

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La Directrice Générale

Réf.: 2024-PhIEC-2

Directeur Général
SA ORPEA
12, rue Jean Jaurès
92800 PUTEAUX

Lyon, le 05 FEV. 2024

AR 4A 195 714 5104 4
Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de la Drôme

PJ : 1
- Mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur,

Une inspection diligente à notre initiative au titre des articles L. 313-13 du CASF et L. 1345-7 et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'HEPAD LA CLAIRIERE, les 5 et 6 décembre 2022, au titre du programme régional d'inspection, évaluation et de contrôle de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 13 octobre dernier, les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Nous vous avez transmis votre réponse en retour par voie postale et courriel les 19 et 20 novembre derniers.

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 nos 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 :

- Mettre en œuvre un réel management participatif par la Direction, assurer la conduite de projets, en associant et en mobilisant les professionnels concernés et améliorer la communication, notamment en faisant davantage preuve de proximité et d'empathie (immédiat) ;
- Respecter la fréquence de tenue de réunion du conseil de la vie sociale (3 fois par an) et échanger dans le cadre de cette instance sur la promotion de la bientraitance et l'analyse des causes des EIG/EIGS, en partageant aussi les plans d'action, après leur examen en équipe pluridisciplinaire (immédiat) ;
- Elaborer un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé et prévoir systématiquement sa mise à jour et son évaluation en équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne accueillie, de manière périodique et au besoin, ainsi qu'un projet de soins personnalisé, en référence à une procédure à formaliser et l'actualiser suivant un temps programmé régulièrement (immédiat) ;
- Veiller à la mise en œuvre des mesures correctives portant sur la gestion des ressources humaines (délai immédiat et au plus tard, 1^{er} semestre 2024, suivant les points visés), la promotion de la bientraitance (de 3 mois à au plus tard, 1^{er} semestre 2024) et en lien avec la prise en charge médicale et soignante des résidents (immédiat ou au plus tard 1^{er} semestre 2024) ;

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport d'inspection, ainsi que les mesures notifiées au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par l'ARS (délégation départementale de la Drôme – Pôle Handicap et Grand âge/Service Politique Grand âge) et le Conseil départemental de la Drôme.

Il vous revient de leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires, à l'issue des différents délais. 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 Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice
Par délégation de la Présidente du Conseil
Départemental

Cécile COCHET
Pour la Présidente et par délégation

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 risques) mais non fondé sur un texte précis et/ ou manquement à 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	Elaborer un projet d'établissement (comprenant notamment un plan Bleu et un projet de soins global intégrant les spécificités de l'UVP et l'hébergement temporaire), conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 et D. 312-160 du CASF, de manière concertée et partagée, en associant l'ensemble des professionnels et faciliter ainsi son appropriation et la cohésion d'équipe.	E.M. 1 E. 2 R. 31 et R. 32 R.M. 1	6 mois	<p>La direction de l'établissement déclare avoir engagé une démarche participative d'élaboration du projet d'établissement (PE), sur la base d'un retroplanning transmis dans le cadre de la procédure contradictoire, sur la période de septembre à novembre 2023. Les comptes-rendus de réunions de travail, ainsi que les fils conducteurs permettant de mener les groupes de travail, ont été transmis. La rédaction du PE a été réalisée par la directrice, avec l'aide de l'infirmière cadre pour le projet de soins. Il est également déclaré que les prises en charge spécifiques, telles que l'UVP et l'hébergement temporaire, sont incluses. Le plan bleu 2023, également remis, a bien été mis à jour le 31 mai 2023, avec des fiches action.</p> <p>A cette date, le PE est en cours de relecture par la direction régionale du Groupe (référénte qualité, infirmière coordinatrice et médecin régional). Sa présentation est annoncée en réunion opérationnelle en décembre 2023, ainsi qu'au prochain CVS, dont la date n'a pas été communiquée.</p> <p>Dans l'attente de la transmission du PE à la délégation départementale de la Drôme (Pôle Handicap et Grand âge/Service Politique Grand âge), dans le cadre du suivi d'inspection, la prescription n°1 est maintenue.</p>
2	Pour chaque résident, élaborer : 1/ Un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé et prévoir systématiquement sa mise à jour et son évaluation en équipe	E. 5 R. 25	Immédiat	1/ L'établissement déclare que les projets d'accueil et d'accompagnement (PAA) sont réalisés en équipe pluridisciplinaire. Les éléments de preuves transmis sont des procédures liées à

	<p>pluridisciplinaire en lien avec la personne accueillie, de manière périodique et au besoin (article L. 311-3 du CASF et RBPP de l'HAS/ANESM de 2008) ;</p> <p>2/ Un projet de soins personnalisé (article D. 312-155-0-1 et 3 du CASF), en référence à une procédure à formaliser et l'actualiser suivant un temps programmé régulièrement.</p>	<p>E.M. 2</p> <p>R. 33</p> <p>R. 34</p>	Immédiat	<p>l'élaboration des PAA, fiche de poste et un planning prévisionnel pour les PAA à faire d'ici fin 2023 et en 2024.</p> <p>Les éléments ainsi transmis ne prouvent pas que l'établissement réalise les PAA en équipe pluridisciplinaire, ni le nombre de PAA réalisés en cours de validité. Le retroplanning prévisionnel des PAA n'indique pas la date du dernier PAA réalisé et n'assure pas la traçabilité de réalisation des PAA.</p> <p>2/ L'établissement n'indique pas comment est défini et actualisé le projet de soins personnalisé.</p> <p>La prescription n°2 est maintenue concernant les projets d'accueil et d'accompagnement et dans l'attente de transmission d'une procédure décrivant le processus d'élaboration et de réactualisation des projets de soins personnalisés.</p>
3	<p>Concernant le Conseil de la Vie Sociale (CVS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en conformité le CVS, conformément aux exigences réglementaires (article D 311-4 du CASF), notamment en termes de fréquence de réunion ; - Echanger dans le cadre de cette instance, dans le but de favoriser une culture commune de promotion de la bientraitance ; - Aborder systématiquement à chaque tenue d'instance les déclarations d'EIG/EIGS effectuées au sein de l'établissement afin de les analyser, de les partager et d'améliorer la transparence au sein de cette instance. 	<p>E. 1</p> <p>R. 13</p> <p>R. 15</p>	<p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p>	<p>Il est indiqué en réponse que cette instance s'est réunie 3 fois en 2002 (comptes-rendus remis de 01/22, 09/22 et 12/22). A la date de la présente analyse, elle s'est tenue à deux reprises en 2023 (en avril et octobre). Le règlement intérieur, daté du 6/04/2023, a été communiqué. Les élections du CVS ont eu lieu en 2023, afin de mettre en conformité le CVS (Cf. résultats des votes des collègues et procès-verbal (PV) des élections instituant le CVS).</p> <p>Les comptes-rendus de CVS, en date de 12/22, 04/23 et 10/23 attestent que les EIG/EIGS sont évoqués/listés. Toutefois, l'analyse des causes et les plans d'actions ne sont pas partagés avec les membres du CVS, après leur examen en équipe pluridisciplinaire.</p> <p>La prescription n°3 est globalement maintenue concernant les échanges autour de la promotion de la bientraitance, la systématisation d'échanges portant sur l'analyse des EIG/EIGS au sein des CVS et pour le 1^{er} point, dans l'attente de transmission, dans le cadre du suivi d'inspection, du compte-rendu de la dernière séance du CVS, au titre de 2023.</p>

4	<p>Concernant le(s) poste(s) de médecin coordonnateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoir le temps d'intervention du médecin coordonnateur (0.60 ETP prévu au vu de la capacité de la structure), conformément à l'article R. 312-156 du CASF ; - S'assurer de la qualification du médecin coordonnateur concerné (article D. 312-157 du CASF). 	E. 3	Dès que possible	<p>L'un des deux médecins coordonnateurs présents au jour de l'inspection a quitté l'établissement. Ainsi, depuis le 1^{er} septembre 2023, un seul médecin coordonnateur (le Dr ■■■) intervient dans la structure, à 0.50 ETP, les mardi et vendredi. Cette professionnelle ne souhaite pas augmenter son temps de travail à 0.60 ETP, au sein de l'établissement, car elle assure une activité libérale à hauteur de 0.50 ETP.</p> <p>En vue de respecter la réglementation, la Direction a engagé une démarche de recrutement pour pourvoir au 0.10 ETP manquant, afin de compléter le temps de travail à 0.60 ETP. A cette date, aucune candidature n'est à relever.</p>
		E. 6	Dès que possible	<p>Pour cette raison, le 2^{ème} alinéa est modifié comme suit : S'assurer, lors du recrutement du médecin coordonnateur pour compléter le temps d'intervention (+ 0.10 ETP), de sa qualification ou de son engagement à se qualifier (article D. 312-157 du CASF).</p> <p>La prescription n°4, intégrant la modification susvisée pour l'alinéa 2, est donc maintenue.</p>
5	<p>Prévoir un conventionnement avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque médecin traitant libéral intervenant au sein de la structure (article L. 314-12 et R. 313-30-1 du CASF) ; - Chaque kinésithérapeute libéral intervenant à l'EHPAD (article R. 313-30-1 du CASF). 	E. 7	3 mois	<p>La direction indique avoir sollicité la totalité des médecins libéraux intervenant sur la structure par courrier avec AR le 31 octobre 2023 (transmis) et sollicitations orales, afin de mettre à jour les possibles conventions. A cette date, la Direction déclare que ces derniers ne souhaitent pas signer de convention avec l'EHPAD, après échange avec le médecin coordonnateur, pour présenter l'objectif de la convention de partenariat.</p>
		E. 8		<p>Les 3 kinésithérapeutes, intervenant actuellement sur la structure, ont conventionné avec l'EHPAD (documents annexés). L'alinéa 2 de ladite prescription est donc levé.</p> <p>La prescription n°5 est donc maintenue en son alinéa 1.</p>
6	Transmettre à l'ordre national des infirmiers la liste du personnel infirmier (article D. 4311-52-2 du CSP).	E. 4	Immédiat	<p>Comme attendu, la direction atteste de la transmission, à l'ordre national des infirmiers, de la liste des infirmiers intervenant sur la</p>

				<p>structure, par courriels des 15/09 et 23/10 (Cf. justificatifs fournis en annexe).</p> <p>La démarche de déclaration trimestrielle doit être poursuivie.</p> <p>La prescription n°6 est levée.</p>
--	--	--	--	--

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELA	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Assurer le suivi en temps réel du nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge au titre de la dépendance ou autre (maladie Alzheimer/maladies apparentées), en lien avec la capacité autorisée de manière distincte pour ces deux types de prise en charge.	R. 1	Immédiat	<p>La Direction déclare que le suivi en temps réel du nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge au titre de la dépendance est bien accessible aux directions, sur la base des statistiques en lien avec les grilles AGGIR et le PATHOS. Elle complète sa réponse, en indiquant des données au 6/11/23, alors que la réponse apportée dans le cadre de la procédure contradictoire, date du 20 novembre 2023. Cet intervalle de 15 jours ne permet pas d'acter que la structure assure un suivi en temps réel.</p> <p>Pour cette raison, la remarque n°1 est donc maintenue.</p>
2	Veiller à une activité de la structure à taux plein, en référence à la capacité prévue dans le cadre de l'autorisation accordée par les autorités de tarification.	R. 2	Immédiat	<p>Il est déclaré à cette date l'accueil de 68 résidents pour 77 places autorisées, soit un taux d'occupation de 88%. Un plan d'action commercial est déployé afin de remédier à cette situation (document remis). Un point commercial est réalisé à chaque Staff, afin de suivre les visites et les dossiers médicaux en cours, notamment avec l'application Via Trajectoire. La directrice, l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur sont également en charge de promouvoir l'expertise gériatrique de l'établissement, au sein du réseau de prescripteurs et de la filière gériatrique par le biais de la CTPS et de leurs rendez-vous prescripteurs.</p>

				Le taux d'occupation de 88% relaté, au terme de la procédure contradictoire, par la Direction ne permet pas de lever la mesure corrective. La recommandation n°2 est donc maintenue.
3	Veiller au respect du principe de liberté d'aller et venir (article L. 311-3-1 du CASF), en maintenant l'ouverture de la porte d'entrée principale de la structure, durant la pause méridienne (12h30 – 13h30).	R. 26	Immédiat	<p>L'établissement a transmis des informations sur l'organisation mise en place pour permettre aux résidents d'aller et venir sur la période concernée. Les résidents souhaitant sortir peuvent en faire la demande à un salarié présent.</p> <p>La recommandation n°3 est levée. Il est pris acte de la prise en compte du principe de liberté d'aller et venir et de l'organisation mise en place afin de répondre aux demandes des résidents.</p>
4	Formaliser un dispositif d'astreinte, afin d'en définir le cadre et les modalités organisationnelles et ainsi sécuriser les professionnels, dans le fonctionnement de la structure.	R. 4	1 mois	<p>La Direction indique, en réponse à la procédure contradictoire, les modalités organisationnelles, avec une directrice joignable sur son numéro professionnel tous les soirs de la semaine, du lundi au vendredi, en dehors de ses horaires de bureau, un directeur d'astreinte régionale désigné et joignable les week-ends et jours fériés (sur la base d'un planning établi par la cellule régionale et transmis à chaque établissement par semestre pour affichage à l'accueil, dans les offices et dans la salle du personnel et information des salariés sur chaque site avec les coordonnées) et une permanence administrative assurée au sein de la structure, chaque week-end, selon un planning établi par la direction du site en collaboration avec la secrétaire, l'adjointe, l'assistante de direction et l'animatrice. Elle ajoute que pour les problématiques, un chargé de travaux régional est également d'astreinte chaque week-end, afin de régler les problématiques urgentes dans ce domaine.</p> <p>Il est déclaré qu'une procédure « conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction » (fournie) est appliquée au sein de la Résidence.</p> <p>La procédure ayant été formalisée, comme attendu, la recommandation n°4 est levée.</p>

5	<p>Pour la Direction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la conduite de projets, de manière participative, en associant les professionnels concernés ; - Améliorer la communication, en informant davantage et à fréquence régulière les professionnels et/ou équipes (prévoir notamment un temps d'échange avec le personnel administratif) et de manière adaptée, suivant les situations rencontrées ; - Faire davantage preuve de proximité et d'empathie ; - Mettre en œuvre un réel management participatif, en mobilisant les équipes. 	<p>R. 7</p> <p>R. 5</p>	Immédiat	<p>Plusieurs éléments de réponse sont apportés, au terme de la procédure contradictoire :</p> <p>1/ La mise en place, depuis octobre 2023, d'une réunion opérationnelle de direction, une fois par mois, par équipe, soit deux réunions réalisées avec un ordre du jour identique pour l'équipe et la co-équipe (deux jeudis par mois, à 15h30). 6 points identifiés sont évoqués (retour/analyse des réclamations en cours, retour/analyse des EIG et EIGS en cours, avancée des plans d'action qualité en lien avec le PE, les actions en cours en faveur de la QVT, la liste des prochaines formations, la sensibilisation sur les procédures mises à jour). Ce temps est formalisé au sein des fiches de postes de l'ensemble des collaborateurs.</p> <p>2/ Pour favoriser la cohésion d'équipe, des temps conviviaux et team-building sont organisés à fréquence régulière par la Directrice. Toutes les équipes sont conviées à ces événements et le taux de participation est déclaré comme prépondérant.</p> <p>3/ Les éléments apportés en lien avec le travail pluridisciplinaire pour la refonte du projet d'établissement, les tensions entre les équipes de jour et de nuit et l'élection du Comité Social Economique régional ne sont pas recevables, au vu de leur caractère ponctuel.</p> <p>L'ensemble de ces éléments apportés globalement n'apparaissent pas suffisamment convaincants pour lever ladite recommandation. Celle-ci est donc maintenue.</p>
6	Se doter d'un organigramme daté et actualisé	R. 6	Immédiat	L'organigramme détaillé et actualisé (novembre 2023) a été fourni en annexe. La recommandation n°6 est donc levée.
7	<p>Concernant la gestion des ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer un suivi rigoureux, fiable, complet et en temps réel des données d'effectif en personnel ; 	R. 17	Immédiat	<p>1/ Un listing de toutes les entrées et sorties de salariés en CDI de 2020 à 2022 a été transmis. Ce document ne permet pas d'attester un suivi en temps réel et complet (CDI seulement). L'alinéa 1 est donc maintenu.</p> <p>2/ La Direction déclare que les données actuelles du turn-over et de l'absentéisme sont accessibles pour les directeurs (tableau</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un suivi d'indicateurs clés (absentéisme, turn-over ...), afin d'engager les actions correctives attendues ; - Doter chaque professionnel d'une fiche de poste et/ou fiche de tâches nominative et personnalisée. La faire signer de l'intéressé et l'actualiser si besoin et à intervalle régulier ; - Prévoir la conduite d'entretien annuel d'évaluation, intégrant un bilan de l'année écoulée, l'évaluation des objectifs et compétences, ainsi que la définition d'objectifs pour l'année à venir ; - Etablir un plan annuel de développement des compétences, avec un nombre suffisant de formations et répondant aux besoins identifiés et prévoir la réalisation systématique d'un bilan annuel des formations suivies ; - Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, conformément aux RBPP de l'HAS/ANESM de décembre 2008. 	R. 18	Immédiat	récapitulatif pour les deux indicateurs visés, au titre des trois dernières années), via un logiciel mis à disposition par le Groupe, à l'ensemble des directeurs, permettant à chacun d'avoir un accès à ces indicateurs clés pour un suivi en temps réel. Cette réponse s'avère trop générale. La mesure corrective vise le suivi de ces indicateurs en interne de l'EHPAD (transmis pour 2020 à 2022). Contrairement à ce qui est attendu, la Direction n'indique pas ce qu'elle fait précisément sur ce point. L'alinéa 2 est donc maintenu.
	R. 3, R. 19 et R. 30	3 mois	
	R. 37		
	R. 20	Dès que possible	3/ Concernant les fiches de poste, la réponse n'est pas satisfaisante car la démarche engagée n'est pas aboutie (restant à cette date incomplète). En effet, la Direction indique que l'ensemble des fiches de postes est désormais nominatif et qu'une réactualisation est en cours de réalisation par chaque chef de service, afin d'opérer des changements si nécessaires. Les professionnels ont signé leur fiche de poste remise lors de leur embauche. La fiche de poste de la Directrice a été transmise. La démarche globale n'étant pas finalisée, l'alinéa 3 est donc maintenu.
	R.M. 2	3 mois	4/ S'agissant de la conduite d'entretien annuel d'évaluation, il est déclaré que ceux-ci sont menés en binôme de direction, avec l'infirmière cadre pour le personnel soignant (IDE et ASD) et avec l'adjointe pour le personnel de l'équipe hébergement (AVS, lingère et personnel de restauration). Le planning prévisionnel de réalisation des entretiens annuels professionnels, communiqué en réponse, ne concerne que les ASD/AVS et ne vise pas l'ensemble des professionnels de la structure. S'il est déclaré que depuis l'arrivée de l'actuelle Directrice en 2020, les entretiens ont été réalisés en 2021 et 2022 (Cf. quelques exemples remis) et classés dans les dossiers de chaque collaborateur. La mesure corrective édictée sur ce point vise à engager une démarche durable et systématique pour chaque salarié et à décliner le contenu de la démarche. L'alinéa 4 est donc maintenu.
	R. 21		
	R. 12	Dès que possible (1 ^{er} semestre 2024 au plus tard)	5/ Concernant le plan de formation, les 3 formations diplômantes financées dans le cadre du plan de formation de 2024 sont

				<p>insuffisantes. La réponse apportée au titre des formations externes en 2023 et 2024 mérite d'être étayée, en l'absence notamment du nombre de bénéficiaires. L'alinéa 5 est donc maintenu.</p> <p>6/ La Directrice déclare avoir pris contact avec des organismes agréés, via le portail de l'analyse des pratiques professionnelles, afin de mettre en place une analyse des pratiques professionnelles via un organisme externe. Une réflexion sur sa mise en œuvre courant 2024 est en cours. Deux devis ont été communiqués par la Direction pour matérialiser la volonté d'initier la démarche.</p> <p>Cette démarche n'étant pas encore effective, l'alinéa 6 est maintenu.</p> <p>La recommandation n° 7 est donc maintenue dans son ensemble.</p>
8	<p>En matière de promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une politique en lien avec cette thématique ; - Déployer des formations collectives dédiées à l'ensemble des professionnels, afin de prévenir/gérer les risques et renforcer leurs compétences ; - Etablir un calendrier de mini formations des référents bientraitance, en charge de la sensibilisation des professionnels. 	<p>R. 10</p> <p>R. 11</p> <p>R. 22</p>	<p>3 mois</p> <p>Dès que possible (1^{er} semestre 2024 au plus tard)</p>	<p>L'établissement indique avoir réalisé un travail sur l'élaboration du projet d'établissement incluant la politique de promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Les formations bientraitance sont réalisées par les 2 référents de l'établissement, psychologue et infirmière cadre. Les feuilles d'émargements transmises font état de 5 mini sessions de formation en 06/2023 pour 27 salariés concernés. Aucune information sur le déploiement des formations collectives pour l'ensemble des salariés n'est indiquée dans la réponse d'établissement.</p> <p>La recommandation n° 8 est maintenue dans l'attente de la transmission du projet d'établissement, d'éléments probants concernant un calendrier prévisionnel des mini formations à destination de l'ensemble des salariés pour 2024 et le déploiement de formations collectives.</p>
9	<p>Concernant la démarche d'amélioration de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une réunion de revue de qualité, à fréquence régulière ; 	<p>R. 8</p>		<p>La structure a transmis des fiches réflexes élaborées par le groupe ORPEA qui doivent être remises à tous nouveaux collaborateurs. Pour</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à disposition des professionnels une base documentaire qualité bien étayée et organiser un accompagnement du personnel, afin de garantir son appropriation ; - Mettre en place une réflexion institutionnelle sur la démarche liée à la gestion des risques (notamment déclaration des EIG/EIGS et analyse systématique des causes), en y associant les professionnels/résidents/familles et en prenant appui sur les recommandations de l'HAS. - Mettre en place un processus d'analyse des réclamations et plaintes des résidents et des familles, de manière concertée et partagée avec le personnel. 	R. 9	1 mois	autant, l'appropriation n'est pas garantie sans formation récurrente et ne constitue pas une base documentaire qualité (analyse des causes, mesures de prévention pour la réitération).
		R. 14 et R. 15	3 mois	L'établissement indique qu'une réunion mensuelle est mise en place pour traiter, analyser les réclamations, EIG/EIGS et procéder aux RETEX sans en apporter la preuve dans le cadre de la transmission de compte rendus.
			2 mois	Un logiciel de déclaration des EI/EIGS est mis en place depuis fin 2022 avec des mini sessions de formations/sensibilisation à l'outil auprès de 42 salariés au total d'après les fiches de présence.
		R. 16	Immédiat	L'établissement indique que les réclamations sont systématiquement traitées en Staff et en équipe une fois par mois sans en apporter la preuve dans le cadre de comptes-rendus (CR) de réunion non transmis à ce jour. La recommandation n° 9 est maintenue , dans l'attente de la transmission des CR de réunion mensuelle, de Staff, de la poursuite de la réflexion institutionnelle au-delà des mini formations au logiciel.
10	<p>Concernant l'accompagnement des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une procédure d'admission, intégrant la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée et la remise des documents réglementaires ; - Prévoir sa diffusion à l'ensemble des professionnels, en vue de faciliter son appropriation et application ; - Clarifier la désignation des référents ou co-référents AS/AMP pour les résidents et prévoir de les 	R. 23	3 mois	L'établissement a transmis une procédure d'admission ORPEA (V019 de 2022) dans laquelle est évoquée la recherche du consentement par le Directeur en étape n°6. La check-list transmise ne fait pas état d'un document relatif au consentement. L'établissement informe que la désignation des référents est en cours de formalisation au sein de l'EHPAD.
		R. 24	1 mois	La recommandation n° 10 est maintenue globalement, dans l'attente notamment de la transmission de la liste des référents désignés et de la clarification de leur rôle en qualité de référent.

	accompagner dans leur rôle.			
11	<p>Concernant la prise en charge médicale et soignante des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'application en interne de la procédure contention élaborée par ORPEA, en accompagnant les professionnels concernés dans sa mise en œuvre ; - Tenir une liste des résidents sous contentions, en vue de faciliter leur suivi et réévaluation ; - Formaliser une procédure d'élaboration et de réévaluation périodique des plans de soins ; - Assurer la traçabilité des actes de soin/nursing réalisés par les soignants, directement après les soins (à défaut de tablettes connectées), afin de garantir leur effectivité ; - Revoir la procédure d'impression des DLU, afin de garantir l'exhaustivité et la mise à jour régulière des informations ; - Optimiser la mise à disposition des procédures, protocoles et fiches réflexes, pour faciliter leur appropriation et application par les professionnels concernés ; - Elaborer/mettre à jour les relations partenariales formalisées avec 	<p>R. 27</p> <p>R. 28</p> <p>R. 35</p> <p>R. 36</p> <p>R. 40</p> <p>R. 41</p> <p>R. 38 et R. 39</p>	<p>1 mois</p> <p>Immédiat</p> <p>1 mois</p> <p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p> <p>3 mois</p> <p>Dès que possible</p> <p>(1^{er} semestre</p>	<p>L'établissement a transmis la liste des résidents sous contention en 2022 et 2023. Cependant, aucune information complémentaire n'a été transmise sur le suivi effectif de la procédure contention au sein de l'établissement.</p> <p>Un document intitulé « les basiques du plan de soins » a été transmis par l'établissement. Ce document, ne comprenant pas de bordereau qualité (pas de date de rédaction, pas de nom de rédacteur/valideur), précise les différents types de soins pouvant être retrouvés dans le plan de soins et les personnes en charge. Cependant, ce document ne précise pas exactement quand et comment sont définis les plans de soins.</p> <p>Une procédure de gestion des dossiers de liaison d'urgence (DLU) a été transmise par l'établissement (mise à jour en novembre 2023, pas de nom de rédacteur/valideur).</p> <p>Cette procédure indique où sont situés les DLU papier et qui est en charge de l'impression.</p> <p>Cette procédure n'indique pas ce que contient le DLU. Il est précisé que les DLU sont imprimés à chaque mouvement de résidents et une fois par an ; ce qui ne garantit pas que le DLU soit à jour au moment où le DLU est transmis (changements de traitements, nouvelles pathologies, etc. pouvant arriver dans l'année), ni à quel moment de l'année la réimpression a lieu.</p> <p>L'établissement a transmis le planning 2023 des mini formations faites aux équipes sur les temps de réunion. Cependant, l'établissement n'a pas transmis d'autre élément sur la mise à disposition des protocoles, procédures et fiches réflexes.</p> <p>L'établissement a transmis le message (courriel), envoyé par l'EHPAD en date du 27/10/23, en direction du CH Ste Marie, pour mettre en place une convention entre les 2 structures pour le suivi des patients</p>

	différents acteurs du secteur sanitaire et médico-social (notamment un établissement psychiatrique et des établissements de santé, en cas de transfert/prise en charge de résidents).		2024 au plus tard)	<p>ayant des troubles psychiques. Il n'a pas été transmis de convention de partenariat.</p> <p>La recommandation n°11 est maintenue, dans l'attente d'éléments complémentaires sur la prise en charge médicale et soignante des résidents.</p>
--	---	--	--------------------	---

