



La direction générale

[REDACTED]

Réf. : MIEC

LRAR 1A18163818851

[REDACTED]
Directrice régionale séniors ARA
Groupe KORIAN
59 rue Denuzière
69002 Lyon

Lyon, le

11 JUIL. 2022

Objet : Notification de décision définitive suite à l'inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme de l'EHPAD Korian Le Doyenné de l'Oradou Annexe : tableau d'analyse des réponses à la procédure contradictoire et mesures correctives attendues

LRAR

Madame la Directrice régionale,

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 Korian Le Doyenné de l'Oradou à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) le 17 février dernier.

Nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 21 mars 2022 le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écart et de remarques. Nous vous demandions en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés par les inspecteurs et attachés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 1^{er} avril dernier.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission. 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. Toutefois, au regard des réponses apportées, des écarts et des remarques ont pu être maintenus.

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 celles concernant :

- L'absence de personnel qualifié certaines nuits qui ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents ;
- Le nombre important d'auxiliaires de vie affectées sur des fonctions d'aides-soignants ;
- Les dysfonctionnements constatés sur le système d'appel malade ;
- L'absence d'un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soin et un projet de vie pour chaque résident ;
- La révision nécessaire des modalités de signalements des EIG (information et sensibilisation des équipes, modalités de traitement des EIG, information et transmission aux autorités compétentes...)
- La composition et le fonctionnement du CVS qui doivent être conformes à la réglementation.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures correctives d'ores et déjà réalisées et envisagées 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, service Personnes âgées, et les services du Conseil départemental du Puy de Dôme (Service de l'Offre Sociale et Médico-Sociale).

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 « Télécours 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, Madame la Directrice régionale, l'expression de notre considération distinguée.

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

Le Président du
Conseil départemental

copie : R. le Directeur de l'EHPAD
LRAR 1A 181 638 18899

N°	CONSTATS : Ecarts/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
ECARTS			
ECART 1	<p>Ecart n°1: Les autorités de tarification et de contrôle (ATC) ne disposent pas des précédents projets d'établissement. En l'absence de transmission aux autorités de contrôle d'un projet d'établissement actualisé de moins de 5 ans, l'EHPAD contrevert à l'article L311-8 du CASF.</p>	<p>Le projet d'établissement 2022-2027 a été finalisé et présenté en CVS le 16/02/2022. Il a été adressé à l'ARS et au Conseil Départemental en recommandé le 4 mars 2022. Vous le trouverez en annexe.</p>	<p>La mission a reçu le projet d'établissement 2022-2027 signé. Toutefois au regard du compte-rendu du CVS du 16 février 2022, celui-ci n'a pas été présenté aux membres du CVS comme vous l'indiquez.</p> <p>L'écart N°1 est levé.</p>
ECART 2	<p>Ecart n°2: Les résidents n'ont pas connaissance de l'annexe prévue aux articles R311-4-5 à R311-5-9 du CASF définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident car celles-ci ne sont pas signées par cou</p>	<p>L'annexe au contrat de séjour "mesures particulières pour assurer l'intégrité physique et la sécurité d'un résident et soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir" a été actualisée (annexe 3). Cette annexe n'était pas remise systématiquement au résident jusqu'à présent. Nous nous engageons à ce qu'elle le soit dès à présent.</p>	<p>L'établissement a remis à la mission le projet d'annexe au contrat de séjour relative aux mesures particulières pour assurer l'intégrité physique et la sécurité d'un résident et soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir.</p> <p>L'établissement s'engage, dès à présent, à la remettre systématiquement à tous les résidents.</p> <p>La mission en prend acte. L'écart N°2 est levé</p>
ECART 3	<p>Ecart N°3: la composition et le fonctionnement du CVS ne sont pas conformes à la réglementation prévue aux articles R311-3 à R311-5</p>	<p>Suite aux décès de leurs proches, certaines familles, membres du CSV, se sont désengagées ce qui explique la composition aujourd'hui déséquilibrée de cette instance.</p> <p>Pour que le CVS ait une composition à nouveau conforme à la réglementation, de nouvelles élections vont être organisées.</p> <p>Initialement prévue pour la fin de l'année (cf. annexe 4 - compte rendu du CVS du 16/02/2022), elles auront lieu au mois de mai 2022 pour faire face à l'urgence de se conformer à la réglementation. Vous trouverez ci-joint les convocations et l'ordre du jour.</p> <p>Projet CVS - 03 mai 2022</p> <p>Début des élections - 16 mai 2022</p>	<p>Vous indiquez, en réponse à l'écart 1, que le projet d'établissement finalisé a été présenté en CVS le 16 février 2022. Toutefois, dans ce PV du CVS, il est indiqué que le projet d'établissement n'a pas été présenté car il n'était pas finalisé à cette date.</p> <p>En l'état, l'écart 3 est maintenu. Les comptes-rendus des prochaines réunions 2022 du CVS devront être adressés à la mission ainsi que tous les documents permettant d'attester de l'élection d'un nouveau CVS, de sa composition et des modalités de cette élection.</p>
ECART 4	<p>Ecart n°4 : En ne transmettant pas les EIG au Conseil départemental, l'établissement contrevert à l'article L331-8-1 du CASF.</p>	<p>Nous nous engageons dès à présent à communiquer les EIG au Conseil Départemental, tel que prévu par la procédure en vigueur au sein de l'établissement.</p>	<p>La procédure jointe n'est pas conforme aux textes réglementaires qui prévoient une information et une transmission aux deux autorités administratives compétentes (ARS/Conseil départemental).</p> <p>En effet, votre procédure fait état d'un signalement dans un premier temps uniquement à l'ARS et d'une confirmation ensuite auprès de l'ARS et du Conseil départemental.</p> <p>Dans l'attente de la mise en œuvre d'une nouvelle procédure conforme à la réglementation, l'écart N°4 est maintenu.</p>

ECART 5	<p>Ecart n°5: L'établissement n'a pas informé spontanément les deux autorités de tarification et de contrôle de l'arrivée d'un directeur d'appui suite au départ du directeur en poste en connaissance des dispositions de l'article L.312-1 du CASF.</p>	<p>L'information de la prise de poste d'un directeur d'appui n'est pas communiquée aux Tutelles dans la mesure où ce dernier n'est pas rattaché à un établissement mais à un périmètre géographique. En revanche, l'information de l'arrivée du nouveau directeur, M. Benjamin COUEVY a bien été réalisée à l'ARS et au Conseil Départemental par courrier et mail.</p>	<p>La mission prend acte du courrier du 3 mars informant les autorités de l'arrivée du nouveau directeur qui a pris ses fonctions le 28 février 2022.</p> <p>L'écart N°5 est levé.</p>
ECART 6	<p>Ecart n°6: En n'abordant pas l'ensemble des thématiques obligatoires, le DUD n'est pas conforme à l'article D.312-176-5 du CASF.</p>	<p>Le document unique de délégation aborde l'ensemble des thématiques obligatoires et notamment le projet d'établissement par le biais des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > "Sur son périmètre d'activité, le Déléguant dispose de l'ensemble des pouvoirs pour veiller au respect des dispositions légales et réglementaires au sein de l'établissement." L'élaboration d'un projet d'établissement est prévue par l'article L.311-8 du CASF, il relève donc bien du directeur de s'assurer de son rédaction et de sa mise en œuvre. > "Afin d'assurer la gestion et l'animation de l'établissement ainsi que la gestion de la gestion du personnel tant sur le plan administratif que sur le plan technique, le Déléguant est habilité à signer tous documents en lien avec les autorités de tutelle et les administrations intervenant sur l'établissement". Le projet d'établissement devant être communiqué aux Tutelles, il relève bien de la signature du directeur. 	<p>Il est pris note des explications apportées. Toutefois, la réglementation fait état des différentes thématiques qui doivent explicitement apparaître dans le DUD. Aussi, l'étendue de la délégation en ce qui concerne le projet d'établissement devrait apparaître clairement dans ce document.</p> <p>L'écart 6 est maintenu.</p>
ECART 7	<p>Ecart N°7: Une partie importante d'aide-soignant de vie est affectée sur des fonctions d'aide-soignant. L'établissement contrevent le dispositions de l'article L.312-1 II du CASF qui dispose que les prestations délivrées dans les ESMS sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.</p>	<p>Nous sommes confrontés, comme beaucoup d'autres établissements, à de réelles difficultés de recrutement de professionnels qualifiés malgré les démarches engagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - association avec des partenaires sur de nombreux sites professionnels - recours à 3 agences d'intérim [REDACTED] - utilisation de l'application payante [REDACTED] pour la gestion des remplacements (notamment en urgence parce que non prévu) - la cellule sourcing du pôle a également été mobilisée <p>Malgré ces difficultés, nous continuons à recruter des auxiliaires de vie pour les affecter à des fonctions aide-soignant. Cependant, nous sécurisons ces recrutements :</p> <ul style="list-style-type: none"> > en formant les auxiliaires de vie au même titre que les aides-soignants. Ainsi, les formations suivantes ont été suivies par les auxiliaires de vie en 2021 et 2022 : infections urinaires, restitution audit toiles, EP/UCH/IRM, soins de bouche, AFQSU, prise en charge en situation d'urgence, protection/contenance, prise en charge de la continence, sensibilisation au handicap, sensibilisation au vieillissement, promotion de la bientraitance, B.E.S.T, sensibilisation à la tritacéabilité et donner l'alerte en cas de chute, réécriture de protocole, formation à la prévention de l'HPA, rappel de la formation EPHIG, identité-vigilance, transmission cible, ... > pour les aidantes de vie pour réaliser les soins, elle a bénéficié d'actions de formation > en les encadrant par une équipe d'1 ETP IDEC, 4 ETP d'IDE et 1 ETP d'IDER (arrivée en novembre 2021), tous en CDI > en leur proposant systématiquement des VAE pendant le flash quotidien de 9h30 et par le biais d'un affichage permanent en salle de pause (annexe 1) quelques soins leur ancenneté au sein de l'établissement. <p>Ainsi, nous avons aujourd'hui 5 aides-soignants, 6 AMP, 12 faisant-fonction dont 6 engagées dans une démarche de VAE (annexe 12).</p> <p>Il est à noter que le ratio habituel de l'établissement est d'une aide-soignante qualifiée pour 9 résidents et que le jour de l'inspection, compte tenu du taux d'occupation, le ratio était d'une aide-soignante qualifiée pour 7 résidents présents.</p> <p>Cependant, nous nous engagons à :</p> <ul style="list-style-type: none"> > avoir un professionnel diplômé par roulement > travailler sur une réorganisation permettant d'avoir au moins une personne diplômée en UVF aujourd'hui, sur les 4 soignants dédiés à l'UVF, 2 sont engagées dans une démarche de VAE et 1 aide-soignante qualifiée en roulement. 	<p>Vous faites face à des difficultés dans le recrutement des professions paramédicales rencontrées 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.</p> <p>Néanmoins, à titre réglementaire, l'écart N°7 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.</p>
ECART 8	<p>Ecart N°8 : En n'élaborant pas de projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soin et un projet de vie pour chaque résident, et régulièrement actualisé, l'établissement contrevent aux dispositions des articles L. 311-3 et D.312-155-3 du CASF.</p>	<p>Sur l'année 2021, il a été difficile de maintenir l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé compte tenu du contexte : absence de MEDEC de mai 2021 à janvier 2022.</p> <p>Cependant, la démarche est relancée ainsi, 13% des résidents avaient un PAP en février 2022, 17% en mars et en mars 2022. Nous nous engageons à atteindre 100% au plus tard pour le mois de septembre 2022. Pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> > une procédure a été établie en février 2022 (annexe 13), elle sera mise à jour et appliquée aux équipes par le biais des staffs hebdomadaires de 9h30 > des référents soignants ont été désignés (annexe 14) > des formations sur la saisie des PAP ont été organisées (février 2022) et vont se poursuivre (annexe 15) <p>Enfin, l'établissement sera accompagné par le responsable soins régional sur ce processus avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la participation de l'IDEC de l'Oradou au CLUB IDEC LOIRE prévu le 07 avril dédié au processus PP - la visite sur site dédiée au sujet programmée le 18 mai 2022 	<p>La mission prend acte de l'état d'avancement sur l'élaboration des PAP. Dans l'attente de la réalisation de l'ensemble des PAP, l'écart N°8 est maintenu.</p>
ECART 9	<p>Ecart N°9: En organisant pas systématiquement la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux, l'établissement contrevent l'article D312-155-3 du CASF.</p>	<p>L'absence de MEDEC de mai 2021 à janvier 2022 n'a pas permis d'organiser de commission gériatrique en 2021.</p> <p>Cependant, l'arrivée du MEDEC en janvier 2022 a permis de relancer la coordination. Ainsi la réunion de la commission gériatrique est bien prévue en 2022 suivant le planning joint en annexe (10 mai et 18 novembre).</p>	<p>La mission prend acte de l'organisation des réunions de la commissions gériatrique programmées les 10 mai et 18 novembre 2022. Dans l'attente de la transmission des comptes rendus de ces réunions, l'écart N°9 est maintenu.</p>

ECART 10	<p>Ecart N°9: En ne précisant pas les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du CPOM, qui n'est toujours pas signé, l'établissement contrevert à l'article L311-8 du CASF</p> <p>Dès que le CPOM sera signé, le projet d'établissement fera l'objet d'une mise à jour intégrant les objectifs qui auront été définis en lien avec les Tutelles.</p>	<p>La mission prend acte des informations transmises par l'établissement. Dans l'attente de la signature du CPOM, l'écart N°10 est maintenu.</p>
REMARQUES		
REMARQUE MAJEURE 1	<p>Remarque majeure n°1: L'absence d'un personnel qualifié certaines nuits ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents.</p> <p>Comme indiqué précédemment, les démarches de recrutement de professionnels qualifiés sont très actives mais souvent infructueuses.</p> <p>Aujourd'hui, l'organisation des plannings prévoit la présence d'1 ETP d'AMP et 1 ETP d'AVS la nuit.</p> <p>1 AMP de nuit - recrutement le 9 septembre 2021</p> <p>1 AVS de nuit - recrutement le 30 juillet 2020</p> <p>1 AMP de nuit - recrutement le 10 novembre 2020</p> <p>1 AMP de nuit - recrutement le 18 mars 2022</p> <p>Lors des entretiens professionnels de 2022, deux collaborateurs ont demandé à bénéficié d'une VAE. Nous avons donc d'ores et déjà réalisé les démarches auprès de la Korian Academy pour que ces deux collaborateurs soient inscrits rapidement dans un dispositif de VAE.</p> <p>De plus, ces professionnels ont été conviés à toutes les réunions et formations organisées pour les aides-soignants afin qu'elles bénéficient du même niveau d'information et des mêmes démarches de formations (cf. annexe 10).</p>	<p>La mission prend acte des mesures engagées par l'établissement pour assurer la surveillance de nuit par au moins un personnel qualifié parmi les membres de l'équipe de nuit.</p> <p>La mission d'inspection est surprise que l'établissement ne mentionne pas de réparation du système comme annoncé lors de la restitution orale par le directeur d'appui.</p> <p>La remarque majeure N°1 reste toutefois maintenue.</p>
REMARQUE MAJEURE 2	<p>Remarque majeure N°2: le dysfonctionnement et/ou l'absence dans les salles de bain notamment de dispositif d'appel malade constitue un risque pour les résidents.</p> <p>En 2020 le dispositif d'appel malade a été changé pour passer d'un mode tiette à la remise de montre à chacun des résidents. Le système mobile permet au résident d'appeler partout au sein de l'établissement (et à l'extérieur) et donc à fortiori dans les salles de bain.</p> <p>Le dispositif "montre" permet au résident, lors d'une chute, de pouvoir appeler à l'aide plus facilement. En effet, il est souvent très difficile pour une personne qui a chuté d'atteindre le bouton ou le fil d'appel (trette). C'est dans ces circonstances que le système de montre prend tout son intérêt.</p> <p>De plus, la fonction étanche des montres permet de les garder lors de la toilette.</p>	<p>L'établissement indique qu'en 2020, le dispositif d'appel malade fixe a été remplacé par le dispositif "montre" et à aucun moment lors de la visite de l'établissement, le personnel nous a indiqué que la montre se substituait au dispositif mural. Pour autant, lors des essais par les membres de l'équipe d'inspection, le dispositif "montre" ne fonctionnait pas non plus. En outre, tous les résidents n'étaient pas équipés ou ne souhaitaient pas être équipés de ce système. Il a également été constaté que certains résidents étaient équipés de ce système avaient des difficultés pour le faire fonctionner.</p> <p>La mission d'inspection est surprise qu'il ne soit pas fait mention d'une réparation du système comme annoncé lors de la restitution orale par le directeur d'appui.</p> <p>Par ailleurs, vous n'apportez pas de réponse en ce qui concerne le dysfonctionnement des appels malade muraux.</p> <p>La remarque majeure N°2 est maintenue.</p>
REMARQUE 1	<p>Remarque N°1: la composition et le fonctionnement actuels du CVS peuvent constituer un frein à l'expression des usagers et de manière générale à la circulation de l'information et à l'amélioration continue de la qualité de l'établissement.</p> <p>Comme indiqué précédemment, de nouvelles élections vont être organisées afin de garantir une composition et un fonctionnement du CVS conforme à la réglementation (annexe 5).</p> <p>Gf: réponse apportée à l'écart n°3.</p>	<p>Dans l'attente des éléments demandés (cf. écart N°3), la remarque n°1 est maintenue.</p>
REMARQUE 2	<p>Remarque n°2: Malgré l'existence d'une procédure formalisée et d'un logiciel permettant le suivi et l'analyse des EI/EIG, la méconnaissance et/ou la maîtrise d'utilisation de ces outils par l'ensemble du personnel ne permet pas de rendre ce dispositif totalement opérationnel.</p> <p>En mars 2021, 10 EI ont été déclarés et 8 en mars 2022, l'outil est donc bien connu par les collaborateurs. Cependant, des formations régulières sont organisées afin d'assurer la bonne connaissance et la bonne utilisation de l'outil [REDACTED] par l'ensemble des professionnels (de jour et de nuit).</p> <p>Ainsi, en janvier 2022, une formation "appel process EI - EIG" a été suivie par 13 professionnels.</p> <p>Vous trouverez ci-joint le planning de formation portant sur la déclaration des EI et EIG et l'utilisation de l'outil [REDACTED].</p> <p>Par ailleurs, des affichages dans différents endroits stratégiques de l'établissement (bureau IDE, salle de soins, ...) permettent de rappeler aux professionnels l'importance de déclarer (annexe 20).</p> <p>Enfin, une fiche est remise à chaque nouveau collaborateur présentant l'outil [REDACTED] et les manipulations à faire pour déclarer un EI ou EIG.</p>	<p>La mission prend acte des observations faites par l'établissement toutefois l'appropriation de l'outil [REDACTED] n'est pas apparue évidente lors des entretiens.</p> <p>Par ailleurs, la mission s'interroge sur le document "session de sensibilisation aux EI/EIG - [REDACTED] (annexe 18) qui n'a pas été transmis. En effet, ce document est destiné à une connaissance de 25 minutes pour former l'ensemble du personnel sur ce sujet. D'une part, le temps consacré à cette "sensibilisation/bienfondation" semble faible pour le personnel qui ne s'est pas également approprié l'outil [REDACTED] et/ou la procédure de signalisation et de suivi des EIG. D'autre part, il semble également qu'une seule session organisée à un seul horaire ne permette pas de réunir l'ensemble du personnel intervenant auprès des résidents.</p> <p>La remarque n°2 est maintenue.</p>

REMARQUE 3	<p>Remarque n°3 : Le traitement des EI/EIG intervenant au final uniquement au niveau de la direction et sans que le personnel ne soit informé des retours sur ce traitement ne permet pas une véritable analyse des causes et ne permet donc pas d'accompagner l'équipe dans une réflexion sur ses pratiques professionnelles. Cela constitue un frein à l'amélioration de la qualité au sein de l'établissement.</p>	<p>Le traitement des EI et EIG est réalisé en lien avec les professionnels : - ils sont analysés une fois par mois en COVIRIS par l'ensemble du CODIR - ils font l'objet d'un échange une fois par mois en réunions de service organisées par l'IDEC Ainsi par exemple, un EIG lié à une chute a eu lieu en septembre 2021 : un RETEX a été organisé en présence de l'IDC et le plan d'action prévoit la formation des équipes. Les collaborateurs sont donc bien associés au traitement des EI et EIG.</p> <p>Pour garantir davantage de transparence, nous nous engageons à échanger sur les EI et EIG complexes, une fois par mois pendant le staff hebdomadaire de 9h30.</p>	<p>La mission prend note des engagements de l'établissement à assurer un retour d'informations sur l'ensemble des EI.</p> <p>La remarque n°3 est levée.</p>
REMARQUE 4	<p>Remarque n°4 : L'absence de dispositif et de procédure formalisés et opérationnels de recueil des plaintes et réclamations clients n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS/ANESM qui recommande "de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables".</p> <p>In fine, cela est un frein à l'expression des usagers, à leur association à la vie de l'établissement et de manière plus générale à la circulation de l'information et à l'amélioration continue de la qualité de l'établissement.</p>	<p>Une procédure de "gestion et traitement des réclamations clients" a bien été formalisée, vous la trouverez en annexe. Cette procédure précise bien que toutes les réclamations (orales et écrites) doivent être intégrées dans l'outil PELIKAN afin d'en assurer le traitement et le suivi.</p> <p>Par ailleurs, les résidents et leurs proches sont informés notamment par voie d'affichage de la possibilité de recourir à un médiateur. Enfin, ils peuvent faire appel au service relations familles du groupe.</p> <p>En parallèle, nous avons remis en place un cahier de réclamations qui sera mis à l'accueil.</p>	<p>La mission prend acte de la procédure de gestion et traitement des réclamations mise en application en décembre 2021 et de la mise en place d'un cahier de réclamations à l'accueil.</p> <p>La remarque n°4 est levée.</p>
REMARQUE 5	<p>Remarque n°5 : La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée de manière formalisée.</p>	<p>Une astreinte administrative est déployée au sein de l'établissement : -> l'astreinte téléphonique est assurée par l'IDEC et l'assistante de direction -> le week-end une présence administrative est assurée par l'IDEC, l'assistante de direction ou l'assistante administrative</p> <p>Le directeur étant arrivé récemment, il a été intégré à cette organisation.</p>	<p>Sur la remarque n°5, les observations apportées par l'établissement font référence au planning d'astreintes administratives ce qui ne répond pas à la question. Par contre, la mission prend acte de la procédure jointe relative à la conduite à tenir en cas d'absence ponctuelle d'un directeur d'établissement.</p> <p>Au regard de cette procédure, la remarque n°5 est levée.</p>
REMARQUE 6	<p>Remarque n°6 : La réalisation d'actes relevant des AS par des personnes non formées ne permet pas de garantir leur qualité et la sécurité nécessaires des prises en charge (risques de chutes, fausses routes...) et met en difficulté ces agents.</p>	<p>Comme indiqué précédemment, l'établissement est confronté à des difficultés de recrutement de professionnels qualifiés malgré les démarches engagées : - l'absence de candidats sur de nombreux sites professionnels, - recours à 3 agences d'intérim [REDACTED] pour la gestion des remplacements (notamment en urgence parce que non prévus) - l'utilisation de l'application payante [REDACTED] pour la gestion des remplacements (notamment en urgence parce que non prévus) - la cellule sourcing du groupe a également été mobilisée</p> <p>Malgré ces différentes démarches, nous sommes contraints de recruter des auxiliaires de vie pour les affecter à des fonctions d'aide-soignant. Cependant, nous sécurisons ces recrutements comme indiqué dans la réponse apportée à l'écart n°9.</p>	<p>La mission prend acte des mesures mises en œuvre par l'établissement pour disposer d'aides-soignants diplômés toutefois, la remarque n°6 est maintenue.</p>
REMARQUE 7	<p>Remarque N°7 : La politique de remplacement du personnel n'est pas formalisée.</p>	<p>Une procédure de recrutement incluant le remplacement est bien formalisée vous la trouverez en annexe 27.</p>	<p>Sur la remarque n°7, les observations formulées par l'établissement portent sur les modalités de recrutement et ne répondent à la situation d'une absence non programmée (arrêt de travail, absences liées à un événement familial...). Néanmoins, la procédure relative au mode adapté lié à une absence apporte des éléments de réponse à cette remarque.</p> <p>La remarque n°7 est levée.</p>
REMARQUE 8	<p>Remarque N°8 : La procédure d'astreinte n'est pas formalisée ce qui ne permet pas de garantir la continuité des prises en charge.</p>	<p>L'astreinte administrative est formalisée par le biais des plannings (cf. annexes 25 et 26) connus et accessibles par l'ensemble des collaborateurs.</p> <p>Une procédure existe en cas d'absence du directeur.</p> <p>Enfin, une procédure permet également de définir l'organisation en cas d'absence de soignant.</p>	<p>Les éléments transmis ne répondent pas à la remarque n°8. En outre, le planning d'astreinte joint ne peut être considéré comme une procédure. Par ailleurs, il ne mentionne pas la qualité des personnes d'astreintes. Les agents listés ne figurent pas toutes sur l'organigramme remis lors de l'inspection. Si le planning mentionne 7 agents, l'astreinte se passe sur 5 personnes.</p> <p>La remarque n°8 est maintenue.</p>
REMARQUE 9	<p>Remarque N°9 : L'absence de protocole de gestion des urgences ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée de celles-ci.</p>	<p>Les fiches réflexes urgences dites "protocole d'urgence" sont disponibles près du chariot d'urgence, les numéros utiles également.</p>	<p>La mission prend acte des éléments transmis.</p> <p>La remarque n°9 est levée.</p>
REMARQUE 10	<p>Remarque N°10 : L'absence de réunions pluridisciplinaires, ne permet pas aux ASH qui interviennent directement auprès des résidents soigner, connaissent des projets de vie et de participer à leur élaboration. In fine, cela constitue un frein à la qualité de la prise en charge.</p>	<p>Les réunions rassemblant les ASH, la cuisine et la lingerie ont commencé le 24/03. Elles auront lieu deux fois par semaine et ont pour objectifs de permettre aux équipes de faire remonter des informations mais également de faire un point sur les PPI.</p> <p>Un responsable hébergement est en cours de recrutement. Dès son arrivée, il permettra de faire le lien pour que l'équipe d'ASH et les serveuses aient les informations concernant les PPI et inversement qu'elles puissent faire remonter des informations utiles à la mise à jour du PPI.</p> <p>Le responsable hébergement procédera au recueil des données dans [REDACTED].</p>	<p>Les éléments transmis ne répondent pas à la remarque n°10. En outre, le planning d'astreinte joint ne peut être considéré comme une procédure. Par ailleurs, il ne mentionne pas la qualité des personnes d'astreintes. Les agents listés ne figurent pas toutes sur l'organigramme remis lors de l'inspection. Si le planning mentionne 7 agents, l'astreinte se passe sur 5 personnes.</p> <p>La mission prend note que le lien entre l'équipe soignante et l'équipe ASH se fera à travers la responsable Hébergement qui est cours de recrutement. Il n'est toutefois pas envisagé de réunions pluridisciplinaires associant les équipes hôtelières et les équipes soignantes.</p> <p>La remarque n°10 est maintenue.</p>

REMARQUE 11	<p>Remarque N°11: L'accès non sécurisé certains espaces intérieurs ou extérieurs l'EPAD présente un risque pour sécurité des résidents.</p>	<p>La porte d'entrée est sécurisée tant pour l'entrée que la sortie par un digicode (annexe 32). Il n'y a donc aucun risque pour les résidents.</p> <p>Un seul des 2 ascenseur permet d'accéder au sous-sol. Il a le fonctionnement suivant : impossibilité de descendre au sous-sol à sans avoir été sol par contre quand le résident est déjà dans l'ascenseur pour aller dans les autres étages et qu'une personne se trouve au -1 et appelle l'ascenseur, le résident peut se retrouver au sous-sol. Dans cette situation, il ne sera pas seul jusqu'à se retrouver avec la personne qui a appellé l'ascenseur. Un affichage de vigilance existe pour alerter les personnes qui appellent l'ascenseur au -1.</p> <p>Cependant, nous reconnaissons que cette organisation présente un risque, une demande a été faite auprès de la société qui gère l'ascenseur pour le sécuriser.</p>	<p>La remarque n° 11 est MAINTENUE dans l'attente de mesures permettant de sécurisé l'accès par les résidents au sous-sol par l'ascenseur. En effet, le jour du contrôle un résident est descendu de l'ascenseur au sous-sol et celui-ci n'était accompagné d'aucun personnel.</p>
REMARQUE 12	<p>Remarque N°12: Le mode opératoire concerne le lavage du linge en interne n'est pas conforme aux bonnes pratiques préconisées par le guide relatif à la méthode RABC et de ce fait, ne garantit pas un traitement de qualité du linge ni la prévention du risque infectieux. En outre, les comptes rendus du CVS font apparaître des mécontentements de familles sur le circuit du linge et notamment des disparitions inexplicables.</p>	<p>Nous nous engageons à retravailler le circuit du linge et à vous proposer une organisation conforme aux bonnes pratiques préconisées par le guide relatif à la méthode RABC au plus tard au mois de juin 2022.</p> <p>L'arrivée prochaine du responsable d'hébergement en cours de recrutement permettra d'avoir un référent pour travailler et formaliser ce nouveau circuit du linge.</p>	<p>La mission prend note des observations formulées par l'établissement.</p> <p>Dans l'attente de la transmission d'une nouvelle procédure, la remarque n°12 est maintenue.</p>
REMARQUE 13	<p>Remarque N°13: La mission a constaté, par ailleurs, que le matériel médical (lèvre malade, verticalisateur...) mis à disposition des agents étaient en nombre suffisant ; toutefois la réalisation de la maintenance par le prestataire extérieur n'est pas suffisamment tracée par l'établissement ce qui peut constituer un risque dans la prise en charge des résidents lors de l'utilisation de ce matériel.</p>	<p>La maintenance pour le matériel n'a pas pu être assurée en 2020 et 2021 par BASTIDE en raison du contexte sanitaire. Cependant, celle-ci est aura lieu, pour le matériel en location, le 29 mars 2022.</p>	<p>La mission prend note de la réponse apportée par l'établissement et le groupe BASTIDE toutefois l'absence de maintenance préventive liée au contexte sanitaire n'est pas satisfaisante par rapport aux risques encourus par les résidents en cas d'utilisation d'un matériel defectueux. La mission prend acte de la visite programmée le 29 mars 2022.</p> <p>Dans l'attente des éléments justificatifs et de la procédure, la remarque n°13 est maintenue.</p>
REMARQUE 14	<p>Remarque N°14: Les habitudes de vie, si elles sont renseignées dans Netsoin, ne sont pas systématiques et communiquées par les agents de service ce qui peut présenter un risque pour la prise en charge des résidents. En effet, par exemple, il ressort de certains entretiens que les ASH chargées de la distribution et de l'aide aux repas ne sont pas toujours informées des résidents qui présentent des risques de fausse route.</p>	<p>Les ASH qui réalisent le bain-nettoyage et distribution des plateaux ne font pas d'aide aux repas. Elles sont en lien permanent avec les AS et FFAS qui assurent l'aide aux repas.</p> <p>Les textures et régimes sont à jour dans NETSOIN et les noms des résidents sont inscrits sur des chevalets avec gommettes permettant de connaître le régime alimentaire au-delà du DRI.</p> <p>5 résidents sont identifiés à risque de fausse route</p> <p>7 résidents ont besoin d'une aide totale pour les repas</p>	<p>Votre réponse ne permet pas de répondre à la remarque générale concernant la prise en compte des habitudes de vie.</p> <p>Dans l'attente d'éléments complémentaires permettant d'assurer que l'ensemble du personnel et notamment les ASH ont connaissance de l'ensemble des données relatives aux habitudes de vie renseignées dans Netsoin, la remarque n°14 est maintenue.</p>
REMARQUE 15	<p>Remarque N°15: Tous les résidents et plus particulièrement ceux qui déjeunent en chambre ne bénéficient pas systématiquement de l'aide qui leur est nécessaire.</p>	<p>Aujourd'hui, dans la partie "classique" de l'EPAD, 6 résidents mangent en chambre. Parmis ces résidents, 4 sont autonomes, 7 a besoin d'une aide partielle et 1 d'une aide totale => 3 AVS/AS interviennent pour ces aides.</p> <p>Au sein de l'UVP, les résidents mangent tous dans le restaurant dédié en présence d'1 AVS et 1 AS (ou 2 AVS en VAE).</p> <p>L'organisation actuelle permet donc d'assurer une alimentation avec ou sans aide pour tous les résidents.</p>	<p>Il est pris note de la réponse apportée. Toutefois, lors de la visite, la mission a pu constater :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'une part, qu'aucune aide n'avait été proposée aux résidents n'ayant pas consommé leur plateau repas au sein des unités "classiques" d'autre part, que le temps consacré à la distribution et à la collecte des plateaux dans chaque unité laisse peu de temps au personnel pour aider les résidents à prendre leur repas. <p>La remarque n°15 est maintenue.</p>
REMARQUE 16	<p>Remarque N°16: La mission s'interroge sur le nombre élevé de contention abdominale sur l'année 2020.</p>	<p>L'arrêté du MEDEC en janvier 2022 permet de s'interroger sur l'usage de la contention au sein de l'établissement et de travailler le sujet</p> <p>> des sessions de sensibilisation sur la thématique contention sont organisées pour 2022</p> <p>> la thématique sera abordée en commission gérontologie</p> <p>A noter également qu'une politique 0 contention a été déployée depuis décembre 2020 et qu'elle sera réactivée pour une mise en oeuvre concrète.</p> <p>En mars 2022, le constat est le suivant sur 73 résidents :</p> <p>> 7 ont une contention palivienne</p> <p>> 27 ont deux barrières de lits</p>	<p>La mission prend acte des actions engagées par l'établissement pour limiter l'usage de la contention.</p> <p>Dans l'attente du rapport médical 2022 du médecin coordonnateur, la remarque n°16 est maintenue.</p>

REMARQUE 17	<p>Remarque N°17: L'absence de formations régulières ne permet pas de garantir dans la durée le recours aux bonnes pratiques professionnelles.</p> <p>Les professionnels bénéficient de formations régulières sur différents thèmes liés aux soins. En 2022, sont prévues des formations sur la conduite à tenir en cas de fausse route, la pose et surveillance d'une contention / risque suicidaire, projet personnalisé / projet de soins, évaluation de la maîtrise du risque infectieux, le circuit du médicament, conduite à tenir AES / précautions standard, sortie à l'insu/organisation d'un transfert, prévention de la canicule, suivi et élimination des DASRI, système d'appel et surveillance nocture, troubles cognitifs / troubles du comportement, conduite à tenir diarrhée et précautions complémentaires, plaies et cicatrisation / escarre, prise en charge de la continence, nutrition / dénutrition, gestion des déchets (cf. annexe 10 - calendrier des sensibilisations K-culture).</p> <p>Concernant plus spécifiquement la prise en charge de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un webinaire est prévu en juin 2022 sur la prise en charge de la douleur - des sensibilisations seront réalisées sur l'évaluation de la douleur, réévaluation et traçabilité auprès des équipes de jour et de nuit <p>Il faut néanmoins souligner le travail de sensibilisation terrain réalisé au sein de l'établissement.</p> <p>En effet, au mois de mars 2021, le taux d'évaluation de la douleur dans les 30 jours est à 19,7% et le taux d'évaluation de la douleur dans les 3 mois est à 21%.</p> <p>En mars 2022, le taux d'évaluation de la douleur dans les 30 jours est à 90% et le taux d'évaluation de la douleur dans les 3 mois est à 92%.</p>		<p>La mission prend note des actions de sensibilisation sur la prise en charge de la douleur mises en place qui permettent une nette amélioration du taux d'évaluation de la douleur dans les 30 jours et dans un délai de 3 mois.</p> <p>Dans l'attente du rapport médical 2022, la remarque n°17 est maintenue.</p>
REMARQUE 18	<p>Remarque N°18: L'absence de mise à jour de la liste des médicaments annexée à la procédure du chariot d'urgence interroge sur le retrait effectif du produit.</p>	<p>Une vérification a été faite : le médicament a bien été retiré du chariot d'urgence mais cela n'a pas été tracé. Des rappels vont être réalisés lors des staffs hebdomadaires pour sensibiliser sur l'importance et la nécessité de tracer. Le protocole de gestion du chariot d'urgence sera réactualisé.</p>	<p>Au regard des éléments de réponse apportés, la remarque n°18 est levée.</p>

