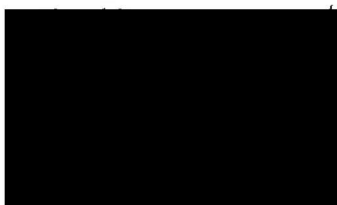


La direction générale



Réf. : PMIEC -24-2022

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

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 du Puy-de-Dôme de l'EHPAD « L'Ambène » à MOZAC (63)

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

LRAR 1A7M 583 47865

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 « L'Ambène » le 22 février dernier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 9 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 constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 18 mars 2022.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et de votre engagement à ne jamais dépasser la capacité autorisée de 75 places d'hébergement permanent.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive.

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

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 et vous attacherez en particulier à :

- Finaliser le projet d'établissement dans toutes ses composantes et assurer sa mise en œuvre ;
- Approfondir le travail de sensibilisation du personnel à l'ensemble du processus des événements indésirables, et mettre en place les outils adaptés ;
- Renforcer la qualification du personnel ;
- Améliorer la communication à destination des usagers et des familles.

En outre, 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.

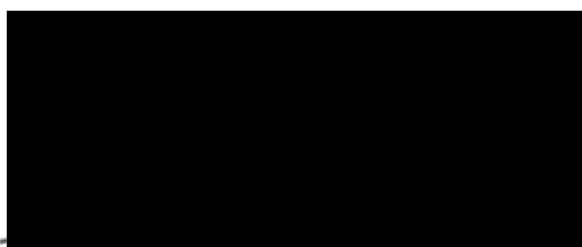
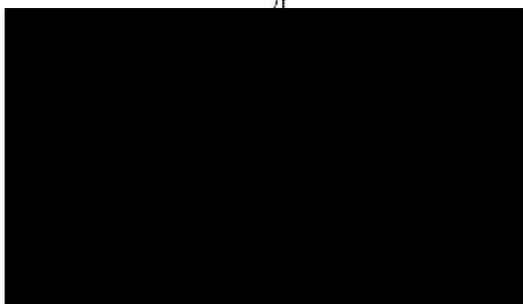
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale du Puy-de-Dôme et les services du Conseil départemental du Puy-de-Dôme.

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 rappellerons 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.



Copie : Mme la Directrice de l'EHPAD ORPEA « L'Ambène » à Mozac.

AR 11 174 593 17872

EHPAD "L'Ambène" à MOZAC - Inspection ARS/CD du Puy-de-Dôme du 22/02/2022

CONSTATS	ECARTS	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	CONCLUSIONS ET LA REPERE DES CORRECTIFS ATTENDUS
ECARTS			
1	En l'absence de transmission aux autorités de contrôle et de validation par la gestionnaire d'un projet d'établissement actualisé de moins de 3 ans, l'EHPAD contrevient à l'article L31-8 du CASP.	Le projet d'établissement pour la période 2021-2025 est en cours de rédaction. Ce dernier a été conduit simultanément avec la démarche d'évaluation interne. Les conclusions des groupes de travail ont servi de base à l'écriture du projet, et ont permis de définir des actions d'améliorations. Les salariés ont été informés de cette double démarche lors des réunions de lancement et de présentations aux équipes des 13 et 19 octobre 2020. Dès validation du PE, une synthèse de ce dernier sera réalisée pour être présentée au CVS et à l'ensemble des équipes. Le projet d'établissement sera finalisé et validé pour le 30/04/2022. Il sera par ailleurs transmis aux autorités de tarification et de contrôles. Annexes : - Annexe 1 - Projet d'établissement en cours - Annexe 2 - Fiche de présence Eval interne, projet d'établissement	Il est pris acte des modalités d'élaboration du projet d'établissement (PE) et de sa future présentation en CVS lorsqu'il sera validé. Toutefois, au regard de la réponse apportée, il apparaît que le personnel a été associé à la démarche d'évaluation interne mais pas réellement à celle concernant la rédaction du projet d'établissement puisque nous indiquons qu'il a été uniquement informé de cette démarche, ce qui est en décalage avec les PRSP. Vous voudrez bien transmettre les EV des réunions du CVS de l'année 2022. Dans l'attente de la transmission du projet d'établissement finalisé et validé, et des EV des réunions du CVS, l'ECART 1 est MAINTENU. LES MESURES CORRECTIVES ATTENDUES : - finaliser le projet d'établissement pour le 30 juin 2022, - présenter et communiquer le projet d'établissement à l'ensemble du personnel et aux différentes instances, - diffuser le projet d'établissement aux autorités de tarification.
2	Les résidents n'ont pas connaissance des mesures au contrat de séjour définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident car ces dernières ne sont pas signées par ceux-ci.	La notion de liberté d'aller et venir est stipulée à l'article 8 du règlement de fonctionnement, qui fait partie des annexes remises systématiquement avec le contrat de séjour. Le jour de l'entrée, tous ces documents sont lus, expliqués puis remis aux résidents et/ou à son représentant légal. Lors de la présentation de ces documents, nous nous assurons que le résident en ait compris les informations. Nous remettrons en place cette exigence dès à présent, en formalisant systématiquement l'annexe au contrat de séjour relative à la restriction de la liberté d'aller et venir à partir de l'évaluation des mesures individuelles faites par le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire. - Annexe 3 - Evaluation des mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir - Annexe 4 - Annexe au contrat de séjour relative aux restrictions de la liberté d'aller et venir	En vu de la réponse apportée, l'ECART 2 est levé.
3	Une part importante d'affectés sur des fonctions d'aida-soignant, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASP qui dispose que les prestations déléguées dans les EHPAD sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.	La pénurie de personnel aide-soignant rencontrée depuis plusieurs années nous contraint à organiser le service en adaptant l'organisation de l'établissement au regard des difficultés de recrutement que nous rencontrons.	Vous faites état de difficultés dans le recrutement des professionnels paramédicaux rencontrés depuis plusieurs années. Il s'agit en effet d'un constat assez généralisé sur le secteur. Dans le cadre du plan d'actions national pour les métiers du grand âge et de l'autonomie 2020-2022, sachez que l'Agence travaille, en concertation avec les gestionnaires, à améliorer l'attractivité des emplois de l'autonomie et à garantir la qualité des prestations par l'évolution des pratiques professionnelles. Néanmoins, à titre réglementaire, l'ECART 3 est MAINTENU. L'établissement devra faire un retour auprès des autorités de contrôle, sur les démarches engagées de son côté, leviers et dispositifs mis en œuvre, pour renforcer la qualification du personnel.

4	ECART 1 : En ne présentant pas un livret d'accueil personnalisé au nom du résident, l'accueil exhaustif et à jour, l'établissement ne respecte pas les articles L. 311-4 du CASP et R. 311-37 du CASP.	Charles livret d'accueil est personnalisé au nom du résident, tous le 1 ^{er} de chaque mois, le livret lui est remis le jour de son entrée ou enlevé au moment de son départ. En outre, le document remis à la mission est un document vierge non personnalisé. - Annexe 13 - Livret d'accueil personnalisé.	Il est pris acte qu'un livret d'accueil personnalisé (avec nom et n° de chambre) est remis à chaque résident le jour de son entrée. Cependant, sur le moment communiqué à la mission, intitulé Annexe 13 - Livret d'accueil personnalisé, il est indiqué en bas de page : "Document de travail interne CHSFA - Version 021 - Janvier 2021", puis à partir de la page 7 "Document de travail CHSFA - Version 021 - Janvier 2021". Du coup, la mission s'interroge sur la validité de ce document et sur la communication effective de ce livret au résident. Ce document est-il valide, ou est-il toujours un document de travail interne ?
5	ECART 2 : Le type de service du médecin coordonnateur n'est pas en conformité avec la réglementation.	Le médecin coordonnateur réalise 75,31 heures sur le mois, soit une moyenne de 17,50 heures par semaine, conformément à son contrat de travail. Il est présent 2 jours par semaine, les mardis et vendredis de 8h-19h, et peut-être amené à intervenir sur une autre demi-journée. Annexes : - Annexe 20 - Contrat de travail du médecin coordonnateur - Annexe 21 - Planning du médecin coordonnateur du mois de Mars 2022	La mission prend acte du contrat de travail du médecin coordonnateur. Néanmoins, dans votre réponse, il est indiqué que celui-ci est présent les mardis et vendredis de 8h à 19h, et qu'il peut être amené à intervenir une autre demi-journée. Or son contrat de travail fait état des horaires suivants : mardi et vendredi 9h00-18h00 avec 1h de pause. Il n'y a donc pas de concordance avec les horaires du contrat de travail et ceux communiqués par vos soins. De la même manière, le planning de mars 2022 ne permet pas de vérifier le temps de présence du médecin coordonnateur compte tenu de l'absence de légende claire sur ce document.
6	ECART 3 : Le médecin coordonnateur n'a pas suivi de formation de soins, ce qui est contraire à l'article D. 312-158-1 du CASP.	Le médecin coordonnateur a été embauché en juillet 2021. Il a été en arrêt durant les périodes du 13/08/21 au 03/09/21, du 30/09/21 au 10/10/21 et du 17/11/21 au 13/12/21. Le médecin coordonnateur va établir le projet général de soin avant la validation du projet d'établissement qui n'est pas encore finalisé.	Il est pris acte de l'élaboration à venir du projet général de soins par le médecin coordonnateur avant la validation du projet d'établissement non encore finalisé.
7	ECART 4 : Le médecin coordonnateur n'a pas aboré de dossier type de soins conformément à l'article D. 312-158-9 du CASP.	L'établissement utilise le dossier de soins de Netsoins, validé par le Médecin Coordonnateur. D'autre part, nous établissons 1 fois par an un rapport annuel d'activités médicales (RAAM) dont les données sont extraites de notre logiciel de soins. Toutes ces données sont colligées, complétées et validées par notre médecin coordonnateur.	Dans l'attente de la transmission aux autorités de tarification du projet général de soins, l'ECART 6 est MAINTENU. CF. MAJUSCULES CORRECTIVES ATTENDUES ECART 1.
8	ECART 5 : Le médecin coordonnateur n'a pas communiqué de dossier type de soins conformément à l'article D. 312-158-3 du CASP, et qui peut faire l'objet d'un travail partagé et participatif.	La situation sanitaire et l'absence de notre médecin coordonnateur durant son congé maladie n'ont pas permis d'organiser la commission de coordination gériatrique depuis sa prise de fonction. Une réunion va être programmée au 2ème trimestre, avec une invitation à tous les médecins traitants, pharmaciens et intervenants médicaux extérieurs.	Dans cette attente, l'ECART 8 est MAINTENU. Le compte-rendu de la commission de coordination gériatrique devra être transmis aux autorités de tarification le mois suivant la tenue de cette réunion.
REMARQUES			
1	REMARQUE 1 : Le fonctionnement du CVS et l'absence de diffusion d'une information sur les existences des postes des hautes de soins préopératoires et constituant un frein à leur expression. De manière plus générale, la mission est un frein à la circulation de l'information et à l'élaboration continue de la qualité de l'établissement.	L'accueil de la résidence étant en travaux de rénovation, les affichages réglementaires sont temporairement mis à disposition dans des classeurs sur la banque d'accueil, le temps de la finalisation des travaux. Un panneau spécialement réservé aux affichages a été installé le 11/02/2021 permettant ainsi d'afficher l'ensemble des informations sur l'existence du CVS : composition, procédures, verbaux des réunions. D'autre part, et suite aux dernières élections qui ont eu lieu le 15 juillet 2021, nous avons réalisé un trombinoscope des membres du CVS, accompagné d'un explicatif de son fonctionnement et de la manière pour prendre contact avec les représentants élus (coordonnées affichées). - Annexe 5 - Photo panneau d'affichage mis en place - Annexe 6 - Trombinoscope des membres du CVS	Au préalable, la réponse apportée questionne la mission dans la mesure où le jour de sa visite, il n'a pas été constaté de travaux à l'accueil de l'EMPAD de nature à empêcher l'affichage de ces documents. En outre, il a été indiqué à la mission le jour du contrôle qu'aucun document concernant le CVS n'avait été affiché jusqu'à présent. Néanmoins la mission prend acte de la volonté de l'établissement à mettre en place un tableau d'affichage. S'agissant du Fonctionnement du CVS, aucune réponse n'a été apportée, notamment sur les points suivants : - Le règlement intérieur ? - La fréquence des réunions du conseil ? - La suivi des actions et des suggestions des usagers.

En l'état, la REMARQUE 1 est MAINTENUE. Les comptes-rendus des réunions 2022 du CVS devront être adressés aux autorités de tarification.

2	REMARQUE 2 : Les supports d'information des familles ne permettant pas un véritable « portage » des droits des usagers. REMARQUE 3 : Malgré l'existence d'une procédure formalisée par le siège du Groupe concernant le traitement des EIG, ce dispositif n'est pas connu de l'ensemble du personnel et de ce fait, il n'est pas totalement opérationnel.	Une attention toute particulière sera portée sur ces thématiques à diffuser dans les prochaines gazettes et communications aux usagers. Annexe 7 - Gazette du mois d'avril (combinoscope des membres du CVS et droit de vote pour les élections présidentielles). Une « fiche réflexe EI équipe », dérivant les modalités de déclaration d'un EI au sein de la résidence, a été élaborée puis présentée aux équipes le 11/03/2021. Celle-ci a été affichée en salle du personnel pour mieux informer les équipes de la procédure, et est également annexée au livret d'accueil du salarié. Une charte de confiance est également remise aux salariés afin de promouvoir la culture de l'entraide et de la confiance, celle-ci est annexée au livret d'accueil. Par ailleurs, une fiche réflexe a également été établie à l'attention de la Direction, pour que celle-ci soit le moteur de relance et de rappel de la détection des EI/EIG. Une mini formation de sensibilisation des salariés à la détection d'un EI/EIG et à la remontée des événements, a été réalisée le 11/03. D'autres sessions seront réalisées dans les semaines à venir pour sensibiliser l'ensemble du personnel. Annexes : - Annexe 8 - Fiche réflexe EI équipe - Annexe 9 - Fiche réflexe EI direction - Annexe 10 - Fiche de présence de la réunion de présentation aux équipes - Annexe 11 - Charte de confiance - Annexe 4 du livret d'accueil du salarié	A la lecture de la Gazette du mois d'avril transmise à la mission, sauf erreur de notre part, il n'apparaît pas de combinoscope des membres du CVS, ni d'informations relatives aux modalités de vote pour les élections présidentielles. Compte tenu de ces éléments, la REMARQUE 2 est MAINTENUE. Les informations communiquées aux familles relatives notamment au CVS, au projet d'établissement devront être transmises aux autorités de tarification. Il est pris acte de la réponse apportée et des mesures mises en place pour que le personnel soit plus sensibilisé à la question des EI/EIG et qu'il ait une meilleure connaissance du dispositif de signalement de ces événements. Toutefois, ces mesures ne sont pas suffisantes pour que le personnel ait une bonne maîtrise du dispositif ; il est nécessaire de le sensibiliser de manière plus fréquente sur la notion d'EI/EIG, ainsi que de les former nécessairement au dispositif de signalement. En outre, la fiche d'émargement (annexe 10) transmise concernant le personnel Etséval à la formation de sensibilisation à la détection d'un EI/EIG et à la remontée des événements ne concerne que 8 agents de l'établissement. Aussi, vous voudrez bien transmettre les comptes-rendus des prochaines sessions de formation qui seront réalisées sur 2022 ainsi que les fiches de présence correspondantes. Dans cette attente, la REMARQUE 3 est MAINTENUE.
3			Dans l'attente de la mise en place de l'ensemble des mesures décrites, la REMARQUE 4 est MAINTENUE. Vous voudrez bien transmettre, dès leur mise en œuvre, les éléments suivants : - les différents moyens d'information mis en place - le tableau de recueil et de suivi de l'ensemble des EIG sur 2022 - les comptes-rendus des réunions d'équipe pluridisciplinaires (avec feuille d'émargement) sur l'analyse des causes des EI/EIG ainsi que le plan d'actions mis en place à la suite de ces réunions. Par ailleurs, d'ores et déjà, nous attirons votre attention sur deux points : - l'annexe 14 que vous avez transmise n'est pas un tableau de suivi des EIG mais un tableau concernant les réclamations de l'établissement. - l'ensemble des documents transmis concernant les EI/EIG ne fait pas apparaître clairement les définitions des EI/EIG/EIGs. En effet, seule la fiche "réflexe EI équipe" fait apparaître des exemples d'EI/EIG.
4	REMARQUE 4 : L'absence de réflexion institutionnelle sur la notion même d'EI/EIG est un obstacle à leur identification et à leur gestion par les professionnels, ce qui est en décalage avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ARS/ANESM.	L'établissement se donne 1 mois pour réfléchir et mettre en œuvre les différents moyens d'information : rédaction d'un chapitre dédié dans le livret d'accueil du salarié, réalisation de mini formations sur les modalités de déclaration. D'ores et déjà, nous avons : - formalisé une « fiche réflexe EI équipe » afin de sensibiliser l'ensemble du personnel aux fiches d'amélioration. - Cette dernière a été présentée aux équipes le 11/03/2021 - modifié l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires pour y intégrer un retour aux équipes, suite aux déclarations d'EIG - intégré une mention spécifique dans le cahier de transmission globale qui est visé quotidiennement par l'ensemble des équipes. D'autre part, nous allons formaliser un recueil de l'ensemble des EIG sous forme d'un tableau de suivi. Une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire via le diagramme d'ISHIKAWA fera l'objet d'un compte rendu et conduira à la mise en place d'un plan d'action. Les différents événements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS. Annexe 12 - Cahier transmission journalier. Annexe 13 - DM réunion pluridisciplinaire Annexe 14 - Tableau de suivi des EIG	Dans l'attente de la mise en place de l'ensemble des mesures décrites, la REMARQUE 4 est MAINTENUE. Vous voudrez bien transmettre, dès leur mise en œuvre, les éléments suivants : - les différents moyens d'information mis en place - le tableau de recueil et de suivi de l'ensemble des EIG sur 2022 - les comptes-rendus des réunions d'équipe pluridisciplinaires (avec feuille d'émargement) sur l'analyse des causes des EI/EIG ainsi que le plan d'actions mis en place à la suite de ces réunions. Par ailleurs, d'ores et déjà, nous attirons votre attention sur deux points : - l'annexe 14 que vous avez transmise n'est pas un tableau de suivi des EIG mais un tableau concernant les réclamations de l'établissement. - l'ensemble des documents transmis concernant les EI/EIG ne fait pas apparaître clairement les définitions des EI/EIG/EIGs. En effet, seule la fiche "réflexe EI équipe" fait apparaître des exemples d'EI/EIG.

5	REMARQUE 5 : L'absence de dispositif formel et opérationnel de recueil de l'ensemble des usagers doit pouvoir être tenue systématiquement dans la gestion des réclamations. A cet effet, un « tout savoir » relatif à l'utilisation des fiches d'améliorations a été mis en place, affiché à l'interne et en salle de pause du personnel. Une information sera également refaite : - à l'ensemble des équipes, par la direction, en mini formations avant le 15 avril - aux résidents et familles, lors du prochain OVS qui se tiendra le 5 avril - aux familles, via la gazette du mois d'avril (Annexe 5) - D'autre part, nous avons remis en place les affichettes à l'accueil (référé à tous les travaux), et un cahier de suggestions y est également mis à disposition. Chaque semaine lors de la réunion staff, l'ordre du jour prévoit un point qualité (annexe 16) pour l'analyse et le traitement des plaintes et des fiches d'amélioration. Un tableau de suivi des réclamations a également été mis en place, permettant à l'équipe d'encadrement d'insuffler cette démarche de traitement des réclamations. - Annexe 15 - Affichage de l'accueil - Annexe 16 - OUV de la réunion staff - Annexe 17 - Tout savoir sur les fiches d'amélioration	Il est pris acte des différents affichages et informations qui ont été réalisés concernant la mise à disposition et l'utilisation des fiches d'amélioration. Par ailleurs, la gazette du mois d'avril transmise aux familles, qui fait état d'une information concernant l'existence de ces "fiches d'amélioration" et de la procédure pour les remplir, interpellé la mission en ce qui concerne 2 points : - Le fait que ces fiches soient disponibles uniquement sur demande après la direction ou un secrétaire et qu'elles doivent ensuite être remises directement au directeur le jour même "ou un problème est survenu" ne permet pas la mise en œuvre d'un dispositif suffisamment "explicite" et incitatif pour les familles qui souhaitent faire part d'une réclamation. - Dans le paragraphe qui fait état de la méthode pour remplir la fiche d'amélioration, il est indiqué la phrase suivante: "Ne pas critiquer MAIS proposer des SOLUTIONS". Or, il n'appartient pas aux familles mais à la direction de l'établissement d'apporter des solutions suite à une réclamation ou au signalement d'un événement indésirable. Il convient de rectifier sans délai cette information adressée aux familles. Il est noté également qu'un cahier de suggestions est désormais mis à disposition des familles à l'accueil de l'établissement, et qu'un suivi de traitement des réclamations est mis en place. Aussi, vous voudrez bien transmettre : - Les comptes-rendus hebdomadaires des réunions "staff" sur 2022 - Les gazettes mensuelles adressées aux familles sur 2022 - Le tableau de suivi des réclamations de l'année 2022. Dans cette attente, la REMARQUE 5 est MAINTENUE.
6	REMARQUE 6 : L'affectation de personnel soignant diplômé sur des missions techniques n'est pas conforme à leur fiche de poste et n'est pas cohérent avec les difficultés de recrutement du personnel déclaré par l'établissement.	Si le personnel AS peut effectivement être amené à réaliser certaines tâches "d'entretien", dans un contexte de difficultés de recrutement de personnel soignant diplômé, il pourrait être envisagé de revoir l'organisation des équipes de manière à maintenir les personnels AS au plus près des résidents dans les unités de vie. A cette fin, une réflexion pourrait être menée pour recruter du personnel hôtelier supplémentaire afin qu'il soit affecté en renfort sur les tâches concernant l'entretien du linge et/ou des locaux. La REMARQUE 6 est donc MAINTENUE. Une information devra être portée à la connaissance des autorités de tarification sur l'évolution éventuelle de ce fonctionnement au plus tard dans les 6 mois.
7	REMARQUE 7 : La formation des auxiliaires de vie amenés à faire fonction d'aide-soignant est de faible durée (2 jours) au regard des tâches qui leur sont demandées. Ceci présente un risque pour la prise en charge des résidents.	Le jour du contrôle il a été constaté que le personnel AV "faisant-fonction" ne travaille pas systématiquement "en double" avec un personnel AS comme vous l'indiquez. Par ailleurs, la mission maintient que la "mini" formation de deux jours dispensée par l'IDEC ou les IDE à laquelle vous faites référence dans votre réponse semble de faible durée au regard des tâches demandées au personnel AV "faisant-fonction", ce qui représente un risque pour la prise en charge des résidents. Compte tenu de ces éléments, la REMARQUE 7 est MAINTENUE. Les autorités de tarification attendent que toutes mesures soient prises pour améliorer la formation des auxiliaires de vie amenés à faire fonction d'aide-soignant, et qu'elles soient portées à leur connaissance.
8	REMARQUE 8 : La politique de remplacement du personnel n'est pas formalisée.	Au regard de la réponse apportée, la REMARQUE 8 est LEVÉE.

9	REMARQUE 9 : L'absence d'anticipation au niveau de la gestion des plannings est source de désorganisation au sein des résidents.	La réponse est la même que pour la remarque 8. Un mode de garde est mis en place lorsque le personnel absent n'a pu être remplacé, afin de continuer d'assurer une qualité de prise en charge. Les auxiliaires de vie sont alors positionnés en renfort des équipes soignantes, afin de privilégier les soins aux résidents.	Il s'agit en effet d'un constat assez généralisé sur le secteur, comme indiqué supra. Il est pris acte des difficultés rencontrées, néanmoins, la REMARQUE 9 est MAINTENUE. Il convient d'anticiper au mieux la gestion des plannings dès que cela est possible.
10	REMARQUE 10 : Au regard du nombre d'auxiliaires de vie faisant fonction d'AV (10 sur 11), il existe peu de personnel AV engagé dans une démarche de VAS.	Aucune Auxiliaire de vie n'assure ces fonctions de façon pérenne, mais bien ponctuellement. Comme évoqué à la remarque 7, nous proposons une VAS pour les livrets 2 d'une durée de 35h. A cet effet, 4 infirmiers sont identifiés au niveau régional comme formateurs, et qui accompagnent les candidats sur 5 journées de 7 heures, permettant d'évaluer les compétences et de vérifier que la livret 2 soit correctement et entièrement renseigné. De plus, un suivi sur site d'une durée variable en fonction des besoins des candidats, est également effectué, notamment pour des mises en situations professionnelles. Il s'agit néanmoins d'une démarche volontaire des AV qui refusent parfois ce parcours VAS, malgré nos propositions.	Cette mesure reste d'actualité. L'établissement devra faire un retour auprès des autorités de contrôle, sur les démarches engagées, leviers et dispositifs mis en œuvre, pour renforcer la qualification du personnel et éviter les glissements de tâches. En l'état, la REMARQUE 10 est MAINTENUE.
11	REMARQUE 11 : L'accès à certains locaux présente des risques pour les résidents.	Les travaux sont terminés sur la résidence depuis le 10/03/2022. Les différents locaux susceptibles d'être accessibles par les intervenants extérieurs ont été sécurisés, et notamment le tableau électrique. Concernant les locaux de cuisine, un membre du personnel y est présent toute la journée et ces derniers sont fermés à 20h lors du départ du cuisinier.	Il est pris acte de la réponse apportée s'agissant de du tableau électrique qui n'est désormais plus accessible en raison de la fin des travaux. La REMARQUE 11 est LEVEE. Toutefois, s'agissant de l'accessibilité aux locaux et du matériel de cuisine, il convient d'avoir une vigilance particulière sur ce point, dans la mesure où, le jour du contrôle, la mission a constaté qu'elle avait pu se rendre dans ces locaux sans rencontrer de personnel.
12	REMARQUE 12 : Les personnels affectés aux soins ne sont pas tous qualifiés, ce qui présente un risque pour les résidents.	Même réponse qu'aux remarques 7 et 10.	Même réponses que pour les remarques 7 et 10, REMARQUE 12 MAINTENUE.
13	REMARQUE 13 : Des glissements de tâches existant pour les missions d'AS-AP et d'auxiliaires de vie, ce qui peut présenter un risque pour les résidents.	Même réponse qu'aux remarques 7 et 10.	Mêmes réponses que pour les remarques 7 et 10, REMARQUE 13 MAINTENUE.
14	REMARQUE 14 : Les personnels affectés aux soins selon les plannings établis et les absences de personnel parfois remplacées ne permettent pas toujours de respecter le rythme des résidents.	Même réponse qu'à la remarque 8. Un travail est mené depuis plusieurs mois sur les plans de soins et les projets personnalisés. A cet effet, tous les résidents ont un plan de soins très détaillé, grâce notamment à l'utilisation des commentaires qui nous permettent, en regard de chaque soin planifié, de préciser la manière dont il doit être fait. D'autre part, ces plans de soins sont élaborés à partir des souhaits et habitudes recueillis à l'entrée du résident, ce qui permet de les planifier en fonction de son rythme de vie. Ces informations sont centralisées dans un classeur disponible sur les chariots de Nursing de chaque secteur, et dont tous les personnels connaissent l'existence. D'autre part, nous avons mis en place le même type de documents pour les petits déjeuners, les collations, les toilettes et les couchers, qui tiennent compte des rythmes et souhaits des résidents et qui indiquent précisément les actions à réaliser. En cas d'absence de personnel, l'existence de ces documents permet à un personnel non habitué affecté au nursing de connaître précisément les actions à réaliser pour chaque résident, et de maintenir le même niveau de prise en charge.	Il est pris acte de la réponse apportée et notamment du fait que les résidents disposent de projets personnalisés et d'un plan de soins très détaillé établi sur la base des souhaits et des habitudes de vie recueillis à l'entrée des résidents, ce qui permet une planification des tâches du personnel en fonction de leur rythme de vie. Toutefois, au regard des difficultés de recrutement et de l'absentéisme du personnel, la mission s'interroge sur la capacité d'adaptation et d'intégration de l'ensemble des informations inscrites dans les projets personnalisés et de soins pour les nouveaux vacataires. De la même manière, la capacité du personnel "permanent" à respecter le rythme des résidents et/ou les projets personnalisés pose question lorsque les effectifs ne sont pas au complet du fait des absences non remplacées. L'existence de ces documents est certes aidante, néanmoins elle ne peut remplacer le personnel en nombre suffisant auprès des résidents. Il vous appartient donc de prendre toute mesure permettant de respecter le rythme des résidents et de les porter à la connaissance des autorités de tutelle. - Recruter des personnels supplémentaires pour ne pas saturer les équipes et remplacer dès que possible les personnels absents ; - Améliorer la formation des auxiliaires de vie amenés à faire fonction d'aide-soignant (cf. Remarque 7) ; - Favoriser les organisations en place ; - Etc... Sont autant de pistes à expérimenter. En outre, il paraît important de fidéliser au maximum les personnels remplaçants pour que ces derniers soient amenés à intervenir de manière régulière dans l'établissement. En l'état, la REMARQUE 14 est MAINTENUE.

