

Le Département de la Haute-Loire

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
Le directeur général

Réf. : 241939

Président
ASSOCIATION "EHPAD" DE RETOURNAC

1 CHE DES ROCHETTES
43130 RETOURNAC

Lyon, le **20 AVRIL 2023**

PAR 80 46 247 35027

Objet : **ARS** - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de la Haute-Loire

PJ : 1
Mesures correctives définitives

Monseigneur le Président,

Une inspection conjointe de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes et du Conseil départemental de la Haute-Loire a été conduite à l'EHPAD « Les bords de Loire » à Retournac, les 21 et 22 septembre 2022, suite à des signalements relatifs à des difficultés de fonctionnement susceptibles d'affecter la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 8 février 2023 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel du 10 mars 2023, accompagnée de pièces justificatives. Aucune observation n'étant formulée sur le rapport lui-même, celui-ci n'est pas modifié.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire. Néanmoins, certaines incohérences entre les différentes pièces fournies et le manque d'adaptation de la plupart des documents au contexte de la résidence « Les bords de Loire » ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux mesures correctives envisagées.

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, comme initialement indiqué dans la décision provisoire, à :

- La reconstruction d'une gouvernance efficiente ;
- La mise en œuvre d'une politique Qualité-Gestion des Risques et de prévention de la maltraitance ;
- La sécurisation des soins et du circuit du médicament ;
- La stabilisation et la formation des équipes ;
- La mise en œuvre d'un véritable projet d'établissement et d'un accompagnement personnalisé des résidents, en y associant les équipes ;

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00

Le Département de la Haute-Loire
CS 20810 – 43009 Le Puy-en-Velay
04 71 07 43 43

Conformément au règlement (UE) 2016/673 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder, par voie de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ar-ara-dpo@ars.sante.fr).



- L'amélioration de la communication tant interne qu'externe afin d'apaiser les tensions existantes ;
- La mise à jour de la totalité des outils de la loi 2002 -2.

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

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de la Haute-Loire, et les services du Conseil Départemental de la Haute-Loire.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires à l'issue des différents délais.

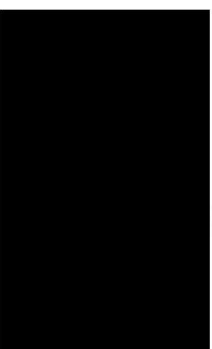
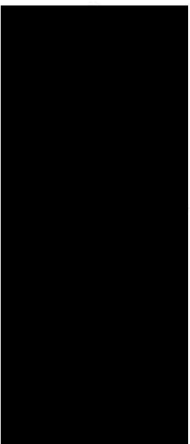
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr.

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 Président, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur général de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes

La Présidente du Conseil départemental



Copie à Mme la directrice

PR 2C 166 347 3503 4

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) 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).

[illegible]

2	Mettre en œuvre une politique de prévention et de gestion des risques, et notamment :			
	- actualiser et mettre en œuvre les procédures permettant le recueil, l'analyse, le traitement, le signalement et le suivi des événements indésirables graves et des réclamations (articles L. 1413-14 du CSP, L. 311-8 et R. 331-8 du CASF), en veillant à ce qu'elles soient bien appropriées par les équipes,	E21 - R17 à R20	3 mois	Il est pris note de l'actualisation des documents relatifs au recueil, analyse et traitement des EI, et de leur présentation au personnel en réunion générale les 4 et 11 octobre 2022. Néanmoins, nous attirons votre attention sur le fait que la procédure n'aborde pas les EIGS, qui sont à distinguer des simples EI, ni même l'obligation de déclarer ce type d'événement sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Par ailleurs, une fiche risque fréquence gravité criticité a été transmise, mais les autres documents, notamment la FEI, ne reprend pas ces éléments. La multiplicité des documents ne facilite pas la compréhension des personnels, et n'est en rien un gage de qualité. Enfin, il n'est pas précisé si ces EI sont traités à l'aide d'un logiciel informatique.
	- identifier dans le règlement de fonctionnement les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles (article R311-35 du CASF + instruction du 4 juillet 2017),	E2	3 mois	Nous vous encourageons donc à :
	- actualiser et compléter le plan bleu dans toutes ses composantes pour en faire un outil opérationnel en cas de crise sanitaire ou climatique (articles D. 312-160, R. 313-31 du CASF),	R21 – R22	3 mois	- compléter la procédure de recueil, d'analyse et de traitement des EI, en distinguant les EI et les EIG, en indiquant l'obligation de signalement aux autorités de tarification pour les EIG, et en précisant l'outil de suivi informatique de ces EI le cas échéant ; - optimiser le nombre de documents à renseigner pour une bonne assimilation par le personnel, et une meilleure compréhension par tous de ce qui doit être fait en cas d'EI/d'EIG.
	- élaborer le document d'évaluation des risques professionnels (DUERP).	R34	6 mois	Vous n'évoquez pas dans votre réponse la procédure relative au traitement des réclamations. Concernant le règlement de fonctionnement, il est pris note de l'identification dans le document des mesures à prendre en cas d'urgence ou situations exceptionnelles. Cependant, ces mesures sont très succinctes, et le règlement de fonctionnement n'a pas été mis à jour dans sa globalité, ni même validé par les instances alors que le rapport d'inspection établi fait mention de ces éléments. Il est pris acte de votre engagement à réviser le plan bleu en mai 2023, et de la finalisation du DUERP au 30 avril 2023. Compte tenu de ces éléments, la prescription est MAINTENUE dans sa globalité. Il vous appartiendra de transmettre les différents documents actualisés/mis à jour.

3	Sécuriser les différentes étapes du circuit du médicament :			
	-Formaliser une procédure des différentes étapes du circuit du médicament pour des pratiques homogènes et connues des personnels	R81	3 mois	L'établissement a transmis différents protocoles sur le circuit du médicament notamment sur la prescription, la gestion de la dispensation et la préparation des traitements. Ils sont tous datés de mai 2022, les personnes ayant validé ces documents ne sont pas mentionnées. A noter que l'aide à la prise des traitements fait l'objet d'une collaboration et non d'une délégation, tel que c'est mentionné sur le protocole. Ces protocoles ont été travaillés en équipe les 2 février et 3 mars. Ils doivent être présentés en réunions « soins » à l'ensemble des soignants.
	-Réaliser des audits réguliers pour une analyse des pratiques afin de mettre en place des actions correctives (art. L. 312-8 du CASF)	E20	6 mois	Un audit a été réalisé en novembre 2022, un document complet de sa restitution permet d'identifier différents axes de sécurisation. Une fiche de traçabilité de la prise de connaissance et réception des procédures par les IDE lors de leur prise de poste est constituée.
	- Désigner le personnel référent pour assurer la pharmacovigilance, ainsi que celui responsable de la matériovigilance en définissant leur rôle (art. R. 5121-161 du CSP)	E22 – R82	Immédiat	L'établissement a mis en place des audits flash sur les stocks d'urgences, les toxiques.
	- Assurer de la réalisation d'une prescription médicale pour les modifications de posologie des anti-vitamine K en lien avec la mesure de l'INR	R83	Immédiat	L'établissement s'engage à identifier des référents pour la pharmacovigilance et la matériovigilance avant fin avril 2023. Un prestataire a été choisi pour assurer la matériovigilance.
	- Faire élaborer par le médecin coordonnateur en lien avec le pharmacien et les médecins traitants, une liste préférentielle des traitements pour soins urgents et gérer en fonction le stock de traitement rangé dans les armoires et l'enceinte réfrigérée (art. D. 312-158 6 du CASF)	E23 – R85	1 mois	La liste préférentielle des traitements pour soins urgents a été formalisée ; elle est signée du pharmacien mais pas du médecin coordonnateur.
	-Faire signer et valider par le médecin coordonnateur, la dotation pour les urgences vitales et définir les modalités du suivi de la vérification des dates de péremption des matériels et traitements de cette dotation	R86	Immédiat	Le libre choix du pharmacien par le résident figure au contrat de séjour ; en annexe 20, une autorisation est prévue, il est bien indiqué notamment le dispositif PDA.
	-Formaliser et consigner dans le dossier du résident, le libre choix du résident et/ou son représentant légal pour la pharmacie d'officine en vue de l'approvisionnement des médicaments dont il a besoin (art. L. 1110-8 du CSP)	E24	Immédiat	Il est pris note de ces différents axes d'amélioration pour sécuriser le circuit du médicament. Néanmoins, vous ne répondez qu'à une partie de la prescription. En effet, il semble que la page 7 du tableau de mesures correctives envisagées ait été occultée (sûrement un oubli). Cela concerne les écarts E25, E26, E27, E28, E29, et les remarques R84, R85, R86, R87, R88, R89, R90, R91, R92, R93, R94. Compte tenu de ces éléments, la prescription est MAINTENUE dans sa globalité. Il vous appartiendra de transmettre les éléments probants concernant les mesures notifiées en page 7 de la décision provisoire conjointe en date du 8 février dernier, et de compléter les premiers éléments de réponse par l'envoi de données actualisées : protocoles validés ; dates des réunions « soins » et feuilles d'émargement des personnels ayant participé à la présentation des protocoles élaborés ; les référents identifiés pour la pharmacovigilance et la matériovigilance.

-Définir les modalités du changement des traitements dans le cadre de la PDA	R84	Immédiat	Cf. Eléments de la page précédente.
- Sécuriser le stockage des médicaments, dont la détention des médicaments de la dotation d'urgence et le stockage et arrimage de la bouteille d'oxygène (art. R. 5132-26, 5126-113 du CSP)	E25 – E26 – E28 – R86	Immédiat	
- Restituer à la pharmacie d'officine les traitements périmés et non utilisés pour ne pas constituer de stock sauvage (art. L. 4211-2, R. 5132-36 du CSP)	E27 – R85	Immédiat	
- Assurer le suivi journalier de la température de l'enceinte réfrigérée et la tracer et formaliser la conduite à tenir en cas d'écart de température de conservation des médicaments soumis à la chaîne du froid	R87 – R88	Immédiat	
- Sécuriser l'administration des médicaments, dont les traitements de nuit, notamment en déterminant des outils fiables et en vérifiant l'identité du résident, et en protocolisant la collaboration entre IDE et AS/AMP, et assurer la traçabilité des actes de distribution médicamenteuse (art. R. 4311-4 du CSP et L. 313-26 du CASF)	E29 – R90 – R91 – R92 – R94	1 mois	
- Veiller à faire figurer les bonnes indications sur les emballages des traitements multidoses et à l'écrasement des médicaments autorisé selon une liste pré-établie (OMEDIT)	R89 – R93	Immédiat	

4	Structurer l'organisation des soins aux besoins spécifiques de la population accueillie : -Formaliser le projet général de soins et définir les objectifs stratégiques et opérationnels (art. D. 312-158 du CASF) ; et mettre en place des indicateurs pour leur évaluation et suivi pour tous les domaines de la santé. -Définir un projet de soins spécifiques aux unités de vie protégées, pour adapter au mieux l'accompagnement au plus près des besoins identifiés de l'ensemble des résidents. -Formaliser pour chaque résident accueilli un projet de soins personnalisé, déterminé de façon collégiale, afin de cibler les différents accompagnements et prises en charge en soin dans toutes les dimensions du soins (préventif, thérapeutique...) en définissant une programmation de son élaboration et actualisation, et planifier des temps en pluridisciplinarité pour établir des synthèses sur la prise en charge en soins des résidents et selon leurs attentes. Art. D. 312-155-0-1 du CASF	E18 – R60	12 mois	L'établissement annonce que le projet général de soins sera défini lors de la révision du projet d'établissement pour lequel la mise en place d'un groupe de travail est prévu à partir de juin 2023. Des fiches de suivi mensuel de plusieurs indicateurs en soins sont proposées (contention, dénutrition, chute, infection, plaie et autres). On peut souligner que ces indicateurs font partie des éléments à recueillir pour le RAMA. Aucune réponse n'est faite sur l'élaboration du projet spécifique pour les unités de vie protégées.
		R61	12 mois	Concernant la formalisation du projet de soins personnalisé l'établissement n'a pas répondu. Il fait référence à la mise en place de l'élaboration des projets personnalisés sans faire mention du volet de soins, avec la mise en place de réunion pluridisciplinaire de synthèse. La programmation des dates de ces temps pluridisciplinaires n'est pas transmise mais l'établissement annonce une réunion de synthèse mensuelle pour réaliser et mettre à jour les projets personnalisés. Ce qui est contradictoire avec le doc 5 transmis, intitulé « instances et commission 2023 » (tableau EXCEL), où les réunions de synthèse sont positionnées de manière hebdomadaire les jeudis de 14h30 à 16h30 pour le suivi des projets personnalisés.
		E19 – R62	6 mois	La prescription est donc MAINTENUE dans l'attente de l'élaboration du projet global de soins et spécifique aux unités de vie protégées, de la constitution du volet de soins dans les projets personnalisés, et de la programmation des réunions de synthèse. Ces éléments devront par ailleurs être communiqués aux autorités de tarification.
5	Elaborer le projet d'établissement dans le cadre d'une démarche participative, intégrant notamment un projet de soins comme évoqué précédemment, (articles L.311-8, D. 311-38 et D. 344-5-5 du CASF)	E1 – E18	12 mois	Il est pris acte de votre engagement à initier la démarche en juin 2023. Dans l'attente de la réception des comptes-rendus des groupes de travail et du projet d'établissement (intégrant un projet de soins), la prescription est MAINTENUE.

6	<p>Etablir et évaluer régulièrement les projets d'accompagnement personnalisés des résidents afin de garantir une réponse individualisée adaptée (articles L. 311-3 et D. 312-155-0 du CASF, RBPP ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé »), sur la base d'un recueil d'informations sur la personnalité, les attentes et les besoins de chacun</p>	E11 – R44	6 mois	<p>Vous indiquez que la démarche est initiée, et notamment que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le personnel a été informé de la nécessité des projets personnalisés des résidents ; - un livret de présentation des projets personnalisés a été remis à chaque salarié et est remis à tous nouveaux salariés ; - chaque résident a un référent désigné dans l'équipe chargé de veiller au recueil d'informations pour l'élaboration du projet du résident, de son élaboration et de sa mise à jour ; - des référents de service veillent à la supervision de la démarche, et à la mise à jour des plans de prise en charge qui en découle ; - des réunions de synthèse des projets se déroulent une fois par mois dans chaque service pour faire le point, et assurer la mise à jour constante des projets des résidents et de leur prise en charge. <p>Il est pris note de ces différents éléments, néanmoins, à ce stade, la prescription est MAINTENUE. Il vous appartiendra de transmettre la programmation des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) à établir, ainsi que le modèle type de PAP et 3-4 comptes-rendus de réunions de synthèse mensuelles associant les personnels.</p>
7	<p>Organiser et suivre la contention passive</p> <p>En actualisant le protocole sur cette thématique, en respectant les recommandations de bonnes pratiques notamment l'évaluation en pluridisciplinarité, la recherche d'alternative, l'information du résident, des prescriptions adaptées et à analyser les bénéfices/risques des pratiques de contention en équipe pluridisciplinaire conformément à l'article R311-37-1 du CASF.</p>	E12 – R46	1 mois	<p>L'établissement précise que le protocole de la contention a été révisé ; or celui transmis date de mai 2022 et les professionnels qui l'ont validé ne sont plus en poste. Il expose de façon succincte certains points de la contention, l'analyse des bénéfices/risques n'y figure pas. Une fiche permettant de faire l'analyse des bénéfices/risques a été élaborée et est renseignée lors de la première prescription et du renouvellement de la contention. Cette fiche n'est pas indiquée dans le protocole, et la procédure pour son élaboration régulière n'est pas annexée. La démarche d'appropriation par les personnels n'est pas présentée.</p> <p>Compte tenu de ces éléments, la prescription est MAINTENUE. Il vous appartiendra de procéder à l'actualisation et à la validation du protocole de la contention avec les professionnels concernés en poste, ainsi qu'à la formalisation d'une démarche d'appropriation du protocole de contention par les personnels.</p>

8	Institutionnaliser et développer le portage des droits des usagers en mettant en place le CVS prévu à l'art. L. 311-6 du CASF et en développant les supports d'informations à destination des familles	E3 – RM1	1 mois	<p>Il est pris note de l'organisation des élections le 6 novembre 2022, d'une première réunion le 6 décembre 2022, et d'une prochaine réunion le 24 mars 2023. A la lecture des documents adressés, il apparaît que la première réunion du CVS, consacrée au rôle et compétences du CVS, a eu lieu le 13 décembre 2022, et non le 6 décembre comme mentionné. Il est dit en fin de compte-rendu que la prochaine rencontre aura lieu le 12 janvier 2023 et portera sur les activités et la vie sociale ; or vous mentionnez dans votre réponse une prochaine réunion le 24 mars 2023. Comme déjà souligné dans le rapport d'inspection, il subsiste certaines incohérences entre ce qui est annoncé, et les documents adressés. Une vigilance accrue doit être portée aux informations transmises, que ce soit en interne, ou en externe.</p> <p>Vous indiquez également que le plan de communication interne établi prévoit une information régulière des familles (au moins une fois par semaine), et qu'une application d'information famille est à l'étude.</p> <p>En l'état, la prescription est MAINTENUE. Il vous appartiendra de communiquer aux autorités de tarification le PV du résultat des élections du CVS, le règlement intérieur du CVS, les comptes-rendus signés avec contenu des échanges et liste des participants, ainsi que toute autre élément justifiant l'information faite aux familles.</p>
---	--	----------	--------	---

9	<p>Mettre en œuvre une véritable politique de gestion des ressources humaines en formalisant précisément les responsabilités et missions de chacun, en favorisant la professionnalisation des agents et en organisant leur supervision, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - disposer systématiquement d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, comme prévu par l'article L. 312-1-II du CASF - formaliser les missions et responsabilités de chaque professionnel au travers de fiches de poste détaillées et personnalisées, - organiser des entretiens d'évaluation en vue notamment, de faire un bilan de l'année, définir les objectifs de l'année à venir et recenser les besoins de formation, - élaborer un plan de formation annuel adapté aux besoins liés au type de public accueilli et au personnel, et en assurer un suivi - formaliser l'accueil et l'accompagnement des nouveaux professionnels - compléter l'organigramme de l'EHPAD 	E4	6 mois	<p>Vous indiquez dans votre réponse que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les diplômes sont demandés à l'entrée du personnel, conservés dans le dossier du personnel et dans un classeur à l'administration. - Les missions et responsabilités de chacun sont définies au travers de fiche métier, et que l'organisation du travail est décrite dans une fiche de tâche. - La démarche d'entretien annuel est définie, avec différents supports. Vous précisez que les entretiens ont débuté en décembre 2022 pour le personnel de coordination, que les ASH et les IDE seront évalués avant le 30 juin 2023, et les AS/AMP sur le dernier trimestre. - Le plan de formation annuel est établi selon les objectifs des évaluations effectuées (audit interne, évaluations du personnel, projet d'établissement), et qu'un questionnaire a également été remis à chaque membre du personnel afin que chacun puisse exprimer ses vœux. - L'accueil et l'accompagnement des nouveaux professionnels est formalisé au travers d'un parcours d'intégration. - L'organigramme est complété et joint. <p>Il est pris note de vos éléments de réponse, et de l'élaboration de divers documents de nature à améliorer le volet ressources humaines de l'établissement. Il convient de souligner néanmoins que les fiches « métier », les documents élaborés dans le cadre des entretiens annuels du personnel et pour l'accueil et l'accompagnement des nouveaux arrivants, sont perfectibles (ex. : présence du nom de l'ancienne adjointe de direction).</p> <p>Les éléments transmis permettent de répondre aux écarts et remarques suivants : E4, R1, R29, R31.</p> <p>La prescription peut donc être LEVEE en partie. Il vous appartiendra d'harmoniser les fiches de poste de l'établissement <u>sur la forme</u>, de les personnaliser et de les porter à la connaissance du personnel lors de entretiens annuels pour valider avec eux leur adéquation au poste. Il conviendra également d'adresser le plan de formation réalisé en fin d'année 2023, les attestations de présence des personnels formés (ou feuilles d'émargement), et le calendrier 2023 des entretiens du personnel.</p>
		R27		
		R28 – R30		
		R31 – R32		
		R29		
		R1		

10	<p>Mettre en œuvre une véritable procédure d'admission pour les nouveaux résidents de l'EHPAD, intégrant les admissions au sein de l'UP. L'information et le recueil du consentement de la personne doit être intégrée dans cette procédure qui doit prévoir également la remise du livret d'accueil et son effectivité.</p>	<p>R43 – E7 – E9</p>	<p>2 mois</p>	<p>Il est pris note de la formalisation et mise en œuvre d'une procédure d'admission, ainsi que des documents spécifiques d'entrée et de sortie de ces unités. Néanmoins, il semble que le document n'ait pas été relu tant la qualité de la forme du document est « médiocre », ni finalisé (pas de référence à Via Trajectoire notamment) ; il ne peut pas être transmis en l'état.</p> <p>Compte tenu de ces éléments, la prescription est MAINTENUE. Il vous appartiendra de transmettre la procédure d'admission mise à jour, finalisée et personnalisée à l'établissement.</p>
----	---	----------------------	---------------	---

11	<p>Actualiser et compléter les outils de la loi 2002-2, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le règlement de fonctionnement, en l'affichant dans l'établissement (article R. 311-33 et suivants du CASF, instruction N° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux), - le livret d'accueil et le contrat de séjour (articles L. 311-4 et D. 311 du CASF) 	E2 – E8 – E10	3 mois	<p>Vous indiquez dans votre réponse avoir mis à jour les outils de la loi 2002-2, et que le règlement de fonctionnement est affiché dans l'établissement.</p> <p>Néanmoins, à la lecture des documents, il apparaît en préambule qu'aucun de ces documents n'ait été validé par le conseil d'administration, ni consulté par le CVS alors qu'il s'agit d'une obligation.</p> <p>Par ailleurs, l'étude des documents appellent les remarques suivantes :</p> <p>- <u>Contrat de séjour et annexes</u> : à certains endroits, il est fait référence au Conseil Général au lieu du Conseil Départemental. Il est également indiqué que le reste à charge pour les personnes évaluées en GIR 1/2/3/4 dépendra des ressources de la personne âgée. Cette information est inexacte puisque seul le GIR 5/6 est à la charge du résident (peu importe son « girage » réel), la différence étant calculée dans la dotation versée par le département. Cette erreur est constatée également sur les factures. Il est également fait mention d'un montant de 6 € déduit à partir du 4^{ème} jour d'absence pour convenance personnelle ; cependant ce montant indiqué pour les charges variables n'est pas exact puisque le règlement départemental à l'aide sociale indique que pour les « <i>absences supérieures à 72 heures quel que soit le motif</i> » (cela comprend pour convenance personnelle), la déduction est faite du forfait hospitalier (donc non pas 6 € comme indiqué dans les documents de l'EHPAD, mais 20 €).</p> <p>- <u>Livret d'Accueil</u> : il comporte des erreurs, notamment en page 8 où il est indiqué : « <i>Seul reste à la charge du résident une participation appelée ticket modérateur, calculée en fonction de ses ressources, selon un barème national revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année.</i> ». Par ailleurs, il n'y a aucune indication relative au droit à l'image, ni en matière de prévention de la maltraitance (cf. INFRA – Recommandation 4).</p> <p><u>Règlement de Fonctionnement</u> : il n'est pas à jour (cf. SUPRA – Prescription 2).</p> <p>Les documents transmis ne sont pas adaptés à l'établissement, et d'un document à l'autre, il n'y a pas de concordance.</p> <p>L'ensemble des documents est à retravailler et à adapter à l'établissement.</p> <p>Dans l'attente de la réception des documents mis à jour et adaptés à la « Résidence les bords de Loire », la recommandation est MAINTENUE.</p>
----	---	---------------	--------	--

12	Régulariser la facturation établie par l'établissement afin que celle-ci soit en concordance avec le règlement à l'aide sociale et plus lisible pour les bénéficiaires et leurs familles	E6 – R35	3 mois	<p>Vous indiquez que la facturation a été modifiée afin de répondre aux conditions du règlement d'aide sociale du département, et que les factures ont été refaites pour la période 2018-22.</p> <p>Néanmoins la facture envoyée dans les documents est inexacte et n'est pas en concordance avec le règlement départemental à l'aide sociale.</p> <p>Compte tenu de ces éléments, la recommandation est MAINTENUE.</p>
13	Réaliser un projet d'animation et veiller à l'encadrement des activités proposées	E13 - R39 – R47 – R48	12 mois	<p>Vous indiquez que le projet d'animation sera réalisé dans le cadre de la démarche plus globale de projet d'établissement à démarrer en juin 2023.</p> <p>La recommandation est donc MAINTENUE.</p>

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Reconstruire une gouvernance efficiente en légitimant l'action de la fonction de direction et en dotant l'association gestionnaire de ressources/compétences en interne pour appuyer la direction	R2 – R7	3 mois	<p>Il est pris acte du rapprochement de l'association avec le groupe mutualiste AESIO.</p> <p>La recommandation qui s'inscrit dans la durée est MAINTENUE.</p>

2	<p>Sécuriser l'organisation des soins et de la prise en charge des résidents en respectant leur rythme de vie, sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un temps infirmier suffisant chaque jour, - la continuité de la prise en charge sur les différents secteurs, notamment au sein de l'UP, et les différentes plages horaires, - la qualification des personnels affectés aux soins, - la précision des plannings. 	RM3 – RM4 – RM5 – R23 – R24 – R45 – R58	Immédiat	<p>Vous indiquez dans votre réponse, accompagnée de plusieurs documents, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le temps infirmier par jour est de 3 IDE, et que ce sont les IDE eux-mêmes qui ont demandé à travailler seuls le week-end, la charge en soins le permettant. - La continuité de la prise en charge au sein de l'UP pose problème au moment du passage en équipe de nuit puisque seuls deux professionnels sont présents la nuit au sein de l'établissement. Vous précisez que ce point faible sera à négocier lors du CPOM. - La qualification des personnes affectées aux soins est composée de 14 AS ou AMP diplômés, dont 4 également ASG, et 10 faisant-fonction dont 8 sont engagés dans un parcours VAE. - Les plannings sont précis par fonction, étage ; chaque code horaire est détaillé avec les temps de pause décrits également dans l'organisation du travail. Chaque salarié a accès en ligne à la consultation du planning. <p>Il est pris note de ces différents éléments. Il vous appartient de poursuivre vos efforts pour sécuriser l'organisation des soins et de la prise en charge des résidents, notamment en continuant à valoriser les parcours VAE, et en veillant à avoir un temps infirmier suffisant chaque jour.</p> <p>A ce stade, la recommandation est partiellement LEVEE. Sur la question de la continuité de la prise en charge au sein de l'UP, et la nuit, il vous appartient de mener une réflexion en interne (horaires, plannings) sans attendre la négociation du CPOM de manière à ce qu'un personnel soit présent en continu et jusqu'à la relève de l'équipe. Il n'est pas envisageable que cette unité pour les plus fragiles soit laissée sans surveillance sur des temps même courts.</p>
---	---	--	----------	--

3	<p>Formaliser la politique Qualité menée au sein de l'établissement afin de hiérarchiser les objectifs et les actions à mettre en œuvre et d'en assurer le suivi selon un calendrier précis</p>	R10 à R12	3 mois	<p>Vous indiquez que la démarche qualité s'articule à ce jour autour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un engagement de la direction ; - des comités : vie, qualité-crex, soins, référents, IDE, CODIR ; - d'un plan d'actions ; - d'audits internes et évaluations flash ; - de questionnaires satisfaction résidents et salariés, et enquêtes ponctuelles. <p>Il est pris également note des différents documents adressés. Cependant, comme pour la prescription 2, nous nous permettons d'attirer votre attention sur le fait que la multiplicité des documents ne facilite pas la compréhension de leur finalité par les personnels, et n'est en rien un gage de qualité. Par ailleurs, le plan d'actions transmis nous interpelle ; il n'est pas en cohérence avec l'état d'avancement adressé sur les autres points de la décision provisoire. Encore une fois, il est important de mettre en cohérence les différents documents qui ont des interactions entre eux, et d'assurer un suivi régulier du plan d'actions mis en place.</p> <p>Dans l'attente d'éléments plus probants (plan d'actions mis à jour adapté à l'établissement, résultats des enquêtes de satisfaction, des comptes-rendus de réunions abordant la politique qualité, etc.), la recommandation est MAINTENUE. Cette mesure s'inscrit dans la durée.</p>
4	<p>S'engager dans la mise en œuvre d'une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser la politique générale de l'établissement sur le sujet et les actions concrètes envisagées, - assurer la formation spécifique et régulière des agents sur le sujet, ainsi que sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, - compléter le livret d'accueil pour informer les résidents et les familles des actions menées en matière de prévention de la maltraitance, 	RM2 – R13 à R16	12 mois	<p>Vous indiquez que l'établissement s'engage à atteindre les objectifs fixés, et qu'une auto-évaluation de la bientraitance a été effectuée par chaque professionnel permettant d'établir un plan d'actions. Néanmoins, aucun plan d'actions n'a été transmis, et la grille d'auto-contrôle des pratiques professionnelles à destination des personnels indique en préambule : « Merci de la retourner dans le casier de l'adjointe de direction avant le 31 janvier. Votre participation est important afin de prévoir les formations et actions à mener sur 2021 ». Nous nous interrogeons donc sur la mise en œuvre réelle d'une telle démarche.</p> <p>Il est pris acte de l'élaboration d'une charte bientraitance et de la programmation d'une formation sous forme de théâtre sur ce sujet au dernier trimestre 2023 (formation inscrite au plan de formation transmis).</p> <p>Le livret d'accueil n'a pas été complété.</p> <p>Dans l'attente d'éléments plus probants (formations réalisées, actions envisagées, livret d'accueil complété, etc.), la recommandation est MAINTENUE.</p>

5	Formaliser l'organisation des astreintes de manière à sécuriser la continuité de direction	R3	3 mois	<p>Vous indiquez d'une part, que les astreintes sont partagées entre la direction, l'IDEC et l'adjointe de direction, et d'autre part, qu'elles sont formalisées : planning d'astreintes, protocoles techniques, RH et gestion des absences, restauration, canicule, etc.. Les appels sont tracés et un temps en CODIR analyse les situations afin d'assurer un partage d'expérience. Cependant aucun document formalisant l'organisation des astreintes n'est joint à l'appui.</p> <p>Dans l'attente de la réception du planning d'astreintes 2023, de tout document formalisant l'organisation de ces astreintes (procédure descriptive ...), la recommandation est MAINTENUE.</p>
---	--	----	--------	--

6	<p>Concernant le management et la coordination des professionnels, dans le cadre de la prise en charge médicale et soignante des résidents :</p> <p>Créer un pool IDE dans le cadre des remplacements en évitant la présence d'un seul professionnel les week-ends et fériés, et non expérimenté ; structurer la démarche d'accompagnement</p> <p>-Définir pour l'IDEC les objectifs prioritaires afin de fixer un cadre et d'évaluer régulièrement l'état d'avancement des actions développées ; envisager de lui faire suivre une formation de management pour assurer ses missions d'IDEC ; définir l'organisation pour son immersion sur les unités ; et favoriser sa collaboration pour la réalisation des plannings soignants</p> <p>-Elaborer une procédure dégradée pour les soignants pour s'assurer de la continuité des soins, et doter d'une fiche de tâche précise l'ensemble des professionnels du soin de jour comme de nuit en lien avec la dernière organisation des soins</p> <p>-Intégrer au temps de régulation des équipes soignantes les personnels de nuit</p>	RM6	1 mois	<p>L'établissement annonce que l'équipe IDE est complète. Seule une IDE est en congé maternité et son remplacement est organisé par 2 IDE intérimaires. Un partenariat est en place avec [REDACTED] pour avoir un pool de 4 IDE intérimaires. Il n'a pas été transmis d'éléments de preuve.</p> <p>Le document 33 correspond à une maquette pour réaliser un rapport d'étonnement par l'IDEC. La définition de ses missions et de ses objectifs sont fixés à l'issue de la période d'intégration en lien avec le rapport d'intégration. Une fiche de poste a été réalisée, sa date d'élaboration n'est pas mentionnée et celle-ci n'est pas signée par l'IDEC. Elle définit de façon pragmatique les différents objectifs à mettre en œuvre ainsi que la périodicité des actions à réaliser avec un report sur un tableau de suivi.</p> <p>La nécessité de formation de l'IDEC n'est pas abordée, ni le travail d'immersion programmée et définie, ni le travail collaboratif pour la réalisation des plannings des soignants avec l'IDEC selon la charge de travail et la planification horaire.</p>
		R50 – R51 – R52 – R53	3 mois	<p>Des fonctionnements dégradés ont été élaborés selon l'établissement ; aucun élément ne l'atteste, car la pièce 34 n'a pas été annexée aux différentes pièces justificatives. De plus, les fiches de tâches IDE et soignants n'ont pas été transmises.</p>
		R54 – R55 – R56	1 mois	<p>L'établissement évoque que les équipes de nuit sont réunies une fois par trimestre avec les référents pour un échange de pratiques, mais aucune preuve n'est jointe (planification, CR de rencontre, attestation de la présence des professionnels). La réunion planifiée des 2^{èmes} jeudis des trimestres de 18h à 20h30 (doc 5), envisagée avec l'IDEC, la directrice et l'adjointe, ne concerne que la gestion de la qualité et la sécurité de la prise en charge résidents, la diffusion des BPP et la mise en place du projet d'établissement.</p>
		R57	Immédiat	<p>L'établissement a modifié les horaires des IDE le matin et de l'équipe de nuit afin d'assurer une transmission orale.</p> <p>La recommandation est MAINTENUE dans sa globalité dans l'attente d'éléments de preuve plus probants. En revanche, les éléments apportés permettent de répondre à la remarque 51.</p>

7	Organiser les soins en définissant les outils de la prise en charge et le partage des informations :			
	-Equiper les professionnels d'outils leur permettant la vision globale de leurs actes en soin et faciliter la traçabilité de l'effectivité	R63	1 mois	L'établissement évoque le logiciel NETSOINS en place, pour une vision globale des prises en charge et en faciliter la traçabilité. Le document 19 cité ne correspond pas à l'ITEM évoqué dans la réponse. Aucun élément de preuve n'est transmis. L'utilisation de tablettes pour le suivi et la traçabilité des actes en soins n'est pas abordée.
	-Organiser la réactualisation des plans de soins de nursing et techniques en lien avec les besoins et l'évolution de chaque résident	R64	1 mois	Des professionnels référents pour le suivi des plans de soins (réalisation et actualisation) sont en place depuis octobre 2022, aucun élément n'en atteste. Concernant les plans de soins techniques, une IDE dite semaine, a le rôle de suivre leur actualisation. La fiche de poste de cette IDE (IDER), datée de mai 2022, a été transmise, mais l'assurance de l'organisation des actualisations des plans de soins techniques et son contrôle ne peuvent pas être garantis.
	-Organiser des temps de formation sur les consignes/formations pour réaliser les transmissions écrites notamment ciblées des observations issues des accompagnements quotidiens des résidents	R65	3 mois	Concernant la transmission ciblée, une formation est programmée en avril 2023 ; l'établissement n'a pas élaboré de fiches de consignes pour ces transmissions.
	-Mettre en place et formaliser des transmissions orales quotidiennes et notamment entre le personnel de nuit et de jour	R67 – R70	Immédiat	L'établissement a transmis la programmation des transmissions orales IDE et celle pluridisciplinaire de la journée qui ont lieu respectivement sur la plage horaire de 14h à 14h30 et de 14h30 à 15h, mais pas concernant celles avec le personnel de nuit.
	-Veiller à l'effectivité des transmissions écrites concernant les éléments cliniques et habitudes de vie lors d'une entrée du résident et mettre en place des temps clinique avec le médecin coordonnateur et de l'IDEC	R66 – R68	Immédiat	Il est indiqué que les conventions ont été présentées au personnel lors de points « info » du 23 et 30 novembre 2022, mais aucun élément n'en atteste. Il est envisagé lors de la réunion de coordination gériatrique de mai 2023 de présenter les réseaux partenaires.
	-Informier et partager avec les professionnels, les différentes conventions en place avec les établissements de santé afin d'assurer une bonne collaboration	R69	Immédiat	L'établissement a communiqué sur les fiches synoptiques des urgences avec les démarches générales face à l'urgence. Une formation des soignants de jour et de nuit a été réalisée selon la réponse apportée, mais l'établissement n'a pas transmis d'éléments l'attestant. La démarche d'appropriation par les professionnels concernés n'est pas évoquée.
	- Formaliser une procédure générale dans le cadre de l'urgence en instaurant une démarche d'appropriation par les professionnels	R71	1 mois	La recommandation est MAINTENUE dans l'attente d'éléments de preuve et de mise en place des actions évoquées.

8	<p>Concernant les protocoles de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir une démarche pour leur élaboration et révision avec une programmation de temps d'information/formation régulière sur les protocoles de soins afin de partager les bonnes pratiques professionnelles - Mettre à jour les différents protocoles de soins ou les formaliser pour certains et veiller à leur appropriation : <ul style="list-style-type: none"> - La prévention de la déshydratation et la dénutrition, en déterminant des temps d'information /formation et veiller à la réévaluation des administrations des compléments nutritionnels oraux et déterminer les AS pour leur distribution - La prise en charge de la douleur des résidents, en mettant à disposition des échelles d'évaluation de la douleur, et les différentes conduites à tenir dans le cadre des soins palliatifs et de la fin de vie - Les différents protocoles d'urgence (généraux et spécifiques) nécessaires à une prise en charge optimale des situations d'urgence, en veillant à mettre en place des formations régulières - La prévention des chutes et veiller à son organisation - La gestion des épisodes infectieux à l'EHPAD et veiller à son organisation 	R72		
		R73 – R74		
		R75 – R76	3 mois	
		R77		
		R78 – R79		
		R80		

L'établissement évoque qu'une démarche d'élaboration des protocoles est établie, et que les protocoles sont présentés au personnel lors des points « info hebdomadaire ». Il aborde l'existence de référents qualités, dont les missions ne sont pas définies, ni la liste de ces référents. Ces référents veillent à la bonne appropriation des protocoles. Aucun élément concret n'est abordé sur la réalité de cette démarche.

La mise à jour des protocoles est intégrée au plan d'actions du médecin coordonnateur, mais son arrivée très récente ne permet pas d'avoir des protocoles actualisés.

La recommandations N° 8 est MAINTENUE dans l'attente de la mise en place des actions évoquées et d'éléments de preuve.

9	<p>Développer/améliorer la communication interne nécessaire à la bonne prise en charge des résidents, et à un climat social apaisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en organisant des temps d'échanges pluridisciplinaires entre les professionnels, et entre la direction et les équipes, et en formalisant davantage la transmission des informations, - en favorisant l'échange des pratiques, - en mettant à jour les documents relatifs aux temps d'échanges existants conformément au fonctionnement en place 	<p>R4 – R9</p> <p>R33</p> <p>R5 - R6</p>	3 mois	Compte tenu des éléments de réponse qui ne reposent sur aucun document joint permettant d'attester que des échanges ont lieu en interne, la recommandation est MAINTENUE dans sa globalité.
10	<p>Assurer une analyse et un suivi des données sociales. Sur la base de ces éléments, veiller notamment à réduire le turn-over du personnel</p>	R25 – R26	Immédiat	<p>Vous indiquez que les équipes sont désormais stabilisées et au complet, et qu'un tableau de bord général, incluant les données sociales est en place depuis janvier 2023.</p> <p>Le suivi de ces données étant initié depuis le début d'année, et s'inscrivant dans la durée, la recommandation est MAINTENUE et fera l'objet d'un point dans le cadre du suivi.</p>
11	<p>Améliorer l'hygiène des locaux et la vigilance des personnels dans ce domaine</p>	R41	1 mois	<p>L'établissement a transmis différents documents : tableau d'évaluation de bio nettoyage d'une chambre et documents sur la traçabilité.</p> <p>Néanmoins, dans l'attente d'éléments plus probants (photos des évaluations réelles du bio nettoyage d'une chambre au quotidien, photos des évaluations réelles de la traçabilité), et d'éléments de preuve de l'appropriation de ces consignes par le personnel, la recommandation est MAINTENUE.</p>
12	<p>Améliorer la sécurité des locaux afin de garantir la sécurité et la bonne prise en charge des résidents</p>	R37 – R38 – R42	En attente de l'avancement du projet immobilier	Dans l'attente de l'avancement du projet immobilier, la recommandation est MAINTENUE.

13	Compléter les dossiers administratifs des résidents afin de garantir le respect des droits des usagers	R36	1 mois	<p>Vous indiquez que le dossier administratif du résident a été revu, et que les résidents présents avant 2022 avaient été sollicités pour désigner une personne de confiance et transmettre leurs directives anticipées.</p> <p>Néanmoins, compte tenu des erreurs relevées dans le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et le livret d'accueil, la recommandation est MAINTENUE.</p>
14	Revoir la composition du CSE	R8	6 mois	<p>Il est pris note de votre engagement à organiser de nouvelles élections à partir de juin 2023.</p> <p>Dans cette attente, la recommandation est MAINTENUE.</p>

