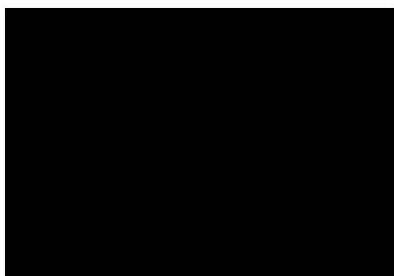


La direction générale



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

Réf : 2022-PNIEC-23

Lyon, le 19 AVR. 2022

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

LRAR AA 174 593 1783 4

PJ : 1 Tableau décision définitive : analyse de la réponse et mesures correctives attendues

Copie : M. le directeur EHPAD Les Tamaris - 07500 Guilhaum Granges

AR 1A 174 593 1785 8

Monsieur le Président directeur général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 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 Tamaris, situé 136 rue Mistral, à Guilhaum Granges (07500), le 25 février dernier.

Nous vous avons fait parvenir par courrier du 16 mars 2022 le rapport établi par la mission et avons demandé les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux non conformités et manquements constatés, en précisant les délais prévus pour la mise en œuvre de ces mesures.

Le directeur de l'établissement nous a transmis votre réponse en retour par courriel du 25 mars 2022.

Nous notons tout d'abord que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission. Le rapport qui vous a été transmis le 16 mars 2022 est donc inchangé.

Nous avons pris bonne note de l'ensemble des éléments de réponse que vous avez apporté pour répondre aux écarts et remarques énoncés. Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de cette procédure contradictoire pour remédier aux dysfonctionnements objectivés.

Aussi, au terme de la procédure et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive : 12 remarques ont pu être levées, 5 écarts et 19 remarques sont maintenus dans l'attente de la réalisation des mesures correctives attendues.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble de ces actions et vous attacherez en particulier aux points suivants :

- Finaliser l'élaboration du projet d'établissement dans toutes ses composantes dans les délais indiqués (automne 2022) en associant le plus possible familles et résidents ;

- En matière de ressources humaines, les difficultés récurrentes rencontrées pour disposer d'équipes de soins complètes à tous moments (jour, nuit) et leur impact sur la prise en charge des résidents doivent conduire à réfléchir aux conditions de travail et à l'attractivité des postes, voire aux mesures de fidélisation des salariés envisageables ;
- Sur la prise en charge des résidents, renforcer le temps de médecin coordonnateur est prioritaire puisqu'il est actuellement très insuffisant pour assurer toutes les missions qui incombent à ce professionnel ; il s'agit notamment de garantir l'objectif d'une évaluation gériatrique de tous les résidents à l'entrée et d'un projet personnalisé établi pour chaque résident d'ici fin 2022 ;
- Le processus d'amélioration continue de la qualité par l'analyse des événements indésirables est à revoir pour que l'ensemble des personnels dispose d'outils adaptés et soit véritablement partie prenante dans l'ensemble d'une démarche bien comprise ; en outre, l'accompagnement des professionnels de terrain à l'appropriation des procédures du groupe gestionnaire, nombreuses et denses, est à organiser en continu ;
- Enfin, s'agissant des conditions d'hébergement, votre attention est à apporter à la fréquence des prises alimentaires (collations), à la qualité de l'alimentation adaptée au public accueilli ainsi qu'au respect des informations données ; en matière de locaux, une programmation resserrée des travaux de rénovation est également souhaitable pour tendre vers un niveau de qualité conforme aux attendus et homogène à l'ensemble des chambres.

Nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

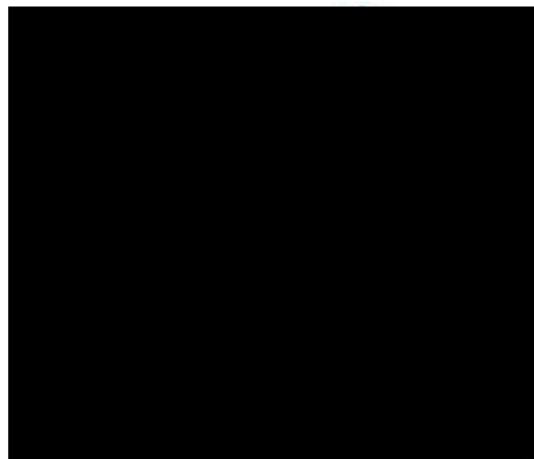
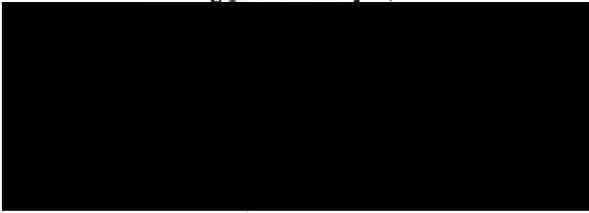
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale et les services du Conseil départemental de l'Ardèche. Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

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 en outre 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 directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé
Auvergne Rhône-Alpes,



EHPAD LES TAMARIS - Guilherand Granges - Inspection ARS/CD de l'Ardèche du 25 février 2022 – Décision Définitive

EHPAD		ANALYSE DE LA REPONSE	
N°	CONSTATS : Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS			
1	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient à l'article L 311-8 du CASF.	Ces deux dernières années de crise sanitaire ont rendu difficile la rédaction du projet d'établissement. La réunion de lancement de l'élaboration du projet d'établissement s'est tenue le 9 mars dernier (annexe 1.1); un rétro planning a été réalisé (annexe 1.2). La date de présentation prévue au CVS est le 15/11/2022.	Il est pris note du calendrier d'élaboration du nouveau projet d'établissement et des différentes étapes : il est constaté qu'il n'est pas prévu une consultation du CVS pour avis avant validation du document, mais seulement une présentation de la synthèse en fin de processus (15/11/2022). ➤ Ecart n° 1 maintenu Mesures correctives attendues : - Tenir le calendrier d'élaboration du PE (fin de rédaction prévue au 30/09/2022) - Consulter le CVS avant validation du Projet d'établissement conformément à l'article D 311-26 CASF.
2	En l'absence de désignation d'un représentant du personnel, la composition actuelle du CVS n'est pas conforme à la réglementation (article D311-5 du CASF).	Nous avons réalisé un appel à candidature au mois d'avril 2021 (annexe 3). Aucun membre du personnel ne s'est porté candidat. Nous réaliserons un nouvel appel à candidature au cours du mois d'avril 2022.	Il est noté le nouvel appel à candidature prévu en avril 2022. Une sensibilisation des personnels à l'importance du CVS et à leur rôle, avec proposition d'accompagnement (formation...) le cas échéant, paraissent utiles pour donner à cette instance toute la place qu'elle doit jouer. ➤ Ecart n° 2 maintenu Mesure corrective attendue : - Assurer une composition du CVS conforme à la réglementation (D 311-5 CASF) en la complétant par un représentant du personnel élu conformément à la réglementation (D 311-12 CASF).

3	Le retard pris dans l'élaboration pluridisciplinaire ou l'actualisation des projets individuels d'accompagnement n'est pas conforme aux attendus de l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (fiche repère HAS/ANESM: le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement- octobre 2018).	Depuis l'arrivée du médecin coordonnateur en septembre 2021, avec l'aide de IDEC et l'implication de la psychologue, un planning régulier et tenu par l'IDEC et la psychologue a été mis en place. 49 projets personnalisés ont réalisés ou mis à jour. Les 31 restant seront réalisés ou actualisés en 2022.	Il n'est pas apporté d'éléments probants sur l'état d'avancement des projets personnalisés ni sur la programmation 2022, mais il est pris note de l'engagement de l'établissement à ce que tous les projets personnalisés soient réalisés ou actualisés en 2022. ➤ Ecart n° 3 maintenu Mesure corrective attendue: - Tenir l'objectif selon lequel fin 2022, chaque résident de l'EHPAD dispose d'un projet personnalisé actualisé, conformément à la réglementation (L 311-3 du CASF et RBPP HAS/ANESM).
4	Le poste de médecin coordonnateur n'est pas pourvu à hauteur du temps réglementaire fixé à 0.4 ETP* pour un établissement de capacité comprise entre 60 et 99 places (article D 312-156 du CASF). <i>*Erreur à corriger : il s'agit bien d'un temps de 0.5 ETP prévu par la réglementation pour un EHPAD de 60 à 99 places</i>	Actuellement, le temps de médecin coordonnateur est 0,2 ETP. Dès son arrivée nous lui avons proposé un temps de travail à 0,5 ETP mais elle a décliné par choix personnel. Nous avons donc lancé une recherche active pour recruter un second médecin coordonnateur à 0,3 ETP (annexe 31).	Il est pris note de l'offre de recrutement en date du 21/03/2022 pour un médecin coordonnateur supplémentaire à 0.3 ETP (annonce vue dans le détail sur site ORPEA). Toutefois, dans la mesure du possible, il paraît préférable de confier la totalité du temps de médecin coordonnateur à pourvoir sur l'EHPAD (0.5 ETP) à un seul professionnel plutôt que de le répartir entre plusieurs praticiens, étant donné le rôle spécifique attendu de ce professionnel (coordination). Une recherche dans le réseau local est également à encourager. ➤ Ecart n° 4 maintenu Mesure corrective attendue: - Poursuivre les démarches pour augmenter le temps de médecin coordonnateur présent dans l'établissement à hauteur de 0.5 ETP (D312-156 du CASF).
5	L'absence d'évaluation gériatrique à l'entrée du résident ne permet pas de disposer d'une bonne connaissance de la fragilité du résident et de ses besoins propres, nécessaire à la définition d'un plan de soins adapté, et contrevient à l'article D 312-158-6° du CASF.	La présence à un 0,2 ETP du médecin coordonnateur, lui permet de faire quelques EGS, les projets personnalisés, l'évaluation GIR, les réunions pluridisciplinaires, l'évaluation des bénéfices des prescriptions des contentions, des mini-formations, des appels téléphoniques et/ou rencontre résident/famille. Tous les dossiers médicaux d'admission sont soumis au médecin coordonnateur, qui les étudie les analyse et donne son avis. Toutes les entrées sont présentées	Il est pris acte de la proportion de résidents disposant d'une évaluation gériatrique, soit 8 à 9 résidents, et de la programmation définie pour les autres (délai non indiqué). Il est toutefois constaté que toutes les entrées intervenues depuis l'arrivée du médecin coordonnateur en septembre 2021 n'ont pas fait l'objet de cette évaluation (14 résidents, cf. liste des résidents présents au 25/02/2022). La réponse conforte le besoin urgent d'augmenter le temps de médecin coordonnateur.

		pendant la réunion pluridisciplinaire à l'ensemble des salariés. Du fait de l'absence de médecin coordonnateur, il n'y avait aucun EGS jusqu'en septembre 2021. Actuellement, 10,54% des résidents disposent d'un EGS (<u>annexe 32</u>) et les autres font l'objet d'une programmation.	➤ Ecart n° 5 maintenu Mesure corrective attendue : - Assurer l'évaluation gériatrique préconisée à l'entrée puis réactualisée selon les besoins pour tous les résidents (D312-158-6° CASF).
REMARQUES			
1	En l'absence d'hébergement temporaire, l'établissement ne peut offrir à la personne âgée des prestations spécifiques à l'hébergement temporaire.	Nous sommes amenés à répondre ponctuellement à des besoins exprimés par la personne âgée ou son représentant légal quant à des séjours à durée limitée inférieure à six mois pour divers motifs nécessitant un accompagnement de courte durée. Dans ce cadre comme le stipule l'article L342-2 du CASF le contrat est alors à durée déterminée. Cette durée déterminée est spécifiée dans le contrat et si cette durée venait à être prolongée au-delà de 6 mois, le contrat est transformé de plein droit en contrat à durée indéterminée.	L'objet de la remarque était de rappeler les modalités de prise en charge prévues par l'autorisation actuellement en cours (hébergement permanent). Si le besoin d'hébergement temporaire est constaté sur le territoire couvert par l'établissement, et pour plus de transparence dans l'offre de prise en charge proposée, une évolution de l'autorisation par reconversion de places d'hébergement permanent en temporaire peut être discutée avec les autorités de tutelle. ➤ Remarque n° 1 maintenue Mesure corrective attendue : - Evaluer le besoin éventuel d'évolution de l'autorisation selon les demandes adressées à l'EHPAD.
2	L'établissement n'a pas mis en place l'annexe spécifique au contrat de séjour préconisée par l'article L311-4-1 du CASF alors même qu'il accueille des résidents dans une unité de vie protégée (USA).	Nous avons une procédure pour mettre en place une annexe au contrat de séjour relative à la restriction de la liberté d'aller et venir pour les résidents ayant exprimé de façon verbale ou non verbale leur non consentement à l'institutionnalisation. Cette procédure et ses annexes ne vous ont pas été présentées lors de l'inspection. (<u>annexes 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</u>). L'admission d'un résident au sein de l'USA fait l'objet d'une discussion en réunion pluridisciplinaire en s'appuyant sur la grille NPI-ES afin d'adapter la prise en charge.	Les documents communiqués (procédure et documents types du groupe) attestent de l'existence d'une procédure, d'outils et de consignes données pour le respect de la réglementation en matière de liberté d'aller et de venir et d'intégrité et de sécurité des résidents (L311-4-1 CASF). Toutefois, ils ne permettent pas d'apprécier la mise en œuvre concrète et réelle de ces dispositions au sein de l'établissement, notamment pour les résidents de l'USA (éléments probants tel que nombre de résidents disposant d'une annexe au contrat de séjour à ce titre, exemples d'annexe signée et datée.... non communiqués). ➤ Remarque n° 2 maintenue

			Mesures correctives attendues : - Formaliser les conclusions de la discussion en équipe pluridisciplinaire, relatives aux restrictions d'aller et de venir, dans une annexe au contrat de séjour selon la procédure institutionnelle - Transmettre des éléments probants sur la mise en œuvre de l'annexe au contrat de séjour relative aux restrictions d'aller et de venir et sa réévaluation.
3	Il n'existe pas de dispositif opérationnel de recueil, analyse et suivi des événements indésirables qui soit formalisé et connu des personnels, ce qui ne garantit pas une déclaration exhaustive de tous les dysfonctionnements survenant dans l'EHPAD ni une gestion adaptée pour éviter leur répétition.	Dans le livret d'accueil des salariés est annexée une charte de confiance rappelant à chacun son devoir de signaler tout événement indésirable (annexe 4). Il est notamment spécifié dans cette charte que « tout événement déclaré est porteur d'expérience et rend le professionnel acteur de la démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » ceci afin de sensibiliser les professionnels, sur le principe de l'erreur apprenante, à la remontée de tout événement. Comme dispositif de recueil, il existe des fiches d'amélioration à destination des personnels, des résidents et des familles (annexe 5). Elles sont à disposition à l'accueil. Elles permettent aux résidents, familles ainsi qu'au personnel de signaler un dysfonctionnement constaté dans le fonctionnement de l'établissement et de pouvoir être force de proposition quant à l'action d'amélioration envisagée. Si le fait relève d'un EIG, il fera l'objet d'un signalement d'événement indésirable auprès des autorités. Ces fiches sont peu utilisées. Pour remédier à cet état de fait nous avons mis en place un support de sensibilisation à l'attention des professionnels appelé "fiche réflexe Evénement indésirable" (annexe 6). Cette fiche réflexe affichée en salle de personnel sera annexée est désormais annexée au livret d'accueil du salarié, elle permet de rappeler les automatismes attendus des professionnels face à un événement. Nous prévoyons de sensibiliser l'ensemble du personnel à sa bonne	Il est pris note des documents communiqués et de l'organisation à venir de mini-formations sur les EI. Toutefois, les documents (charte, fiche réflexe EI, cahier de transmission) ne donnent pas d'indications sur les modalités de déclaration à suivre pour uniformiser les pratiques (utilisation de quel outil, information des cadres sous quelle forme, délais... ?). Des principes de bonnes pratiques pour encourager la déclaration d'EI ne sont pas retrouvés : - Possibilité d'anonymat du personnel déclarant - Retour systématique au déclarant identifié... S'agissant de la « fiche d'amélioration à destination des personnels, des résidents et des familles », celle-ci n'indique pas la possibilité d'anonymat, elle paraît en outre plutôt destinée à proposer une/des mesures d'amélioration (fiche réflexe EI – « je contribue à l'analyse des causes : j'ai une idée = je rédige une fiche d'amélioration ») qu'à déclarer un événement avec les items habituellement requis pour l'analyse (personnes concernées, circonstances, impact, suites immédiates données ...). S'adressant à la fois aux personnels et aux usagers, elle concerne deux processus à distinguer : gestion des EI et gestion des réclamations. Les fiches de déclaration par le personnel doivent en outre être mis à disposition au plus près des lieux de travail (services). ➤ Remarque n° 3 maintenue

		compréhension, des mini formations seront ainsi dispensées à partir du 1er avril 2022. Un message d'information permanent figure dans le cahier de transmission globale que consultent tous les salariés et qui est disposé à l'accueil. Ce message du directeur indique la nécessité de remonter tout dysfonctionnement ou événement indésirable dont un salarié pourrait être témoin lors de sa journée de travail (annexe 7)	Mesures correctives attendues : - Définir précisément le processus opérationnel de déclaration et signalement des événements indésirables par les personnels (support de déclaration revu, circuit, processus d'analyse) - Assurer des sessions de formations pour acculturer l'ensemble du personnel à ce processus - Suivre l'évolution du nombre de déclarations mensuelles.
4	L'appropriation de la culture qualité par l'ensemble des personnels n'est pas encouragée par une réflexion collective sur la notion d'événements indésirables ni par un mode de gestion prévoyant leur implication.	Lors de la réunion staff hebdomadaire, figurent à l'ordre du jour l'analyse et le traitement des réclamations et des fiches d'amélioration. (annexe 8). Cette réunion staff regroupe le directeur et ses collaborateurs (adjoint, médecin coordonnateur, IDEC, animatrice, homme d'entretien...). A cette occasion, les dysfonctionnements soulevés sont partagés par ces professionnels et chacun peut contribuer à leur résolution. De plus dans l'ordre du jour de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire organisée pour le personnel soignant, nous avons ajouté une thématique pour aborder les événements indésirables concernant la prise en charge soin afin de mettre collectivement en œuvre des actions correctives ou préventives (annexe 9). Enfin pour impliquer l'ensemble du personnel, une réunion mensuelle sera organisée dès le mois d'avril entre le directeur et les salariés pour aborder les thématiques d'événement indésirable, de réclamation et de fiche d'amélioration (annexe 10) Une réflexion collective pourra ainsi être menée sur la survenance des dysfonctionnements, sur leur résolution, sur les actions à mettre en œuvre afin que ces dysfonctionnements ne se réitérent pas.	Il est pris note des actions prévues pour améliorer la culture qualité des personnels. Il paraît toutefois important de réserver un temps suffisant à l'analyse des EI dans des réunions où l'ordre du jour est déjà lourd (staff ou réunion pluridisciplinaire pour les EI relatifs aux soins). Sur la « fiche d'amélioration », voir l'analyse supra (réponse Remarque n°3). Plus généralement, une attention est à apporter sur la distinction entre ce qui relève de la gestion des EI (signalement remontés par les personnels) et de la gestion des réclamations (doléances des usagers) même si un croisement entre les deux sources d'informations est à assurer pour un repérage exhaustif et une analyse complète des dysfonctionnements survenus. ➤ Remarque n° 4 maintenue Mesures correctives attendues : - Mettre en place les instances d'analyse des dysfonctionnements survenus, associant les personnels de l'établissement - Définir des indicateurs permettant de mesurer le développement de la culture qualité au sein de l'établissement.

5	La gestion des réclamations ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée et partagée au sein de l'EHPAD, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui encourage « la formalisation, avec les professionnels, des outils de recueil et de traitement des plaintes, des réclamations et des événements indésirables » - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, § 2.3 – déc 2008.	Il existe deux procédures de gestion des réclamations qui ne vous ont pas été présentées lors de l'inspection : procédure "Gestion des réclamations écrites" (annexe 11) et procédure "Gestion des réclamations orales" (annexe 12). Pour ces réclamations, le directeur reçoit systématiquement le plaignant avec la présence le cas échéant de l'IDEC ou du médecin coordonnateur si il s'agit d'une plainte concernant la prise en charge. A la suite de l'entretien, un courrier reprenant les échanges et les actions à mettre en œuvre est envoyé au plaignant. Si la réclamation est considérée comme grave, elle fera l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable (annexe 5.1). De plus un cahier de suggestion destiné aux résidents et aux familles est disponible à l'accueil. Il permet de laisser tout avis.	Il est pris acte : - des deux procédures de gestion des réclamations (écrites/orales) mises en place au niveau du groupe gestionnaire et communiquées en réponse de l'analyse des réclamations et fiches d'amélioration faites en staff hebdomadaire (réponse indiquée pour la Remarque n°4). ➤ Remarque n° 5 levée
6	A la date de l'inspection, plusieurs postes budgétés ne sont pas encore pourvus ; l'établissement indiquera en réponse les démarches de recrutement entreprises. A noter sur cette partie du rapport, une « coquille » à corriger en page 12 : lire : « Les AV : 2 des 6 AV sont en absence injustifiée » (et non 2 des 2 AV)	Nous diffusons nos offres de recrutement d'AS, d'auxiliaire de vie, d'ergothérapeute, psychomotricien (annexe 13) sur différents job boards (Pôle Emploi, Indeed, Staff Santé, etc) (annexes 14.1 à 14.6). Par ailleurs, notre établissement a répondu à l'appel à projet sourcing Recrutement mis en place par l'ARS AURA et Pôle Emploi (annexe 15). Le directeur de l'établissement est également membre du groupe de travail - Attractivité des métiers en gériatrie mis en place par la filière gérontologique du Grand Valentin. L'établissement participe également à des forums emploi (par exemple le forum "Santé et aide à la personne" le 22 mars 2022 organisé par Pôle Emploi) (annexe 16). L'établissement va également s'engager dans un programme mis en place avec le SYNERPA en partenariat avec le Pôle Formation Santé (PFS) et le CNARM (Comité National d'Accueil et d'actions pour les Réunionnais en Mobilité) afin de recruter des demandeurs d'emploi réunionnais en contrat	La remarque n°6 portait sur la vacance des postes budgétés suivants : - Ergothérapeute (1 ETP) - Psychomotricien (0.5 ETP) - Psychologue (manque 0.4 ETP) - Médecin coordonnateur (manque 0.3 ETP) - AS/AMP : manquent 4 ETP environ - Auxiliaires de vie : manquent 2.8 ETP environ Les éléments communiqués (14.1 à 14.6) informant des supports de diffusion des offres d'emploi utilisés. Si l'on se réfère aux indications figurant sur ces copies d'écran, la publication des offres daterait de : - Ergothérapeute : 2/03/2022 - Psychomotricien : information non indiquée L'annexe 13 indique en outre une offre d'ergothérapeute à temps partiel, alors qu'il y a un temps plein à pourvoir, et le poste de psychomotricien n'apparaît pas. La consultation des offres d'emploi sur le site internet du groupe gestionnaire donne les informations suivantes : - Ergothérapeute : CDI temps partiel publié le 22/03/2022 - Psychomotricien : CDI temps partiel publié le 23/03/2022

	d'alternance qui intégreront la prochaine session de formation Aide-Soignant de la rentrée de septembre 2022 au sein du Pôle Formation Santé (PFS) (<u>annexe 17</u>).	- Aide-soignant de jour : CDI temps plein publié le 22/03/2022 - Auxiliaire Vie : CDI temps plein jour, publié le 22/03/2022 - Médecin coordonnateur : 0.3 ETP publié le 21/03/2022. Il en ressort que la publication des postes budgétés 2022 intervient à la fin du 1^{er} trimestre et ne correspond pas au temps budgété notamment pour l'ergothérapeute. En outre, aucune recherche pour compléter le temps de psychologue n'est entreprise. A noter qu'aucune information n'est donnée sur les candidatures éventuellement reçues. ➤ La remarque n°6 est maintenue et complétée ainsi : A la date de l'inspection, plusieurs postes budgétés sur 2022 ne sont pas encore pourvus ni publiés. Mesure corrective attendue : - Assurer une publication des offres d'emploi cohérente avec les effectifs budgétés et les dotations allouées en année pleine.	La réponse apportée confirme le constat de la mission d'inspection sur l'impossibilité à pourvoir les 3 postes chaque nuit, y compris en faisant appel à des agences d'interim. La publication d'un poste d'AS de nuit est attestée par l'annexe 13 (recherche d'un CDD temps plein en remplacement d'un personnel absent) pour une prise de poste le 14/02/2022. ➤ Remarque n° 7 maintenue Mesure corrective attendue : - Dans le contexte de difficultés accrues pour pourvoir l'ensemble des postes nécessaires auprès des résidents, une réflexion globale sur l'attractivité des emplois proposés et sur les conditions de travail paraît indiquée.
7	L'effectif de l'équipe de nuit ne permet pas d'assurer la présence systématique de 3 salariés en continu comme le prévoit l'organisation de l'établissement, même en recourant à du personnel intérimaire ou en CDD, ce qui constitue une fragilité étant données la configuration de l'établissement sur 3 niveaux, la capacité d'accueil totale de l'EHPAD et la présence d'une unité protégée de 21 places.	Au cours du mois de février et dans un contexte de pénurie de personnel soignant, plusieurs remplacements n'ont pu être effectués les 4, 5, 6, 14, 15, 18, 19 et 20 février. Nous avons donné nos besoins à l'agence d'interim [REDACTED] (annexes 17.1 et 17.2). Ils n'ont pas été en mesure de nous adresser des candidats. Les recherches effectuées par l'Etablissement n'ont pas abouti.	

8	Si l'organisation en mode dégradé est indiquée sur la fiche quotidienne de répartition des tâches en cas d'absence de personnel aidant-soignant, elle n'est pas précisée en cas d'absence d'auxiliaire de vie, ce qui conduit à une incertitude sur l'aide qui sera réellement apportée à l'équipe en difficulté et sur les règles d'organisation des suppléances.	Nous avons inséré les consignes concernant les absences d'AV sur la fiche quotidienne de répartition des tâches en cas d'absence de personnel (annexe 18). En cas d'absence d'une AV à un étage, l'AV présente prend en charge le secteur où il y a le personnel manquant. Elle contrôle la propreté des chambres et réalise les tâches ménagères nécessaires et la désinfection des zones contacts et WC. En cas de deux absences AV à un étage, une AV d'un autre étage bascule.	Il est pris acte de la mention ajoutée sur la fiche quotidienne de répartition des tâches. La détermination des tâches maintenues/reportées... en cas d'effectifs incomplets est toutefois à affiner. > <u>Remarque n° 8 levée</u>
9	Il n'a pas été fait état de l'existence d'une procédure expliquant les modalités d'accompagnement et de sécurisation de la prise de poste des agents remplaçants, alors que le recours à l'intérim est pratiqué régulièrement.	Nous remettons au salarié remplaçant dès son arrivée un guide du salarié CDD (annexe 19) qui comporte l'essentiel des informations lui permettant d'appréhender l'organisation de l'établissement et une fiche heuree détaillant les tâches à accomplir tout au long de la journée (annexe 20). De plus le remplaçant est toujours accueilli par un titulaire du secteur.	Il est pris acte des documents remis et de l'accueil systématique du remplaçant par un titulaire. > <u>Remarque n° 9 levée</u>
10	Les personnels ne disposent pas de fiches de tâches par métier ce qui les prive d'un document de cadrage des activités à accomplir et constitue nécessairement un manque notamment pour les professionnels remplaçants ou intérimaires lors de leur prise de poste.	Nous disposons de fiches heurees par métier qui détaillent les tâches à accomplir tout au long de la journée (annexes 21.1 à 21.13) et qui sont remises à tous les professionnels.	Les fiches heurees correspondent effectivement aux fiches de tâches demandées. Les fiches de tâches AS sont datées de 2002 sans indication de révision ultérieure. Celles du personnel de nuit, datées de 2002, ont été mises à jour en juin 2017 ou juin 2018. (A noter une incohérence sur la fiche AS/AMP en horaire 7h00-14h30 (NM) = la fin de service est indiquée à 14h30, mais des tâches sont également notées sur la période 19h-21h.) Les fiches de tâches AV sont datées du 21/03/2022 (contiennent des informations destinées pour partie aux AV remplaçants) : il n'est pas établi, d'après les entretiens et les documents fournis, que ces fiches préexistaient à l'inspection de l'EHPAD. Les fiches horaires IDE datent de novembre 2018. > <u>Remarque n° 10 levée</u> , toutefois : <u>Mesure corrective attendue :</u> - Veiller à l'actualisation des fiches heurees autant que nécessaire et faire figurer la date de la dernière révision.

11	Les personnels ne se sont pas appropriés la possibilité de recourir à une IDE d'astreinte la nuit, et il n'y a pas eu d'évaluation de l'absence de recours à ce dispositif visant pourtant à renforcer la sécurisation des personnels et des résidents.	Nous organiserons, au mois d'avril 2022, une mini-formation à destination des équipes de nuit pour évaluer l'absence de recours à l'astreinte téléphonique IDE en place et les sensibiliser à son utilisation.	Il est pris acte des mesures prévues d'ici avril 2022. ➤ Remarque n° 11 maintenue Mesures correctives attendues : - Faire connaître et expliquer le dispositif d'astreinte IDE mise à disposition la nuit - Evaluer le recours à ce dispositif
12	Les consignes d'urgence ne sont pas affichées dans tous les lieux utiles pour les personnels soignants, dans les différents étages et notamment à l'USA.	Nous avons procédé à l'affichage des consignes d'urgence dans les offices de tous les secteurs (annexes 22.1 et 22.2)	Il est pris acte de l'affiche réalisée et de l'affichage dans les différents étages et USA (office du personnel ?). A noter cependant que l'affiche ne contient pas les n° internes à l'EHPAD pour appeler l'IDE, le médecin coordonnateur ou celui de l'IDE d'astreinte la nuit : ces informations figurent peut-être sur un autre document, mais la centralisation des informations utiles sur un seul et même document paraîtrait plus opérationnelle, notamment pour les personnels remplaçants connaissant peu l'établissement. ➤ Remarque n° 12 levée
13	L'établissement indiquera en réponse le rôle attendu et effectivement mis en œuvre des « référents bientraitance », ainsi que les modalités de maintien de la compétence mises en place.	Vous trouverez en pièce-jointe notre fiche mission Référent Bientraitance (annexe 23) dans laquelle est détaillé le rôle attendu. Les problématiques RH ne permettent pas de remplir entièrement ce rôle. Les référents participent aux réunions pluridisciplinaires. Nous allons nous rapprocher des organismes de formation afin de programmer des modules de maintien de compétence.	Le document remis présente les missions du référent bientraitance sans toutefois préciser la déclinaison locale attendue à travers des actions concrètes et un cadre validé institutionnellement. Le rôle qu'il peut jouer en matière de prévention de la maltraitance (repérage des situations à risque par exemple) et d'analyse des pratiques et des EI avec les actions correctives à envisager mériterait d'être affiché explicitement et valorisé. Le maintien de la compétence est en outre essentielle afin d'être accompagné dans cette fonction et d'asseoir la légitimité vis-à-vis des autres salariés. ➤ Remarque n° 13 maintenue sur la nécessité de préciser le rôle attendu des « référents bientraitance » : Mesures correctives attendues : - Définir les actions et les moyens dont dispose les référents bientraitance pour jouer leur rôle dans un cadre institutionnel formalisé - Assurer les actions de maintien de la compétence des référents bientraitance au long cours.

14	L'absence d'organisation de temps d'analyse de la pratique professionnelle contrevient aux bonnes pratiques professionnelles formulées par l'ANESM qui recommande qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmissions d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes» (Recommandation ANESM : Mission du raisonnable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance-décembre 2008).	L'objet de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire est également de permettre des échanges et analyses des pratiques des professionnels entre le médecin coordonnateur, l'IDEC, les IDE et les AS afin d'optimiser une prise en charge gériatrique des différents résidents. Les entretiens annuels d'évaluation permettent aussi de revenir sur certaines pratiques afin de définir des objectifs d'amélioration et d'envisager des formations complémentaires. Dés analyses de pratiques, lors d'un soin ou d'un repas d'un résident, sont effectuées par l'IDEC. Nous allons mettre en place avec notre psychologue un temps formalisé mensuel pour l'analyse des pratiques des professionnels.	La recommandation de l'ANESM-HAS porte sur la mise en place « d'un dispositif d'analyse des pratiques qui vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes. » Il est pris note de la réponse indiquant la mise en place d'un temps mensuel organisé avec la psychologue de l'EHPAD. Cette organisation appelle toutefois deux remarques : - le temps de psychologue dévolu à la prise en charge des résidents est actuellement faible, - il est de bonne pratique, pour faciliter l'expression des salariés et favoriser la prise de recul permettant d'identifier des pistes d'amélioration nouvelles, de recourir à une contribution extérieure. (même recommandation ANESM-HAS). ➤ Remarque n° 14 maintenue Mesure corrective attendue : - Mettre 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.
15	Le PV de la dernière visite de la commission de sécurité n'était pas affiché à l'accueil de l'établissement.	L'avis de Sécurité incendie était affiché à l'accueil. Nous avons procédé à l'affichage du PV de la dernière visite de la commission de sécurité à côté de l'avis de sécurité incendie (annexe 24).	Il est pris acte de l'annexe transmise attestant de l'affichage du PV de la dernière commission de sécurité à l'entrée de l'établissement. ➤ Remarque n° 15 levée
16	L'établissement indiquera en réponse si les mesures demandées suite à la visite de la commission de sécurité de septembre 2021 ont été mises en œuvre.	4 prescriptions ont été formulées dans le PV de la Commission de Sécurité de septembre 2021). Nous les avons levées (annexe 25). • La prescription n°1 était d'ordre générale d'éviter de mettre des éléments qui empêchent l'évacuation ou du mobilier réduisant la largeur de passage réglementaire qui est de 1,40m de large. Nous avons vérifié et modifier les aménagements dans l'établissement.	Les éléments transmis à l'annexe 25 permettent de vérifier que les mesures demandées suite à la commission de sécurité de septembre 2021 ont bien été mis en œuvre. ➤ Remarque n° 16 levée

		- La prescription n°2 concernait le boîtier électrique de la salle des Tamaris qui n'était pas sécurisé car pas fermé à clé. Nous avons fermé à clé ce boîtier. - La prescription n°3 concernait la mise en place de deux ferme-portes dans le local de stock infirmier et celui de l'agent de maintenance. Cet écart a été levé. - La prescription n°4 a été faite car les BAES en place étaient positionnés horizontalement. Il nous a été demandé de les mettre à la verticale pour une meilleure visibilité.	Il est pris note qu'une réflexion sera engagée sur ce point dans les travaux sur le projet d'établissement. La remarque n°17 est à traiter en lien avec la remarque n°2 portant sur la conciliation entre la liberté d'aller et de venir et la sécurité des résidents, à formaliser dans une annexe au contrat de séjour après discussion en équipe pluridisciplinaire. ➤ Remarque n° 17 maintenue Mesures correctives attendues : - Engager une réflexion sur les évolutions possibles pour l'utilisation de la terrasse tenant compte des RBPP (ANESM-février 2009) - Formaliser les conditions d'accès propres à chaque résident de l'USA dans l'annexe spécifique au contrat de séjour (L311-4-1 du CASF) - Améliorer l'équipement de la terrasse pour qu'elle soit adaptée à son usage.
17	La terrasse n'est pas suffisamment équipée pour en faire un lieu agréable et l'impossibilité d'y accéder librement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui préconise, pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social : « L'accès libre à un espace extérieur sécurisé et clos (jardin, terrasse) est recommandé et permet la déambulation en toute sécurité »-RBPP- février 2009.	L'accès libre à la terrasse n'est pas possible pour des raisons de sécurité car nous craignons son utilisation sans surveillance humaine (escalade des grilles, froid, forte chaleur, etc). La terrasse est utilisée à la demande des familles ou avec la présence d'un membre de l'équipe. Lors du renouvellement de notre projet d'établissement, nous entamerons une réflexion sur l'aménagement et l'accessibilité de cette terrasse.	Il est pris acte de la réponse qui sera apportée pour améliorer la signalisation. ➤ Remarque n° 18 maintenue Mesure corrective attendue : Intégrer la question sur l'amélioration de la signalisation et de l'identification des services dans les travaux du projet d'établissement.
18	La signalisation utilisée dans l'EHPAD ne favorise pas le repérage dans l'espace, ne permet pas l'appropriation de leur service par les résidents et contrevient à la dimension chaleureuse attendue d'un lieu de vie.	L'identification par numéro et lettre des ailes de chaque étage ne concerne que l'organisation interne. Elle n'est pas utilisée pour les résidents et les familles. Nous profiterons du renouvellement de notre projet d'établissement pour réfléchir à une signalisation plus chaleureuse et plus facilement appropriable par les résidents et les familles, ils seront intégrés à la réflexion.	

19	La qualité des locaux d'hébergement n'est pas uniforme pour l'ensemble des chambres et salles de bains.	Nous procédons annuellement à la rénovation de quelques chambres. La crise sanitaire a ralenti ces travaux de rénovation, puisque régulièrement les équipes de travaux ne pouvaient accéder aux Etablissements. Concernant certaines chambres dont les portes ne ferment pas à clé, nous budgétons pour l'année 2023 un organigramme des clés afin d'équiper l'ensemble des chambres de serrure accessible par un pass et disposant d'un système anti-panique.	Il est pris note de la réponse apportée, qui ne permet pas de lever la remarque faute d'engagement sur un programme de rénovation défini dans le temps et d'une programmation de l'opération « serrures » en 2023 seulement. ➤ Remarque n° 19 maintenue Mesures correctives attendues : - Disposer d'une programmation de la rénovation des chambres et salles de bains de l'établissement - Améliorer dans les meilleurs délais l'intimité des résidents avec la possibilité de fermer la chambre, lieu de vie privatif, à clé.
20	L'équipement des chambres et sanitaires n'est pas optimal pour aider à la mobilité des personnes; en outre la rénovation commencée pour certaines chambres n'a pas fait l'objet d'une concertation interne sur les attendus en terme d'amélioration des locaux et n'est pas adaptée à la circulation des personnes à mobilité réduite.	Les deux chambres rénovées sont occupées par des résidents plutôt autonomes et qui n'utilisent pas de fauteuil roulant. Ils ont choisi, avec leur famille, ces chambres lors de leur visite de l'établissement. Cette rénovation de deux chambres jumelées en chambres individuelles avaient pour objet de servir de base et de test à une réflexion sur une éventuelle rénovation de l'ensemble de l'établissement. Concernant les rails, les contraintes architecturales ne nous permettaient pas d'avoir une installation allant dans la salle de bain. Il aurait fallu entreprendre des travaux de rénovation de l'ensemble de la chambre.	La réponse formulée par l'établissement ne permet pas de lever la remarque : la consultation des équipes et des résidents pour la rénovation de futures chambres ne semble pas prévue, de même qu'un approfondissement de la réflexion pour adapter les chambres aux besoins des personnes accueillies et contraintes des personnels. Il n'est pas apporté de réponse sur l'équipement des salles de bains. ➤ Remarque n° 20 maintenue Mesure corrective attendue : - Associer les personnels aux choix de travaux de rénovation pour adapter les locaux et leur équipement aux besoins des résidents et à la facilitation de leur prise en charge.
21	La procédure d'admission, pourtant révisée très récemment, n'intègre pas la visite préalable de l'établissement ni la tenue systématique d'un entretien de pré-admission en précisant les acteurs concernés par cette étape.	Nous disposons d'une procédure de pré-admission qui intègre une visite préalable de l'établissement du résident dans laquelle le directeur est l'acteur principal de cette visite. (annexe 26). Lors de cet entretien le souhait d'admission du résident est recueilli ainsi que ses attentes. Parallèlement les données médicales sont étudiées par le médecin coordonnateur qui donne son avis sur l'admission. Un rendez-vous dit de « préadmission » est également pris avec l'IDEC afin de s'entretenir avec le résident et ou son accompagnant.	La procédure transmise stipule que le médecin coordonnateur n'intervient "qu'administrativement" dans l'admission d'un nouveau résident. En outre, il n'est pas précisé qu'au moins un entretien préalable à l'admission entre le médecin coordonnateur et le résident est réalisé. Par ailleurs, la longue vacance de poste du médecin coordonnateur et le temps actuellement dédié à l'établissement (0,2ETP) ne sont pas de nature à garantir que l'entretien avec l'IDEC et le médecin coordonnateur sont bien réalisés, comme le prévoit le projet d'établissement 2013-2018. La procédure transmise permet toutefois de vérifier qu'une visite préalable à l'entrée en établissement est bien prévue et en précise le contenu et les acteurs.

			➤ <u>Remarque n° 21 levée</u>, toutefois : <u>Mesure d'amélioration attendue :</u> Définir explicitement le rôle attendu du médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Tamaris dans le processus de pré-admission et d'admission d'un résident, et les modalités de mise en œuvre.
22	La justification de la majoration du tarif journalier appliquée pour les séjours de moins de 6 mois n'est pas expliquée.	La majoration du tarif journalier des séjours à durée déterminée tient au fait qu'un mouvement plus fréquent de résident génère plus de travail administratif et plus de travail de remise en état de la chambre. Notre agent d'entretien remet systématiquement en état la chambre après toute sortie de résident (retouches peinture.)	Il est pris note des éléments explicatifs. ➤ <u>Remarque n° 22 levée</u> Bien que la tarification hébergement relève de la responsabilité propre du gestionnaire, la majoration actuellement pratiquée par l'établissement pour les séjours inférieurs à 6 mois pose question, compte tenu du tarif journalier déjà pratiqué, soit l'un des plus élevés du département.
23	Les informations figurant dans le livret d'accueil remis au résident ne sont pas toutes actualisées donc exactes.	Nous avons actualisé le livret d'accueil en enlevant la fonction de psychomotricien (annexe 27)	Malgré une incohérence entre la dernière date de mise à jour figurant en page de garde (20/01/2021) et la date de version figurant en bas de page (novembre 2020), le livret d'accueil a été mis à jour sur l'équipe soignante (pas de psychomotricien dans l'EHPAD). La date de cette dernière mise à jour pourrait être indiquée en page de garde. ➤ <u>Remarque n° 23 levée</u>
24	Les plans de soins ne comprennent pas toutes les informations pour garantir que toutes les aides dont le résident a besoin soient bien prises en compte par l'ensemble des personnels susceptibles de la prendre en charge (permanents et remplaçants).	Dans le plan de soins de Monsieur [REDACTED], le lavage des dents n'est pas indiqué car le résident est autonome sur cet item. Ne figurent sur les plans de soins que les actes qui demandent une aide. Concernant la fréquence « À partir du 08/05/2021 Tous les 15 jours à 10h » du nettoyage du filtre à air et le changement de lunette de l'oxygénothérapie de Monsieur [REDACTED] ce soins apparaît automatiquement sur le plan de soins IDE dans NetSoins le jour planifié.	Les explications données sont prises en compte. ➤ <u>Remarque n° 24 levée</u>
25	Alors que l'amplitude entre le repas du soir et celui du matin est importante (supérieure à 13h), l'absence de proposition systématique d'une collation en	Nous avons intégré dans l'ensemble des plans de soins une proposition systématique de collation lors de la ronde de 21 heures pour compenser l'amplitude de plus de 12 heures entre le repas du soir et celui du petit-déjeuner. (annexe 28).	Il est pris acte de l'introduction dans les plans de soins de la proposition systématique d'une collation en soirée. Néanmoins, cette proposition figurait déjà dans les fiches horaires du personnel de nuit mises à jour en juin 2017 ou juin 2018 (annexes 21.8 à 21.11) sans que cette consigne ne soit, d'après les éléments constatés sur place, appliquée.

	soirée contrevient aux bonnes pratiques de prises en charge.		➤ Remarque n° 25 maintenue Mesures correctives attendues : - Vérifier l'application des consignes relatives aux collations - Apporter les éléments probants sur la mise en œuvre effective de la distribution (traçabilité des collations).
26	De manière générale sur l'alimentation, l'attention portée à la qualité des repas interroge du fait des constats opérés par la mission le jour de l'inspection et de commentaires convergents sur une amélioration souhaitée.	Le jour de l'inspection, le cuisinier a effectivement proposé du boudin en plat de remplacement (surplus d'un repas de la semaine et conservé selon les règles applicables). Nous proposons parfois en plat de remplacement des plats proposés au menu de la semaine dans les respect des règles HACCP. Nous souhaitons ainsi également œuvrer à la minimisation du gaspillage (loi Egalim notamment). Vous indiquez également dans votre rapport un manque de produit frais. Nous vous transmettons les bons de livraison du mois de février (annexe 29). Vous constaterez que nous utilisons plus de produits frais et de surgelés que de produits en boîtes. Par ailleurs, les plats sont préparés sur place. Nous n'avons pas de préparation toute prête. Le « gâteau maison » concerne le goûter. Il est préparé sur place. Par contre, nous proposons des pâtisseries en dessert ou des viennoiseries au goûter qui sont surgelés. Vous trouverez également l'ensemble du cycle hiver des menus ainsi que les résultats de la thématique restauration de notre enquête satisfaction 2020 qui montre un taux de satisfaction de 91% (le taux de retour de cette enquête satisfaction était de 53,1%) (annexes 30.1 à 30.6).	Au regard des éléments transmis par le gestionnaire en annexe (notamment le cycle hiver des menus), il apparaît que : - le même menu à la semaine est proposé 3 fois en 3 mois. Autrement dit, toutes les 4 semaines, le même menu est reproposé aux résidents, ce qui ne permet pas de garantir la variété des propositions ; - l'étude du cycle hiver met en exergue que peu de plats (6) sont identifiés en "C" (pour conserve) - et quasi uniquement pour les compotes, ce qui est étonnant du fait du stock de conserves constaté au jour de l'inspection ; - le menu G1 - semaine 3 indique que la salade de cœurs palmiers est un produit frais dans son identification or, non seulement cette information paraît surprenante pour ce type de produit, mais la mission a constaté sur place qu'il s'agissait d'une conserve (cf. photo) ; - le « potage de légumes » est systématiquement identifié en LF soit « légumes frais » : or, les bons de livraison transmis n'attestent pas de la livraison de légumes frais en rapport avec la fréquence de ce plat, mais au contraire de la livraison de « Mélange potage 8 légumes » surgelés (20 kg le 14/02, 20 kg le 28/02/2022 par ex.) ; - le gestionnaire indique ne pas avoir de "préparation toute prête", ce qui est peu probable compte tenu du cycle de menus transmis (le nombre de plats indiqués en "assemblage" semble faire directement référence à de la préparation toute prête. Par exemple: entremet chocolat, crème à l'orange, quiches aux légumes, crêpe au fromage ou pissaladière). En outre, le jour de l'inspection, la mission a pu constater visuellement que le stock de la cuisine comptait de nombreuses préparations toutes prêtes (général, choux, velouté de légumes, préparation pour entremets...).

		- Enfin, s'agissant des légumes et fruits frais, il est regrettable de ne pas s'appuyer sur les produits du terroir local qui en est largement pourvu, notamment pour une « clientèle » de personnes âgées habituées à ce type de produits (produits livrés : kiwis d'Italie, poires de Belgique, Persil d'Espagne, Pommes de France (Val de Loire, d'après la fiche technique du fournisseur...). Le changement intervenu dans le menu du déjeuner du 25/02/2022, sans information particulière des convives et sans revoir l'équilibre complet du repas, n'est pas expliqué. La réponse apportée ne permet pas d'infléchir les constats de la mission, confirmés par les annexes transmises et par les photos de la réserve prises lors de l'inspection (cf. en fin de document). ➤ Remarque n° 26 maintenue Mesures correctives attendues : - Améliorer l'information donnée en matière d'alimentation (identification F, C, LF ...des plats servis; définition du « fait maison », modification dans les menus...) - Définir les axes d'amélioration possibles sur l'alimentation pour privilégier la qualité nutritionnelle et gustative des plats et produits servis - Entretenir le plaisir des repas en tenant compte le plus possible des souhaits des résidents.	Enfin, s'agissant des légumes et fruits frais, il est regrettable de ne pas s'appuyer sur les produits du terroir local qui en est largement pourvu, notamment pour une « clientèle » de personnes âgées habituées à ce type de produits (produits livrés : kiwis d'Italie, poires de Belgique, Persil d'Espagne, Pommes de France (Val de Loire, d'après la fiche technique du fournisseur...). Le changement intervenu dans le menu du déjeuner du 25/02/2022, sans information particulière des convives et sans revoir l'équilibre complet du repas, n'est pas expliqué. La réponse apportée ne permet pas d'infléchir les constats de la mission, confirmés par les annexes transmises et par les photos de la réserve prises lors de l'inspection (cf. en fin de document). ➤ Remarque n° 26 maintenue Mesures correctives attendues : - Améliorer l'information donnée en matière d'alimentation (identification F, C, LF ...des plats servis; définition du « fait maison », modification dans les menus...) - Définir les axes d'amélioration possibles sur l'alimentation pour privilégier la qualité nutritionnelle et gustative des plats et produits servis - Entretenir le plaisir des repas en tenant compte le plus possible des souhaits des résidents.
27	Le projet général de soins n'a pas été révisé depuis le projet d'établissement 2013-2018.	Le projet général de soins sera revu lors du renouvellement du projet d'établissement.	Il est pris acte de l'engagement du gestionnaire, à mettre en oeuvre. ➤ Remarque n° 27 maintenue Mesure corrective attendue : - Rédiger le projet de soins à intégrer dans le projet d'établissement en cours d'élaboration.
28	L'appropriation des procédures existantes et de la bonne compréhension des conduites à tenir par l'équipe de soins n'est pas particulièrement vérifiée.	Nous disposons de QCM pour évaluer l'appropriation des procédures soins par les salariés. Nous les utilisons lors des mini-formations dispensées aux équipes notamment sur les sujets des chutes, des contentions, des décès, des gestes d'urgences, de la fin de vie. A	Il est pris acte des informations données sur la vérification de la connaissance des procédures, sous forme de QCM lors des mini-formations. L'appropriation des procédures renvoie donc à la tenue de ces mini-formations, à renouveler très régulièrement sur une même thématique étant donnée la part de personnels vacataires dans les équipes de soins (hors IDE).

	ce titre vous trouver quelques exemples de QCM (annexes 33.1 à 33.5).		➤ Remarque n° 28 levée, mais vigilance à conserver sur l'appropriation des procédures de soins par l'ensemble des personnels de soins.
29	Malgré l'existence de protocoles complets et pragmatiques, certains indicateurs de survenue de certaines risques paraissent élevés selon le rapport d'activité médicale 2020 (escarres, contention...), ce qui questionne sur l'application de ces conduites à tenir au quotidien, en continu et par l'ensemble des personnels.	Une dynamique de l'établissement concernant l'application des bonnes pratiques des professionnels gériatriques a été mise en place dès l'arrivée du médecin coordonnateur, en septembre 2021 sur ce sujet. A ce jour, nous avons deux cas d'escarre dans l'établissement. Des contentions sont prescrites pour 10% des résidents. 76% d'entre elles ne concernent que des barrières uniquement. Concernant les taux de contention et d'escarre du RAAM 2020, ils semblent erronés selon le médecin coordonnateur (arrivé en septembre 2021) après consultation des dossiers de soins de l'année 2020. Nous pensons qu'il y a eu une erreur dans la saisie des données.	Il est pris acte de la réponse apportée mais non vérifiable sur l'erreur de saisie des données du RAAM 2020. ➤ Remarque n° 29 maintenue Mesure corrective attendue : - Suivre attentivement les indicateurs de survenue des risques et renforcer si besoin l'accompagnement aux bonnes pratiques professionnelles.
30	La convention du 10/07/2014 entre l'EHPAD et l'EMSP est insuffisamment mise en œuvre pour assurer un accompagnement adapté des résidents en fin de vie et n'a pas été évaluée tel que prévu par l'article 7 de la convention.	L'accompagnement des résidents en fin de vie est assuré par la HAD qui dispose des ressources nécessaires. Nous contacterons l'EMSP d'ici le 30 avril 2022 afin d'évaluer notre collaboration et la redynamiser.	Il est pris acte de la réponse apportée et de l'engagement de l'établissement à solliciter l'EMSP de Valence d'ici le 30/04/2022 en vue de l'évaluation de la convention. ➤ Remarque n° 30 maintenue Mesure corrective attendue : - Rencontrer l'EMSP pour évaluation de la convention.
31	La « trousse d'urgence » telle qu'elle est actuellement organisée (lourdier du contenant, choix de la localisation, fermeture non scellée...) n'est pas opérationnelle en cas d'urgence puisqu'elle n'est pas accessible directement et donc rapidement; en outre, son transport est malaisé alors que l'utilisation du matériel d'urgence hors de l'infirmerie et dans un étage ne peut être exclu.	L'IDEC et le Médecin coordonnateur vont modifier le contenant de la trousse d'urgence et son accessibilité d'ici le 30 juin 2022. Un sac à dos d'urgence a été commandé (annexe 34).	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à revoir les modalités d'accès au matériel d'urgence d'ici le 30/06/2022. ➤ Remarque n° 31 maintenue Mesure corrective attendue : - Matériel d'urgence disponible et directement accessible, et conservé dans les conditions de sécurité attendues (scellé).

En outre, il est pris note des remarques formulées dans la réponse de l'établissement s'agissant :

- Des évaluations internes et externes : le rapport a bien spécifié qu'une réforme des évaluations est en cours
- De la remarque figurant en conclusion du rapport d'inspection sur les équipements matériels attendus des personnels : ce constat retraçait les propos tenus en entretien (souhait de chaise de pesée plus maniable). Il est pris note de l'impossibilité d'utiliser un lit-douche étant données les contraintes architecturales, mais une réflexion sur un aménagement possible mériterait d'être initiée pour le confort des résidents et les conditions de travail des personnels.

Annexe : photos prises le jour de l'inspection : 25/02/2022



Réserve



Conserves de cœurs de palmiers



Préparation toutes prêtes : Génioises, choux ---->

