

RAPPORT D'INSPECTION

EHPAD Saint Joseph de SAALES (67)

Visite sur site du 11 mars 2025

Etablissement : EHPAD Saint Joseph
6 rue de l'église
67420 SAALES

Directrice : Mme BELLERY Sophie

Equipe d'inspection ARS Grand Est :

- Madame Marie EBER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction Inspection Contrôle Evaluation (DICE) - ARS Grand Est, coordonnatrice de la mission ;
- Madame le Docteur Nathalie HAMBOURGER, médecin inspecteur désigné, DICE - ARS Grand Est ;
- Madame Audrey LECLERE, inspectrice désignée, DICE - ARS Grand Est ;
- Monsieur Thomas MORITZ, pharmacien inspecteur de santé publique, DICE - ARS Grand Est.

Equipe d'inspection Collectivité européenne d'Alsace (CeA) :

- Madame Hélène DEBROSSE, responsable du Service Accompagnement de l'Offre ;
- Madame Agnès ROHR, chargée de suivi et organisation de l'offre en établissement et services personnes âgées – personnes en situation de handicap.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	4
1.1	Contexte et déroulement de l'inspection.....	4
1.2	Synthèse.....	5
1.2.1	La gouvernance de l'établissement	5
1.2.2	Les locaux, moyens matériels et ressources humaines.....	6
1.2.3	La prise en charge des résidents	6
1.2.4	La politique Qualité/Gestion des risques et la gestion de crise	7
1.3	Présentation de l'établissement	8
2	RAPPORT.....	10
2.1	La gouvernance	10
2.1.1	Cadre stratégique de l'établissement	10
2.1.2	Fonctionnement	12
2.2	Les ressources	21
2.2.1	Locaux	21
2.2.2	Ressources matérielles	30
2.2.3	Ressources humaines	32
2.3	Soins et prise en charge	42
2.3.1	Versant préventif	42
2.3.2	Versant curatif	44
2.3.3	Circuit du médicament	47
2.3.4	Admission - Projet de vie	51
2.3.5	Fonction de coordination	54
2.4	Politique Qualité et Gestion de crise	56
2.4.1	Qualité et gestion des risques	56
2.4.2	Gestion de crise	58
3	CONCLUSION	60
4	ANNEXES.....	62
4.1	Annexe 1 : la lettre d'annonce.....	62
4.2	Annexe 2 : la liste des documents demandés	64
4.3	Annexe 3 : les photos.....	67
4.4	Annexe 4 : les formulaires d'accès aux chambres (anonymisés)	71

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte et déroulement de l'inspection.

Depuis février 2022, des actions de contrôle dans les EHPAD de toute la région Grand Est ont été réalisées puis, complétées par un plan de contrôle national sur deux ans.

Dans le cadre des suites de l'« affaire Orpéa », le Gouvernement a lancé le plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD de France en 2 ans, à mener par les ARS en lien avec les départements, prévoyant un contrôle exhaustif et gradué de l'ensemble des établissements, s'appuyant sur une analyse de risques de différents indicateurs disponibles, notamment en termes de signalements mais aussi de gouvernance et de ressources humaines.

Courant 2024, l'EHPAD Saint Joseph de Saâles (67) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces dont la décision finale a été transmise à l'établissement le 09/12/2024. Les prescriptions et recommandations ont été formulées et sont en cours de mise en œuvre par la Direction de l'établissement.

En février 2025, l'ARS Grand-Est a été destinataire de signalements et de réclamations émanant du Maire de la commune de Saâles, via un article 40 transmis au Procureur de la République du Tribunal Judiciaire de Saverne. Les faits relatés rapportés pouvant suspecter des situations de maltraitance à l'encontre des résidents de l'EHPAD et du personnel de l'établissement.

C'est dans ce contexte que l'EHPAD Saint Joseph a fait l'objet d'une inspection le 11 mars 2025 de la part des services de l'Agence régionale de Santé et de la Collectivité européenne d'Alsace. Elle s'est voulue inopinée au regard des éléments rapportés de l'article 40. Elle s'est réalisée, pour ce qui est de la visite des locaux dans la matinée, en présence d'un agent du Bureau de recherches de la Gendarmerie de Saverne sur demande expresse du Procureur de la République de Saverne.

La mission était composée de :

- pour l'ARS Grand Est
 - Madame Marie EBER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction Inspection Contrôle Evaluation (DICE) - ARS Grand Est, coordonnatrice de la mission ;
 - Madame le Docteur Nathalie HAMBOURGER, médecin inspecteur désigné, DICE - ARS Grand Est ;
 - Madame Audrey LECLERE, inspectrice désignée, DICE - ARS Grand Est ;
 - Monsieur Thomas MORITZ, pharmacien inspecteur de santé publique, DICE - ARS Grand Est.

- pour la Collectivité européenne d'Alsace (CeA)
 - Madame Hélène DEBROSSE, responsable du Service Accompagnement de l'Offre ;
 - Madame Agnès ROHR, chargée de suivi et organisation de l'offre en établissement et services personnes âgées – personnes en situation de handicap.

Lors d'un temps de présentation, le déroulement et les objectifs ont été exposés en début de journée au membre représentant la Direction, en présence de l'adjointe de Direction.

Une lettre d'annonce lui a été remise, complétée d'une liste des documents Ehpads à transmettre à la mission (figurant en annexe 1).

La journée s'est déroulée de la façon suivante :

- une visite des locaux de l'établissement,
- des entretiens individuels des personnels, et de représentants de famille du CVS,

- une réunion de synthèse « à chaud » réalisée en fin de journée en présence de l'adjointe de Direction.

Dans le cadre de cette mission, l'équipe a souhaité visiter des espaces privés d'habitation compte tenu des éléments précisés dans l'article 40.

En effet, pour l'exercice de leurs missions, les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 du code de santé publique peuvent pénétrer entre 8 heures et 20 heures dans les locaux, lieux, installations notamment dans lesquels ont vocation à s'appliquer les dispositions qu'ils contrôlent.

Concrètement, lors d'un contrôle dans les locaux, lieux, installations à usage d'habitation, le recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal doit être recherché par l'agent habilité et assermenté qui réalise le contrôle (article R.313-25 du code de l'action sociale et des familles) et ce, afin de garantir le respect de la vie privée et familiale, conformément à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme. Cette opération est effectuée à l'aide du document Cerfa 16210*01 prévu à cet effet (pour l'enregistrement du consentement de l'occupant).

Toutefois, en amont de la visite, la mission avait saisi le Juge des Libertés et de la Détention pour demander l'autorisation de pouvoir pénétrer dans quelques chambres afin de pouvoir faire un contrôle des chambres de plusieurs résidents, notamment chez les plus dépendants ne pouvant donner leur consentement pour y entrer. La requête de l'ARS formulée en date du 9 mars 2025 auprès du Tribunal de Saverne a été rejetée le 10 mars 2025.

Le 11 mars 2025, en tout début de journée, la mission a demandé à la Direction le nom de 6 résidents bénéficiant de toutes leurs facultés permettant de donner ou non leur consentement éclairé à la visite de leur chambre. Les agents habilités et assermentés se sont déployés en 2 groupes pour réaliser la visite de 5 chambres (dont une double), après avoir exposée la démarche et recueilli le consentement du résident. L'équipe a contrôlé l'entretien, la mise en sécurité des lieux et le respect de la liberté d'aller et venir du résident.

En complément, des entretiens en visioconférence ont été menés, en marge de la journée sur site, avec le e-Medec, la psychologue, le Président du Conseil d'administration ainsi que la Directrice, en arrêt de travail, qui a souhaité échanger avec la mission.

1.2 Synthèse

La mission fait les constats principaux suivants :

1.2.1 La gouvernance de l'établissement

La mission note que la gouvernance de l'EHPAD est marquée par :

- des relations conflictuelles entre la Direction et le Conseil d'administration, se répercutant sur la gestion quotidienne de l'établissement,
- une instabilité des personnels encadrants depuis 2023 (IDEC, gouvernant, nomination d'une adjointe de Direction) avec des promotions internes insuffisamment explicitées,
- le défaut d'information récurrent sur les changements organisationnels perturbant profondément l'ensemble du personnel, altérant la cohésion d'équipe et engendrant un climat social très dégradé.

Le projet d'établissement 2021-2026 en vigueur, rédigé par l'ancienne direction, n'est pas connu du personnel et reste incomplet sur plusieurs points. L'amorce du travail de réflexion du prochain projet d'établissement en 2026 devrait permettre au personnel de mieux en identifier ses contours.

Si l'année 2024 a été dense pour la direction de l'EHPAD (contrôle sur pièces ARS, évaluation externe, enquêtes), la mission constate que beaucoup de documents ont été produits trop précipitamment et ne

permettent pas de fixer les règles de bon fonctionnement de l'établissement. Ils doivent donc être retravaillés en collégialité.

Concernant les instances, l'Ehpad est doté d'un CVS constitué, élargi et actif.

Les réunions de Direction sont pléthoriques et embolissent le staff encadrant, sollicité parfois au-delà de son champ de compétence.

L'organisation de la commission de coordination gériatrique ne remplit pas sa fonction de coordination en lien avec les partenaires extérieurs intervenant à l'EHPAD, et de suivi du projet de soins.

Un comité social économique (CSE) est en place mais la tenue d'une instance du personnel pour renouer le dialogue entre la Direction au sens large et son personnel fait aujourd'hui défaut.

1.2.2 Les locaux, moyens matériels et ressources humaines

Les locaux de Saint Joseph sont apparus spacieux et lumineux, il est toutefois constaté un manque global de signalétique sur les portes des locaux, en particulier techniques et de réserve. Concernant l'unité de vie protégée, les locaux sont exigus, mal ordonnés et présentent un défaut d'hygiène en particulier dans l'office de cuisine, qui sert à la tenue d'atelier thérapeutique.

L'établissement dispose d'un grand sous-sol extrêmement encombré de matériels dégradés et inutilisables.

La mission a constaté la **présence de risques** pour les résidents (escaliers, fenêtre des chambres, manque d'éclairage, locaux techniques accessibles en sous-sol). En outre, les chambres visitées sont apparues encombrées (risque de chutes), les réfrigérateurs individuels ne sont pas suivis (nettoyage, gestion des périmés).

Sur le volet des Ressources humaines, la mission a constaté plusieurs points majeurs :

- la réalisation ponctuelle d'un acte infirmier (identification de 2 injections d'insuline réalisées en 2024) par du personnel non qualifié pour ces actes est un écart réglementaire au regard en particulier de l'art R4311-7 du CSP. Ce fait expose par ailleurs les résidents à des risques sanitaires (erreur de doses) et à des risques juridiques pour les professionnels acceptant de réaliser l'acte hors de leur champ de compétence propre. **Cette pratique doit cesser immédiatement,**
- au sein de l'UVP, la mise en place d'un horaire de journée pour renforcer l'équipe n'est pas suffisante : les professionnels se trouvent seuls dans l'unité de 6h50 à 9h00, et de 16h30 à 20h40, aux moments clés de l'accompagnement des 8 résidents (temps de toilette, repas et coucher),
- une des équipes de nuit ne dispose pas d'aide-soignant,
- des agents non diplômés dispensent des soins aux résidents,
- un manque d'encadrement de l'ensemble des équipes (soins, hôtellerie, administrative) ; et une absence de travail en collaboration entre les équipes soins et hébergement,
- l'existence d'une grande disparité du nombre d'agents dispensant des soins et d'hébergement présents chaque jour,
- les outils en place ne permettent pas une gestion RH adaptée : plannings raturés incomplets, fiches de poste laissant penser une forme d'interchangeabilité entre les différents professionnels de l'équipe soins en ne précisant pas les particularités inhérentes aux différentes qualifications.

1.2.3 La prise en charge des résidents

Depuis septembre 2023, l'Ehpad est doté d'un médecin télécoordonnateur (e-medec) qui a accepté la fonction de coordination médicale de l'Ehpad **de façon transitoire** (à hauteur de 0,15 ETP), dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin coordonnateur. La direction doit poursuivre activement sa démarche de recrutement d'un nouveau Medec pour un temps de 0,4 ETP.

Fin 2024, la Direction avait su pourvoir les postes vacants en soins IDE.

La prévention est en place au sein de l'établissement (nutrition, hydratation, chutes, prévention bucco-dentaire).

Le listing des douches affiché ne reprend cependant pas l'ensemble des résidents.

Concernant le suivi médical, les médecins traitants (MT) interviennent régulièrement dans l'établissement et utilisent le logiciel de soins TITAN pour les prescriptions et le suivi. Quatre résidents sont désormais suivis par le e-medec (à la suite du départ en retraite du MT).

Des protocoles de soins sont rédigés mais sont pour partie anciens et ne sont pas connus des professionnels.

Concernant le circuit du médicament, la sous-traitance des piluliers à une pharmacie d'officine apporte une sécurité réelle. Les piluliers permettent l'identification des traitements et garantissent leur conservation dans de parfaites conditions hygiéniques. Les médicaments sont stockés dans des locaux adaptés et sécurisés pour ce faire et leur délivrance aux résidents est tracée sur le logiciel TITAN.

Cependant, les outils à disposition ne permettent pas, à ce jour, un enregistrement de la délivrance en temps réel.

Par ailleurs, la mission a constaté que :

- l'organisation des tâches lors de la distribution des médicaments interroge la mission au regard du nombre et de la qualification des agents. Les conditions de préparation des gobelets pour l'aide à la prise au coucher sont sources d'erreurs,
- le sac d'urgence n'est pas constitué le jour de l'inspection,
- la délivrance des stupéfiants n'est pas tracée avec rigueur.

La coordination des soins par la nouvelle IDEC ayant pris ses fonctions mi-février 2025 reste à mettre en place et conforter. Un encadrement, une redéfinition de l'activité des personnels (horaires et tâches) ainsi qu'une transparence sont attendus par les agents.

Les conventions avec les partenaires de santé extérieurs sont, pour certaines, à réactualiser car trop anciennes.

La prestation Restauration intègre une commission des Menus qui est en place et active. La cuisine a été récemment réinternalisée sur site pour améliorer la qualité des repas.

Concernant l'accompagnement individuel, les projets d'accueil personnalisés (PAP) des résidents ne sont plus suivis au jour du contrôle : il n'y a pas de réunion régulière, les référents nommés ne sont pas mobilisés sur le sujet et aucune programmation de suivi n'est effectuée.

La vie au sein de la structure est organisée mais le secteur des animations doit être redynamisé.

La responsable Animation nommée adjointe à la Direction n'a plus la capacité d'assurer l'organisation et la réalisation des activités de l'établissement, même si elle est entourée d'agents de service civique et de bénévoles.

Les animations proposées aux résidents ne sont pas suffisantes et peu variées, aucune sortie extérieure n'est programmée, l'équipe d'animation est insuffisamment organisée.

1.2.4 La politique Qualité/Gestion des risques et la gestion de crise

Si le principe d'une démarche Qualité avait été posé dans le projet d'établissement en 2021, il reste embryonnaire. Les objectifs et leur déclinaison opérationnelle ne sont ni structurés, ni outillés et donc non suivis.

Le personnel n'est pas non plus acculturé à la gestion des risques et l'enquête de satisfaction des résidents et de leurs proches n'est pas réalisée annuellement.

Le Plan Bleu n'est pas à jour de certaines mentions et il est incomplet.

1.3 Présentation de l'établissement

L'établissement EHPAD Saint Joseph est situé à Saâles, commune excentrée du Canton de Mutzig et de la Communauté de communes de la Vallée de la Bruche, en région Grand-Est, à la frontière entre le Département du Sud du Bas-Rhin et des Vosges.

Cet établissement privé à but non lucratif est géré par la Fondation Saint Joseph, fondée en 1895 et reconnue d'utilité publique par une ordonnance impériale.

L'arrêté conjoint ARS/CD n°2017-1463 du 17/05/2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée à la Fondation Saint Joseph pour le fonctionnement de l'Ehpad Saint Joseph et la reconnaissance d'une unité de vie protégée dédiée aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés précise les capacités suivantes :

- 58 lits d'hébergement permanent
- dont 8 identifiés Alzheimer en unité de vie protégée (UVP).

Cette autorisation a été renouvelée pour une durée de 15 ans à compter du 03/01/2017.

L'établissement avait initié une démarche de négociation de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec ses tutelles en novembre 2024 (pilotage de la CeA et la Délégation Territoriale du Bas-Rhin). A la date de la mission, cette démarche a été mise en suspend à l'initiative des tutelles.

Concernant son budget de fonctionnement, l'établissement bénéficie d'une dotation Soins au tarif 'partiel sans pharmacie à usage intérieur'. Pour rappel, la dotation Soins versée par l'ARS couvre les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical. Les autres prestations, consultations, etc., sont remboursées comme « des soins de ville ».

L'EHPAD est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

Le présent rapport n'aborde pas la dimension budgétaire et financière de la structure.

L'organisme gestionnaire est la Fondation Saint Joseph.

Les statuts de la Fondation sont en cours de refonte : en 2023, la Préfecture demande à la Fondation la mise aux normes des statuts de l'entité gestionnaire. Les nouveaux statuts ont été validés lors du conseil d'administration le 11/02/2025. Ils précisent que :

- le Conseil d'administration reste composé de 5 membres, dont le curé de la Paroisse Catholique de Saâles, le Maire de la commune ainsi que 3 autres membres choisis, du fait de leur intérêt pour l'objet de la Fondation (à savoir « *Accueillir les pauvres, les malades, les démunis, les personnes âgées* »),
- le Président et le Vice-Président sont élus parmi les 5 membres du bureau (précédemment, le Maire et le Curé étaient respectivement Président et Vice-Président de la Fondation s'ils l'acceptaient),
- le conseil d'administration se réunit au moins une fois tous les 3 mois,
- le Président nomme le directeur de l'établissement, après avis du conseil d'administration et met fin à ses fonctions dans les mêmes conditions. Le directeur dirige l'Ehpad et en assure le fonctionnement. Une délégation de pouvoir lui permet d'exercer sa mission.

D'après les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration, la mission constate que le CA se réunit toutes les 6 semaines. Il exige d'être informé de toutes les activités de l'établissement et que toutes les décisions liées au fonctionnement soient validées par le CA. Aussi, la direction dispose de peu de liberté d'action dans l'exercice de ses missions.

Le Président actuel ne sera pas reconduit dans son mandat en octobre 2025, ayant dépassé la limite d'âge précisée dans les statuts.

La Direction de l'EHPAD prépare le budget en collaboration avec la Fédération de la Charité (DUD de janvier 2023). Le conseil d'administration a fait le choix d'externaliser la comptabilité auprès de Caritas, le coût annuel de cette convention, initialement fixé à 9 000 € pour cette charge, s'élève à ce jour à 56 000 € (comprenant la préparation de l'EPRD, la réalisation de l'ERRD ainsi que la paie mensuelle). Le rapport 2023 du commissaire aux comptes a été transmis à la mission mais n'a pas été étudié dans le cadre de ce rapport.

2 RAPPORT

ITEM du rapport	Commentaires
La gouvernance	
Cadre stratégique de l'établissement	
Existe-t-il un projet d'établissement ? Est-il à jour ?	<p>La Direction a transmis, dans le cadre du contrôle sur pièces de l'établissement réalisé en 2024, un projet d'établissement couvrant la période 2021-2026.</p> <p>Il est actuellement en vigueur et avait été rédigé sous l'ancienne Direction durant l'année 2021.</p> <p>Si ce document stratégique présente le processus de sa validation et prévoit son passage devant les instances le Conseil d'Administration (CA), et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) courant 2022, la page de garde de ce document ne contient pas de date de validation. Les procès-verbaux des CA transmis par la Direction (2020-2025) n'ont pas permis de vérifier ce point.</p> <p>Ecart 1 : Le projet d'établissement transmis ne fait pas mention d'une consultation au préalable des instances de l'établissement (CVS et CA), comme mentionné dans l'article L.311-8 du CASF.</p>
La rédaction a-t-elle été pluridisciplinaire ?	<p>Le document présente une méthodologie d'élaboration satisfaisante : sept groupes de travail ont été constitués sur une période de 6 mois courant 2021.</p> <p>Les professionnels suivants faisaient partie de ces groupes de travail : la direction, l'infirmière coordinatrice, une infirmière, 7 aides-soignantes, la psychologue, l'animatrice, le gouvernant, 7 agents des services logistiques.</p>
Est-il connu du personnel ?	<p>La mission a pu constater que peu de salariés prennent ce document stratégique en référence alors qu'il doit permettre de les acculturer au fonctionnement de l'établissement dans lequel ils travaillent.</p> <p>L'amorce du travail de réflexion du prochain projet d'établissement en 2026 devrait permettre au personnel de mieux en identifier ses contours.</p>

<p>Son contenu est-il conforme au CASF ?</p>	<p>Sur le fond, le contenu du PE 2021-2026 présente la structure, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, dont une partie sur les spécificités de l'unité de vie protégée.</p> <p>Il comprend différents axes dont un volet soins, un volet accompagnement/vie sociale, l'organisation des fonctions logistiques (restauration, cadre de vie, lingerie), un volet social (dont une partie Qualité et Gestion des risques). Chacune des parties identifie des points forts/points à améliorer. Toutefois, ces constats ne sont pas traduits en objectifs et ne se déclinent pas en actions à mettre en œuvre. La démarche d'amélioration continue de la Qualité si elle est évoquée, n'est pas mise en œuvre.</p> <p>Au regard de la réglementation, les points <u>manquants</u> sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans sa partie présentation de la structure, le détail du projet de l'organisme gestionnaire : la Fondation Saint Joseph, - la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement est très peu abordée, - dans la partie RH, n'est aucunement abordée la politique de formation des personnels, - le document ne mentionne pas la désignation d'une personne qualifiée, désignée par arrêté pris conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé, et à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. <p>Ecart 2 : Bien qu'un projet d'établissement existe, celui-ci ne répond pas pleinement aux dispositions des articles L.311-8, D.311-38-3, D.312-160 et D.311-38-4 du CASF :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des points sont manquants : la prévention de la lutte contre la maltraitance, la mention de la personne qualifiée, la politique de formation des personnels, la démarche qualité, - il ne comporte pas de déclinaison opérationnelle (objectifs/actions mises en œuvre permettant de suivre l'amélioration continue de la qualité).
<p>SYNTHESE cadre stratégique de l'établissement</p>	<p>Le projet d'établissement 2021-2026 en vigueur n'a jamais été présenté devant les instances et n'est pas connu du personnel. Ce document est incomplet sur certains points : prévention de la lutte contre la maltraitance, la mention de la personne qualifiée, la politique de formation des personnels et il ne comporte pas de déclinaison opérationnelle (politique d'amélioration continue de la qualité).</p> <p>L'amorce du travail de réflexion du prochain projet d'établissement en 2026 devrait permettre au personnel de mieux en identifier ses contours.</p>

Fonctionnement

<p>Le directeur dispose-t-il des diplômes pour diriger un établissement d'accueil de personnes âgées ?</p>	<p>L'EHPAD Maison Saint Joseph est géré par une Directrice : Mme Sophie BELLERY, en poste à temps plein et en CDI depuis le 01/01/2023. Au moment de la mission, elle vient d'être placée en arrêt de travail pour 15 jours. Initialement recrutée en juin 2022 par la précédente Direction, au double poste d'adjointe à la Direction (0,5 ETP) et au poste d'IDEC (0,5 ETP), au départ en retraite de sa prédécesseuse, Mme Bellery a été nommée Directrice par le Conseil d'administration de la Fondation Saint Joseph.</p> <p>Elle a obtenu son Diplôme d'Etat Infirmier en 2011, une maîtrise de Droit Economie Gestion 'Option Management des Organisation du secteur sanitaire et social' en 2018, ainsi qu'un Master Droit Economie Gestion 'Mention Management Sectoriel' en 2019. Elle possède le niveau requis pour le poste de Direction.</p>
<p>Existe-il un document de délégation précisant les compétences et les missions du directeur ?</p>	<p>Lors du contrôle sur pièces, la Direction a transmis une Délégation de pouvoir, formulée comme une fiche de poste de Direction signée le 28/12/2022 et qui comprend les champs attendus en la matière : stratégie et pilotage de l'établissement, gestion du personnel, gestion budgétaire et financière.</p> <p>Cette délégation a fait l'objet d'un avenant en date du 16/04/2024 mentionnant notamment, que « <i>étant titulaire d'un DE Infirmier, la Directrice a de ce fait accès aux données médicales des résidents et peut intervenir de ce fait auprès de ceux-ci.</i> ».</p> <p>La mission avait rappelé dans le cadre du contrôle sur pièces que les fonctions de Directrice d'établissement et de soignant prenant en charge les soins des résidents ne peuvent être cumulatives.</p> <p>La Délégation n'a pas évolué au jour de l'inspection mais la mission note sur ce dernier point que depuis fin 2024, la Directrice a pu pourvoir les postes infirmiers vacants, permettant de distinguer ces fonctions.</p>
<p>Les relations Direction/Conseil d'administration</p>	<p>La mission constate des relations conflictuelles entre le conseil d'administration et la direction de l'établissement. La communication entre les deux parties est difficile. Bien que la directrice ait une délégation de pouvoir pour agir et diriger l'établissement, le conseil d'administration lui demande en amont de valider chaque décision.</p> <p>Ce fonctionnement alourdit la gestion de la structure. Un CA a lieu toutes les 6 semaines et la Directrice doit en conséquence remonter des informations sur sa gestion régulièrement (tableaux de bord, notes, justification des choix réalisés).</p> <p>Sur la partie budgétaire, financière et comptable, la mission prend note que la Fédération de la Charité prend en charge toutes les dimensions de cette prestation pour le compte de l'EHPAD. La délégation de pouvoirs limite la Directrice à des dépenses de 10 000 € maximum, ce qui ne lui laisse que peu de marge de manœuvre.</p> <p>Certaines décisions récentes de la Direction ont impacté le budget de l'établissement : la ré-internalisation de la cuisine, le recrutement de personnel, le recours à un cabinet d'audit.</p> <p>La confiance semble rompue : la Directrice n'est plus présente systématiquement au CA ; certaines décisions sont prises par le CA sans l'en informer.</p> <p>Il existe par ailleurs un conflit ouvert entre le Maire de la commune de Saâles et le Président du conseil d'administration (<i>ce point ne sera pas développé dans ce rapport</i>).</p>

Existe-t-il un organigramme ?	<p>La Direction a fourni à la mission un organigramme mis à jour en janvier 2025. Sur la forme, le document fait apparaître les liens hiérarchiques des membres de l'Ehpad. Lors de la visite, un organigramme daté de février 2025 est affiché mais il n'est pas à jour des dernières modifications RH connues : (adjointe de Direction, Cadre de santé, psychologue, cadre cuisinier, suppression du poste soignant/secrétaire médicale).</p> <p>Remarque 1 : l'organigramme affiché dans l'établissement n'est pas à jour des dernières modifications RH.</p>
En l'absence du directeur, la continuité de la fonction de direction est-elle assurée ?	<p>Au jour de l'inspection, la directrice étant absente, la fonction est assurée par Mme RAVON, adjointe à la direction, recrutée initialement au poste d'animatrice en Ehpad, nommée adjointe en décembre 2024. La formalisation d'une astreinte de direction avait été demandée lors du contrôle sur pièces afin de mettre en place un relais de la Directrice durant ses absences, l'Ehpad disposant de plusieurs membres d'encadrement. Pour garantir la continuité de Direction, l'établissement a choisi de nommer, à temps plein, une adjointe à la Direction, précédemment en charge du pôle animation de la structure. Son temps de travail dédié à ce poste est précisé à mi-temps dans le CR du conseil d'administration du 03/12/2024, alors qu'il apparaît à 1 ETP sur l'organigramme transmis.</p> <p>Remarque 2 : la quotité d'équivalent temps plein dédié au poste d'adjointe de Direction reste à clarifier.</p>

<p>Les astreintes de direction (nuits, WE, JF) sont-elles organisées, formalisées dans un document institutionnel ?</p>	<p>Inexistante lors du contrôle sur pièces, la Direction a mis en place une astreinte de direction assurée par la Directrice et son adjointe (semaine paire et impaire). Datée du 17/12/2024, une note à l'attention des personnels a été rédigée précisant les numéros de contact. La mention précisée au bas de ce document « <i>Modèle de décision unilatérale instituant un régime complémentaire de « remboursement de frais de santé »</i> » n'a pas lieu d'être.</p> <p>En parallèle, une « Fiche Organisation Urgence », validée le 20/12/2024 par la Direction, a été transmise. Elle présente la mise en place d'une astreinte technique hebdomadaire du lundi 8h00 au lundi suivant 8h00. Un téléphone d'astreinte est mis à disposition, le numéro d'appel est présent sur le panneau d'urgence de l'établissement, le cadre dispose également d'un registre d'astreinte (main courante), et des clés nécessaires pour accéder aux locaux techniques si besoin.</p> <p>Toutefois, les termes utilisés ne correspondent pas à l'organisation d'une astreinte de direction :</p> <p>« <i>En fonction de l'évènement, le personnel d'astreinte décide de faire intervenir un des membres du CA</i> » : ce personnel n'est pas en mesure de pouvoir gérer un évènement en lien avec le fonctionnement de l'EHPAD,</p> <p>« <i>Veillent toujours à être en mesure de rejoindre le centre technique municipal en moins d'une heure pendant toute la durée de l'astreinte</i> » : certaines situations peuvent être réglées par téléphone,</p> <p>« <i>Rendent compte de leur position, des résultats obtenus au cadre d'astreinte communal (ou à défaut à l'élu d'astreinte)</i> » : la mission s'étonne de l'intervention de personnel communal ou d'élu dans le dispositif,</p> <p>« <i>Ne mettent fin à l'intervention que sur ordre du cadre d'astreinte communal, les agents d'astreinte ne rejoignent leur domicile qu'une fois la situation régulée</i> ».</p> <p>Ces consignes sont infantilisantes, non adaptées au personnel responsable d'une astreinte de direction, et incluent du personnel communal dans une organisation d'un établissement privé.</p> <p>Remarque 3 : la fiche « Astreinte de Direction » contient des éléments inappropriés au fonctionnement de ce dispositif : consignes infantilisantes, non adaptées au personnel responsable d'une astreinte de direction, incluant du personnel communal dans une organisation d'un établissement médico-social privé.</p>
---	---

<p>Existe-il un règlement de fonctionnement conforme au CASF ?</p>	<p>La Direction a transmis un projet de Règlement de Fonctionnement (RF) dans une version de novembre 2024. Sur la forme, il a fait l'objet de discussions lors du CVS du 19/11/2024, doit encore faire l'objet de modifications et n'est pas validé au jour du contrôle.</p> <p>Sur le fond, ce document comprend des consignes maladroites dans les formulations utilisées (ex : <i>veiller à ne pas nuire à la propreté des locaux, les animaux sauvages sont interdits,...</i>), le fil des informations n'est pas structuré (le paragraphe « Relations avec l'extérieur » évoquant la distribution du courrier et des journaux, certains paragraphes sont redondants, l'organisation de la surveillance médicale annoncée n'est pas présentée, la prévention de la maltraitance est abordée dans le paragraphe des relations avec les familles). Une erreur s'est glissée dans le nom du site web en première page (<i>Salles au lieu de Saâles</i>). Le RF comprend 4 annexes dont la Charte des Droits et Libertés, l'organigramme de l'EHPAD, la liste des personnes qualifiées pour le Département du Bas-Rhin prévues à l'article L.311-5 du CASF ainsi qu'une annexe non adéquate dénommée « Règlement sur les Appels Téléphoniques Demandant des Renseignements sur un Résident en EHPAD ».</p> <p>Des points manquants ou erronés sont constatés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CPOM EHPAD ARS/CeA n'est pas signé contrairement à ce qui est précisé en page 5, - la mention « les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires » n'est pas incluse, - le marquage du linge du résident, doit être inclus dans le socle des prestations minimales obligatoires, - le résident ne peut quitter l'établissement seul ou avec sa famille sans prévenir la Direction (responsabilité de l'établissement en cas de disparition/fugue). <p>A la lecture de divers documents (CR du CVS de novembre 2024), la mission constate qu'il existe une confusion entre le règlement de fonctionnement, destiné aux usagers et le règlement intérieur qui est, lui, prévu par le Code du travail et destiné aux salariés de la structure.</p> <p>Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD comporte des éléments erronés et il manque certaines informations pratiques à destination des résidents et de leurs familles. Il ne répond pas aux dispositions des articles R.311-33 à R.311-37-1 du CASF.</p>
<p>Est-il remis à la personne accueillie (en annexe du livret d'accueil) ? au nouveau personnel ?</p>	<p>Oui, le règlement de fonctionnement indique qu'il est remis au résident et sa famille puisqu'il est annexé au contrat de séjour. Il est également transmis à chaque salarié, bénévole et toute personne exerçant à titre libéral, pour information.</p>

Le livret accueil, le contrat de séjour et le règlement intérieur

Les outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement) et le règlement intérieur nécessitent une mise à jour ou des compléments pour répondre aux attendus.

Le contrat de séjour

Ce document (version mai 2020) est établi pour l'admission d'un nouveau résident et comporte les conditions générales du séjour (conditions financières, modalités de facturation, de résiliation), les prestations offertes par l'établissement (prestations socles et facultatives), ainsi que des annexes.

Toutefois, il n'est pas à jour sur les prestations socles fournies par l'EHPAD (le marquage du linge personnel est au frais de l'établissement).

L'Ehpad disposant d'une unité de vie protégée, l'article L.311-4-1 du CASF introduit la possibilité de joindre une annexe au contrat de séjour définissant les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

La mission constate que le contrat de séjour dans sa partie « Projet de vie individualisé » ne comprend pas de partie UVP notamment sur l'item « Liberté d'aller et venir ». Ce projet d'annexe est établi après examen par le médecin coordonnateur ou du médecin traitant et signé du résident, les mesures prévues par l'annexe font l'objet d'une évaluation au moins tous les 6 mois et l'annexe peut être révisée à tout moment.

De plus, l'article 12 de la loi Bien vieillir du 08/04/2024 qui a modifié l'article L311-4, alinéa 7 du CASF : « La conclusion du contrat de séjour (...) donne lieu à l'accord de principe ou au refus de la personne accueillie ou de son représentant légal pour le contrôle effectué dans son espace privatif en application de l'article L. 313-13-1 (...). Sur ce point, l'accord ou le refus est consigné par écrit dans le contrat de séjour (...) et demeure révocable à tout moment ».

Remarque 4 : le contrat de séjour comporte des informations erronées ou manquantes (prestations socles, annexe Liberté d'aller et venir, mention pour l'accord du contrôle effectué dans l'espace privatif).

Le livret d'accueil

Le document remis date de 2016 et n'est plus à jour de certaines dispositions réglementaires (par exemple : le lieu de culte interne, le nombre minimal de réunion annuelle du CVS, prestations socles fournies par l'EHPAD, les horaires de visite uniquement l'après-midi...).

Remarque 5 : le livret d'accueil est ancien et date d'avant les extensions immobilières de l'établissement qui ont eu lieu en 2022.

Le règlement intérieur

Un Règlement Intérieur (datant de 2017) précise les règles internes de l'organisation du travail, des droits des salariés, des règles d'hygiène et la sécurité dans l'établissement. Il a été à l'époque soumis aux représentants du personnel et transmis à l'Inspection du travail.

	<p>L'annexe 3 associée au règlement de fonctionnement, rédigée plus récemment, présente un « règlement sur les appels téléphoniques au sujet de renseignements sur un résident ». Dans l'esprit, ce point relève plus d'une conduite à tenir pour le personnel.</p> <p>Remarque 6 : le règlement intérieur est ancien (2017).</p>
<p>Le Conseil de Vie Sociale (CVS) est-il en place ?</p>	<p>Le CVS est constitué et actif. Il s'est réuni 3 fois en 2024 (le 06/02, le 25/06 et le 19/11/2024). Pour l'année en cours, la mission a connaissance d'un CVS qui s'est tenu le jour de l'inspection.</p> <p>Participent à cette instance, les représentants des résidents, des familles, des salariés mais également les personnes voulant y assister (plusieurs résidents ou familles sont présentes), ce qui est une marque de bonne ouverture.</p> <p>Les séances permettent d'échanger sur le fonctionnement de l'EHPAD, la parole est systématiquement donnée aux représentants résidents/familles et une réponse de la Direction est apportée. Les comptes rendus sont établis et affichés à l'entrée du salon TV.</p> <p>La mission a pu s'entretenir avec des représentants des familles en marge du CVS organisé. Il ressort de cette discussion qu'ils ont mieux appréhendé leur rôle à la suite de la visite d'évaluation externe, et sont très investis dans leur fonction.</p> <p>Concernant l'EHPAD, ils font le constat d'animations de bonne qualité, mais avec une baisse significative depuis l'évolution du poste de l'animatrice. Les représentants expriment également un sentiment de manque de personnel auprès des résidents.</p>
<p>La commission de coordination gériatrique est-elle en place ?</p>	<p>La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas annuellement.</p> <p>Le médecin télécoordinateur (ou e-Medec) a pris ses fonctions en septembre 2023. Une CCG a été organisée en soirée le 30/05/2024, avec la transmission d'un ordre du jour 2 mois avant qui comprenait la présentation du nouveau e-Medec et du circuit du médicament. Aucun des 10 médecins traitants invités n'a fait le déplacement. Mi-octobre 2024, seul un médecin traitant s'était présenté au e-Medec.</p> <p>La dynamique médicale instaurée entre le e-Medec et les médecins traitants du territoire est fragile.</p> <p>La CCG doit également permettre de rassembler du personnel de l'établissement, les différents personnels libéraux du territoire et le pharmacien référent intervenant dans la structure. Le rapport annuel médical d'activité (RAMA) doit être présenté aux participants.</p> <p>Ecart 4 : L'organisation de la commission de coordination gériatrique retenue ne permet pas de remplir les missions attendues de celle-ci, notamment en termes de suivi du projet de soins (cf. arrêté du 5 septembre 2011).</p>

<p>COPIL / CODIR/ Réunion de directions</p>	<p>La direction indique organiser une réunion hebdomadaire des membres de Direction le lundi. Il co-existe une dénomination plurielle des réunions CODIR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CODIR Direction le lundi : rassemblant la Directrice, l'adjointe, le gouvernant et l'IDEC sur les aspects organisationnels de l'EHPAD (formations, RH, dysfonctionnements...), - CODIR établissement ou « pluridisciplinaire » le lundi : Codir Direction + psychologue sur les aspects organisationnels de l'EHPAD (préparation évaluations interne et externe), - CODIR résidents le lundi : où sont abordés le suivi et certaines situations problématiques de résidents. Les comptes-rendus comportent des informations médicales alors que la réunion se tient sans la présence du e-medec, mais en présence du Gouvernant et de l'adjointe de Direction, - CODIR médical le mardi : piloté par le e-medec en présence de l'IDEC, IDE et AS pour échanger sur les points médicaux (protocoles soins, circuit médicament, sac d'urgence). Les comptes-rendus transmis ne présentent pas de point de suivi des résidents. <p>La multiplicité des réunions appelées CODIR, avec tous les encadrants alors que leur finalité n'est pas la même, organisées pour beaucoup le lundi, peut être chronophage dans l'organisation en place. Par ailleurs, la réunion Suivi des Résidents comporte des informations médicales qui ne relèvent pas des fonctions de l'adjointe de direction, du gouvernant a minima mais qui concerne au premier plan le e-Medec, absent.</p> <p>Remarque majeure 1 : la multiplicité des réunions nommées Codir, mobilisant tous les encadrants particulièrement le lundi, désorganise l'établissement, implique du personnel non habilité sur la dimension médicale (adjointe à la direction et gouvernant) alors même que l'e-Medec est absent.</p> <p>A la lecture des comptes-rendus transmis des mois de novembre à février 2025, l'équipe de Direction s'est mobilisée sur la préparation de l'évaluation externe : création et mise à jour des protocoles, circuit du médicament, travaux de mise à jour de la documentation institutionnelle, formation des personnels participants à l'évaluation, traçage dans Ageval.</p>
---	---

<p>Instances représentatives du personnel</p>	<p>Un comité social et économique (CSE) est en place au sein de l'établissement. La mission avait demandé la transmission du bilan social 2024 (ou le dernier disponible) ainsi que les comptes-rendus des réunions du Personnel, mais aucun document n'a été remis. La mission a eu connaissance de l'intervention à plusieurs reprises de l'Inspection du Travail au sein de la structure (absence de diagnostic des risques psycho-sociaux). En lien avec ce suivi, un audit RH a été commandité à un Cabinet conseil extérieur, en cours le jour de l'inspection. Ce Cabinet 'Dunamis' est situé à Essey-lès-Nancy, en Meurthe-et-Moselle (54), il est habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS). A ce jour, la mission n'a pas connaissance des conclusions de cet audit. Un espace Affichage Personnel est présent dans l'établissement.</p> <p>A noter qu'une semaine après la visite de la mission, trois représentantes du CSE ont utilisé leur droit d'alerte en écrivant au Président du conseil d'administration pour dénoncer certaines conditions de travail (courrier daté du 17/03/2025). La Directrice en poste (en arrêt) a répondu à ce courrier en retour en transmettant ses éléments au Président du CA.</p>
---	---

Climat social et cohésion d'équipe

La mission rencontre la situation suivante à son arrivée dans l'établissement :

- la Directrice est en arrêt de travail pour 15 jours, depuis le vendredi soir qui précède le jour de l'inspection,
- l'animatrice a été promue adjointe de direction en décembre 2024 (sans l'avis du CA),
- une IDE récemment promue IDEC à la suite du départ de la cadre de santé en poste (en conflit avec la Direction).

En résumé, l'ensemble des entretiens font part d'un mauvais climat social :

- problème de communication : manque d'information aux personnels sur les évolutions de fonctionnement, des recrutements, des rôles de chacun,
- manque de transparence pour les agents : sur les choix de recrutement, d'évolution de postes, les choix organisationnels ,
- conflits constatés : entre personnels, entre les salariés et l'encadrement, entre le Conseil d'administration et la direction, entre le Conseil d'administration et la mairie ; des conflits d'ordre personnel viennent également impacter le fonctionnement,
- implication différenciée des équipes : du personnel en partie réfractaire au changement et à toute modification de fonctionnement, inégalités de la répartition des missions, remplacements,
- posture professionnelle : tutoiement des résidents malgré le refus de certains résidents, tutoiement généralisé entre les salariés et la direction malgré le refus de certains salariés, forme d'infantilisation des services civiques nommés « Piou-Piou » par la direction.

Ces éléments entraînent des tensions et une perte de cohésion entre personnels.

Les modifications hiérarchiques et organisationnelles récentes, opérées sans information claire et cadrée des salariés, notamment en l'absence de réunion institutionnelle à destination de l'ensemble des salariés, ne permettent pas l'adhésion de l'ensemble des professionnels, et maintiennent ces difficultés de cohésion et de climat social.

Remarque 7 : L'absence de réunion institutionnelle à destination de l'ensemble des salariés, ne permet pas l'adhésion des professionnels, et maintient les difficultés de cohésion et de climat social.

En avril 2024, une enquête de satisfaction à l'attention des personnels a été organisée (avec 70% de taux de réponse). Elle identifie des problématiques qui ont également été constatées par la mission : ambiance professionnelle tendue, circulation de l'information, organisation du travail...

SYNTHESE fonctionnement	<p>La gouvernance de l'EHPAD est marquée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une relation conflictuelle entre la Direction et le conseil d'administration depuis plusieurs mois, - l'instabilité des personnels encadrants depuis 2023 (IDEC, gouvernant, nomination d'une adjointe de Direction), - le défaut d'information récurrent sur les changements organisationnels qui perturbe profondément l'ensemble du personnel et engendre un climat social très dégradé. <p>L'année 2024 a été dense pour la direction avec le contrôle sur pièces EHPAD de l'ARS, la préparation de l'évaluation externe... Aussi, beaucoup de documents ont été produits précipitamment (outils de la loi 2002-2 ou outils organisationnels) et sont à reprendre.</p> <p>L'instance du CVS fonctionne de façon satisfaisante ; l'organisation de la CCG ne remplit pas son rôle de suivi du projet de soins ; il manque une instance du personnel pour renouer le dialogue entre l'encadrement et le personnel.</p>
-------------------------	---

Ressources

Locaux

Aspect général des locaux communs

Le site de l'EHPAD Saint Joseph dispose d'un parc et d'un parking et est entièrement clôturé. Le portail d'entrée donne sur la route départementale traversant la commune.

Pour pénétrer sur le site, les visiteurs sonnent au portail d'entrée, sécurisé par un digicode. Ils se présentent ensuite à l'accueil situé à proximité immédiate de la porte d'entrée. Un agent est présent à l'accueil en journée jusqu'à 17h. En dehors de ces heures de présence, la porte d'entrée est fermée, y compris de l'intérieur.

Les bâtiments datent de la fin du XIX^{ème} siècle et ont connu différentes extensions et rénovations. Ils se présentent sur plusieurs étages avec des niveaux intermédiaires, ce qui rend l'orientation difficile. Les couloirs sont dédaléens mais assez larges pour permettre la circulation des personnes et du matériel (équipés de rampe si besoin et de barre d'appui). Toutefois, ils sont peu lumineux, et ne disposent pas d'un allumage automatique, ce qui présente un facteur de risque de chute pour les résidents. Il est également relevé la présence de nombreux escaliers non sécurisés (portes d'accès ouvertes sur les escaliers).

Dans l'ensemble, les murs et les sols sont propres, même si par endroits, quelques rafraichissements s'imposeraient, notamment à l'Unité de vie protégée (UVP) et des dalles de plafonds sont tâchées en plusieurs endroits, notamment les salles de bain communes des 1^{er} et 2^{ème} étage. Les murs sont colorés et décorés par les réalisations des résidents.

Il a été constaté par la mission des odeurs désagréables à de multiples endroits : toilettes à côté de l'accueil (chasse d'eau non tirée dans les urinoirs) ; espace de rangement de l'UVP (boîtes d'alimentation du chat dans la poubelle de tri non fermée) ; chambres de résident ...

L'établissement peut accueillir jusqu'à 58 résidents, répartis sur 3 étages (rez-de-chaussée, 1^{er} et 2^{ème} étage), 3 chambres sont également situées en sous-sol.

Au rez-de jardin (niveau 0 ou sous-sol) :

- 3 chambres individuelles donnant sur le jardin
- La salle d'animation
- Une chapelle désaffectée de sa fonction lors de la visite
- Les vestiaires du personnel
- Les locaux techniques/de stockage matériel et consommables (dont les réserves stratégiques du Plan Bleu).
A noter que chaque niveau comporte un local réserve et un local de ménage fermés.
- L'accès aux containers poubelles / locaux DASRI
- La lingerie interne (linge des résidents, couverture et dessus de lits), l'entretien des draps et les tenues des professionnels étant externalisé (ANETT).

Au rez-de chaussée (niveau 1) se trouve :

- L'entrée de l'établissement (sécurisée, de plain-pied)
- Le salon télévision/animation en groupe
- La salle à manger et la cuisine attenante

- L'unité de vie protégée 'La Roseraie' fermée par digicode (cf. partie spécifique)
- 5 chambres (numéros 109 à 113)
- Les locaux administratifs (bureaux)
- L'infirmerie
- Le local de stockage des médicaments
- Une salle kiné
- Un espace fumeur
- Une salle de repos du personnel
- Une salle de bain commune
- 2 toilettes (homme et femme) dans le couloir à côté de l'accueil, à proximité de la salle à manger
- Une salle de réunion

Au premier étage (niveau 2) :

- 23 chambres individuelles
- Une salle de bain commune
- Le salon de coiffure
- 3 salons (salon, salon des familles, salon billard)
- Un espace « office »
- Un espace « entretien », contenant les machines, les centrales de dilutions et les produits - vidoir inexistant).

Au 2^{ème} étage (niveau 3) :

- 18 chambres individuelles, 1 chambre double
- Une salle de bain commune
- Un salon « belote »
- Un office.

Concernant les salles de bain communes, la mission fait le constat de leur inutilisation, à la fois avec du matériel cassé (**photo 1 – toilette de la salle de bain commune tenant par un bloc en bois**), mais également en termes d'hygiène des locaux (**photo 2 – bouche de VMC non nettoyée**).

L'établissement dispose également d'une douche au lit.

Lieux de vie (salle à manger, salle d'activité, espaces extérieurs, salon de coiffure, salon, etc...)

La salle à manger climatisée est située au rez-de-chaussée. Sa position est centrale par rapport à l'ensemble des bâtiments. Elle est spacieuse et dotée de baies vitrées donnant sur le parc de l'établissement. Un salon TV en enfilade vient compléter l'espace, ils servent tous deux aux animations (gym douce) ainsi qu'au Conseil de Vie Sociale.

Une petite salle à manger séparée est également utilisée pour des repas à thèmes ou lors des repas en présence des familles.

La principale salle d'activité est au niveau 0, pour les activités manuelles. L'adjointe de direction, également animatrice y a installé son bureau et poste informatique.

Cette salle ne peut pas accueillir plus de 12 résidents, et l'espace n'est pas adapté à l'accueil de plusieurs personnes en fauteuil roulant.

Un salon de coiffure est également à disposition des résidents qui sont libres de faire appel à leur coiffeur.

L'unité de vie protégée dispose d'un espace commun central pour les repas et les animations en journée. Si des barres d'appui sont en place, l'espace de déambulation reste sommaire puisqu'il s'agit du couloir unique et longiligne qui distribue sur les chambres de l'unité. La terrasse attenante donnant sur le parc n'est pas accessible (fermée à clé) le jour de l'inspection.

Des toilettes sont situées dans le couloir du rez-de-chaussée, à proximité de l'accueil et de la salle à manger, servant aux résidents et aux visiteurs. L'accès à ces espaces est complexe : il est nécessaire d'appuyer sur un interrupteur afin de pouvoir entrer dans les WC, un second interrupteur/détecteur est situé à l'intérieur de l'espace devant lequel il faut passer la main pour pouvoir sortir. Un marquage au sol à l'intérieur des toilettes matérialise la zone d'ouverture de la porte, et donc le risque d'une collision avec celle-ci existe à l'ouverture. En outre, les interrupteurs sont peu visibles, et leur fonctionnement n'est ni intuitif, ni adapté aux capacités du public accueilli (**photos 3 – interrupteur à l'entrée des toilettes dans le couloir, photo 4 – inscription sur la porte intérieure des toilettes, Photo 5- interrupteur intérieur des toilettes, Photo 6 - bande matérialisée au sol pour l'ouverture de la porte**).

Le jour de la visite, une forte odeur d'urines émanait de ces toilettes, l'urinoir n'étant pas nettoyé.

Remarque 8 : Le système d'ouverture des portes des toilettes du rez-de-chaussée est complexe, et présente un risque pour les résidents, notamment de collision avec l'ouvrant ou d'enfermement (en l'absence de compréhension du système d'ouverture).

Unité de Vie protégée

L'établissement dispose d'une unité de vie protégée accueillant 8 résidents, située au rez-de chaussée de l'établissement. L'accès au service se fait par un digicode.

Le service est composé de :

- 8 chambres individuelles (7 sont occupées le jour du contrôle)
- Un espace de vie commune – avec une terrasse attenante avec vue sur le jardin (sans accès direct) qui était non accessible lors de la visite.
- Un office cuisine
- Un espace stockage (pour le linge sale + animation)
- Un office « soins » (

Les 3 derniers espaces sont aveugles.

La cuisine de l'UVP est exigüe. Elle comprend un réfrigérateur, une plaque de cuisson et un four, un petit plan de travail qui ne permet pas de réaliser un atelier cuisine avec plus de 2 résidents et n'a pas d'ouverture sur l'extérieur (aération).

Des produits détergents sont accessibles par sous l'évier (pastilles lave-vaisselle, bidons).

A noter que le service accueille un chat. Les aliments et matériels de soins pour le chat sont dans plusieurs locaux, et ne sont pas conservés de manière hygiénique (sac de croquette ouverts accessible, pâté entamé non refermé dans la porte du réfrigérateur de l'office, à côté du lait des résidents).

Par ailleurs, il a été constaté la présence de 2 médicaments (suppositoires de Dafalgan Adulte 600mg® et Doliprane 1000mg®) dans le réfrigérateur de l'UVP destiné aux denrées alimentaires. **Les suppositoires peuvent être conservés à température ambiante (<+30°C) et ne doivent en aucun cas être stockés dans un réfrigérateur alimentaire.**

(Cf. photos 7- coexistence de denrées alimentaires pour le chat avec les aliments à destination des résidents, non protégés, Photo 8 – Bac du réfrigérateur mélangeant des produits pharmaceutiques et des denrées alimentaires, Photo 9- Produits et détergents accessibles sous l'évier de la cuisine de l'UVP).

Remarque 9 : la cuisine de l'UVP n'est pas sécurisée : le frigo contient des produits non comestibles pour les résidents (alimentation pour le chat, suppositoires), des produits détergents sont accessibles sous l'évier (pastilles lave-vaisselle, bidons de détergent).

L'office Soins de l'UVP est également exigü et aveugle. Il contient le chariot de médicaments, le poste informatique IDE/AS pour les transmissions, du linge propre, des protections et du matériel soins sur un rayonnage.

Cette exigüité oblige par exemple à accrocher des poubelles au chariot de distribution des médicaments, ce qui n'est pas hygiénique.

La mission a constaté que des ciseaux sont en accès libre aux résidents en salle commune.

L'espace de déambulation pour les résidents de l'UVP est limité : il s'agit du couloir de l'unité distribuant sur les chambres. Il est équipé de barres d'appui, mais en cul de sac de part et d'autre. Lors de la visite, l'accès à la terrasse aménagée et sécurisée donnant sur la salle commune n'était pas possible (fermeture à clé).

<p>Les dangers potentiels sont-ils identifiés et sécurisés ?</p>	<p>Divers dangers ont été identifiés lors de la visite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les portes donnant sur les escaliers ne ferment pas à clé et étaient ouvertes pour certaines - <i>les plots installés empêchent uniquement le passage des fauteuils et non celui des résidents en état de marcher</i> - ; - Les escaliers ne sont pas équipés d'éclairage avec détecteurs de présence ; tout comme les espaces de circulations - Les fenêtres des chambres (et des couloirs) qui ont été visitées ne sont pas sécurisées (ouverture possible avec risque de bascule) ; Pour les fenêtres des chambres, il a été précisé qu'elles pouvaient être fermées à clé si l'état cognitif du résident le nécessite, mais le matériel indiqué n'était pas présent sur les ouvrants vus par la mission lors du passage en chambre. - La porte donnant sur le sous-sol n'était pas fermée à clé - <i>alors qu'un panneau indique la nécessité de la fermer</i> -, ce qui rendait possible l'accès à la laverie notamment - <i>présence d'un détergeant-désinfectant biocide « Surfianos® »</i> - ; même constat pour l'espace DASRI <p>Ecart 5 : L'absence de luminosité dans les espaces de circulations communes, couloirs et escaliers, la non-sécurisation des fenêtres, ainsi que l'absence de fermetures, pourtant matérialisées, de locaux à risque pour les résidents, ne permettent pas d'assurer la sécurité des résidents, contrevenant aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</p> <p>En outre, il a été constaté la conservation d'eau de javel sur un rebord de fenêtre par un résident autonome pour réaliser ses nettoyages, présentant un risque à la fois d'ingestion, mais aussi en termes de conservation du produit, celui-ci étant en plein soleil.</p> <p>Des petits réfrigérateurs sont présents dans certaines chambres, la gestion des dates de péremption des produits alimentaires n'est pas assurée par le personnel alors que ce point est précisé dans le règlement de fonctionnement. Ceci pouvant engendrer un risque d'intoxication alimentaire. Sur certains, le dégivrage fait défaut (cf. Photo 10 – réfrigérateur en chambre, présentant une couche de givre importante, des produits cosmétiques mélangés aux denrées alimentaires, et des aliments non protégés).</p> <p>Remarque 10 : le suivi des dates de péremption des produits alimentaires stockés et l'entretien des réfrigérateurs personnels ne sont pas organisés par le personnel, tel que prévu par le règlement de fonctionnement.</p>
<p>Accessibilité PMR</p>	<p>Les bâtiments sont accessibles aux personnes à mobilité réduite depuis l'extérieur, bien qu'une pente supérieure à 5% doive être empruntée depuis le portail jusqu'à l'entrée principale.</p> <p>Le rez-de-chaussée ainsi que les étages sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (ascenseur, rampe d'accès). De plus, tous les étages sont équipés de mains courantes.</p>

Description des chambres	<p>Les 5 chambres visitées sont apparues personnalisées et lumineuses. Toutes les chambres sont équipées de lit à hauteur variable (avec barrières), d'une table de chevet fixée au mur et de rails de transfert, et disposent d'un espace sanitaire individuel.</p> <p>La table de chevet fixée au mur ne permet pas de modifier/adapter l'aménagement de la chambre, notamment la position du lit, aux besoins de la personne accueillie.</p> <p>La mission a constaté la mise en place par un résident d'une lampe de chevet sur la potence de son lit, afin de compenser le manque de lumière lorsqu'il est couché (Cf. photo 11 – installation d'une lampe de chevet sur la potence par l'intermédiaire d'un cintre plié).</p> <p>A la suite de l'installation des rails de transfert, les plafonniers ont été en partie démontés, dans l'ensemble des chambres, car incompatibles avec la hauteur des rails en H, laissant les ampoules et fils électriques accessibles. (Cf. photo 12 – plafonnier démonté, ampoule à nu)</p> <p>Les résidents sont libres d'apporter les meubles et affaires personnelles qu'ils souhaitent.</p> <p>Les chambres visitées sont occupées par des personnes relativement autonomes capables notamment de ranger leurs affaires, de faire leur lit. Il est noté que plusieurs chambres visitées sont très encombrées, et présentent un risque de chute tant pour le résident que pour le personnel. En outre, cet encombrement implique des difficultés de nettoyage pour les équipes, notamment au niveau du sol.</p> <p>Certaines chambres sont équipées de réfrigérateurs individuels (cf. point 'Dangers potentiels identifiés' ci-dessus).</p> <p>Remarque 11 : Un volet est bloqué - <i>partiellement descendu</i> - dans la chambre 302 du 3^{ème} étage. Le résident ne peut ainsi profiter de la pleine lumière du jour.</p> <p>Les dispositifs d'alerte du personnel (appel malade) sont accessibles du lit et de la salle de bain et sont visuels - <i>bouton rouge</i> -. Ces dispositifs ont été testés durant l'inspection, et sont fonctionnels. La mission fait le constat d'une intervention non-systématique du personnel présent lors des tests des appels-malade.</p> <p>Remarque 12 : l'activation des sonnettes en chambre lors de la visite n'a pas permis une réponse adaptée par le personnel même présent dans le couloir.</p>
Sanitaires individuels	<p>Les chambres disposent d'une douche PMR, d'un lavabo et de toilettes.</p> <p>Une barre d'appui est installée au niveau de la douche et du WC.</p> <p>L'eau chaude coulant au lavabo ne présente pas de risques de brûlures pour les résidents.</p> <p>Un appel malade est présent dans les sanitaires.</p>

<p>Locaux techniques (plan bleu, DASRI, poubelle, linge, etc..)</p>	<p>Les locaux techniques - laverie/buanderie, atelier, poubelles... se situent au sous-sol de l'établissement (niveau 0). La mission a circulé dans les différents espaces de ce niveau.</p> <p>Les locaux de traitement du linge : le traitement du linge plat et tenues des salariés est externalisé, des casiers sont installés pour chaque agent et à disposition de la Société Anett. Le linge des résidents est lavé sur place. Le circuit du linge est respecté. Le linge propre est rendu aux résidents dans les 24 à 48 heures.</p> <p>La mission a constaté que la pièce servant à désinfecter le matériel comportait un sol et des murs sales (Cf. photos 13 – local de désinfection et 14 – brosse de nettoyage du matériel, dans le local de désinfection).</p> <p>Les portes des locaux techniques sont ouvertes, une partie du sous-sol est très encombrée par du matériel (fauteuils, matelas abimés, étagères, chariots...), ce qui rend l'accès très difficile par exemple en cas de sinistre - <i>intervention des pompiers</i> -.</p> <p>Remarque 13 : La porte donnant sur le local de stockage des déchets de soins à risques infectieux (DASRI) était ouverte lors de l'inspection, ainsi que la porte d'accès au sous-sol. Les DASRI sont ainsi accessibles à quiconque accède au site. Aucun relevé de nettoyage n'est mis en place pour le local des DASRI. Le local de désinfection n'est pas entretenu.</p> <p>Remarque 14 : Une partie du sous-sol est inaccessible du fait de l'accumulation de matériel médical et objets hétéroclites sans usage. En outre, l'entretien des locaux 'laverie et désinfection' n'est pas assuré.</p> <p>Remarque 15 : D'une façon générale, la signalétique sur les portes des locaux techniques ou de réserve précisant l'usage du local est manquante.</p>
---	--

<p>Locaux administratifs et locaux pour les professionnels</p>	<p>Plusieurs postes de travail sont installés dans l'espace dédié à l'accueil principal de l'Ehpad (bureau de la secrétaire et du gouvernant). Une cloison vitrée du bureau de la Directrice donne sur cet espace très fréquenté. L'adjointe à la Direction, ne dispose pas d'un espace de travail spécifique dans les locaux administratifs, mais travaille sur un ordinateur portable, en salle d'animation du rez-de-jardin, qu'elle a investi pour les missions complémentaires qui lui ont été données.</p> <p>Remarque 16 : L'agencement des locaux administratifs (notamment du personnel encadrant) ne permet pas la nécessaire confidentialité liée aux fonctions d'encadrement.</p> <p>Une salle de réunion d'une quinzaine de places se situe au rez-de-chaussée supérieur, où se tient également les temps de transmissions et les temps télé staff avec le e-medec.</p> <p>Les réunions institutionnelles avec beaucoup de participants sont organisées dans la salle-à-manger, ce qui a été le cas du conseil de la vie sociale qui s'est tenu dans l'après-midi du jour d'inspection.</p> <p>L'infirmière coordinatrice dispose d'un bureau à proximité de l'infirmierie et du local de stockage des médicaments au rez-de-chaussée (cf. partie Circuit du médicament) ; où se trouve également le bureau de l'adjointe de service économique et de la psychologue.</p> <p>Les infirmières disposent d'espaces de travail (poste informatique).</p> <p>La mission fait le constat de la difficulté des professionnels à appréhender les différents espaces de travail de chacun ; notamment en regard des modifications récentes d'organisation opérationnelle (repositionnement de personnel d'encadrement, un agent de service logistique déployée à hauteur de 0.4 ETP sur des missions de secrétaire dispose d'un bureau dans un des espaces de repos du personnel...).</p>
<p>SYNTHESE Locaux</p>	<p>Les locaux sont apparus spacieux et lumineux et ils ont fait l'objet d'une extension récente qui a permis de créer des bureaux au rez-de-chaussée et des lieux de vie à l'étage.</p> <p>La mission a constaté la présence de risques pour les résidents : escaliers imparfaitement sécurisés, éclairage insuffisant dans les parties communes, fenêtres non sécurisées dans les chambres, locaux professionnels (dont laverie et local DASRI) accessibles au sous-sol. En outre, les chambres visitées sont apparues encombrées ce qui engendre un risque de chutes et elles disposent d'un réfrigérateur individuel pour lequel le suivi (nettoyage, conservation des aliments et élimination des périmés) n'est pas réalisé. En outre, il est constaté un manque global de signalétique sur les portes des locaux en particulier techniques et de réserve précisant l'usage du local.</p> <p>Concernant l'unité de vie protégée, les locaux sont exigus, mal ordonnés et présentent un défaut d'hygiène en particulier la cuisine.</p>

Ressources matérielles

<p>Equipements collectifs d'aide à la personne (des lèves-malades, des pèses personnes, brancard douches, etc, ...)</p>	<p>La mission fait le constat de plusieurs matériels d'aide à la personne, notamment verticalisateur et lève personne. Une chaise de pesée est également disponible, et le suivi métrologique est réalisé (étiquette de contrôle apposée sur le dispositif).</p> <p>L'établissement dispose également d'une douche au lit, ainsi que d'une baignoire à hauteur variable, et de son siège adapté.</p> <p>Une pièce au sous-sol est dédiée au stockage du matériel à disposition : lit à hauteur variable, fauteuils roulants, matelas, coussins de positionnement, coussins de prévention...</p> <p>La mission fait le constat du nombre important de matériel, ainsi que de l'état de vétusté et du manque d'entretien d'un certains nombres de matériel, notamment des matelas de prévention, protège barrière, coussins de prévention et de positionnement (photos 15, 16 et 17 – local du sous-sol, servant au stockage de matériel 'médicalisé', Photo 18 – protèges barrières).</p> <p>La mission fait le constat d'une inadaptation d'un certain nombre de matériel aux résidents rencontrés (notamment fauteuils roulants), alors que du matériel est disponible.</p> <p>Remarque 17 : Il est constaté du matériel fortement dégradé (matelas, coussins de prévention, matériels de positionnement, protège barrière), ne pouvant être remis en fonction, conservé dans le stock matériel, présentant un risque en termes d'hygiène et de sécurité. En outre, aucun suivi du matériel n'est en place.</p>
<p>Equipements individuel d'aide à la personne de type rail de transfert</p>	<p>Des rails de transfert ont été mis en place dans l'ensemble des chambres, avec moteurs nomade. La mise en place est récente, et une formation a été réalisée.</p>
<p>Le matériel est adapté (qualitativement et quantitativement) aux besoins du personnel</p>	<p>La mission fait le constat d'une bonne adaptation du matériel, d'aide au transfert, aux besoins recensés dans l'établissement. Toutefois, il n'y a pas d'information quant à la formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel.</p> <p>Remarque 18 : Bien que du matériel d'aide au transfert des résidents soit disponible dans l'établissement, il n'est pas précisé si des formations au personnel sont régulièrement dispensées pour s'assurer de leur bonne utilisation.</p>

<p>La gestion des consommables est organisée (identification du besoin, commande, validation, livraison)</p>	<p>L'accès aux consommables n'est pas limité. Toutefois, l'organisation du processus de l'identification du besoin, à la mise à disposition des besoins et leurs suivis, n'est pas clairement définie même s'il a été précisé à la mission que la gestion des consommables est réalisée par le gouvernant. Il assure le lien avec les fournisseurs, gère les stocks et assure le réapprovisionnement dans les étages des produits d'entretien, protections et des produits concernant la cuisine.</p> <p>En outre, certains éléments médicaux, tels que la commande et le suivi du matériel d'aide à la personne et des matelas à air sont gérés par le gouvernant 'hôtelier', sans être clairement formalisés.</p> <p>Remarque 19 : Des commandes relevant du domaine médical/paramédical sont confiées au gouvernant, sans qu'aucune procédure ne définisse clairement les contours de ces missions.</p>
<p>En particulier, l'établissement dispose d'un stock de protections hygiéniques en quantité suffisante</p>	<p>L'établissement dispose d'un stock de protections suffisant.</p> <p>Toutefois, la gestion de celles-ci n'est pas clairement établie.</p> <p>Une référente 'Protections' est en place, et met à jour les plans de change des résidents. Les contours de la mission de cette référente ne sont pas précis.</p> <p>Certains résidents ont pris l'habitude de se servir dans les stocks des étages (protections notamment) par crainte d'en manquer.</p>
<p>SYNTHESE Ressources matérielles</p>	<p>L'établissement dispose de matériels d'aide à la personne en quantité suffisante.</p> <p>Le stockage n'est toutefois pas organisé : mélange entre le matériel en état de fonctionnement et du matériel obsolète. Ces stocks s'accumulent au sous-sol. Des matelas, coussins de prévention et de positionnement sont dégradés. Ils ne devraient ainsi plus être utilisés car ils n'assurent plus leur rôle et présentent un défaut d'hygiène.</p> <p>La mission constate également l'absence de formation aux professionnels à l'utilisation des aides de transfert : rails, verticalisateurs, lève-personnes...</p>

Ressources humaines

<p>La quotité de travail du médecin coordonnateur est conforme au CASF compte tenu du nombre de places autorisées</p>	<p>L'EHPAD fait appel depuis septembre 2023 à un e-Medec, soit de la télé coordination à distance, via le prestataire Telemedicare dont le siège est à Marseille. Le e-Medec est médecin généraliste en libéral à Gerstheim (67). Il a signé un contrat précisant les 14 missions attendues, complété d'un avenant en septembre 2024 (nommant le e-Medec référent de l'Ehpad).</p> <p>Il mentionne qu'il a accepté de dépanner l'établissement et qu'il s'agit de modalités dégradées et temporaires de coordination médicale, le temps que l'EHPAD trouve un médecin « physique » et pour éviter que l'EHPAD ne soit sans médecin coordonnateur. Il consacre 6 heures par semaine pour cette télécoordination (0.15 ETP au lieu de 0.4 ETP attendu par la réglementation) et ne peut faire plus. Il passe physiquement 1 fois par trimestre pour voir les équipes de l'EHPAD. En dehors de ce temps de coordination, le médecin coordonnateur est devenu le médecin traitant de 4 résidents à la suite du départ en retraite d'un confrère à l'été 2024 (téléconsultation mensuelle pour ces 4 résidents +- déplacement).</p> <p>Ecart 6 : La quotité de travail du médecin coordonnateur (e-Medec de transition) ne respecte pas la réglementation (0.15 ETP au lieu de 0.4 ETP suivant l'art D.312-156 du CASF) et contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF.</p>
<p>Le médecin coordonnateur dispose des diplômes requis</p>	<p>Le e-Medec est titulaire d'un DIU de médecin coordonnateur obtenu en 2003. Il a été médecin coordonnateur pendant plus de 15 ans dans plusieurs EHPAD et il est impliqué dans la fonction de médecin coordonnateur ; il est Président de l'Association des Médecins coordonnateurs d'Alsace.</p>
<p>Il existe une IDEC et/ou un cadre de santé.</p>	<p>Une IDE de l'établissement vient d'être promue à l'encadrement de l'équipe soignante, depuis mi-février 2025 ; elle a pris ces fonctions à la suite du départ de la cadre de santé dans un contexte de forte tension avec la direction. Elle continue pour le moment d'assurer des temps de travail au sein de l'équipe IDE (3 jours déjà planifiés sur le mois de mars 2025).</p>
<p>Elle a effectué une formation (par exemple DU d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD et de SSIAD, management, autres...)</p>	<p>L'IDEC est inscrite à une formation « infirmier coordinateur » en 4 modules, qui se dérouleront en 2025.</p> <p>Remarque 20 : L'établissement transmet le calendrier de formation IDEC, avec 3 sites différents, sans préciser les dates retenues pour l'IDEC de l'EHPAD de Saâles.</p>

Formalisation
des plannings

Les plannings sont tenus à jour, raturés et corrigés manuellement, les rendant peu lisibles, et ne facilitant pas la gestion du personnel. Il n'y a pas de logiciel de planning/RH, les plannings sont réalisés sur Excel.

A noter que la mission n'a pas pu obtenir de planning pour les encadrants (non formalisé), ce qui ne permet pas à l'ensemble du personnel d'avoir connaissance de l'organisation en place quotidiennement.

Les heures complémentaires des agents sont inscrites manuellement, par les salariés eux-mêmes, sur le bas de la feuille des plannings, sans qu'aucune vérification à posteriori ne soit possible.

Sur le planning du mois de janvier 2025, une inscription manuscrite en haut du planning indique « *ceci n'est pas un torchon* ».

Les plannings ne couvrent pas des mois entiers mais des cycles de 4 semaines. Ces périodes ne sont pas clairement indiquées sur les plannings. A noter, le planning transmis à la mission le jour de l'inspection (planning du mois de mars 2025), ne mentionne nulle part le mois de mars.

Sur le planning « soins » du mois de mars 2025, seuls les prénoms sont inscrits, il n'y a aucune mention du nom de famille ou de la fonction. La mission a constaté que des veilleuses de nuit ASL sont inscrites en doublon sur le planning « hébergement » et « soins ».

A noter, un agent inscrit sur le planning « soins », a un code horaire « ASL » inscrit sur le weekend du 29-30 mars, ce qui était déjà le cas d'un autre agent au mois de janvier, et d'une apprenante à plusieurs reprises.

Les légendes des plannings « soins » sont incomplètes, certaines informations manquantes sont ajoutées dans la marge des plannings ; qu'il s'agisse de codes horaires ou des codes couleurs ; l'ensemble des codes n'est pas explicité.

La légende des plannings « hébergement » est inscrite manuellement sous chaque planning.

Au niveau des « soins », de nouveaux codes horaires ont été mis en place à compter du mois de mars 2025 ; les légendes sont toujours incomplètes, et raturées.

La mission s'interroge sur l'information des salariés quant aux nouveaux horaires puisqu'aucune réunion institutionnelle n'a été programmée (cf. **Remarque 7**).

Remarque 21 : Les plannings sont tenus à jour, raturés et corrigés manuellement, les rendant peu lisibles, et ne facilitant pas la gestion du personnel. Le personnel encadrant n'est pas intégré aux plannings.

En outre, le planning du mois de mars 2025 ne mentionne ni le mois du planning, ni les noms de famille des professionnels.

Fonctionnement au regard des plannings

Au jour de l'inspection, une nouvelle organisation a été mise en place, avec de nouveaux horaires, depuis 9 jours (début au 3 mars 2025).

Les plannings prévoient des temps de travail différents, « à la carte ». En effet, une partie des professionnels travaille en 10h, et une autre en 7h, sans qu'aucune explication organisationnelle n'ait été apportée sur ces choix.

Les horaires en 10h viennent d'être modifiés, depuis le 3 mars 2025, créant des horaires JM (6h30-17h30), JS (10h-21h), JJ (9h-20h) et JW (8h30-19h30) ; en remplacement des horaires J10a (8h-18h30) et J10b (9h-19h30).

Les horaires en 7h restent sensiblement identiques, passant de 6h30-13h50 le matin à 6h30-14h ; et de 13h30-20h50 le soir à 13h30-21h. Les horaires de nuit restent inchangés (20h40 - 6h50).

Remarque 22 : L'absence de document précisant le déroulé de journée en regard des différents horaires, ne permet pas de comprendre l'organisation et les différentes missions des agents en fonction des codes horaires, pour les soins comme pour l'hébergement.

Un changement d'horaires et d'organisation ayant été mis en place à compter du 3 mars 2025, l'étude du fonctionnement est réalisée au regard des plannings du mois de mars 2025.

Concernant les journées :

Au niveau des agents dispensant les soins, le planning fait apparaître un prévisionnel de 3 à 4 agents présents au moment des soins le matin, et 2 le week-end – UVP exclus ; soit 50 résidents en soins.

Cela représente un ratio d'1 soignant pour 12,5 à 16,6 résidents en semaine, et 1 pour 25 le week-end.

Le soir, l'effectif varie de 2 à 4 agents présents au moment des couchers la semaine, et 2 le week-end – UVP exclus.

Cela représente un ratio d'1 soignant pour 12,5 à 25 résidents en semaine, et 1 pour 25 le week-end.

En outre, 11 agents intégrés à l'équipe 'Soins' ne possèdent pas les diplômes requis pour assurer l'accompagnement des résidents, dont 1 en UVP.

Ecart 7 : L'inconstance des effectifs présents pour un horaire de travail donné, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité et sécurisé qui doivent être assurés au résident en application de l'article L. 311-3 du CASF.

Une présence IDE est inscrite de 7h à 19h chaque jour, à l'exception du week-end du 22-23 mars, où le planning n'est pas encore validé pour le remplacement ; et des 13-14 mars où les IDE sont inscrites respectivement jusque 15h et 16h.

Au niveau de l'hébergement, les effectifs (lingère exclue) varient de 4 à 7 personnes le matin, 2 le week-end sur les mêmes horaires ; et 2 à 3 agents l'après-midi en semaine comme le week-end.

Remarque 23 : Les plannings présentent une grande disparité matin/après-midi, semaine/weekend. Il existe une différence importante du nombre d'agents dispensant des soins et d'hébergement présents chaque jour (observé du simple au triple entre la semaine et le week-end).

Concernant spécifiquement l'UVP :

Un nouveau code horaire JR (9h-16h30) a été mis en place. Ce code horaire vient renforcer l'équipe de l'UVP, composé d'un horaire MR – anciennement MX- présent de 6h30 à 14h, et SR – anciennement SX – Présent de 13h30 à 21h.

Une veilleuse supplémentaire a été mise en place, couvrant les heures de 20h40 à 6h50 au sein de l'UVP.

Toutefois, en l'absence d'agent logistique présent dans le service, **les professionnels se trouvent seuls dans l'unité de 6h50 à 9h00, et de 16h30 à 20h40, notamment pour les temps de toilette, repas et coucher ; ne pouvant assurer en même temps les soins et la surveillance des résidents de l'unité (cf. Ecart 7).**

Concernant les nuits :

Les binômes de nuit ont été renforcés en devenant des trinômes à la suite du contrôle sur pièces effectué en 2024.

Deux équipes sont en place et effectuent des roulements. La première est composée d'un agent AS, un agent AES et un agent AVS ; la seconde équipe est composée d'un agent AMP et de 2 agents sans diplôme de soins, émargeant sur le planning hébergement.

Remarque 24 : Certaines nuits ne sont pas couvertes par une aide-soignante.

Le rapport financier et d'activité 2023, précise les effectifs (sur l'année 2023), en comparaison de la convention tripartite signée existante initialement :

	Hébergement		Dépendance		Soins	
	C.T.	Réel 23	C.T.	Réel 23	C.T.	Réel 23
Administratif	2,00	2,50				
Animation	1,00	1,00				
Ouvrier entretien	1,00	1,00				
A.S.L.	8,50	8,83	3,15	3,76		
Cadre hôtelier	1,00	1,00				
A.S.			4,33	5,42	10,13	12,90
IDE/IDEC					3,00	2,66
Médecin					0,40	0,27
Remplacement et CAE	0,35	0,68	0,53	0,26		
Psychologue			0,60	0,73		
Total	13,85	15,01	8,61	10,17	13,53	15,83
Ecart		1,16		1,56		2,30

L'établissement transmet la liste des salariés présents au mois de janvier 2025, liste qui a été mis en regard du planning du mois de mars 2025.

L'étude fait apparaître 41,63 ETP d'effectifs (hors IDE et psychologue) répartis comme suit :

- 22,90 ETP service Soins (AS/AES/AMP/faisant fonction) dont :
 - o 3 ETP absents de longue durée (maladie, formation)
 - o 4,57 ETP en CDD (dont 1 CDD depuis février 2022)
 - o 4 ETP d'agent de nuit (hors ASL)
- 12,93 ETP service Hébergement dont
 - o 1 ETP de gouvernant
 - o 2,23 ETP en CDD (dont 1 CDD depuis mars 2017)
 - o 2 ETP d'agent de nuit
- 4,8 ETP de professionnel administratif (accueil/RH/comptabilité/direction/adjointe de direction)
- 1 ETP d'agent d'entretien.

Plusieurs recrutements IDE ayant été conclus depuis janvier 2025, les éléments transmis pas l'établissement ne permettent pas définir clairement le nombre d'ETP en poste annoncé à hauteur de 3,1 (hors IDEC) dont 1 ETP en congé maternité au jour de l'inspection. Cinq personnes sont renseignées sur le planning, dont l'IDEC récemment nommée.

Le tableau transmis par l'établissement mentionne l'animatrice à temps plein en tant qu'adjointe de direction, et non plus sur le poste 'animatrice'.

Par ailleurs, la psychologue à 0,8 ETP a quitté récemment l'EHPAD et vient d'être remplacée par une psychologue à hauteur de 0,2 ETP (cf. partie dédiée ci-dessous).

	En sus de ces effectifs, l'établissement a également 4 ETP de professionnels en contrat d'apprentissage.
Toutes les IDE qui exercent dans la structure disposent d'un diplôme d'Etat d'infirmier	Les 5 IDE présentes dans l'établissement sont titulaires du diplôme d'IDE (diplômes vérifiés). Toutefois, une seule a transmis son inscription à l'ordre des infirmiers. En déficit IDE lors du contrôle sur pièces, la Direction a su pourvoir les postes vacants en soins IDE fin 2024.
Toutes les AS/AMP/AES disposent d'un diplôme	Sur les 24 agents inscrits sur le planning Soins : <ul style="list-style-type: none"> - 7 sont titulaires du diplôme aide-soignant(e), - 3 sont titulaires du diplôme Accompagnants Educatifs et Sociaux (AES), - 3 sont titulaires du diplôme Auxiliaire Médico-Psychologique (AMP). Onze agents n'ont pas transmis de diplôme ou ne possèdent pas les diplômes requis pour assurer l'accompagnement des résidents. Ecart 8 : Des agents non diplômés dispensent des soins de jour et de nuit aux résidents, contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.
Ressources humaines paramédicales supplémentaires (psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, kiné...)	Depuis mi-février 2025, une nouvelle psychologue est en poste dans l'établissement à hauteur de 0,2 ETP. Elle est déjà salariée dans l'autre Ehpad de la Commune et est présente à Saint Joseph le vendredi. Sa fiche de poste et ses missions prioritaires n'ont pas été revues, bien que le temps de travail soit diminué, mais un entretien est prévu en ce sens. Remarque 25 : Les missions et la fiche de poste de la psychologue n'ont pas été revues en lien avec la diminution du temps de présence, celui passant de 0,8 ETP à 0,2 ETP. Des conventions sont établies avec : <ul style="list-style-type: none"> - 3 kinésithérapeutes ; - 1 ergothérapeute ; - 1 dentiste. A noter que le cabinet d'infirmières libérales de Saâles intervient régulièrement (cf. partie dédiée ci-dessous).
Organisation de l'accès à l'AFGSU pour les personnels des établissements	Le document nommé « Plan de formation 2025-2026 », proposé par le Cabinet Dunamis, prévoit de former l'ensemble du personnel aux gestes d'urgences (AFGSU) au mois de mai 2025, ainsi qu'au mois de mai 2026.

<p>Des intérimaires (IDE AS) interviennent dans la structure</p>	<p>L'établissement transmet une liste de personnel CDD/intérim de janvier 2025. Cette liste indique uniquement des noms de professionnels et le type de contrat (CDD ou intérim). Il n'est précisé ni les dates des missions, ni les fonctions des agents ponctuels.</p> <p>Remarque 26 : Des agents ponctuels (intérimaires, CDD) interviennent au sein de la structure mais les moyens d'accompagnement de ces professionnels au sein de l'EHPAD ne sont pas mis en place (plan de l'établissement, plan de soins à jour des résidents, accès au logiciel de suivi du résident).</p> <p>Un livret d'accueil du nouveau personnel a été créé et peut être remis à ces agents mais il n'est pas à jour concernant l'organigramme, ne contient pas de plan intérieur).</p> <p>A noter que le cabinet d'infirmières libérales de Saâles intervient régulièrement au sein de l'Ehpad mais aucune convention n'a pu être fournie.</p> <p>Remarque 27 : Aucun élément ne permet de connaître les périodes d'intervention des IDEL, bien qu'il soit indiqué à la mission une intervention systématique quotidienne en soirée du cabinet libéral infirmier de Saâles. En outre, la mission s'interroge sur cette intervention systématique au regard de l'effectif IDE présent sur l'EHPAD au jour de l'inspection.</p>
<p>L'accueil et l'accompagnement des intérimaires et des nouveaux arrivants intervenant dans la structure sont organisés.</p>	<p>Un livret d'accueil est remis au nouveau salarié et stagiaire. (Cf. Remarque 26)</p>
<p>Stagiaires/apprentis/services civiques : l'accueil, l'accompagnement et le suivi dans la structure sont organisés.</p>	<p>L'établissement dispose de plusieurs stagiaires, apprentis et services civiques. La mission fait le constat d'une absence de clarté quant à l'encadrement des stagiaires et services civiques, notamment dans les missions quotidiennes qui leurs sont confiées, leurs suivis et évaluations. Le jour de l'inspection, une stagiaire présente au sein de l'établissement, ne figurait sur aucun document (planning s'arrêtant à la semaine précédente), et ne disposait pas d'information sur son maître de stage. La mission a également constaté qu'en cas de difficulté rencontrée par l'apprenant, le circuit d'information n'est connu ni de l'apprenant, ni des professionnels. Il est constaté l'absence de doublure systématique des apprenants. De plus, il est fait le constat de modification de planning concernant une apprentie Soins, incluant des week-ends (à moindre personnel), sur lesquels elle effectue le remplacement d'un salarié absent (hébergement).</p> <p>Remarque 28 : Bien qu'accueillant un nombre important d'apprenants et de services civiques, les référents de ces personnes ne sont pas identifiés, le suivi et l'évaluation réguliers ne sont pas assurés. En outre, il est constaté une absence de systématisation de la doublure des apprenants.</p>

<p>Les personnels disposent d'une fiche de poste</p>	<p>Des fiches de poste et fiches de mission existent et sont transmises dans le cadre de l'inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direction (mai 2016) - Psychologue - Gouvernant - Infirmière de coordination en EHPAD - Auxiliaire de vie - AES - Aide-soignant(e) (juin 2018) - ASL (juin 2021) - Fiche de mission référent chute (non validée). <p>Les fiches de postes AS/AES/auxiliaire de vie sont quasiment identiques, et ne précisent pas les particularités inhérentes aux différentes qualifications, laissant voir une forme d'interchangeabilité entre les différents professionnels. Certaines missions ne sont pas bien définies (réfèrent Protections, PAP...).</p> <p>En outre, des missions spécifiques de l'aide-soignant, relatives à l'état clinique du patient, sont inscrites sur les fiches de postes des auxiliaires de vie et AES.</p> <p>Les professionnels encadrants sont sur plusieurs postes en même temps : l'animatrice est également adjointe de direction ; l'IDEC poursuit ses activités d'IDE ; sans que l'organisation des différents temps soit identifiée.</p> <p>Remarque 29 : Il n'existe pas de fiche de poste pour l'ensemble des professions de l'EHPAD, notamment IDE. Les fiches de poste réalisées ne précisent pas les particularités inhérentes aux différentes qualifications, laissant penser une forme d'interchangeabilité entre les différents professionnels de l'équipe soins.</p> <p>Ecart 9 : Les fiches de poste de l'auxiliaire de vie et AES font apparaître des missions dévolues à l'aide-soignante, (<i>transmettre à l'équipe les données relatives à l'état clinique du résident, toilette complète, Installer les résidents en fonction de leur pathologie, manutention des résidents</i>) sans en avoir les qualifications, contrevenant aux dispositions de l'article L.4391-1 du CSP.</p>
--	---

<p>Les glissements de tâches</p>	<p>Les fiches de postes AS/AES/auxiliaire de vie sont quasiment identiques, et ne précisent pas les particularités inhérentes aux différentes qualifications, laissant voir une forme d'interchangeabilité entre les différents professionnels, menant à un risque accru de glissement de tâche.</p> <p>En outre, un certain nombre de professionnel (11 personnes) effectue des prises en soins de la personne accueillie sans être qualifié pour cela (Cf. Ecart 8).</p> <p>Le courrier rédigé par des membres du CSE en date du 17 mars 2025, transmis à la mission dans le cadre de cette inspection, indique la réalisation, à 2 reprises, d'injections d'insuline par un agent non titulaire du diplôme d'Etat d'Infirmier(e).</p> <p>Même si ces actes ont été réalisés dans le cadre d'un mode dégradé d'organisation des soins et sous supervision de l'infirmière en visio ou par téléphone, cet acte relève du champ de compétence exclusif d'une infirmière et correspond à un écart réglementaire. Au-delà de la réglementation, cette pratique expose le résident à des risques sanitaires (erreur de doses / hygiène) et les 2 professionnels ayant réalisé l'acte à des risques juridiques.</p> <p>Ecart 10 : La réalisation ponctuelle d'actes de compétence exclusivement infirmière (identification de 2 injections d'insuline réalisées en 2024 par des AMP), par du personnel non qualifié, et même en cas de mode dégradé d'organisation des soins, est un écart réglementaire en particulier au regard de l'art 4311-7 du CSP. L'établissement prend un risque dans la sécurité et la prise en charge des besoins de la personne accueillie, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</p>
<p>Il existe un plan de formation annuel</p>	<p>Un plan des formations réalisées en 2024 a été fourni à la mission.</p> <p>Il présente la formation de 4 agents AMP en assistant de soins en gérontologie (ASG), la cadre de santé en poste a suivi une session 'Auto-évaluation Qualité des ESMS', le lancement d'une démarche Label Humanitude.</p> <p>Le Cabinet Dunamis, dans le cadre de son audit, a proposé des sessions de formation métiers selon les catégories de personnels sur les années 2025 et 2026.</p>

<p style="text-align: center;">SYNTHESE Ressources humaines</p>	<p>La mission constate un manque d'encadrement de l'ensemble des équipes (soins, hôtellerie, administratif) ; et une absence de travail en collaboration entre les équipes soins et hébergement.</p> <p>Les plannings sont tenus à jour, raturés et corrigés manuellement, les rendant peu lisibles, et ne facilitant pas la gestion du personnel. Ils présentent une grande disparité matin/après-midi, semaine/weekend, du nombre d'agents dispensant des soins et d'hébergement présents chaque jour - une des équipes de nuit ne dispose pas d'aide-soignant - et ne comprennent pas les encadrants salariés.</p> <p>L'absence de document précisant le déroulé de journée en regard des différents horaires, ne permet pas de comprendre l'organisation et les différentes missions des agents en fonction des codes horaires, pour les soins comme pour l'hébergement.</p> <p>Depuis septembre 2023, le e-medec en poste a accepté la fonction de coordination médicale de l'Ehpad de façon transitoire, dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin coordonnateur.</p> <p>La Direction a su pourvoir les postes vacants en soins IDE fin 2024.</p> <p>En outre, des agents non diplômés dispensent des soins de jour et de nuit aux résidents.</p> <p>Au sein de l'UVP, lorsqu'un horaire de journée est en place, les professionnels se trouvent seuls dans l'unité de 6h50 à 9h00, et de 16h30 à 20h40, notamment pour les temps de toilette, repas et coucher ; ne pouvant assurer en même temps les soins et la surveillance des résidents de l'unité. En l'absence d'horaire de journée, les agents sont seuls en gestion de l'unité.</p> <p>Il n'existe pas de fiche de poste pour l'ensemble des professions de l'EHPAD.</p> <p>En outre, les fiches de poste réalisées ne précisent pas les particularités inhérentes aux différentes qualifications, laissant penser une forme d'interchangeabilité entre les différents professionnels de l'équipe soin.</p> <p>En faisant réaliser des actes infirmiers, relevant du champ de compétence exclusif IDE, par du personnel non qualifié, même en mode dégradé d'organisation des soins l'établissement prend un risque dans la sécurité et la prise en charge des besoins de la personne accueillie.</p>
---	--

Soins et prise en charge

Versant préventif

Surveillance de la nutrition et dépistage de la dénutrition	<p>Une pesée mensuelle des résidents est réalisée, avec élaboration d'un tableau mentionnant les poids précédents pour permettre le suivi de l'évolution.</p> <p>Une alerte est faite au médecin traitant s'il y a une variation du poids $\pm 5\%$ d'un mois à l'autre et si l'IMC < 19.</p>
Dépistage de la déshydratation	<p>Le dépistage de la déshydratation est réalisé en période de canicule.</p>
Chute	<p>Les chutes font l'objet d'une fiche de recueil.</p>

Contention	<p>Un protocole « contention physique », daté d'octobre 2012 et mis à jour en février 2025 est rédigé pour préciser les conditions de mises en place et de suivi des contentions. Le e-medec est favorable à la 'zéro contention', et il précise en préambule du protocole la nécessité d'un travail global plus poussé sur la pratique de la contention.</p> <p>La procédure sur la contention physique précise dans son paragraphe 'matériel utilisé', l'emploi de plusieurs matériels permettant la 'suppression' de certaines contentions. La formulation de cette partie prête à confusion. « On peut rappeler que l'utilisation de matériel adapté permet la suppression de certaines contentions, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le combi-pyjama, - le lit Alzheimer, - les gilets, les sangles thoraciques, les ceintures, - les attaches poignets et chevilles, - les barrières de lit, <p><i>L'enfermement en chambre est à proscrire. »</i></p> <p>La mission précise que le type de matériel mentionné est considéré comme une contention au regard de la définition de celle-ci, à l'exception du lit Alzheimer, qui est une alternative à la contention.</p> <p>Remarque 30 : La rédaction du protocole contention prête à confusion, notamment dans les alternatives à la mise en place.</p>
Escarre	<p>L'établissement dispose d'un protocole « les escarres : prévention et prise en charge », daté de 2014, et non mis à jour. Ce protocole est à destination des « AS/AMP/AUXILIAIRE de VIE/IDE », bien qu'il contienne des données exclusivement de soins (notamment effleurage, positionnement, surveillance des points d'appuis...).</p>
Hygiène bucco-dentaire	<p>Une convention pour l'hygiène bucco-dentaire est en place avec le dentiste de Saâles qui se déplace si besoin au sein de l'EHPAD.</p>
Hygiène et toilette, nombre de résident douchés par jour et par AS	<p>Une liste des jours de douches hebdomadaires est affichée à l'infirmerie. Une douche est programmée par semaine pour chaque résident, toutefois seuls 42 résidents sur les 56 sont mentionnés sur cette liste, dont 2 uniquement pour des capiluves. En outre, 2 douches sont prévues le samedi matin, alors que le personnel est en effectif réduit le week-end.</p> <p>Remarque 31 : Bien qu'une programmation des douches existe, celle-ci ne prend pas en compte l'ensemble de résidents de l'EHPAD.</p> <p>Il n'existe pas de déroulé de journée / plan de soins par code horaire, permettant de préciser la charge de travail prévisible pour chaque horaire (cf. Remarque 22).</p>

<p>SYNTHESE Versant préventif</p>	<p>La prévention est en place au sein de l'établissement. La nutrition et l'hydratation sont suivies, les fiches de chute sont réalisées. Il est souligné l'existence d'une convention avec un dentiste de la commune.</p> <p>Le listing des douches affiché ne reprend cependant pas l'ensemble des résidents.</p>
<p>Versant curatif</p>	
<p>Il existe un projet de soins (traçabilité des soins de nursing, soins IDE et sur prescription, des soins paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, etc.) pour chaque résident</p>	<p>Un projet de soins est réalisé pour chaque résident dans le logiciel métier Titan.</p>
<p>Il est remis à jour régulièrement</p>	<p>Les dossiers médicaux étudiés par la mission étaient mis à jour au jour de l'inspection.</p>

<p>Il existe des protocoles de soins</p>	<p>Une liste de protocole Soins est transmise à la mission. Celle-ci comprend 29 protocoles. Rédigée en 2014, la liste a été mise à jour en 2022. La plupart des protocoles (21) sont anciens (> à 5 ans), et n'ont pas été remis à jour. Toutefois, cette liste ne tient pas compte des mises à jour récentes, transmises à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocole contention – réactualisé en février 2025 - Protocole douleur – réactualisé en novembre 2024. <p>En plus de ces protocoles, le classeur « Hygiène » comprend 8 protocoles plus centrés sur les soins, remis à jour en 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocole isolement septique en cas d'infection au Clostridium Difficile - Protocole entretien Matériel Salle de soins - Protocole entretien Matériel Nursing - La Gale - Entretien réfrigérateur salle de soins - Précautions Standard - Précautions Complémentaires - Hygiène des mains. <p>Remarque 32 : La gestion documentaire non aboutie induit de possibles erreurs d'utilisations par le personnel.</p> <p>La procédure du circuit du médicament mise à jour à l'automne 2024 a permis de stopper les retranscriptions de prescriptions et la genèse automatique via Titan de renouvellement de traitements sans réévaluation médicale.</p>
<p>Ils sont rédigés de manière pluridisciplinaire, et formalisés (rédacteur approbateur, valideur)</p>	<p>Les protocoles soins sont anciens, et n'ont pas été réactualisés. Bien qu'un cartouche prévoie la formalisation de rédaction (rédacteur/approbateur/valideur), il est fréquent que la même personne signe plusieurs de ces espaces.</p> <p>Remarque 33 : la plupart des protocoles présentés à la mission sont anciens et ne sont pas présentés selon les critères Qualité existants (structuration du protocole, circuit de rédaction/validation...).</p>
<p>Ils sont utilisés par les soignants</p>	<p>Les protocoles sont connus des IDE mais nécessitent d'être diffusés auprès de l'ensemble du personnel. Les derniers protocoles font apparaître une feuille d'émargement à leurs suites permettant aux salariés de valider la prise de connaissance du document.</p>
<p>Chaque résident dispose d'un dossier médical à jour</p>	<p>Au jour de l'inspection, 56 résidents sont accueillis (1 place en UVP et 1 place en EHPAD sont vacantes) avec prévision du transfert d'une résidente de l'EHPAD à l'UVP et une admission prochaine à l'EHPAD. Les dossiers des résidents sont dématérialisés (logiciel de soins Titan) avec accès gradué spécifique aux différentes catégories de soignants.</p>

Contenu du dossier médical	<p>Après rappels insistants auprès des médecins traitants de la part du e-Medec et du pharmacien de l'officine qui approvisionne l'EHPAD, les observations médicales sont intégrées dans Titan.</p> <p>Lors de l'arrivée du e-Medec en septembre 2023, certains médecins traitants ne les traçaient pas dans Titan et une partie d'entre eux ne prescrivait pas informatiquement. Le cadre de santé retranscrivait alors les prescriptions dans Titan voire certains renouvellements étaient faits automatiquement sans réévaluation médicale à partir de Titan pour éviter une rupture de traitement. Ce n'est plus le cas actuellement.</p>
Les médecins traitants (ou le médecin coordonnateur) remplissent les dossiers médicaux	<p>Treize médecins traitants dont le e-Medec passent mensuellement voir leurs patients ou plus si demande infirmière et de la famille. Ils saisissent désormais dans le logiciel de soins.</p> <p>Bien que l'EHPAD soit équipé du matériel médical pour réaliser des téléconsultations, ce mode de consultation n'est quasiment pas utilisé (ToktokDoc).</p>
Rapport d'activité médicale annuel	<p>Le rapport annuel d'activité médicale est généré par Titan mais est peu informatif (données chiffrées sans analyse médicale) et peu exploitable. Le Rapport 2024 généré de Titan, transmis à la mission, n'a pas encore été validé par le médecin coordonnateur.</p> <p>La directrice a signé le 14/01/2025 une convention avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) concernant une expérimentation relative à la forme et au contenu d'un RAMA type national.</p> <p>Remarque 34 : le RAMA 2024 n'a pas été validé par le e-medec.</p>
SYNTHESE Versant curatif	<p>Les médecins traitants interviennent régulièrement dans l'établissement et utilisent le logiciel de soins TITAN pour les prescriptions et le suivi.</p> <p>Des protocoles de soins sont rédigés mais sont pour partie anciens et ne sont pas connus des professionnels.</p>

Circuit du médicament

Pharmacie dispensatrice de l'Ehpad	<p>L'officine dispensatrice est la Pharmacie du Centre, 150 Place de la République, 67130 SCHIRMECK, dont le pharmacien titulaire est Monsieur Laurent HEILIGENSTEIN.</p> <p>Une convention liant l'EHPAD Saint-Joseph et la Pharmacie du Centre a été signée le 4 juin 2024. Ce document est conclu pour une durée de 3 ans et est renouvelable par tacite reconduction à la date d'échéance.</p> <p>En son article 3.4, la convention prévoit que les piluliers sont préparés avec le système « Pili Soft® » consistant à préparer les médicaments dans une alvéole plastique. Celle-ci est recouverte d'un film carton portant les identifications attendues : nom, prénom, photo du résident, liste des médicaments - posologie, heure de prise - <i>matin/midi/soir/coucher</i> -.</p> <p>Les piluliers et les autres médicaments sont livrés à l'EHPAD une fois par semaine, le mardi en journée lorsque le personnel infirmier est présent.</p>
Matériel de stockage, pièce sécurisée, chariot, etc...	<p>Après réception, les piluliers hebdomadaires sont placés dans les deux chariots de distribution des médicaments : un pour l'UVP et un autre pour les chambres « conventionnelles ».</p> <p>Les chariots sont sécurisés - <i>fermeture à clé</i> - et rangés à l'infirmerie et dans le local cuisine de l'UVP. Ces deux pièces peuvent être fermées.</p> <p>Les médicaments hors piluliers (formes liquides - effervescentes, formes semi-solides, sachets...) sont stockés dans des armoires du local de pharmacie. Un bac en plastique rouge, dûment identifié, est réservé à chaque résident, ce qui limite le risque d'erreurs.</p> <p>Les médicaments « <i>si besoin</i> » sont stockés dans des placards en bas de l'armoire où sont rangés les médicaments hors piluliers. Il est constaté une quantité très importante de médicaments « <i>si besoin</i> » sans rapport avec les besoins de l'établissement. Il a été indiqué que depuis le changement d'officine dispensatrice en 2024, le renouvellement des médicaments « <i>si besoin</i> » se fait automatiquement même si les produits se trouvent déjà en stock.</p> <p>Remarque 35 : Les quantités de médicaments « si besoin » détenus dans le local pharmacie sont pléthoriques au regard des besoins de l'établissement.</p>
L'infirmerie est propre et bien rangée, locaux spacieux	<p>L'infirmerie et le local pharmacie sont apparus propres et bien ordonnés lors de la visite.</p> <p>Ils permettent un rangement méthodique.</p> <p>L'entrée de l'infirmerie est sécurisée par une porte fermant à clé.</p> <p>L'espace disponible est correct et la pièce est lumineuse car disposant de grandes ouvertures.</p> <p>Remarque 36 : Une bouteille non arrimée à un support d'oxygène médicale est posée à la verticale à l'infirmerie et risque ainsi de chuter (risque d'écrasement d'un membre).</p> <p>L'accès au local de stockage des médicaments est sécurisé par présentation d'un badge nominatif. La porte était fermée à l'arrivée de l'inspecteur. Les armoires du local contiennent des volumes importants de stock tampon (Cf. Remarque 35).</p>

<p>Il existe un coffre à stupéfiant sécurisé.</p> <p>Le coffre à stupéfiant ne contient rien d'autre que des produits stupéfiants.</p>	<p>Un coffre-fort réservé aux stupéfiants est scellé au mur.</p> <p>Il est ouvert à l'aide d'une clé rangée dans une armoire à clé ouvrable à l'aide d'un code.</p> <p>Le coffre ne contient que des stupéfiants dont un stock tampon qui a été défini institutionnellement.</p>
<p>L'état récapitulatif des stupéfiants est à jour</p>	<p>Un carnet à souche - <i>relevé nominatif</i> - sert à relever la dispensation des stupéfiants et devrait permettre de suivre les stocks résiduels. Toutefois, pour un résident actuellement sous traitement stupéfiants - <i>Abstral 100 µg® - comprimé sublingual (dérivé morphinique)</i> -, plusieurs délivrances n'ont manifestement pas été tracées. Ainsi le stock détenu physiquement pour cette spécialité ne correspond pas au stock reporté sur le relevé nominatif. Cette situation ne permet pas de caractériser un éventuel vol ou détournement de stupéfiants qui doit être déclaré sans délai aux autorités de police conformément à l'article R. 5132-80 du CSP.</p> <p>Ecart 11 : L'état récapitulatif des stupéfiants n'est pas rigoureux, ce qui induit une perte de traçabilité des délivrances et fausse la comptabilité des stocks (cf. R. 5132-36 du CSP).</p>
<p>Le suivi des péremptions est organisé et effectif</p>	<p>Un contrôle interne des péremptions est réalisé régulièrement par le personnel infirmier.</p> <p>Il n'a pas été découvert de médicament périmé en stock au travers des sondages réalisés lors de l'inspection.</p> <p>Il est constaté la présence auprès des résidents de crèmes et pommades médicamenteuses dont un tube de corticoïdes (Diprosone®) sur une table exposée en plein soleil.</p> <p>Remarque 37 : Des médicaments sont laissés à la portée des résidents sans précaution particulière et dans des conditions susceptibles de dégrader leur qualité.</p> <p>De façon générale, les dates d'ouverture des solutions liquides et solutions semi-solides (crèmes, pommades) ne sont pas reportées sur les conditionnements, par exemple une solution buvable d'Oramorph 20mg/ml®, spécialité stupéfiante. La connaissance de la date d'ouverture induit la date limite d'utilisation.</p> <p>Remarque 38 : Les dates d'ouverture des solutions buvables et semi-solides - crèmes, pommades... - ne sont pas indiquées sur les conditionnements.</p> <p>La mission fait également le constat du manque de suivi des solutions hydro-alcoolique, avec des dates d'ouverture allant jusque juin 2023.</p>

<p>Le contrôle et la surveillance des températures du réfrigérateur sont tracés</p>	<p>Les médicaments thermosensibles sont détenus dans un réfrigérateur de type alimentaire installé à l'infirmierie. Cette enceinte ne contenait rien d'autres lors de la visite.</p> <p>Jusqu'en février 2025, un relevé des températures était réalisé manuellement à l'aide d'un thermomètre, placé dans le réfrigérateur. A noter toutefois, que d'après le relevé du mois de février 2025, 8 enregistrements journaliers n'ont pas été réalisés.</p> <p>Depuis mars 2025, une sonde de relevé permanent de températures a été installée ce qui est souligné. Les relevés sont reportés en cuisine et en cas d'alarme, un appel est généré sur le standard de la maison de retraite qui répond H24 et 7jours/7.</p> <p>Toutefois, les seuils de déclenchement des alarmes sont fixés pour le minimum à 0°C et pour le maximum à +15°C. Or les médicaments thermosensibles sont à conserver entre +2°C et +8°C. Le personnel infirmier n'a pas accès à ses relevés, alors même qu'il est le principal acteur du suivi des produits thermosensibles.</p> <p>Remarque 39 : Les seuils d'alerte de températures fixés pour le réfrigérateur de l'infirmierie ne garantissent pas que les médicaments thermosensibles soient préservés d'un risque de gel ou au contraire d'une température trop élevée, conditions susceptibles de les dégrader.</p> <p>Remarque 40 : La procédure de circuit du médicament n'a pas été actualisée par suite de l'installation de l'enregistreur continu des températures dans le réfrigérateur de l'infirmierie.</p>
<p>La préparation des doses est sécurisée, réalisée par du personnel compétent (IDE ou officine), dans un environnement propre avec un double contrôle</p>	<p>Pour les traitements du soir donnés après le départ des infirmiers à 19h, des gobelets en plastique sont préparés à l'infirmierie.</p> <p>Des manquements ont été constatés dans ce cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification du patient se fait sur le couvercle et non sur le gobelet, ce qui est source de confusion, voire d'erreurs lorsque le couvercle est détaché de son support ; - L'identité du patient se fait soit par une étiquette assez complète quant aux mentions portées soit par une simple indication du nom du résident au feutre ; - Des médicaments sont déconditionnés de leur emballage primaire ce qui induit une perte d'information - <i>nature/posologie/numéro de lot/date de péremption</i> -. En outre, cette pratique n'est pas hygiénique car elle met en contact direct le médicament avec une surface en plastique. <p>Remarque 41 : Les conditions de préparation et de stockage des gobelets prévus pour l'aide à la prise des médicaments le soir sont sources d'erreurs et ne sont pas hygiéniques.</p>

<p>Les traitements font l'objet d'une prescription médicale, y compris pour les ajustements de traitement anticoagulant et les insulines (ordonnance ou protocole)</p>	<p>Selon la convention liant l'EHPAD Saint-Joseph à la Pharmacie du Centre de Schirmeck, les ordonnances originales sont transmises à l'officine lors de la livraison hebdomadaire. <i>Ce point n'a pas été investigué plus avant lors de l'inspection.</i></p>
<p>Les changements de traitement et / ou de posologie sont organisés</p>	<p>En cas de changement de traitement, un infirmier prévient au préalable l'officine par téléphone. La nouvelle prescription est ensuite transmise.</p> <p>La disponibilité du personnel officinal est appréciée par l'équipe soignante.</p>
<p>La distribution des médicaments est effectuée par du personnel compétent. Elle est contrôlée et tracée.</p>	<p>Lors de la visite, il a été constaté que la distribution au déjeuner des médicaments aux résidents de l'UVP est réalisée par une aide-soignante alors qu'une infirmière est présente dans les locaux.</p> <p>L'IDE est secondée par une AS dans la distribution des médicaments dans la salle à manger de l'EHPAD. Toutefois les gestes techniques, du type prise de glycémie, sont réalisés par l'AS, alors que 2 IDE sont présentes en salle à manger et qu'elles aident à la prise des médicaments.</p> <p>Remarque 42 : L'organisation des tâches (en regard du nombre et de la qualification des agents) lors de la distribution des médicaments interroge la mission.</p> <p>La prise ou le refus de prise des médicaments est enregistré sous le logiciel de soins TITAN. Faute de disposer d'un ordinateur portable ou d'une tablette (existantes mais déclarées obsolètes), l'aide-soignante en charge de la distribution des médicaments ne peut pas enregistrer en temps réel la prise ou le refus de prise, ce qui n'est pas optimal (validation globale et à posteriori).</p> <p>Remarque 43 : le personnel aidant à la prise du médicament ne dispose pas d'un outil permettant de valider en temps réel la prise de ses médicaments par le résident.</p>
<p>Il existe un chariot d'urgence</p>	<p>Auparavant, l'établissement disposait d'un chariot d'urgence qui s'avérait assez peu pratique à transporter au vu de l'agencement en plusieurs paliers de l'établissement. Il a été décidé de le remplacer par un sac d'urgence rouge, présent à l'infirmerie mais vide car en cours de constitution lors de la visite. Son contenu a été validé institutionnellement au mois de novembre 2024 (cf. compte-rendu Codir médical).</p> <p>Remarque 44 : Le sac d'urgence n'est pas constitué au jour de l'inspection.</p> <p>Du matériel et des produits de santé issus de l'ancien chariot ont été conservés pour constituer le sac. Lors de la constitution du sac d'urgence, il conviendra d'être vigilant car une poche de chlorure de sodium « NaCl 0,9% » périmée en juin 2024 a été trouvée lors de l'inspection.</p>

<p>SYNTHESE Circuit du médicament</p>	<p>La sous-traitance des piluliers à une pharmacie d'officine - <i>prestation faisant l'objet d'une convention</i> - apporte une sécurité réelle au circuit du médicament. Les piluliers permettent l'identification des traitements et garantissent leur conservation dans de parfaites conditions hygiéniques.</p> <p>Les médicaments sont stockés dans des locaux adaptés et sécurisés pour ce faire et leur délivrance aux résidents est tracée sur le logiciel TITAN (des améliorations sont possibles sur ce dernier point afin d'atteindre un enregistrement en temps réel).</p> <p>Toutefois,</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation des tâches (en regard du nombre et de la qualification des agents) lors de la distribution des médicaments interroge la mission, - les conditions de préparation des gobelets pour l'aide à la prise au coucher sont sources d'erreurs et le sac d'urgence n'était pas constitué le jour de l'inspection, - la délivrance des stupéfiants n'est pas tracée avec rigueur, ce qui est susceptible d'entraîner des erreurs de dispensation et génère des erreurs de stock.
<p>Admission - Projet de vie</p>	
<p>Commission des menus</p>	<p>Des commissions Menus sont en place tous les 2 mois et rassemblent les résidents souhaitant y participer. Elles sont très suivies : tour de table avec les présents, les résidents absents peuvent faire part de leurs desideratas en amont de la réunion.</p> <p>Un compte rendu est systématiquement rédigé à l'issue de la réunion.</p> <p>Une diététicienne participe à ces réunions.</p> <p>L'Ehpad a récemment réinternaliser la cuisine sur le site pour améliorer la prestation des repas.</p>
<p>Qualité de l'alimentation (quantité, texture, finger food, etc...)</p>	<p>Les résidents prennent leur petit-déjeuner en chambre et mangent en salle à manger pour le déjeuner à 12 heures. Pour le dîner servi à 18 heures, ils sont libres de manger en chambre ou en salle à manger.</p> <p>Les repas sont de bonne qualité et en quantité suffisante, la nourriture est diversifiée.</p> <p>Les résidents peuvent choisir pour l'entrée entre un potage ou l'entrée du jour.</p> <p>Le cuisinier propose une option 'moulinée', un effort a été constaté sur la présentation.</p> <p>Le jour de la visite, 4 résidents nécessitant une aide au repas étaient accompagnés de professionnels « soins » pour s'alimenter.</p>

<p>L'admission du résident</p>	<p>Deux procédures de pré-admission/admission co-existent. La première datant de 2013 n'a plus lieu d'être. La seconde est plus récente (février 2025), prend en compte la démarche d'admission par Via Trajectoire. La procédure d'admission précise la présentation du référent par la psychologue le jour de l'admission du résident, celle-ci ne définit pas les éléments inhérents au projet de vie, notamment le recueil des habitudes antérieures, au moment de l'arrivée du résident.</p> <p>Pour le recueil des informations nécessaires auprès des proches, une fiche 'Entretien admission' a été formalisée pour structurer les échanges en pré-admission.</p> <p>Jusqu'en janvier 2025, les admissions reposaient sur l'avis collégial de la cadre de santé et de la psychologue - ayant quitté toutes 2 l'établissement- ainsi que du e-medec. Au jour de l'inspection, ce sont la directrice avec son adjointe qui s'en chargent. Toutefois, la procédure de 2025 indique que le e-Medec se charge de la partie médicale du dossier d'admission.</p> <p>Sur la porte de la chambre du résident, est affiché le nom de son référent, mais certains résidents mentionnent le voir peu ou ne pas identifier son rôle.</p>
<p>Existe-il un projet d'accompagnement personnalisé pour tous les résidents ? Le PAP est-il élaboré lors des premiers contacts, à l'arrivée du résident, et jusqu'à 3 mois après son arrivée ?</p>	<p>L'ancienne psychologue en poste jusque mi-janvier 2025 était garante du suivi des projets d'accompagnement personnalisés : de la planification à la réévaluation.</p> <p>Depuis mi-février 2025, une nouvelle psychologue n'intervient qu'à hauteur de 0.20 ETP, et n'a pas la possibilité matérielle de gérer les PAP (elle est également salariée dans le second Ehpad de la commune). Les projets ne sont donc pas actualisés et les derniers résidents admis n'en disposent pas.</p> <p>Chaque salarié est référent d'environ 2 résidents mais ils ne sont pas en charge des projets d'accompagnement personnalisés qu'ils suivent. Il n'y a plus de réunion PAP organisée.</p>
<p>Le contenu du PAP (d'un point de vue méthodologique) est conforme aux recommandations de la HAS.</p>	<p>Le PAP comprend l'anamnèse, une fiche sur les préférences et dégoûts du résident, ses habitudes de vie, ses souhaits en fin de vie, son séjour à l'EHPAD, les objectifs et 'actions' du PAP, ainsi que la signature.</p> <p>Dans les dossiers des résidents consultés, les PAP ne sont pas mis à jour au moins une fois par an.</p> <p>Les PAP rédigés ne mentionnent pas les objectifs attendus, notamment en termes d'animation, ni les modalités de rédaction, leurs dates de création et de mise à jour, et enfin ils ne sont pas signés.</p> <p>Il n'existe pas de procédure d'élaboration, de réévaluation et de suivi du PAP contrairement aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.</p> <p>Remarque 45 : l'élaboration et la réévaluation du projet et d'accompagnement personnalisé (PAP) ne sont pas garanties aux résidents : il n'est pas rédigé pour les derniers résidents admis, ne fait pas l'objet d'une révision une fois par an, les modalités de réalisation et de réévaluation ne sont pas protocolisées.</p>

<p>Animation</p>	<p>Depuis octobre 2024 et au regard de l'organigramme de la structure, la responsable Animation est affectée à temps plein en tant qu'adjointe de direction. Dans les faits, elle réalise encore des séances d'animation (gym douce, ateliers bricolage) cf. Remarque 2. Elle est régulièrement accompagnée de jeunes en service civique qui interviennent principalement pour des activités avec un seul résident ou animent des jeux de société.</p> <p>Remarque 46 : L'organigramme indique un agent affecté au pôle Animation, alors qu'aucune information n'a été fournie à la mission sur la présence de ce salarié.</p> <p>Les plannings d'animation qui ont été transmis à l'équipe d'inspection (du 27/01 au 21/03/2025) présentent les animations cycliques suivantes (liste exhaustive) : <i>Club pluches, jeux de société, gym douce, badminton, temps de prière, petite bibliothèque ambulante, chorale et atelier mémoire.</i></p> <p>Remarque 47 : les animations proposées aux résidents ne sont pas suffisantes et peu variées, aucune sortie extérieure n'est programmée ; l'équipe d'animation est insuffisamment organisée.</p> <p>Les temps de réunions de l'établissement viennent impacter les animations de l'EHPAD (CVS, commission menu...) en les supprimant puisque l'animatrice occupe également le poste d'adjointe de Direction. La mission fait le constat que les résidents, familles et personnels déplorent une baisse des activités et notamment des sorties depuis la nouvelle organisation.</p> <p>L'association « Les amis d'Hortense » est très active au niveau de l'EHPAD. Créée en 2012, son but est d'améliorer le quotidien des résidents en finançant des activités ou du matériel.</p> <p>Une Charte du bénévole est également en place pour qui souhaite s'investir auprès des résidents de l'Ehpad. Cinq personnes l'ont signée.</p>
<p>SYNTHESE Projet de vie</p>	<p>La commission des Menus est en place et active. La cuisine a été récemment réinternalisée sur site pour améliorer la prestation restauration.</p> <p>Les PAP des résidents ne sont plus suivis au jour du contrôle (aucune programmation effectuée, pas de réunion régulière, les référents ne sont pas mobilisés sur le sujet). Le temps psychologue de l'établissement (0,2 ETP) ne permet pas d'élaborer et de suivre l'ensemble des PAP des résidents.</p> <p>Les animations proposées aux résidents ne sont pas suffisantes et peu variées, aucune sortie extérieure n'est programmée ; l'équipe d'animation est insuffisamment organisée.</p>

La fonction de coordination

<p>Les transmissions inter-équipe sont organisées</p>	<p>Il existe des temps de chevauchement entre chaque équipe matin / après-midi et jour / nuit qui permettent les transmissions inter-équipes. Quotidiennement, à 9h les ASL (pendant 15 à 45 mn) se réunissent avec la directrice adjointe et le gouvernant pour les consignes de la journée. Des 'petites transmissions' des soignants ont lieu tous les jours à 14h. Toutefois, les transmissions présentent plus de difficultés entre les équipes soins et hôtelières.</p>
<p>L'IDEC a organisé la façon de se tenir informée de l'évolution des résidents (en participant régulièrement aux transmissions par exemple)</p>	<p>L'IDEC participe aux transmissions de la mi-journée avec les équipes. Elle organise chaque lundi une réunion de l'ensemble du personnel soignant de l'EHPAD (UVP et hébergement conventionnel).</p>
<p>Le lien entre l'IDEC et le MedCo est organisé</p>	<p>Le médecin connaît la nouvelle IDEC depuis 1 an puisqu'elle faisait partie des IDE de l'établissement. Le mardi après-midi, une réunion des professionnels de santé rassemble le medec (en visio), les IDE, les AS en poste et l'IDEC. Un compte-rendu est systématiquement rédigé par le e-medec. Le vendredi, a lieu une réunion thématique (téléstaff) avec le médecin coordonnateur et les soignants présents, où sont abordées les situations problématiques de résidents (exemple 'Poids et dénutrition' le 13/12/2024). Le médecin assure 2 mercredis par mois des mini-formations en visio à destination du personnel (chute, contention, douleur...).</p> <p>Remarque 48 : les contacts entre le e-medec et les personnels prenant en charge les résidents sont essentiellement réalisés en distanciel.</p>
<p>Le lien avec les médecins traitants est organisé (par exemple, cahier de transmission, bannette pour déposer les résultats biologique, etc..)</p>	<p>Une douzaine de médecins traitants intervient au sein de l'EHPAD. Chacun dispose de sa bannette au sein de l'infirmerie. Un bureau médical et un poste informatique sont communs aux IDE et aux médecins. Depuis février 2025, 4 résidents n'ont plus de médecin traitant (parti en retraite). Le e-medec a accepté leur suivi pour éviter la rupture des soins.</p>

Le DLU existe	Le DLU est généré par le logiciel métier Titan. En cas d'urgence médicale selon la gravité et la présence ou non de médecins dans la structure, le personnel appelle le 18 ou le 15 (conduite à tenir dans le « protocole de délégation en absence infirmière »). En cas d'hospitalisation, elles ont lieu préférentiellement dans les CH de Saint-Dié ou de Strasbourg, et au sein de la clinique St Luc de Schirmeck.
Le DLU est mis à jour régulièrement	Le DLU est mis à jour de façon automatique, via le logiciel TITAN.
Dans le cadre des fins de vie, la coordination est organisée (avec EMSP, HAD, par exemple, ou autre)	Il existe une convention entre l'EHPAD et l'HAD de Schirmeck (01/09/2009) et l'EMSP des HUS (17/08/2022). Par ailleurs, une convention existe avec l'unité mobile de l'EPSAN pour des avis et prises en charge géro-psycho-geriatriques (27/10/2011), avec le Groupe Hospitalier Saint Vincent pour la filière gériatrique (21/09/2010) et le CH de St-Dié (30/08/2004) Remarque 49 : Certaines conventions de partenariat (HAD Schirmeck, EPSAN, GHSV, CH St-Dié) sont anciennes (+ de 15 ans)
SYNTHESE La fonction de coordination	La coordination par la nouvelle IDEC reste à remettre en place et à asseoir à la suite du départ de la cadre de santé et de la psychologue, ainsi que l'arrivée très récente de 2 infirmières. Un encadrement, une redéfinition de l'activité des personnels (horaires et tâches) ainsi qu'une transparence sont attendus par les agents. Les conventions de partenariat sont, pour certaines, à réactualiser.

Politique Qualité et Gestion de crises

Politique Qualité – Gestion des Risques (GDR)

<p>La politique qualité est déclinée dans le projet d'établissement, ou dans un PAQSS (ou document ou programme équivalent).</p>	<p>Même s'il comporte une partie Qualité et Gestion des Risques, le Projet d'établissement 2021-2026 liste des outils, des protocoles mis en place pour « garantir et évaluer la qualité de l'accueil et des prestations ». Cette partie n'est pas structurée par thématique et ne comporte ni objectifs, ni actions à mettre en œuvre, ni indicateurs.</p> <p>Quelques projets d'outils ont été transmis à la mission dans une version non aboutie (arbre à objectifs en construction sur des items soins : dénutrition, troubles cognition, chutes, contention, douleur...) ; un plan d'action Bienveillance de 2023 en lien avec le Label Humanitude.</p> <p>Ces documents sont à l'état embryonnaire et ne couvrent pas toutes les dimensions du plan d'amélioration continue de la Qualité attendu d'un Ehpad.</p>
<p>Il existe un tableau de bord comportant des indicateurs qualité, des actions d'amélioration et des fiches action, et le suivi de ces dernières</p>	<p>La Direction a fourni un fichier extrait d'Ageval, le logiciel Qualité mais ce document présente quelques actions pêle-mêle et non exhaustives concernant l'année 2024, avec un état de réalisation exclusivement tagué 'non traité' ou 'en cours'.</p> <p>Remarque majeure 2 : Il n'existe pas de plan d'actions portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.</p>
<p>La prévention du risque de maltraitance est abordée dans le projet d'établissement, ou dans un autre document institutionnel (livret d'accueil du résident par exemple)</p>	<p>La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement est très peu abordée dans le projet d'établissement et nécessitera un développement dans le prochain document stratégique.</p> <p>Au jour de l'inspection, la mission constate que l'établissement a démarré un travail en vue d'obtenir le Label Humanitude. Quelques réunions ont été organisées.</p> <p>Une affiche de sensibilisation à la lutte contre la maltraitance est présente dans l'établissement.</p> <p>L'établissement a transmis une « cartographie de la Bienveillance 2023 » qui recense les actions mises en place ou à mettre en place identifiées par la structure pour promouvoir la bienveillance dans l'établissement. Certaines sont en cours de déploiement parmi lesquelles la '<i>Gestion des situations de maltraitance et vigilance</i>' déclinée de façon opérationnelle par la <i>création d'un comité pour traitement des signalements</i> (en réflexion), et l'<i>intégration de séance d'information sur la maltraitance pour les familles</i> (en cours.)</p>

<p>Les notions d'EI, EIG sont connues de la direction et du personnel</p>	<p>Le personnel a connaissance de fiche d'évènement indésirable en libre-service près de l'accueil. Ces FEI sont également disponibles au salon des familles pour les proches des résidents. Toutefois, la mission fait le constat d'une mauvaise connaissance du formulaire par les professionnels de la structure. Une coexistence du mode de signalement des EI, est possible via le Logiciel Titan.</p> <p>La liste des EIG 2023-2025 déclarés a été demandée à la Direction qui n'a transmis aucun élément. La mission a été informée d'erreurs médicamenteuses signalées en interne via Titan, mais n'ayant pas fait l'objet d'une déclaration EIG aux tutelles. Par ailleurs, il n'y a pas de distinction faite entre un événement indésirable, un événement indésirable grave (cf. Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, qui liste les dysfonctionnements graves), un EIG associé aux soins. Ce type d'évènement indésirable (EIG-EIGaS) nécessite leur déclaration, sans délai (sous 48 heures) auprès de l'Agence régionale de santé et de la CeA.</p> <p>Ecart 12 : L'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L.331-8-1 et R.331-8 du CASF en ne transmettant pas sans délai à l'ARS et la CeA les dysfonctionnements graves susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents (EIG-EIGaS).</p>
<p>Le circuit de traitement des EI/EIG est-il effectif ?</p>	<p>Une procédure de traitement des EIG a été transmise à la mission. Elaborée par l'adjointe de direction et validée par la Directrice fin novembre 2024, elle est peu précise sur certains points clé de la procédure : comment est qualifié l'évènement EI/EIG, les modalités de traitement de l'évènement, la nécessité d'un bilan périodique et d'une communication auprès du CVS, le lieu d'archivage des EI/EIG...</p> <p>Remarque 50 : la procédure de traitement interne des EI/EIG n'est pas complète.</p>
<p>Le traitement des réclamations (fréquentes confusions entre réclamations d'une famille et EIG)</p>	<p>Aucune procédure de gestion des signalements et réclamations n'est formalisée au sein de l'EHPAD.</p> <p>Remarque 51 : Il n'a pas été présenté de procédure de gestion des réclamations.</p>
<p>Il existe un mode de communication fluide entre les familles et l'établissement</p>	<p>La Direction ouvre les séances du CVS à qui souhaite y participer, en plus des membres élus. Une enquête de satisfaction 2024 auprès des résidents et de leurs familles a été préparée mais n'a jamais été lancée.</p>
<p>SYNTHESE politique qualité GDR</p>	<p>La politique Qualité de l'Ehpad est embryonnaire. Des principes sont posés mais leur déclinaison opérationnelle n'est pas structurée, ni outillée et ainsi non suivie. L'Ehpad a produit beaucoup de documentation dans le cadre de la préparation de l'évaluation externe (qui a eu lieu en février 2025) mais la réflexion et la rédaction n'ayant pas été collégiales, le personnel de l'établissement ne s'est pas approprié ces nouveaux outils. Le personnel n'est pas non plus acculturé à la gestion des risques (définition d'un EI, d'un EIG, d'un EIGaS, l'obligation de déclaration des EIG après des tutelles). L'enquête de satisfaction des résidents et de leurs proches n'est pas réalisée annuellement.</p>

Gestion de crise

Il existe des formations à la gestion de crise	<p>Le plan récapitulatif des formations 2024 et le plan prévisionnel 2025 et 2026 ne mentionnent pas de formation à la gestion de crise.</p> <p>Remarque 52 : le plan de formation ne prévoit pas de formation du personnel EHPAD à la gestion de crise.</p>
Il existe un plan bleu	<p>Un plan Bleu doit être rédigé et mis à jour annuellement car il détaille l'organisation opérationnelle à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (numéros de contact, ressources humaines disponibles, stock de matériels...).</p> <p>Un document a été transmis par la Direction. Validé fin 2024, il décrit la répartition des rôles de chacun en cas d'activation de la cellule de crise (Directrice, cadre de santé, assistante administrative, gouvernant, médecin coordonnateur et psychologue) et liste en fin de texte, les risques exceptionnels auxquels l'Ehpad peut être confronté sans les expliciter opérationnellement.</p> <p>Certaines mentions spécifiques de l'Ehpad ou dénomination ne sont pas à jour (utilisation du terme 'Conseil départemental', la spécificité d'un fonctionnement Ehpad avec un e-medec depuis septembre 2023 qui n'est pas sur site...). Par ailleurs, le Plan Bleu ne contient pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé, • les modalités de continuité de l'activité de l'établissement, • le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif ORSAN, • le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles (cf. Remarque 52), • un protocole relatif aux modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence. <p>Remarque 53 : le plan bleu transmis contient des formulations obsolètes ou manquantes (fiches opérationnelles afférentes aux risques ciblés).</p> <p>Pour information, un guide d'élaboration du plan bleu de 2022 est à disposition des établissements pour donner un cadre général ainsi que des outils adaptés de planification opérationnels et de gestion de crise, quelle que soit la nature de l'événement, afin de les accompagner dans son élaboration (<i>instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022</i>).</p>
Il existe un local plan bleu, rangé, ordonné	Les réserves stratégiques Plan Bleu se trouvent au sous-sol de l'établissement mais ne sont pas recensées et identifiées en tant que telles.
La gestion des crises courantes (épidémie de gastro, COVID, etc...) est organisée, et mise en œuvre	Le plan Bleu ne contient pas de protocoles de gestion spécifiques concernant les risques identifiés (cf. Remarque 53).

SYNTHESE
gestion de crise

Le Plan Bleu n'est pas à jour de certaines mentions et il est incomplet. Il doit être un outil opérationnel qui participe à la culture du risque au sein de l'établissement.

3 CONCLUSION

La mission d'inspection a relevé 12 écarts à la réglementation ; 2 remarques majeures et formule 53 remarques sur différents points de vigilance.

En termes de gouvernance, les relations conflictuelles installées entre la direction de l'établissement et le conseil d'administration ainsi que l'instabilité chronique de l'équipe des encadrants désorganisent considérablement le fonctionnement institutionnel de l'EHPAD. Un nouveau projet d'établissement et la nécessité de travailler la documentation institutionnelle d'un EHPAD sont attendus. La direction devra s'attacher à fédérer les professionnels autour d'une vision commune de Saint Joseph.

Concernant l'aspect des locaux et des matériels, l'Ehpad est doté de bâtiments agréables à vivre, ayant bénéficié en 2022 d'une extension immobilière. L'établissement dispose des équipements et matériels adaptés mais détient dans son sous-sol une quantité importante de matériels fortement dégradés (matelas, coussins de prévention, matériels de positionnement, protège barrière), conservés dans le stock matériel, ne pouvant être remis en fonction car présentant un risque en termes d'hygiène et de sécurité. En outre, aucun suivi du matériel n'est en place.

En termes de ressources humaines, le management ne propose pas de cadrage clair des missions et tâches de chacun, aboutissant à une organisation floue et très dégradée, qui peut, à terme, impacter défavorablement la sécurité et la qualité de l'accompagnement et la prise en soins des personnes accueillies. Les outils d'organisation sont à revoir.

L'Ehpad fonctionne avec un nombre important d'agents non diplômés dans l'équipe soignante, et d'apprenants peu encadrés : la formation doit être considérée comme un levier important d'évolution dans les qualifications professionnelles, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En termes de prise en soins, la réalisation ponctuelle d'un acte infirmier (identification de 2 injections d'insuline réalisées en 2024) par du personnel non qualifié pour ces actes est un écart réglementaire au regard en particulier de l'art R4311-7 du CSP. Ce fait expose par ailleurs les résidents à des risques sanitaires (erreur de doses) et à des risques juridiques pour les professionnels acceptant de réaliser l'acte hors de leur champ de compétence propre

Une coordination des personnels au service des résidents doit être recherchée pour redonner du sens aux missions de chacun.

Concernant la politique Qualité et Gestion des risques, la recherche de l'amélioration continue de la Qualité, la gestion des risques doivent être déployées et suivies pour créer une dynamique institutionnelle permettant de fédérer l'ensemble des professionnels.

L'ensemble de ces constats atteste que la poursuite de l'organisation en place serait préjudiciable à la sécurité, l'accompagnement et à la qualité de la prise en soins des résidents.

Les manquements graves mis en évidence nécessitent la mise en place rapide de mesures correctives sur les points développés dans le rapport.

Dans ce cadre, un suivi rapproché de leurs mises en œuvre sera effectué par l'ARS et la CeA.

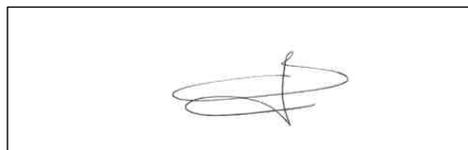
Strasbourg, le 25/04/2025

Pour l'ARS Grand Est :

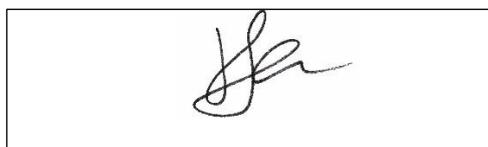
Marie EBER
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
et coordinatrice de la mission



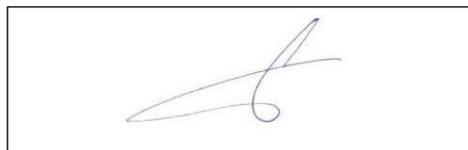
Audrey LECLERE
Inspectrice désignée



Dr Nathalie HAMBOURGER
Médecin désignée



Thomas MORITZ
Pharmacien Inspecteur de santé publique

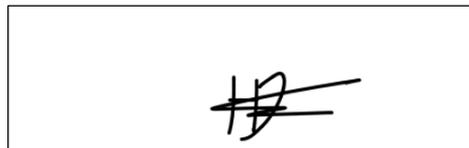


Pour la Collectivité européenne d'Alsace :

Agnès ROHR
chargée de suivi et organisation de l'offre
en établissement et services personnes
âgées – personnes en situation de handicap



Hélène DEBROSSE
responsable du Service Accompagnement
de l'Offre



4 ANNEXES

4.1 Annexe 1 : la lettre d'annonce



Direction Générale

Service émetteur :
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :
Marie EBER

Courriel :
marie.eber@ars.santa.fr
ars-grandest-dlca-inspection@ars.santa.fr

Tél : 03.88.88.77.00

Madame Sophie BELLERY
Directrice
EHPAD Saint Joseph
6 rue de l'église
67420 SAALES

Lettre remise sur place, le jour de l'inspection

Objet : Inspection inopinée

P.J. : Annexe 1 (Liste des documents demandés)

Références : 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),
Article L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

À la suite des signalements dont l'ARS Grand-Est a eu connaissance récemment et dans le cadre du suivi du contrôle sur pièces de l'établissement réalisé en décembre 2024, une mission d'inspection aura lieu sur site et abordera le fonctionnement de l'EHPAD dans son ensemble, y compris la prise en charge médicale, la continuité des soins, la qualité de l'accompagnement des résidents, l'entretien des locaux que le contrôle sur pièces n'a pas permis d'observer.

Dans ce contexte, l'EHPAD Saint Joseph de Saales fera l'objet d'une inspection inopinée à partir du **mardi 11 mars 2025**.

Celle-ci portera notamment sur l'examen des points suivants :

1. **La gouvernance de l'établissement** : conformité aux conditions de l'autorisation, animation et fonctionnement des instances, documentation institutionnelle, relations Direction/organisme gestionnaire, gestion de la qualité, gestion des risques, des crises et des événements indésirables... ;
2. **Les fonctions supports** : gestion des ressources humaines, bâtiments, espaces extérieurs et équipements, sécurités... ;
3. **La prise en charge des résidents** : organisation de la prise en soins, respect des droits des résidents, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne et hébergement, restauration... ;
4. **Les relations de l'établissement avec l'extérieur** : coordination avec les autres acteurs des secteurs social, sanitaire et médico-social, partenariats institutionnels...

L'enjeu est de s'assurer de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents.

L'équipe procédera aux investigations nécessaires au sein de votre établissement.

La mission sera réalisée par :

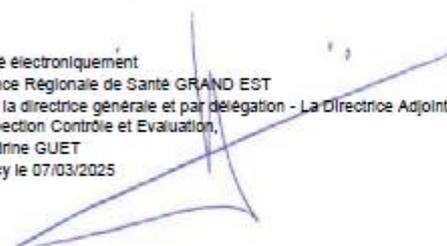
- Madame Marie EBER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction Inspection Contrôle Evaluation (DICE) - ARS Grand Est, coordonnatrice de la mission ;
- Madame le Docteur Nathalie HAMBOURGER, médecin inspecteur désigné, DICE - ARS Grand Est ;
- Madame Audrey LECLERE, inspectrice désignée, DICE - ARS Grand Est ;
- Monsieur Thomas MORITZ, pharmacien inspecteur de santé publique, DICE - ARS Grand Est.

Les services de la Collectivité Européenne d'Alsace (CeA), lesquels agiront selon leurs compétences propres, pourront se joindre à la mission.

Le jour de l'inspection, une visite des locaux et des entretiens avec les personnels présents seront menés. Des dossiers médicaux de résidents pourront être examinés et les documents demandés en annexe 1 seront à remettre.

Vous voudrez bien mettre à disposition de l'équipe d'inspection des bureaux destinés à ces entretiens et à l'examen des dossiers.

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice Adjointe de
l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 07/03/2025



Copie :

- ARS Grand Est :
 - o Délégation territoriale du Bas-Rhin
 - o Direction de l'Autonomie
- Collectivité Européenne d'Alsace (CeA)

Agence Régionale de Santé Grand Est
Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX - Standard régional : 03 83 39 30 30

2/2

4.2 Annexe 2 : la liste des documents demandés



INSPECTION EHPAD SAINT JOSEPH - SAALES

le 11/03/2025

Documents à remettre dans les 30 minutes		Remis O/N	OBSERVATIONS
01	Liste des personnels présents (+intérim s'il y a) le jour de l'inspection dans l'EHPAD avec précision de leurs fonctions		Certains personnels présents seront entendus par l'équipe d'inspection
02	Liste nominative des résidents présents le jour de l'inspection comportant la date de naissance, la date d'entrée dans l'EHPAD		Certains dossiers seront consultés par l'équipe d'inspection
03	Planning de mars 2025 de tous les personnels		

Documents à mettre à disposition en fin de matinée pour CONSULTATION SUR PLACE		Remis O/N	OBSERVATIONS
Le classeur des fiches de déclaration EI faites en interne (sur 2024 et 2025)			
Le registre 2024 et 2025 des réclamations des résidents/familles (enregistrement et suivi interne)			
Le classeur interne de la documentation Qualité			
La documentation afférente à la bientraitance élaborée et/ou utilisée par l'EHPAD			
Les dossiers administratifs du personnel (choisis par le coordonnateur de la mission en début de journée) : <ul style="list-style-type: none"> • Directrice • Directrice adjointe • Gouvernant • Psychologue • Tous(tes) les IDE / Cadre de santé • 2 AS diplômé(e)s • 2 AMP/AES • 2 ASL • 1 veilleur(se) de nuit • Apprentis/Alternant 			
Contrat de séjour de résidents : <ul style="list-style-type: none"> • 3 en EHPAD • 2 en unité de vie protégée 			

Prévoir **2 BUREAUX SUPPLEMENTAIRES** pour mener les entretiens avec le personnel en tout début d'après-midi.

Prévoir **2 plateaux repas servis le midi 'en normal' et 'en mouliné'** (à la mission).

Documents à transmettre en fin de journée (via France Transfert ou Blue files ⁴)		Remis O/N	OBSERVATIONS
04	Organigramme de l'organisme gestionnaire (association Saint Joseph)		
05	Protocole/planning astreinte administrative de Direction		Fiche Organisation Urgence (remis CSP)
06	Plan des locaux de l'EHPAD		
07	Dernier avis de la commission de sécurité et d'accessibilité (<u>si plus récent que 2022</u>)		Celui du 29/12/2022 (obtenu DT87)
08	Projet d'établissement en vigueur	/	Remis CSP
09	Plan bleu en vigueur		
10	Règlement de fonctionnement en vigueur	/	Remis CSP
11	Livret d'accueil du résident		
12	Contrat de séjour type		
13	Qualification de l'IDEC (diplômes + formations liées au poste de coordination)		
14	Contrat de travail de l'IDEC		
15	Comptes rendus CVS 2024 et 2025		(CR de mars, juin et octobre 2023 obtenus en CSP)
16	Comptes rendus CODIR du 5 novembre 2024 et année 2025		(CR du 14/10 au 04/11/24 obtenus CSP)
17	Comptes-rendus 2023-2024-2025 de réunions faites avec le Personnel si existants		
18	Bilan social 2024 (ou dernier disponible)		
19	Tableau RH des personnels budgetés de l'EHPAD au 1er janvier 2025 avec mention de : fonction exercée / qualification / date d'embauche / quotité de travail / type de contrat		
20	Liste du personnel intérimaire, CDD, vacataire depuis le 1 ^{er} janvier 2025		
21	Fiche de poste IDE, Cadre de santé, Gouvernant, Directrice adjointe, AS, psychologue et ASL et AMP.		
22	Plannings de présence des soignants et non soignants (ASH) jour / nuit / WE pour janv + février + mars 2025 (<u>avec légendes</u>)		
23	Copie des diplômes de l'ensemble du personnel (soignant et non soignant)		
24	Procédure d'accueil du nouveau salarié (kit remis...)		
25	Liste des EIG déclarés à l'ARS et la CeA en 2023, 2024 et 2025		
26	Procédure de gestion des réclamations et des EIG		
27	Procédure de gestion des événements indésirables (EI) et EI graves (EIG) dont la procédure de déclaration externe		
28	Plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PACQSS)		

29	PV de la CCG 2024 et 2025 (si elle a déjà eu lieu, sinon indiquer la date :)		
30	Rapport d'activité médicale annuel (RAMA) 2024		(Extrait Titan 2023 obtenu CSP)
31	<u>Copie des protocoles de soins en vigueur si existants :</u> - prévention des chutes, - contention, - gestion de la douleur, - traitement des escarres, - nutrition - gestion des urgences jour/huit/WE - édition du DLU (dossier de liaison d'urgence)		
32	Liste des protocoles de prise en charge en vigueur dans l'établissement		
33	Les conventions avec professionnels de santé libéraux existantes (médecins traitants, kinésithérapeutes, IDEL...) et les partenaires extérieurs (établissement de santé, soins palliatifs, HAD, filière gériatrique, secteur psychiatrique, soins dentaires, bénévoles...)		
34	Procédure de gestion du chariot/sac d'urgence		
35	Procédure circuit du médicament (PDA)		
36	Procédure d'admission des résidents en EHPAD		
37	Procédure d'élaboration du PAP		
38	Planning prévisionnel de rédaction et réévaluation des PAP des résidents		
39	Planning des douches janvier-février-mars 2025		
40	Plan de formations IDE AS ASL (réalisé 2024 et prévisionnel 2025)		
41	Planning des animations pour février et mars 2025		
42	Comptes-rendus Commission Animation 2023-2024 et 2025		
43	Comptes-rendus Commission Menus 2024 et 2025		
44	Menu sur les 15 derniers jours		
45	Résultats de l'enquête de satisfaction menée sur 2023-2024		

*  Les documents ci-après sont à déposer sur la plateforme Bluefiles ou France Transfert en utilisant l'adresse mail du coordonnateur de la mission indiquée sur la lettre d'annonce qui vous a été remise.

Le dossier résident

Fournir au médecin de la mission l'accès à 6 dossiers médicaux (y compris le dossier de soins) suivants :

- un résident pour lequel un suivi d'escarre est en cours,
- un résident en soins palliatifs,
- un résident diabétique insulino-requérant,
- un résident pour lequel une contention est en cours,
- un résident en retour récent d'hospitalisation,
- un résident avec traitement d'une plaie chronique,
- un résident admis en UVP.

4.3 Annexe 3 : les photos

Photo 1 – Toilettes avec cale



Photo 2 – Bouche VMC sale



Photo 3 – RDC WC bouton extérieur



Photo 4 – RDC WC Mode opératoire



Photo 5 – RDC WC bouton intérieur



Photo 6 – RDC WC Porte automatique_zone de choc



Photo 7 – UVP Frigo Aliments Chat



Photo 8 – UVP Frigo Médicaments



Photo 9 – UVP Détergents accessibles



Photo 10 – Givre frigo Chambre



Photo 11 – Lampe potence Chambre



Photo 12 – Rail plafond Chambre



Photo 13 – Local désinfections Sous-sol



Photo 14 – Brosse local désinfection Sous-sol



Photo 15 – Fauteuils Sous-sol



Photo 16 – Stocks divers sous-sol



Photo 17 – Matériels Sous-sol



Photo 18 – Protèges barrières Sous-sol



4.4 Annexe 4 : les formulaires d'accès aux chambres (anonymisés)

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement (1) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (1)	[REDACTED]
PRENOM (1)	[REDACTED]
Date et lieu de naissance	[REDACTED] [REDACTED]
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
3 - Contrôle	
Commanditaire (1)	ARS Grand-Est
Texte(s) de référence	R. 313-25 du CASF
Objet	Inspection de l'EHPAD Saint Joseph de SAALES (67)
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	EBER
PRENOM (1)	Marie
Qualité	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ARS
Autres membres	
NOM (1)	HAMBOURGER
PRENOM (1)	Nathalie
Qualité	Médecin Désignée ARS
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement (1) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualité (1)	LECLERE
PRENOM (1)	Audrey
Qualité	Inspecteur désignée ARS
Autres membres	
NOM (1)	MORITZ
PRENOM (1)	Thomas
Qualité	Pharmacien inspecteur de santé publique

NOM (1)	ROHR	
PRENOM (1)	Agnès	
Qualité	Chargé de suivi et organisation de l'offre en établissements et services PA/PH, CeA	
NOM (1)	DEBROSSE	
PRENOM (1)	Hélène	
Qualité	Responsable du service Accompagnement de l'Offre, CeA	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle		
Appartement ou chambre, escalier, étage	Chambre n° [REDACTED]	- Etage : 1 ^{er} étage
Bât., Résidence	EHPAD Saint Joseph	
N° et nom de la voie	6 rue de l'Eglise	
Code postal - Commune	67420 SAALES	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle		
Pièce(s)	(rayer si dans objet)	
Étage(s)	(rayer si dans objet)	
Dépendances	(rayer si dans objet)	
Autre(s)	(rayer si dans objet)	
<p>Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation.</p> <p>Cocher ci-dessous la mention utile :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p>		
Prénom NOM de l'occupant : [REDACTED] (re-présentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent : EBER Marie (habilité et assermenté)	
Date et heure d'entrée : 11/03/2025 10 h 05	Date et heure de sortie : 11/03/2025 10 h 05	
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant) Chambre [REDACTED]	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté :	
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :	Signature de l'agent habilité et assermenté :	

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement. (1) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (1)	[REDACTED]
PRENOM (1)	[REDACTED]
Date et lieu de naissance	[REDACTED]
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
3 - Contrôle	
Commanditaire (1)	ARS Grand-Est
Texte(s) de référence	R. 313-25 du CASF
Objet	Inspection de l'EHPAD Saint Joseph de SAALES (67)
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	EBER
PRENOM (1)	Marie
Qualité	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ARS
Autres membres	
NOM (1)	HAMBOURGER
PRENOM (1)	Nathalie
Qualité	Médecin Désignée ARS
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement. (1) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualité (1)	LECLERE
PRENOM (1)	Audrey
Qualité	Inspecteur désignée ARS
NOM (1)	MORITZ
PRENOM (1)	Thomas
Qualité	Pharmacien inspecteur de santé publique

NOM (1)	ROHR	
PRENOM (1)	Agnès	
Qualité	Chargé de suivi et organisation de l'offre en établissements et services PA/PH, CeA	
NOM (1)	DEBROSSE	
PRENOM (1)	Hélène	
Qualité	Responsable du service Accompagnement de l'Offre, CeA	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle		
Appartement ou chambre, escalier, étage	Chambre n° [REDACTED]	- Etage : 2 ^e étage
Bât., Résidence	EHPAD Saint Joseph	
N° et nom de la voie	6 rue de l'Eglise	
Code postal - Commune	67420 SAALES	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle		
Pièce(s)	(rayer si dans objet)	
Étage(s)	(rayer si dans objet)	
Dépendances	(rayer si dans objet)	
Autre(s)	(rayer si dans objet)	
<p>Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation.</p> <p>Cocher ci-dessous la mention utile :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p>		
Prénom NOM de l'occupant : [REDACTED] (représentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent : Thomas MORIER (habilité et assermenté)	
Date et heure d'entrée : 11/03/2025 10 h 05	Date et heure de sortie : 11/03/2025 10 h 05	
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté :	
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite - lu et approuvé -	Signature de l'agent habilité et assermenté :	



N° 16210*01

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
(22)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement (1) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (1)	[REDACTED]
PRENOM (1)	[REDACTED]
Date et lieu de naissance	[REDACTED] [REDACTED]
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
3 - Contrôle	
Commanditaire (1)	ARS Grand-Est
Texte(s) de référence	R. 313-25 du CASF
Objet	Inspection de l'EHPAD Saint Joseph de SAALES (67)
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	EBER
PRENOM (1)	Marie
Qualité	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ARS
Autres membres	
NOM (1)	HAMBOURGER
PRENOM (1)	Nathalie
Qualité	Médecin Désignée ARS
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement. (1) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualité (1)	LECLERE
PRENOM (1)	Audrey
Qualité	Inspecteur désignée ARS
Autres membres	
NOM (1)	MORITZ
PRENOM (1)	Thomas
Qualité	Pharmacien inspecteur de santé publique

NOM (1)	ROHR	
PRENOM (1)	Agnès	
Qualité	Chargé de suivi et organisation de l'offre en établissements et services PA/PH, CeA	
NOM (1)	DEBROSSE	
PRENOM (1)	Hélène	
Qualité	Responsable du service Accompagnement de l'Offre, CeA	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle		
Appartement ou chambre, escalier, étage	Chambre n° [REDACTED]	- Etage : 1 ^{er} étage
Bât., Résidence	EHPAD Saint Joseph	
N° et nom de la voie	6 rue de l'Eglise	
Code postal - Commune	67420 SAALES	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle		
Pièce(s)	(rayer si dans objet)	
Étage(s)	(rayer si dans objet)	
Dépendances	(rayer si dans objet)	
Autre(s)	(rayer si dans objet)	
<p>Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation.</p> <p><i>Cocher ci-dessous la mention utile :</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p>		
Prénom NOM de l'occupant : [REDACTED] (représentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent : <u>EBER Marie</u> (habilité et assermenté)	
Date et heure d'entrée : 11/03/2025 9 h 50	Date et heure de sortie : 11/03/2025 9 h 50	
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté : cf rapport de visite -	
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».	Signature de l'agent habilité et assermenté :	

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement. (1) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (1)	[REDACTED]
PRENOM (1)	[REDACTED]
Date et lieu de naissance	[REDACTED]
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	
PRENOM (1)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
3 - Contrôle	
Commanditaire (1)	ARS Grand-Est
Texte(s) de référence	R. 313-25 du CASF
Objet	Inspection de l'EHPAD Saint Joseph de SAALES (67)
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	EBER
PRENOM (1)	Marie
Qualité	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ARS
Autres membres	
NOM (1)	HAMBOURGER
PRENOM (1)	Nathalie
Qualité	Médecin Désignée ARS
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement. (1) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualité (1)	LECLERE
PRENOM (1)	Audrey
Qualité	Inspecteur désignée ARS
Autres membres	
NOM (1)	MORITZ
PRENOM (1)	Thomas
Qualité	Pharmacien inspecteur de santé publique

NOM (1)	ROHR	
PRENOM (1)	Agnès	
Qualité	Chargé de suivi et organisation de l'offre en établissements et services PA/PH, CeA	
NOM (1)	DEBROSSE	
PRENOM (1)	Hélène	
Qualité	Responsable du service Accompagnement de l'Offre, CeA	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle		
Appartement ou chambre, escalier, étage	Chambre n°	02 - Etage : 2 ^e étage
Bât. Résidence	EHPAD Saint Joseph	
N° et nom de la voie	6 rue de l'Eglise	
Code postal - Commune	67420 SAALES	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle		
Pièce(s)	(rayer si dans objet) [redacted]	
Étage(s)	(rayer si dans objet) [redacted]	
Dépendances	(rayer si dans objet)	
Autre(s)	(rayer si dans objet)	
<p>Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation.</p> <p>Cocher ci-dessous la mention utile :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p>		
Prénom NOM de l'occupant : [redacted] (représentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent : Thomas MORITZ (habilité et assermenté)	
Date et heure d'entrée : 11/03/2025 09 h 30	Date et heure de sortie : 11/03/2025 09 h 30	
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant)	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté :	
[Signature]	[Signature] cf. rapport de visite	
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »,	Signature de l'agent habilité et assermenté :	

Formulaire de recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation (Article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles)	
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement (*) Mention à insérer en lettres capitales	
1 - Identité de l'occupant	
NOM (1)	[REDACTED]
PRENOM (1)	[REDACTED]
Date et lieu de naissance	[REDACTED] ([REDACTED])
2 - Identité du représentant légal (le cas échéant)	
NOM (1)	/
PRENOM (1)	/
Date et lieu de naissance	/
Adresse	/
3 - Contrôle	
Commanditaire (1)	ARS Grand-Est
Texte(s) de référence	R. 313-25 du CASF
Objet	Inspection de l'EHPAD Saint Joseph de SAALES (67)
4 - Membres de la mission	
Coordonnateur de la mission	
NOM (1)	EBER
PRENOM (1)	Marie
Qualité	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale ARS
Autres membres	
NOM (1)	HAMBOURGER
PRENOM (1)	Nathalie
Qualité	Médecin Désignée ARS
Merci de bien vouloir remplir le formulaire lisiblement. (*) Mention à insérer en lettres capitales	
NOM qualité (1)	LECLERE
PRENOM (1)	Audrey
Qualité	Inspecteur désignée ARS
NOM (1)	MORITZ
PRENOM (1)	Thomas
Qualité	Pharmacien inspecteur de santé publique

NOM (1)	ROHR	
PRENOM (1)	Agnès	
Qualité	Chargé de suivi et organisation de l'offre en établissements et services PA/PH, CeA	
NOM (1)	DEBROSSE	
PRENOM (1)	Hélène	
Qualité	Responsable du service Accompagnement de l'Offre, CeA	
5 - Adresse ou domiciliation des lieux, locaux, installations ou moyens de transport à usage d'habitation où s'exerce le contrôle		
Appartement ou chambre, escalier, étage	Chambre n° [REDACTED]	- Etage : 1 ^{er} étage
Bât., Résidence	EHPAD Saint Joseph	
N° et nom de la voie	6 rue de l'Eglise	
Code postal - Commune	67420 SAALES	
6 - Lieux, locaux, installations non concernés par le contrôle		
Pièce(s)	(rayer si dans objet)	
Étage(s)	(rayer si dans objet)	
Dépendances	(rayer si dans objet)	
Autre(s)	(rayer si dans objet)	
<p>Il m'a été précisé que je suis libre de m'opposer à l'accès aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de mon habitation.</p> <p>Cocher ci-dessous la mention utile :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> J'accepte que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que les personnes mentionnées au point 4 pénètrent ce jour à partir de 6 heures et demeurent au plus tard jusqu'à 21 heures, dans les locaux, lieux, installations ou moyens de transport à l'usage de mon habitation, au titre du contrôle mentionné au point 3.</p>		
Prénom NOM de l'occupant : [REDACTED] (représentant légal, le cas échéant)	Prénom NOM de l'agent : EBER Marie (habilité et assermenté)	
Date et heure d'entrée : 11/03/2025 9 h 40	Date et heure de sortie : 11/03/2025 9 h 40	
Observation(s) de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant) cf. rapport de visite.	Observation(s) de l'agent habilité et assermenté : cf. Rapport de visite.	
Signature de l'occupant (ou de son représentant légal, le cas échéant), précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé », [REDACTED]	Signature de l'agent habilité et assermenté : [Signature] EBER Marie IAS	