du linge des résidents, le linge plat et celui des personnels	X			<p>Il y a une salle dédiée pour la gestion du linge avec un circuit propre / sale et du repassage.</p> <p>Des consignes manuscrites, non formalisées, sur la commande des draps par exemple, y sont affichées au mur.</p> <p>Remarque 46 : il existe des consignes manuscrites au sein de la salle de gestion du linge</p> <p>Il y a également une intervention de la société ELLIS pour les draps.</p>

3.3.5 Gestion des dispositifs médicaux et hygiène	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
<ul style="list-style-type: none"> - Un local est dédié à la gestion des stocks 			X	<p>Plusieurs locaux servent de lieu de stockage comme des bureaux de l'administration (IDEC, DRH...), la salle de réunion. Concernant cette dernière sont stockés de l'archivage de documents, des EPI, des compresses, des sets de sondage urinaire, COLOPLAST....</p> <p>Le local archives comportent des archives mais aussi de la papeterie, du dégraissant, détartrant, lessive et des produits nettoyants.</p> <p>Les toilettes de la salle polyvalente servent également de lieu de stockage pour des EPI.</p> <p>Remarque 47 : la mission a pu relever de nombreux endroits où sont stockées de multiples éléments (EPI, documents administratifs, matériel médical...)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Le stock de dispositifs médicaux est suffisant pour le nombre de résidents, pour assurer des soins de nursing de qualité 			X	<p>La mission a pu relever un nombre suffisant de protections.</p> <p>Néanmoins, la mission a pu prendre connaissance qu'en raison de l'absence de l'IDEC, les commandes n'ont pas toujours été assurées ou assurées trop tardivement.</p> <p>Des protections ont ainsi été récupérées à l'EHPAD de ██████████. C'est une AS qui se chargent des commandes.</p> <p>Remarque 48 : absence de formalisation dans les commandes des protections</p> <p>La mission a pu également entendre à de multiples reprises une insuffisance de gants jetables, de draps de glisse, de l'huile de soins et de pansements.</p> <p>Remarque 49 : il manquerait du matériel pour le personnel soignant.</p>
<p>Appréciation de la fonction Prise en charge en niveau S.A.M. I au regard de la maîtrise du risque de maltraitance</p>	Insuffisant			

4 FONCTIONS DE COORDINATION					
4.1	Coordination interne	OUI	NON	EN PARTIE	ECARTS/REMARQUES / COMMENTAIRES EVENTUELS
	- Les fonctions de l'IDEC sont définies dans une fiche de poste	X			<p>La mission n'a pas observé de fiche de poste lors de l'inspection.</p> <p>Ce document a été demandé de façon complémentaire par courriel du 16 mars 2022. Le 29 mars 2022, le Directeur a transmis cette fiche de poste intitulée « Fiche de fonction infirmier(ère) Coordonnateur-(rice) ».</p> <p>C'est la version 1, comportant une date d'application et une date de version au 1^{er} juillet 2017.</p> <p>Remarque 50 : la fiche de poste n'a jamais été revue depuis son entrée en application.</p>
	- Les fonctions de l'IDEC en pratiques sont conformes à la fiche de poste				L'absence d'IDEC ne permet pas une évaluation de cet item.
	- Les liens entre médecins traitants et médecin coordonnateur sont formalisés				L'absence de médecin coordonnateur ne permet pas une évaluation de cet item.
	- Effectivité de la fonction de coordination		X		<p>Il n'y a pas de médecin coordonnateur au sein de cette structure, ni de coordination effective avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD de BOULIGNY, hormis sur le PATHOS.</p> <p>Il n'y a pas d'IDEC et il y a un recours à des IDE libérales ou en intérim.</p> <p>Enfin, il n'y a pas de réunions de service.</p> <p>De fait, il y a un manque de coordination générale.</p> <p>Écart majeur 11 : absence totale de coordination et instabilité de l'équipe paramédicale, ce qui est contraire au contenu de l'article D312-155-0 du CASF.</p>

4.2 Animation de la structure				<p>Il y a une animatrice présente au sein de la structure</p> <p>Remarque 51 : deux documents intitulés « personnels présents au 28/02/2022 » ont été transmis à la mission. La différence est la présence d'une colonne « motif d'absence » pour l'un d'entre eux. Spécifiquement sur la quotité de travail l'un indique, pour l'animatrice, « 17,5/35 tandis qu'un autre mentionne 22/35.</p> <p>Par ailleurs, des activités seraient dispensées par des AS.</p> <p>Remarque 52 : des animations seraient réalisées par les AS et non pas par l'animatrice elle-même, alors que les AS ont, par ailleurs, une charge de travail importante.</p> <p>A noter enfin, au sein de l'UVP, une fois par semaine, la réalisation d'une médiation animale et de gymnastique douce. De même, cette unité comporte un TOVERTAFEL, outil pleinement adapté.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Il existe du personnel dédié à l'animation - Les animations sont adaptées à l'état des résidents 	X			
Appréciation de la fonction « fonctions de coordination » en niveau SAMI	Insuffisant			

CONCLUSION

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

Points de contrôle	S	A	M	I
• Gouvernance				X
• Fonctions support et effectifs				X
• Prise en charge				X
• Les fonctions de coordination				X

1. Le bâtiment.

L'établissement est neuf (2017) et globalement bien tenu.

Cependant, il existe une problématique majeure sur la distribution de l'eau chaude dans l'ensemble de l'EHPAD, générant une réalisation dégradée des toilettes puisqu'il y a un recours à des bouilloires électriques afin de chauffer de l'eau sans contrôle de la température. De fait, il y a un risque notable tant pour les résidents que pour les personnels.

D'autre part, il y a des dangers non identifiés par la direction comme l'arrivée d'eau saillante du mur au sein de l'UVP.

Enfin, plusieurs pièces sont en désordres et comportent des stocks hétéroclites non référencés.

2. La gouvernance

Il existe des dissensions majeures entre le président et le directeur de l'établissement.

L'établissement ne dispose pas de règlement intérieur.

Les instances dysfonctionnent, à l'exemple de l'absence régulière de tenue / de comptes rendus de séances du CVS.

Il n'existe pas de comptes rendus d'une façon générale.

3. Les effectifs

Il n'y a pas de médecin coordonnateur depuis l'ouverture de la structure.

Il n'y a plus d'infirmière de coordination.

Le personnel est majoritairement en CDD, l'établissement a recours à l'intérim de façon importante.

Des intitulés de poste sont inadaptés, tels que le poste « d'auxiliaire de soins » qui correspond à la fonction d'aide-soignante. Pour d'autres, ils ne correspondent pas à la fonction. Par exemple « agent social », est chargé du rangement, de l'animation, blanchisserie mais également de la surveillance clinique. Certaines fiches sont propices à la genèse de glissement de tâche, comme l'agent d'entretien où il est mentionné dans sa mission générale qu'il « peut aider les résidents à se nourrir à la demande du personnel soignant » (*sic*).

4. La prise en charge

Elle dysfonctionne à plusieurs niveaux :

- la préparation, la distribution et l'aide à la prise des médicaments ne sont pas organisées de manière à s'assurer de la nature du médicament au moment de l'administration, les sources d'erreur d'administration sont nombreuses ;
- les péremptions ne sont pas suivies, des médicaments périmés ont été retrouvés sans traçabilité ;
- la traçabilité de l'entretien du réfrigérateur contenant les médicaments thermo sensibles n'existe plus depuis juillet 2021 ;
- l'enregistrement de l'état récapitulatif d'administration de médicaments stupéfiants est incomplet ;
- au regard de la gestion de la trousse de secours, de la liste des médicaments et de son suivi, la mission considère qu'il n'existe pas de liste préférentielle de médicament d'urgence ;
- il n'y a pas de projet de soins élaboré pour chaque résident ;
- la tenue des dossiers médicaux n'est pas satisfaisante, elle est parcellaire – il n'y a pas de DLU à jour ;
- le logiciel NETSOINS n'est pas complété de façon exhaustive ;
- les protocoles sont incomplets, non mis à jour pour la plupart, et non diffusés (aucune vérification de l'appropriation des protocoles).

5. La politique qualité.

Globalement, il n'y a pas de processus d'amélioration continue.

En effet, les protocoles et procédures ne sont pas centralisés, ne sont pas mis à jours, ni diffusés.

Il n'y a pas de plan de formation. En particulier, la formation visant la promotion de la bientraitance, bien que développée dans le projet d'établissement, n'est pas mise en œuvre.

Le plan bleu n'est pas fonctionnel et doit être actualisé.

Le circuit des évènements indésirables, le mode de déclaration, les modalités de retour au déclarant, l'analyse évènements indésirables et évènements indésirables graves, l'aspect pluridisciplinaire de celle-ci ne sont pas mis en place. Les modalités de traitement sont peu formelles et essentiellement de tradition orale, sans traçabilité et sans capitalisation sur le retour d'expérience, ne générant ainsi aucune acculturation en la matière.

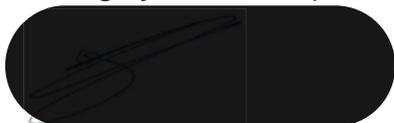
Au regard de l'ensemble de ces constats, la mission estime que le niveau global des risques que présente l'établissement est :

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

La mission considère ainsi qu'il y a une atteinte importante à la qualité de la prise en charge, à la santé et la sécurité des résidents.

Agence Régionale de Santé Grand Est

Monsieur Grégory BILLIET, inspecteur désigné coordonnateur de la mission (Art. L.1435-7 CSP) ;



Madame Jocelyne CONTIGNON, chef de pôle de l'Offre Sanitaire et Médico-sociale à la Délégation Territoriale Meuse et inspectrice de l'action sanitaire et sociale (IASS) ;



Monsieur le Docteur Laurent HENRY, inspecteur désigné (Art. L.1435-7 CSP)



Madame Sylvie REMILLON, inspectrice désignée (Art. L.1435-7 CSP)



Conseil Départemental de la Meuse

Madame Lucie BARBIER, Gestionnaire des autorisations et des subventions des ESSMS



Cyril LORIN, Responsable du Service Prévention de la Dépendance



ANNEXES

Annexe 1 - Lettre de mission

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	 Agence Régionale de Santé Grand Est
Direction Générale	La Directrice Générale de l'ARS Grand Est
Service émetteur : Direction Inspection Contrôle Evaluation	A
Affaire suivie par : Gregory BILLIET	Mr Laurent HENRY Mr Grégory BILLIET Mme Sylvie REMILLON Madame Isabelle BOREY Madame Jocelyne CONTIGNON
Courriel : [REDACTED]	
Tél : [REDACTED]	
	S/couvert de : Mr Michel MULIC, Directeur de l'Inspection, Contrôle et Evaluation Mme Céline Prins, Déléguée Territoriale de la Meuse par intérim
Nos réf : [REDACTED]	Nancy, le 22 FEV 2022

LETTRE DE MISSION

Objet : Mission d'inspection concernant l'EHPAD 16 rue Nouvelle – 55230 SPINCOURT

Références: L.1431-2, L.1435-7, L.1421-1 à L.1421-3, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la Santé Publique (CSP), L.313-13 et suivants du Code d'Action Sociale et des Familles

Contexte de la mission : situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la région Grand-Est face à d'éventuels faits de maltraitance suite à la publication d'un livre dénonçant des pratiques non adaptées à la prise en charge des personnes âgées en établissement.

Objet de la mission :

- Analyser les pratiques soignantes dans l'application des recommandations sur l'attribution des consommables et dispositifs médicaux tels que les protections hygiéniques,
- Analyser les enjeux liés à la nutrition des résidents
- Etudier les pratiques managériales, les taux d'encadrement au sein des établissements, le temps de présence effectif des personnels auprès des résidents,
- Identifier l'encadrement des personnes âgées les plus dépendantes
- Les modalités de signalement et le suivi des faits de maltraitance signalés par les proches des résidents, les professionnels, ainsi que les actions mises en place pour les prévenir, en dialogue avec les résidents et leurs proches ainsi qu'avec le personnel
- La communication mise en place au sein de la structure afin d'apporter les informations nécessaires au résident et à ses proches

L'enjeu est une amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents

Modalités : la mission sera réalisée sur place, de façon inopinée, à partir du lundi 28 février 2022 et comportera la visite des locaux, l'examen des dossiers des résidents, l'audition de personnels de l'établissement intervenant dans la prise en charge des résidents.

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX - Standard régional : 03 83 39 30 30

Réalisation : La mission sera coordonnée par Monsieur Grégory BILLIET, inspecteur désigné, accompagné de :

- Monsieur le docteur Laurent HENRY, Inspecteur désigné
- Madame Sylvie REMILLON, Inspectrice désignée.
- Madame Isabelle BOREY, stagiaire ICARS
- Madame Jocelyne CONTIGNON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Le cas échéant, les services du Conseil Départemental de la Meuse, lesquels agiront selon leurs compétences propres en application des dispositions de l'article L.133-2 du CASF pourront se joindre à la mission.

Calendrier : le rapport d'inspection devra m'être remis dans le délai de **quinze jours** suivant la mission.

En cas de constatation de manquement sérieux ou de dysfonctionnement grave, la mission me rendra compte par écrit et sans délai.



Copie :
ARS Grand-Est : Délégation territoriale de la Meuse
Direction de l'Autonomie
Conseil départemental de la Meuse
Monsieur Joël BELYS, Président du Syndicat Intercommunal des Personnes Agées du Canton de Spincourt
[Redacted]

Annexe 2 - Lettre d'annonce

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	 Agence Régionale de Santé Grand Est
Direction Générale	La Directrice Générale de l'ARS Grand Est
Service émetteur : Direction Inspection Contrôle Evaluation	A
Affaire suivie par : Gregory BILLIET	Monsieur [REDACTED] Directeur EHPAD de Spincourt 5 chemin du Mont 55230 SPINCOURT
Courriel : [REDACTED]	
Tél : [REDACTED]	
Nos réf. : [REDACTED]	Nancy, le 22 FEV. 2022

**Lettre à remettre uniquement sur place,
le jour de l'inspection**

Objet : Mission d'inspection

Références : Les articles L.1431-2, L.1435-7, L.1421-1 à L.1421-3, L.6116-1 et L.6116-2 du Code de la Santé Publique (CSP),
L'article L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

La Ministre déléguée chargée de l'Autonomie, a demandé aux ARS d'organiser une mission d'inspection dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Celle-ci doit permettre de dresser un bilan sur les pratiques soignantes notamment au regard de l'utilisation des dispositifs médicaux, des taux d'encadrement et des effectifs en personnel, des conditions de restauration, la communication mise en place auprès des familles et proches, avec les résidents et le personnel, et enfin les modalités de signalements et de suivi de faits de maltraitance signalés par les proches et les professionnels.

L'enjeu est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Votre établissement est ciblé par ce programme, et j'ai demandé l'organisation d'une inspection inopinée au sein de votre structure le **28 février 2022**.

La mission sera coordonnée par Monsieur Grégory BILLIET, Inspecteur désigné, accompagné de :

- Monsieur le docteur Laurent HENRY, Inspecteur désigné
- Madame Sylvie REMILLON, Inspectrice désignée.
- Madame Isabelle BOREY, stagiaire ICARS
- Madame Jocelyne CONTIGNON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Les services du Conseil Départemental de la Meuse, partenaire de l'ARS, lesquels agiront selon leurs compétences propres en application des dispositions de l'article L.133-2 du CASF, pourront se joindre à la mission.

Le jour de la visite, outre une visite des locaux et l'examen de dossiers médicaux de résidents, des entretiens seront menés avec les personnels présents.
Vous voudrez bien mettre à disposition de l'équipe d'inspection des bureaux destinés à ces entretiens.

Copie :
ARS Grand-Est : Délégation territoriale de la Meuse
Direction de l'Autonomie
Conseil départemental de la Meuse
Monsieur Joël BELYS, Président du Syndicat Intercommunal des Personnes Agées du Canton de Spincourt
[REDACTED]

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 50071 - 54208 NANCY CEDEX - Standard régional : 03 83 39 30 30

LISTE DES DOCUMENTS A REMETTRE A L'EQUIPE D'INSPECTION EN FIN DE JOURNEE

Projet d'établissement
Règlement intérieur
Organigramme
Fiche de poste de l'ensemble des postes
Qualification du directeur
Délégation de signatures
C/R CSV 2019 2020 2021
Documentation afférente à la bientraitance
Grille d'autoévaluation de la maltraitance
C/R de réunion de service 2019 2020 2021
Règlement intérieur
Délégation de signatures
Planning de février et Liste des personnels présent le jour de l'inspection avec mention de la fonction exercée - du statut - de la qualification
Fiche de déclaration EIG
Liste des EIG déclarés en 2019 2020 2021
Procédure de traitement des plaintes et réclamations
Protocole anti escarre
Protocole diabète et insuline
Protocole de prévention des chutes
Protocole de contention
Protocole de lutte contre la douleur
Menu sur les 15 derniers jours

DOCUMENTS A METTRE A DISPOSITION

Cahier des réclamations à destination des familles, dossiers de soins, dossiers médicaux

Annexe 3 – Photos

Salle de réunion



Photo – arrivée d'eau UVP



Appel malade enlevé chambre UVP

