

La direction générale

MONSIEUR LE DIRECTEUR
DOMUS VI
EHPAD LE JARDIN DES GENTIANES
305 ROUTE DE VIUZ
74 600 QUINTAL

2 2 AVR. 2022

Réf. 2022-PMIEC-29

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de Haute Savoie

Annexe : Tableau d'analyse des réponses à la procédure contradictoire et mesures correctives attendues

Envoi : LRAR 1A 181 638 37180

Monsieur le Directeur,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD *Jardin des Gentianes* à Quintal le 23 février dernier.

Nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 14 mars 2022 le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques. Nous vous demandons en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux manquements et non conformités constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 23 mars 2022.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission, qui permettent d'ores et déjà de lever certain(e)s des écarts et remarques du rapport.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous vous notifions la présente décision définitive.

Vous veillerez donc à mettre en œuvre l'ensemble des actions attendues dont le détail figure dans le tableau joint en annexe, permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport.

En outre, nous vous invitons à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures au prochain Conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale de Haute Savoie, service Politique Grand Age, et les services du Conseil départemental de Haute Savoie.

Vous veillerez à transmettre d'ici six mois, l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées aux adresses suivantes :

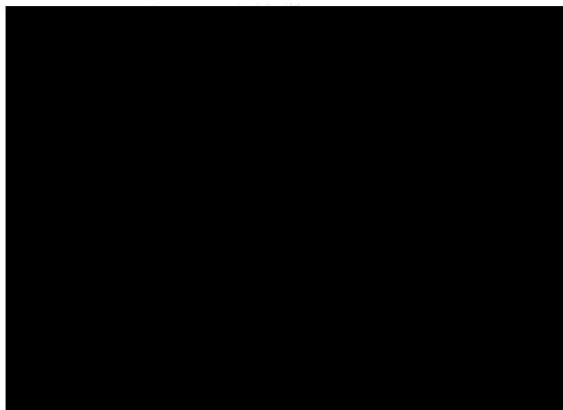
ARS Auvergne Rhône-Alpes
M. le délégué territorial de Haute Savoie
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03

et

DGA Action Sociale et Solidarité
Direction de l'Autonomie
Hôtel du Département
1 avenue d'Albigny
74041 Annecy Cedex

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du Code des relations entre le public et l'administration.



Copie : M. le Directeur de l'ETIPAD
AR 1A 181 638 3719 7

N°	CONSTATS : Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS MAJEURS			
1	L'absence de vérification organisée des prises de médicaments, pour le réassort et l'absence de contrôle régulier des dates de péremption du chariot d'urgence, rend inopérante la dotation médicamenteuse pour répondre aux besoins en soins urgents, ce qui est contraire à l'article R5126-108 du CSP	Un travail de collaboration avec la filière gériatrique, les pharmaciens du CHANGE, le CESU et les Médoco, a été réalisé afin d'élaborer une liste consensuelle de médicaments de matériel d'urgence et de stocks tampons. L'équipe Médoco IDEC s'attache à la mettre en œuvre au sein de la résidence.	En réponse à l'écart majeur n°2, l'établissement déclare avoir remis à jour la dotation médicamenteuse du chariot d'urgence. Il en est pris acte, avec une vigilance à apporter sur le contrôle régulier de cette dotation, au long cours. La réponse permet de lever l'écart sous réserve de vérification régulière des dates de péremptions et du réassort en cas de prise de médicaments dans le chariot d'urgence
2	En l'absence de scellés sur le chariot d'urgence avec le numéro de scellés, la procédure de gestion du chariot d'urgence n'est pas respectée et cela rend inopérante la dotation médicamenteuse pour répondre en soins urgents, ce qui est contraire à l'article R5126-108 du CSP	Suite à l'inspection sur site, le chariot d'urgence est dorénavant scellé avec une dotation médicamenteuse à jour (photo à l'appui)	La photographie transmise comme élément probant permet de lever l'écart.
ECARTS			
1	Le projet d'établissement a été rédigé il y a plus de 5 ans, en contradiction avec l'article L 311-8 du CASF	Lors du dernier CVS, l'élaboration du nouveau projet d'établissement en 2022 a été évoquée. Seront associés lors de réunions spécifiques les représentants des résidents ainsi que ceux des familles. Par ailleurs, l'établissement souhaite associer plus largement les familles à ce projet en sollicitant leur participation sur des thématiques.	Il est pris bonne note de l'engagement à retravailler le projet d'établissement dans le cadre d'une démarche partagée intégrant les résidents et leur famille. L'attention est attirée sur l'occasion que constitue l'élaboration du Projet d'Etablissement pour la mobilisation du personnel sur les objectifs et les attendus en terme de prise en charge et d'accompagnement. Mesure corrective attendue: rédiger un nouveau projet d'établissement dans le cadre d'une démarche concertée impliquant à la fois les résidents et leur famille et les professionnels de l'EHPAD conformément à l'article L311-8 du CASF Délai: 1 an Elément probant : Projet d'établissement mis à jour
2	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé, en contradiction avec l'article L 311-3 du CASF	Une programmation est en cours de mise en œuvre avec la psychologue pour rattraper le retard pris lors des épisodes de clusters et pour toutes les entrées réalisées en 2021.	Il est pris bonne note de ce rattrapage en cours. Mesure corrective attendue : rédiger et suivre la mise en œuvre de projets d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents conformément à l'article L 311-3 du CASF Délai : au fil de l'eau
3	Le médecin coordonnateur n'a pas réuni depuis 2019 la commission de coordination des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD, en contradiction avec l'article D 312-158-3° du CASF	absence de réponse	Mesure corrective attendue: réunir régulièrement la commission de coordination des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD conformément à l'article D 312-153-3° du CASF Délai au fil de l'eau Elément probant: CR de réunion de la commission

REMARQUES			
1	les documents budgétaires différent d'une source à l'autre, ce qui interroge sur la fiabilité de ceux-ci.	absence de réponse	Mesure corrective attendue : garantir la sincérité des documents budgétaires en fiabilisant ceux-ci. Délai : calendrier budgétaire pour chaque exercice
2	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables formalisés et opérationnel, l'EHPAD n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM/ HAS qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	L'établissement dispose à la fois d'une procédure de déclaration des EI (1) et d'une trame de recueil de ceux-ci (2)	Les documents transmis concernent surtout les EIG et sont adressés au directeur des résidences et au directeur régional et non à l'ensemble du personnel. Ils visent surtout à déclarer les EI le nécessitant aux autorités avec un mode opératoire pour ce faire. A noter qu'ils ne sont pas adaptés à la région (arsxallerte@ars.sante.fr) ni au département qui dispose d'un CTM qui doit être porté à la connaissance de tous, usagers et salariés. Ils n'évoquent pas les "fiches EI" dont la mission a eu connaissance sur site, ni leur modalités de traitement en interne, ni leur devenir. Sur site, il a été constaté l'absence de registre des fiches EI remontées et très peu de déclarations, hormis celles reçues également à l'ARS et au CD, déjà connues. Ces documents ne traitent pas en conséquence de l'organisation de l'établissement pour les événements indésirables moins graves, qui peuvent être révélateurs de dysfonctionnements ; cela empêche l'analyse et le traitement de tels événements afin d'éviter leur répétition, par des mesures d'amélioration qualitative.
3	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisées et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	La gestion de la réponse, du suivi et de l'enregistrement des plaintes, réclamations et événements fait l'objet d'un processus organisé et connu. A cet effet l'établissement joint les procédures déployées.	Mesure corrective attendue: revoir la procédure de déclaration des événements indésirables en intégrant tout type de dysfonctionnement, même non grave mais pouvant être porteur de risque, porter la culture du signalement en interne auprès des salariés, expliquer le processus d'analyse et de traitement des fiches de signalement dans cette procédure, et s'assurer de sa mise en œuvre. La procédure révisée devra être transmise dans le cadre du suivi de l'inspection. L'établissement transmet en réponse une procédure de traitement et enregistrement des réclamations dont il est pris bonne note. Cette procédure prévoit le classement des réclamations à la fois dans le dossier de l'usager, ce qui a pu être constaté par la mission et dans un registre des réclamations, "ce qui facilite la recherche et l'analyse des courriers reçus". Cette centralisation n'a pas été constatée sur site par la mission. A noter que cette procédure prévoit également le traitement des fiches de dysfonctionnements, qui peuvent être rédigées par le résident, sa famille ou un salarié. Cela va donc au delà des réclamations et inclut les signaux reçus des salariés, qui méritent d'être intégrés dans la procédure EI évoquée précédemment. Ces fiches font l'objet en théorie d'un traitement et d'une analyse en COPIL (qui compose le COPIL? cela n'est pas précisé), elles donnent lieu à un plan d'action d'amélioration, qui est expliqué au déclarant. Ces fiches de dysfonctionnement sont centralisées dans un registre, ce qui n'a pas été constaté sur site par la mission.
4	L'EHPAD ne recrute pas à hauteur de ses besoins, ce qui ne lui permet pas de fonctionner conformément à l'organisation cible notamment pour les IDE.	L'établissement a engagé une mission de recrutement des postes à pourvoir auprès d'un Cabinet Expert en Gestion Dépendance [REDACTED], ainsi que le Cabinet [REDACTED]. En effet compte tenu des très grandes difficultés à recruter des IDE sur notre bassin annécien (tropisme helvétique en outre) il nous a semblé pertinent de mobiliser des professionnels expert sur ce sujet. Enfin notre Direction des Ressources Humaines Groupe est fortement mobilisée pour déployer des offres de recrutement sur les plateformes telles [REDACTED] ou notre plateforme [REDACTED]	Mesure corrective attendue: s'assurer de la bonne mise en œuvre de la procédure de traitement des réclamations en veillant à la centralisation de celles-ci permettant de repérer les dysfonctionnements récurrents et de mettre en place des actions correctives.
5	En l'absence de document formalisant la continuité de la direction la nuit, les équipes de nuit peuvent se trouver en difficultés face à une situation nécessitant une intervention administrative.	Les numéros de portables de la Cadre de Santé et du Directeur pour appel 24h/24h et 7j/7j sont connus des équipes de nuit.	Mesure corrective attendue: il est demandé dans le cadre du suivi de l'inspection de présenter la liste des postes vacants ouverts, pourvus et et non pourvus après procédure de recrutement
6	En l'absence de protocole de gestion des urgences médicales, les équipes peuvent se trouver démunies, notamment celles de nuit	La gestion des urgences médicales est organisée 24h/24h. Il existe un protocole qui précise les consignes à suivre ainsi que la cascade des personnes à contacter en fonction de la situation. Convention HAD IDE de nuit	Il en est pris bonne note mais il faut que le gestionnaire s'assure que le personnel de nuit, y compris le personnel remplaçant, ait connaissance de cette information car la mission n'a pas vu de manière opérationnelle de procédures sur site permettant au personnel en difficultés de contacter, sur des situations le nécessitant, les cadres administratifs. La convention HAD IDE de nuit transmise court jusqu'au 28 février 2022 sans précision sur son devenir. D'autres concites à tenir ont été transmises qui permettent de lever la remarque, sous réserve de la bonne connaissance de ces dispositifs par les équipes de nuit.

7	En l'absence de réunions institutionnelles relatives à l'organisation et à la pratique des professionnels, le personnel ne peut remonter ses difficultés et l'encadrement se prive d'outils de diffusion des bonnes pratiques et des conduites à tenir.	Un mardi sur deux la psychologue et la cadre de santé réunissent les équipes afin d'évoquer des situations de prises en soins.	L'établissement transmet en PJ les invitations du psychologue avec les ordres du jour de réunions à venir. Il en est pris bonne note, néanmoins, il convient de tracer les échanges dans le cadre d'une démarche qualité pour remonter les difficultés et les axes d'amélioration, ainsi que les points abordés en réunion pour l'information complète de tous les salariés, y compris les non participants.	Mesure corrective attendue: Formaliser les échanges dans le cadre des réunions relatives à l'organisation délai: immédiat et au long cours
8	L'EHPAD n'a pas mis en place de référent pour chaque résident permettant à celui-ci de prendre ses repères et de l'accompagner tout au long de son séjour, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM HAS (qualité de vie en EHPAD, volet 1, 2011)	Nous disposons d'ASD de liaison, chargée des liens entre le résident et sa famille pour tout ce qui concerne l'aide aux actes de la vie quotidienne	L'établissement transmet en PJ une fiche "projet soignant de liaison" qui reprend en partie les fonctions de référent d'usager pour la bonne connaissance de ses souhaits et habitudes, et le suivi du projet personnalisé. Les explications données sur site sur cette fonction de soignant de liaison portait davantage sur le lien avec les familles pour le tuteur notamment. Il est pris bonne note de cette information, tout en appelant la vigilance de l'établissement à veiller à la bonne mise en oeuvre de ce dispositif dans son ensemble, d'autant plus que l'organisation prévoit une rotation des équipes tous les trois mois (changement de secteurs).	
9	L'absence de planification des jours de douches sur les plans de soins et l'absence de plan formalisé d'organisation des douches ne garantissent pas que celles-ci soient réalisées ni tracées.	La planification des jours figure sur les plans de soins.	Concernant les plans de soins transmis, il est en effet précisé dans l'encart commentaire les jours de douche. Par contre devant chaque soin une colonne précise une douche pour tous les jours. Cette transmission ne permet pas de vérifier si l'ensemble des plans de soins sont actualisés sur les jours de douche. Il convient de planifier au minimum (traçabilité) les jours de douches pour garantir une fréquence de celles-ci.	
10	L'amplitude entre le dîner et le petit déjeuner est de plus de 12 heures, sans garantie de collation pour les résidents pour pallier au jeûne nocturne.	Les équipes de nuit disposent d'une réserve alimentaire à titre de compotes, gâteaux secs qu'ils peuvent utiliser à la demande du résident. Une action va être engagée afin de tracer la distribution des collations nocturne	Il est pris bonne note de l'information et de l'action proposée afin de tracer la distribution des collations nocturnes. Remarque levée	
11	compte tenu de l'ancienneté du projet de soins, celui-ci n'a pas été revu dans le cadre d'un travail d'équipe impliquant le médecin coordonnateur et les équipes soignantes.	absence de réponse	il est souligné la nécessité de mobiliser les soignants par le biais du médecin coordonnateur sur la prise en charge soignante des résidents telles que développée dans le précédent PE en y adjoignant des développements sur certaines PEC non développées précédemment - cf mission du médecin coordonnateur Mesure corrective attendue: dans le cadre des réflexions autour et de l'élaboration du projet d'établissement, garantir l'implication des soignants sur le projet de soins, sous l'impulsion du médecin coordonnateur. Délai: 1 an Attendu : projet de soins	
12	En l'absence de protocole et de conduite à tenir formalisé, discuté en réunion et connu de l'ensemble des personnels, les bonnes pratiques de soins vis à vis des risques médicaux ne sont pas garanties	Suite à la visite de la mission il a été décidé de porter à la connaissance et de mettre à disposition des personnels le guide de prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence (l'exemplaire sera à l'accueil, 1 en salle à manger, 1 pour l'équipe de nuit et 1 pour l'UP)	il en est pris bonne note de cette information. Il revient au médecin coordonnateur de diffuser les protocoles et bonnes pratiques de soins, dans le cadre de réunions régulières impliquant les soignants. Cf mesure corrective en réponse à la remarque 11	
13	les protocoles transmis concernant la prise en charge de la dénutrition ne sont pas actualisés avec les dernières recommandations établies par l'HAS en novembre 2021	Le protocole a été réajusté par la Direction médicale et fera prochainement l'objet d'une information et diffusion au personnel par notre Idec et Médec . Par ailleurs, l'extraction du tableau sur Excel concernant le suivi du poids ne permet pas de faire apparaître la date de pesée, mais celle-ci apparaît bien dans le logiciel lui-même.	Le protocole dénutrition transmis est bien modifié selon les recommandations HAS, ce qui permet de lever la remarque n° 13.	
14	L'établissement ne dispose pas d'organisation formalisée de la pratique des soins palliatifs, permettant de guider les équipes en la matière	absence de réponse	Mesure corrective attendue : Formaliser l'organisation de l'EHPAD pour la pratique des soins palliatifs, le cas échéant dans le cadre de la réflexion autour du projet de soins en lien avec le médecin coordonnateur Attendu : procédure d'organisation en matière de soins palliatifs	
15	L'établissement ne dispose pas d'organisation formalisée pour la prise en charge de la douleur, permettant de guider les équipes en la matière	L'organisation n'est pas formalisée, néanmoins, les équipes sont sensibilisées à la prise en charge de la douleur (entre autre intervention de l'HAD)	Mesure corrective attendue: formaliser l'organisation de l'EHPAD pour la prise en charge de la douleur, le cas échéant dans le cadre de la réflexion autour du projet de soins en lien avec le médecin coordonnateur Attendu : Procédure d'organisation en matière de PEC de la douleur	

