

La directrice générale

Le président du Conseil
départemental de l'Allier

Réf.: *PMIEC 24 2023*

ORPEA
Monsieur le Président directeur
général
12 rue Jean Jaurès
CS 10032
92 813 PUTEAUX

Lyon, le **14 DEC. 2023**

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département de l'Allier.

LRAR : *1A203 466 8784 0*

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président directeur général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD « Les Mariniers » à Moulins le 4 juillet 2023 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 18 septembre 2023 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 20 octobre 2023.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier les décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision et vous attacherez en particulier à :

- Poursuivre les démarches engagées en vue de soutenir la professionnalisation du personnel non qualifié et de recruter des agents qualifiés en nombre suffisant,
- Garantir une continuité de surveillance et des temps de transmission suffisants à l'unité de vie protégée.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et 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 l'Allier, service Personnes Agées et le Conseil départemental de l'Allier, service ESMS [REDACTED]. Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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

Nous vous rappelons enfin que 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.

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

La
de
Santé

C

Le Président du Conseil
départemental,
Canton de Commeny

Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous, et après analyse et prise en compte des réponses de la structure inspectée.

Nature des mesures correctives

Les injonctions et prescriptions se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

Les injonctions sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

Les recommandations visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique : dysfonctionnement source de risque(s) et/ou manquement à un référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple.

Maintien / levée des mesures correctives

Les mesures correctives envisagées lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux).

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents, particulièrement en unité protégée, notamment : - Affecter des professionnels qualifiés en nombre suffisant à tout moment de la journée, notamment en unité protégée, (art.L311-3 1° CASF), - Recruter des personnels à la qualification correspondant à la réglementation (L312-1-II du CASF), - Renforcer le temps de présence du médecin coordonnateur conformément à la réglementation (art.D312-156 CASF), - Garantir un temps de transmissions dédié jour/nuir pour l'unité protégée et inclure les AV aux transmissions de journée, - S'assurer de l'effectivité du renseignement du document « répartition journalière » en vue de prévoir la répartition des agents entre étages chaque jour, - Mettre à disposition les fiches horaires journalières dans les étages et s'assurer de leur connaissance et appropriation par les équipes et de leur diffusion aux personnels remplaçants, - Mettre en place un dispositif de supervision ou d'analyse des pratiques.	EM1 E4 - E5 E8 R7 R4 R6 R9	immédiat immédiat immédiat immédiat - immédiat 3 mois	Le gestionnaire indique que la surveillance de l'UVP sera assurée par un agent de nuit des autres étages qui montera à l'unité de 6h30 à 7h. Il est noté que la fiche horaire journalière de l'agent de nuit (N1) a bien été modifiée et prévoit le passage sur l'USA de 6h15 à 7h. Concernant l'absence de personnel de nursing à l'unité de vie protégée de 7h à 8h, le gestionnaire indique simplement que l'agent de service (en charge du ménage et de la distribution des petits déjeunés), présent dans l'unité à compter de 7h alertera l'IDE « si la moindre problématique se pose ». L'attention du gestionnaire est appelée sur le fait que l'absence de personnel qualifié au sein de l'UVP de 7h à 8h n'est pas de nature à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge au sein de l'unité. Il est pris note de la transmission du diplôme manquant. La réponse apportée confirme le constat de la mission sur l'affectation de 5 agents non qualifiés en tant que FFAS. Il est toutefois pris note des actions engagées en vue de soutenir la professionnalisation du personnel non qualifié. Il est pris note également de la publication, en octobre 2023, d'1 poste d'AS et d'1 poste d'IDE et des difficultés rencontrées pour recruter du personnel qualifié sur le bassin. L'attention du gestionnaire est appelée sur le fait qu'au regard des effectifs « liste ETP CDI » transmis lors de l'inspection, que l'établissement dispose de 3 ETP d'IDE et 3 ETP d'AS/AES vacants. Il est pris acte des démarches engagées en vue de

renforcer le temps de médecin coordonnateur qui n'ont pas abouti à ce jour.

Les fiches heurées transmises ne permettent pas d'attester de l'effectivité des temps de transmissions pour l'unité protégée :

- La fiche heurée de l'AV ménage de l'unité protégée prévoit que dans un laps de temps de 5 minutes (entre 6h55 et 7h), cet agent doit compléter la fiche de présence, lire et signer le cahier de transmission globale situés au RDC de l'établissement et faire les transmissions avec le soignant à l'unité protégée au 3^{ème} étage.
- Le soir, les fiches heurées du personnel de l'USA mentionnent un temps de transmissions écrites et orales avec le personnel de nuit dédié à l'USA à 19h15 alors que l'agent de nuit de l'USA prend son poste à 19h30.

A noter également une « coquille » sur la fiche heurée du soignant N3 qui mentionne un temps de transmission « avec le soignant N3 de l'USA avant son départ » au lieu du soignant de nuit N1.

Il est pris acte de l'engagement de l'établissement de mettre à disposition chaque jour la répartition journalière des soignants et du projet de désignation d'un tuteur soignant titulaire par jour qui aura la mission d'accueillir et d'informer les nouveaux collaborateurs.

Il est pris acte que les fiches heurées des AV ménage sont disponibles dans le classeur ménage à chaque étage ainsi que du projet de mettre à disposition des équipes les fiches heurées dans la salle de réunion située au 1^{er} étage.

Toutefois, l'établissement comportant 3 étages l'absence de fiche de tâches à disposition des professionnels soignants aux 2^{ème} et 3^{ème} étage ne permet pas de garantir que ces fiches soient bien utilisées comme outil de repères structurant à tout moment de la journée notamment pour le personnel remplaçants et faisant fonction.

Malgré tout son intérêt, la réponse apportée par l'établissement s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles par un supérieur hiérarchique et ne constitue pas un dispositif d'APP conforme aux attendus en la matière selon les RBPP de l'ANESM/HAS. En effet, les dispositifs d'analyse des pratiques et de supervisions sont des dispositifs distincts de l'évaluation des professionnels. Il s'agit d'espaces d'accompagnement et de soutien des professionnels. Dans ce cadre, il est de bonne pratique pour faciliter l'expression des salariés et favoriser la prise de recul :

- de prévoir un dispositif « qui vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'information »,

- que les échanges aient lieu en dehors de la présence de la hiérarchie et de recourir à une contribution extérieure.

Il est donc attendu de l'établissement la mise en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle s'appuyant sur des temps d'échanges spécifiques en favorisant l'intervention d'un professionnel extérieur à l'établissement.

En conséquence, la **prescription n°1 est maintenue**. Elle est levée en partie, pour les éléments relatifs à la remarque n°4 sous réserve du respect des engagements.

2	En ce qui concerne les locaux : - Sécuriser l'accès à la pharmacie, aux dossiers médicaux et aux médicaments, (R4312-39, R5126-109 et L1110-4 du CSP), - Interroger la pertinence de l'existence d'une chambre double au sein de l'unité protégée au regard des exigences en termes de qualité et sécurité des prises en charge.	E6 - E7 R10	-	Il est pris acte de la réparation des poignées des portes de l'infirmier et de la pièce de stockage avec la mise en place de poignées à code. Il est également pris acte du rappel fait aux équipes sur la nécessité de fermer à clef l'armoire contenant les dossiers médicaux. Il est pris acte du retrait du deuxième lit de la chambre 310 de l'unité protégée suite au rapport d'inspection avec la location de la chambre à un seul résident et donc de l'existence de 13 chambres individuelles au sein de cette unité. En conséquence, l'attention du gestionnaire est appelée sur le fait que la possibilité d'accueil au sein de l'unité protégée installée au 3^{ème} étage est désormais réduite à 13 résidents. En conséquence, la prescription n°2 est levée.
3	En ce qui concerne les soins : - Garantir l'élaboration du GMP sous la responsabilité du médecin coordonnateur conformément à la réglementation (art. R232-18 du CASF), - Garantir la complétude des renseignements des DLU, - Elaborer une procédure pour faire face aux infections groupées (IRA et GEA) ainsi que des protocoles relatifs aux contentions (prise en compte des recommandations ANSM 2020) et au traitement des escarres.	E9 R13 R14 – R15 R16	-	Il est pris acte qu'en 2018 en l'absence de médecin coordonnateur, le GMP avait été validé, par le médecin coordonnateur régional et l'IDEC du site. Le gestionnaire indique que suite à l'arrivée du médecin coordonnateur, le GMP a été revu le 5/12/22 ; une copie du document est transmise avec la mention manuscrite « validée », le tampon et la signature du médecin coordonnateur. Le gestionnaire précise que la prochaine validation du GMP est prévue le 15/11/2023. Toutefois, Concernant la complétude des renseignements des DLU, l'établissement indique la mise en place d'un nouveau filtre pour l'édition des DLU afin d'intégrer les habitudes de vie et le plan de soins techniques. La transmission d'un DLU permet d'attester la présence de l'ensemble des éléments nécessaires (plans de soins globaux et projet personnalisé).

L'établissement répond sur l'élaboration de protocole dans le cas d'infections groupées (GEA, IRA) en transmettant une fiche réflexe d'infection COVID 19 et une fiche pour le signalement des cas groupées d'infection respiratoire sans transmettre de procédure globale des IRA pour leur gestion. Un protocole « conduite à tenir en cas de diarrhée » de novembre 2019, distingue les cas de TIAC et de GEA, cela amène une confusion pour une conduite à tenir pragmatique. Le titre spécifique sur « la diarrhée » n'est pas juste car ces infections regroupent d'autres symptômes comme la fièvre et les vomissements et douleurs abdominales. Ce protocole est insuffisant en termes de mises en place d'une conduite à tenir, et d'outils de suivi voire reporting, ainsi que de l'incitation à la déclaration à l'ARS.

Pour la contention, l'établissement évoque une démarche en place de « zéros contentions ». Le protocole de juin 2022 transmis est le même que celui analysé par la mission. Il a été formalisé deux autres documents qui permettent de donner une approche très pratique sur l'utilisation des doubles barrières en indiquant comment les éviter, ainsi que sur le maintien au fauteuil avec une ceinture pelvienne. Les risques sont listés ainsi que les alternatives et les recommandations pour chaque contention. Il est fait état de l'évaluation du bénéfice risque de chaque contention en réunion pluridisciplinaire. L'établissement dit avoir fait un affichage dans le bureau des soignants et une sensibilisation aux bonnes pratiques. Ce dernier point est conforté par les feuilles d'émargement de la présence des professionnels à des « mini-formations » sur les contentions (4) réalisées du 24 octobre 2022 au 1^{er} décembre 2022.

			L'établissement utilise la procédure en cas d'escarres de juin 2021 intitulée « prévention des plaies de décubitus (escarres) et plaies chroniques ». Cette procédure correspond à celle analysée par la mission dans le rapport. Sinon l'établissement répond à la question du traitement des escarres, en transmettant un protocole de novembre 2020 sur « les pansements de plaies de décubitus et de plaies chroniques » qui décrit les différents stades des escarres en définissant les traitements spécifiques. Un diagramme coloriel reprend de façon synthétique les pansements selon le stade des plaies de décubitus, qui est affiché dans la salle de soins. La formation sur ce thème est proposée par le fournisseur de changes [REDACTED] comme l'atteste la feuille de d'émargement du 13 octobre 2022 auprès des IDE et celle envisagée le 12/12/2023 selon le mail transmis. En conséquence, la prescription n°3 est levée pour ce qui concerne les éléments relatifs à l'écart et aux remarques suivantes: E9, R13, R15 et R16. Elle est maintenue pour ce qui concerne les éléments relatifs à la remarque n°14.		
4	Renforcer les mesures en vue de développer une culture de prévention des risques, notamment : - S'assurer de la connaissance et de la possibilité d'accès de tous les agents aux modalités de signalement d'un EI et prévoir un retour systématique aux salariés sur les suites données aux signalements, - Garantir une analyse des réclamations et réflexion en lien avec les équipes en vue de permettre l'évolution des processus de travail suite aux incidents rapportés.	E3 – R2 R3	Immédiat -	Il est pris acte de : - L'actualisation de la fiche réflexe équipe relative aux EI avec l'intégration de la mention « j'enregistre l'évènement sur le portail qualité » en rédigeant une fiche d'évènement indésirable (FEI), - L'élaboration d'un mini-guide explicatif destiné à aider les agents à remplir la FEI sur le portail qualité, - La transmission du CR du comité de pilotage démarche qualité de juin 2023 faisant état des EI 2022 (nombre, dates et intitulés des EI).	

	L'établissement indique que les EIG sont abordés en CVS et que les EIG déclarés aux autorités font l'objet d'un Retex. La fiche reflexe EI (direction) prévoit une réunion d'analyse des causes en équipe suivie de la définition d'un plan d'action en équipe, un point sur les EI en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire les lundis de 14h à 15h, un suivi en staff direction dédié à la qualité et une information au CVS. Toutefois, aucun élément probant permettant d'attester de la présentation en CVS ainsi que du suivi, de l'analyse et du retour aux équipes des EI (dont EI paraissant mineures) n'a été transmis (CR réunions par exemple). Par ailleurs, aucune précision n'est apportée sur la notion spécifique d'EIGS sur la fiche reflexe équipes et la fiche reflexe direction ne mentionne pas le portail national de signalement. Il est pris acte de la transmission du guide de saisine des plaintes et réclamations sur le portail qualité. Ce guide décrit les modalités de saisine dans le logiciel, il comporte un item « traitement et suivi » qui décrit les possibilités offertes par le logiciel : saisie de la date d'envoi du courrier d'accusé de réception, possibilité de créer les courriers de réponses à partir de trames dédiés, d'intégrer divers éléments relatifs au traitement de la réclamation. L'établissement a transmis également un extrait des transmissions pour certains résidents faisant mention des actions mises en place suite aux sollicitations des résidents ou aux réclamations écrites ou orales. L'attention de l'établissement est attirée sur l'intérêt d'intégrer les réponses et réponses mises en œuvre au tableau de suivi des réclamations.	
--	--	--

				En conséquence, la prescription n°4 est maintenue sur les aspects relatifs à l'écart 3 et la remarque 2. Elle est levée pour les aspects relatifs à la remarque n°3.
5	Garantir la prise en compte des droits des usagers dans le respect de la réglementation et notamment : - Mettre en place l'annexe spécifique au contrat de séjour prévue par l'article L311-4-1 du CASF, - Elaborer un PAP pour chaque résident comprenant un projet de soin et un projet de vie conformément à la réglementation en vigueur (art. L311-3 et D312-155-0 du CASF) et aux RBPP de la HAS/ANESM,	E2 R11	3 mois	Il est pris acte des démarches engagées afin de prendre en compte les droits des usagers dans le respect de la réglementation pour chaque résident, avec : - la mise en place de l'annexe spécifique au contrat de séjour et la création d'un tableau, - l'élaboration d'un PAP pour chaque résident et la mise en place d'un tableau de suivi et de réévaluation pour 2023 et 2024. Il est donc attendu de l'établissement la mise à jour des dossiers pour chaque résident. En conséquence, la prescription n°5 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective.
6	Tenir à jour le registre légal des entrées et sorties des résidents (L.331-2 et R331-5 du CASF).	E1	-	Il est pris acte de l'engagement du gestionnaire de tenir à jour le registre des entrées et sorties des résidents par l'équipe administrative de l'EHPAD et de sensibiliser l'équipe administrative à l'utilisation de la "check liste administrative admission du nouveau résident" qui mentionne bien, au nombre des actions à effectuer, l'inscription sur le registre des entrées/sortie. En conséquence, la prescription n°6 est levée.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Solliciter la reconnaissance de l'unité de vie protégée auprès du Conseil départemental et de l'ARS afin d'envisager d'intégrer les lits d'UVP à l'arrêté d'autorisation et d'inscrire son fonctionnement en conformité avec les RBPP de la HAS/ANESM	R1	6 mois	Il est pris acte de la réponse apportée par le gestionnaire et des démarches entreprises en vue de clarifier en lien avec les services de l'ARS et du CD la répartition des places de l'EHPAD. L'attention est appelée, à cet égard, sur la nécessité de prendre en considération le fait que suite à l'inspection, la chambre double au sein de cette unité a été supprimée, ce qui réduit la capacité d'accueil au 3^{ème} étage à 13 résidents au lieu de 14. La recommandation est maintenue.
2	Renforcer le pilotage en matière de gestion des ressources humaines, notamment : - Formaliser les missions et responsabilités de chaque professionnel au travers de fiches de postes détaillées et personnalisées, - Elaborer un plan de formation annuel conformément aux RBPP (« Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – HAS/ANESM - juillet 2008) intégrant les formations réglementaires (sécurité incendie, AFGSU,...).	R5 R8	3 mois -	Il est pris acte de la transmission d'une fiche métier signée en 2015 pour un agent AMP et d'une fiche métier IDEC type non personnalisé. Il est également pris acte de la transmission d'une fiche horaire journalière AS/AMP (déjà transmise le jour de l'inspection) qui correspond à une fiche de tâches. Les éléments transmis ne permettent pas d'attester de la formalisation d'une fiche de poste personnalisée pour chaque professionnel. Il est pris acte de la transmission des éléments suivants : - Extrait du logiciel [REDACTED] relative aux formations 2023, - Plannings des formations hors plans de janvier à juin 2023 (dors et déjà transmis le jour de l'inspection), - Attestations de formations « cofimobile » réalisées en juin et septembre 2023. Ces éléments attestent de la programmation et du suivi de formations AFGSU, habilitation électrique, sécurité

				incendie en 2023. En conséquence, la recommandation n° 2 est maintenue pour ce qui concerne la remarque n°5. Elle est levée pour ce qui concerne la remarque n°8.
3	Indiquer dans le PE la proposition systématique d'une collation aux résidents en soirée.	R12	-	Il est pris note que la proposition d'une collation de nuit est indiquée dans le projet d'établissement. En conséquence, la recommandation n°3 est levée.

