



RHÔNE
LE DÉPARTEMENT

Président
Société gestionnaire Saint-Laurent
EHPAD Saint-Laurent
Rue du Bricollet,
69210 LENTILLY

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberd
Égalité
Fraternité

La direction générale

Ref : 2022 - 4411EC - 22

11 AVR. 2022
Lyon, le

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du conseil Départemental du Rhône

LRAR 11114 533 175 9

PJ : 1 - tableau des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L. 313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles et l'article L. 6116-1 du Code de la Santé Publique s'est déroulée à l'EHPAD Saint-Laurent, le 14 février dernier.

Sur la base du rapport conjoint établi par la mission, nous vous avons demandé de nous faire part des mesures correctives que vous envisagez de mettre en œuvre pour remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés par les inspecteurs.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour, dans le délai imparti, par courrier du 7 mars 2022.

Les éléments de réponse que vous nous avez transmis sont argumentés et particulièrement bien complétés par des pièces justificatives. Toutefois, il n'en demeure pas moins une incomplétude sur certains points et des demandes de requalification d'écart en remarque ou de retrait de remarque qui ne peuvent être acceptées.

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

Vous veillerez donc à mettre en œuvre l'ensemble des actions attendues, permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport, qui sont présentées en annexe.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures correctives définies 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 Rhône/Métropole de Lyon de l'ARS (Pôle médico-social/service Personnes Âgées) et le Conseil départemental de Rhône (Direction Autonomie Personnes Âgées/Personnes Handicapées).



Vous veillerez à leur transmettre ici six mois, à compter de la réception du présent courrier, 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 « Télerécours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappellerons enfin que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles 1311-1 et 1300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

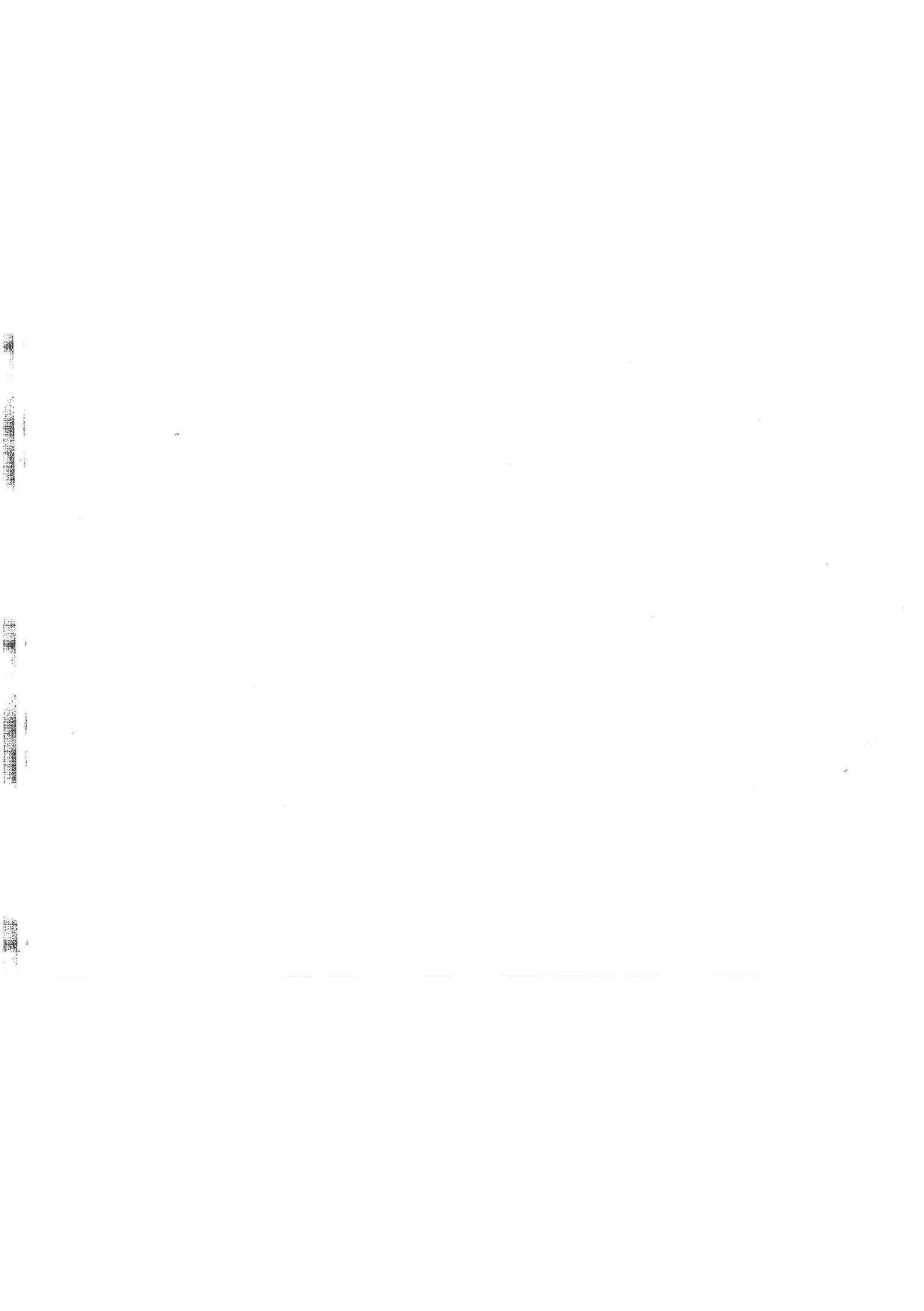
Le Directeur général de l'AARS



Ccme Mme la Directrice de l'EHPAD
A.R.A N°4533 1774 Z



CONSTATS	Ecart / Remarques	ANALYSE DE LA REONSE DE LA STRUCTURE, CONCLUSION ET MESURES CORRECTIVES ATTENDUES/DELAIS
L'EHPAD ne dispose pas de projet d'établissement actualisé	E1 et R1	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le projet sera formalisé en mai 2022 ; - le projet sera communiqué aux professionnels en juin 2022 ; - le CVS sera tenu informé des orientations stratégiques retenues. <p>Néanmoins, cette réponse appelle les remarques suivantes : le délai présenté pour la rédaction d'ici fin mai n'est pas adapté au vu du travail d'envergure collaboratif préalablement requis à la rédaction d'un document de perspectives de la structure porté d'ici à 5 ans. Il convient que la Direction ne formalise pas seule le projet mais mobilise tous les acteurs pour ce travail exigeant, les salariés (toutes professions confondues) et les résidents/familles (à minima, des membres du CVS).</p> <p>Outre un nécessaire bilan et focus de l'EHPAD, la formalisation doit répondre à un mode projet : comité de pilotage et groupes de travail pluridisciplinaires pour les grandes thématiques à aborder. Le projet d'établissement doit être complété d'un plan continu d'amélioration de la qualité à jour.</p> <p>Le projet d'établissement devra également comprendre une partie prospective, présentant un plan d'actions avec des axes de progressions à 5 ans, déclinés en objectifs. Des pilotes seront désignés pour les suivre.</p> <p>Enfin, il est rappelé que le document support doit être validé par les instances CVS et CSE.</p> <p>Mesure corrective attendue : actualiser le projet d'établissement. Transmettre le projet d'établissement ainsi que les modalités de son élaboration, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Absence de représentant du personnel au sein du CVS	E2	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant qu'une nouvelle élection des membres du CVS aura lieu courant mars 2022 et que le CVS se réunit bien 3 fois par an, comme l'attestent les 3 derniers compte rendu de l'année 2021 fournis. Pour autant, les constantes de la mission visaient en particulier l'absence de <u>représentants du personnel élus</u>, au sein du CVS. Aucun élément de preuve n'a été apporté pour justifier que l'animatrice et la psychologue qui participent aux commissions sont des professionnels élus au sens de l'article D311-12 du CASF.</p> <p>Par ailleurs, il est relevé que les comptes rendus des CVS de 2021 transmis sont signés par la Directrice de l'établissement. Or, selon l'article D311-20 du CASF, il est signé par le président du CVS (représentant des usagers ou des familles).</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en conformité le CVS avec les articles D311-3 à D311-32-1 du CASF (modalités de fonctionnement du CVS) ; - assurer la représentation des personnels par des représentants élus ; - faire signer les comptes rendus du CVS par le président du CVS et non la Directrice de l'EHPAD. <p>Transmettre la liste complète des nouveaux membres du CVS, en distinguant par catégories (représentants des résidents, représentants</p>



		des familles et représentants des personnels élus) ainsi que le dernier compte rendu du CVS 2022 signé du président. Dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.
Mise à jour de la veille documentaire en faveur des usagers (support pivotant à l'accueil)	R2	<p>Les éléments de réponse apportés répondent bien aux attendus de la remarque : suppression des documents anciens et décision de mettre à jour le support pivotant 4 fois par an. L'inscription de cette mesure dans le PAQSS (document envoyé) est un gage de suivi régulier.</p> <p>Les éléments de réponse sont satisfaisants.</p>
Procédure de signalement des événements indésirables et EIG	R3	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant qu'une nouvelle formation au signalement d'EI pour le personnel est prévue en juin 2022 et que la procédure sera revue ainsi que complétée pour intégrer les modalités de suivi des EI en avril 2022.</p> <p>Mesure corrective attendue : former les personnels au signalement des EI et EIG. Transmettre les éléments de preuve s'y rapportant : dates et liste des présents et organisme formateur, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Procédure événements indésirables et recueil des réclamations	R4	<p>Il est bien pris note de la décision de mettre en place des modalités d'enregistrement des réclamations, doléances des résidents et leurs familles ainsi qu'une procédure de gestion des réclamations dès mars 2022.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer la procédure de gestion des réclamations ; - modifier le livret d'accueil sur ce point. <p>Transmettre la procédure une fois rédigée ainsi que le compte rendu du CVS qui évoquera ce point (sous forme d'information aux résidents/familles) et le livret d'accueil modifié, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Fragilisation de l'organisation du pôle soin en raison de la présence d'un seul IDE en journée et recours en continu à des IDE en CDD	R5	<p>Les actions menées en interne pour tenter de répondre à la problématique du recrutement d'IDE démontrent que la direction de l'EHPAD est en recherche de solutions pérennes pour attirer des professionnels et les fidéliser. Il convient de poursuivre les efforts et rester vigilants afin d'éviter des situations qui risqueraient, par manque de personnel qualifié, de nuire à la sécurité des résidents.</p> <p>Les éléments de réponse sont satisfaisants.</p>
Accompagnement de la prise de poste des salariés en CDD	R6	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement qui pose la remise de documents (livret d'accueil, fiche de poste et fiche de fonction) et la relève orale pour favoriser l'intégration du nouveau professionnel. Pour les CDD longs, il est indiqué qu'une journée de doublon est organisée avec un salarié titulaire. Pour autant, lors des entretiens menés le 14 février 2022, aucun salarié auditionné n'a fait état de cette journée d'accueil en doublon.</p>



		<p>Il est noté que l'établissement s'engage à rédiger une procédure de recrutement et de remplacement pour mai 2022.</p> <p>Mesures correctives attendues : élaborer la procédure de recrutement et de remplacement. Transmettre la procédure, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Astreintes exclusives de la Directrice	R7	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que le CODIR de juin 2022 va statuer sur la possibilité d'une astreinte partagée avec l'IDEC.</p> <p>Néanmoins, d'autres modalités d'astreintes sont envisageables comme l'astreinte de direction partagée avec les autres directeurs d'EHPAD du groupe du territoire Rhône-Alpes. Il appartient ainsi au groupe IGH de s'assurer, via ce pool local des Directeurs d'EHPAD, de la bonne conduite de l'établissement en l'absence de la Directrice.</p> <p>Mesures correctives attendues : établir le dispositif d'astreinte de direction partagée avec les autres directeurs d'EHPAD du groupe du territoire de Rhône-Alpes (Lyon, Villefranche-sur-Saône, Charly,...). Transmettre le nouveau dispositif d'astreinte de direction (modalités de mise en œuvre concrètes et noms des personnes l'assurant). Dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Formation hygiène	R8	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que les ASH ont bénéficié d'une formation en janvier 2021. Les éléments de preuve s'y rapportant ont été remis : liste d'émargement et livret support.</p> <p>Cette réponse appelle toutefois les précisions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La remarque initiale ne porte pas uniquement sur le manque d'hygiène mais aussi sur le manque d'attention portée à l'entretien courant des locaux. En l'espèce, les photos preuve prises par la mission lors de l'inspection du 14 février 2022 sur site mettent en exergue un manque important d'hygiène et d'entretien. - Les 2 temps de formation des 11 et 13 janvier 2022 ont été délivrés par le prestataire fournisseur des produits d'entretien. Au vu du support transmis, il n'est pas possible de qualifier ce temps de formation complète "hygiène-entretien". - Ni l'homme d'entretien, ni la cadre en charge des ASH n'ont participé aux formations des 11 et 13 janvier. - La demande de retrait de la remarque est rejetée. <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer l'hygiène générale au sein de l'EHPAD ; - veiller à la propreté des locaux de manière continue dans le temps, ces mesures étant en lien étroit avec la qualité de vie du résident. <p>Rendre compte dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive, puis régulièrement et de manière continue dans le temps.</p>



Analyse de la pratique professionnelle	R9	<p>La réponse mentionne la formation de l'encadrement à l'analyse de la pratique professionnelle d'ici la fin d'année 2022 et l'établissement d'un planning pour la mise en place des EPP.</p> <p>Il est rappelé que la HAS recommande que les établissements mettent en place des dispositifs d'analyse des pratiques qui permettent de soumettre leur fonctionnement à un regard extérieur. Il est attendu l'intervention d'un intervenant extérieur pour mener à bien les séances d'analyse des pratiques professionnelles.</p> <p>Mesures correctives attendues : mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles d'ici la fin de l'année 2022, encadré par un intervenant extérieur.</p> <p>Transmettre la convention d'analyse de la pratique professionnelle signée et le calendrier retenu des séances d'APP pour 2022 ou 2023, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Manquements dans l'entretien courant du bâtiment	E3, E4, E6	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant qu'un PPI sera finalisé pour avril 2022 et un plan de maintenance préventive et curative est envisagé pour mai 2022.</p> <p>Cette réponse appelle les remarques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les photos preuve prises lors de la journée du 14 février 2022 montrent un lieu de vie dégradé et souvent sale, non entretenu et qui ne permet pas d'offrir aux résidents un environnement sécurisé et de qualité, conforme à la réglementation en vigueur ; - L'entretien courant des locaux, des extérieurs et du mobilier sale ou dégradé et la réfection des parties communes dégradées doit constituer une priorité ; - conformément à la fiche de poste de l'adjointe de Direction, la coordination de l'équipe ASH doit être réalisée avec des réunions hebdomadaires ; - Les 2 demandes de requalification des écarts en recommandations sont rejetées. <p>Les mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer l'entretien courant des locaux (en particulier la salle de restauration, le patio, les balcons et l'arrière-cour) et le nettoyage des sanitaires privés, huisseries, des balcons, le remplacement des couvre lits troués, etc...) - porter une vigilance particulière à ces points lors des réunions hebdomadaires ASH-cadre. <p>Transmettre les photos preuve correspondantes de manière continue dans le temps et remettre pour les 3 prochains mois les comptes rendus de réunions hebdomadaires des ASH-cadre. Conformément à ses engagements, l'établissement fournira, en outre, la preuve de la réalisation d'audit mensuel de bio nettoyage. Dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>



Non- respect des normes HACCP et distribution de nourriture périmee	E5, E9	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que seuls les frigos à visée professionnelle seront conservés avec une traçabilité et une procédure de nettoyage.</p> <p>Cette réponse appelle les remarques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour rappel, le jour de l'inspection, de la nourriture périmee a été trouvée à 2 endroits différents de l'établissement : dans le frigo du PASA et sur le chariot des desserts du repas de midi. Les petits suisses du dessert étaient proposés aux résidents sans opercule ; ceux-ci ne pouvaient donc pas avoir connaissance de la date de péremption du produit. En revanche, les salariés dispensant les pots de desserts savaient ce qu'ils délivraient et aucun n'a réagi et retiré les produits du chariot ; - Il est strictement interdit en restauration collective de servir de la nourriture périmee ; - les résidents âgés sont fragiles et une distribution de nourriture périmee, qui plus est de produits lactés, est de nature à nuire fortement et rapidement à leur état de santé ; - il n'est pas demandé par la mission de supprimer le frigo du PASA. Pour rappel, les repas thérapeutiques, préparés en petits groupes de résidents, font partie intégrante du projet PASA ; - la demande de requalification de l'écart en remarque correspond ici une demande de minimiser un état de fait constaté à 2 reprises et susceptible de nuire fortement aux résidents. Les écarts sont maintenus. <p>Par ailleurs, le simple rappel (courrier joint) effectué auprès des professionnels intervenant en cuisine ne saurait suffire. Un point hebdomadaire en réunion ASH, en CODIR et auprès des IDE est attendu.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer une procédure de traçabilité et de nettoyage des frigos collectifs ; - rédiger une note de service indiquant formellement l'interdiction de servir de la nourriture périmee ; - Intégrer un focus en réunion hebdomadaire ASH, en CODIR et auprès des IDE. <p>Transmettre les éléments de preuve : la procédure de traçabilité de nettoyage des frigos collectifs, la note de service et les comptes rendus des réunions hebdomadaires ASH + CODIR de mars 2022, qui font référence au respect des normes HACCP. Dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Accessibilité des extérieurs	R10	La réponse apportée est satisfaisante au vu des photos transmises.
Utilisation de la tovertafel et salle	R11, R12	Les éléments de réponse sont satisfaisants.
		Les éléments de réponse permettent d'établir le caractère durable de l'utilisation de cet outil d'animation et du bénéfice avéré pour les résidents de l'UVP. L'espace animation est suffisant pour la taille de l'unité (cf. photos transmises).



d'animation de l'UVP		Les éléments de réponse sont satisfaisants.
Signalétique insuffisante et inadaptée	R13, R14	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que la signalétique sera revue en 2023/2024 et que les plans des locaux seront intégrés dans le livret d'accueil du salarié.</p> <p>Cette réponse appelle néanmoins une la remarque : le délai proposé à N+2 est trop lointain. Il est demandé à la Direction de revoir la signalétique courant 2022.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place une nouvelle signalétique ; - actualiser le livret d'accueil salarié, en intégrant les plans des locaux. <p>Transmettre les photos preuve de la nouvelle signalétique et le livret d'accueil actualisé, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Intimité des résidents en chambre double	R15, R16	<p>La réponse fait état de la commande de paravents supplémentaires alors que l'établissement n'en comptait jusqu'alors que 3 pour 10 chambres doubles. Le devis de la commande a été remis comme pièce justificative et les paravents ont été réceptionnés le 28 février 2022.</p> <p>La réponse à la remarque 15 est satisfaisante.</p> <p>L'établissement mentionne l'achat d'armoires de toilette pour chaque chambre double pour en installer 2 par chambre double (remarque 16).</p> <p>Mesure corrective attendue : installer les armoires de salles de bains dans les chambres doubles.</p> <p>Transmettre les photos preuve et les factures acquittées de l'achat d'armoires de salle de bain, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Fonctionnement défectueux du système d'appel malade	R17, R18	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que la réparation du système a été immédiate.</p> <p>Néanmoins, la mission rappelle que le jour de l'inspection, le dysfonctionnement a été relevé durant le temps de midi. Ni les salariés, ni la Direction n'ont été en capacité de dater la problématique. Aucun salarié n'a transmis l'information à la Directrice durant la matinée.</p> <p>Il convient d'établir un plan de prévention maintenance préventive, de formaliser une procédure spécifique, qui précise les modalités choisies pour informer les équipes jour comme nuit. Cette procédure nécessite, pour garantir la sécurité des résidents, qu'elle soit partagée régulièrement en équipe.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer le plan de prévention maintenance préventive ;



		<ul style="list-style-type: none"> - formaliser une procédure spécifique sur l'utilisation des appels malade, précisant les modalités choisies pour informer les équipes jour et nuit. <p>Transmettre les 2 documents (plan de prévention et procédure appel malade), dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Absence de management des équipes ASH	R19, R20 et R21	<p>Il est bien noté que la Direction n'envisage pas le recrutement d'une maîtresse de maison ou d'un responsable hôtelier. La fiche de poste de l'assistante de Direction mentionne, dans sa dernière partie, des missions de "coordination" des ASH et la tenue de réunions hebdomadaires.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurer l'accompagnement effectif au quotidien des ASH par un cadre diplômé et formé au management ; - poursuivre la tenue des réunions hebdomadaires ASH et rédiger des comptes rendus. <p>Transmettre les éléments de preuve de l'accompagnement effectif des ASH au quotidien par un cadre diplômé. Transmettre les dates des réunions hebdomadaires ASH sur 2022 et les comptes rendus correspondants, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Livret d'accueil non actualisé et non complet	E7	<p>L'actualisation du livret d'accueil est prévue en mars 2022.</p> <p>Mesure corrective attendue : actualiser le livret d'accueil.</p> <p>Transmettre le livret d'accueil actualisé, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Tous les résidents n'ont pas de projet individualisé et il n'y a pas de professionnel un professionnel référent pour chaque résident	E8 R22, R23	<p>Il est pris bonne note du taux de PPI existants, soit 91%, qu'ils sont réactualisés depuis moins d'un an et intégrés dans le logiciel TITAN. Il est décidé d'établir une procédure de définition et de mise à jour du PPI d'ici fin avril 2022.</p> <p>La réponse mentionne que des référents AS ont été désignés pour chaque résident, intégrant aussi l'IDEC et la psychologue.</p> <p>Mesure corrective attendue : formaliser la procédure sur l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés.</p> <p>Transmettre la procédure une fois formalisée ainsi que la liste des référents désignés pour les résidents de l'établissement, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Prise en compte insuffisante des	R24, R25,	<p>Le partage des informations sur les résidents par la consultation de TITAN est évoqué en réponse, ainsi que l'organisation de réunions de travail hebdomadaires ASH, non tracées. Il est envisagé que ces échanges soient formalisés.</p>

souhaits des résidents dans l'organisation du travail sur les temps majeurs de la journée	R26	<p>Néanmoins, il n'est pas fait état en réponse de réunion regroupant tous les professionnels, soignants et ASH, intervenant auprès du résident. Or, c'est tout l'enjeu pour organiser ensemble le travail sur les temps majeurs de la journée des résidents.</p> <p>Il est pris bonne note que l'établissement est vigilant sur les remplaçants et a constitué un vivier de personnels en CDD, qui sont familiers de l'établissement, de son organisation et des résidents.</p> <p>Mesure corrective attendue : organiser des temps d'échange entre soignants et ASH pour faire le point sur l'organisation du travail sur les temps majeurs de la journée des résidents.</p> <p>Transmettre les éléments de preuve de ces temps d'échange (soignants/ASH) à organiser, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Absence d'élaboration de plans de change des résidents	R27	<p>La réponse mentionne que la gestion des changes/protections est assurée par une AS référente (stocks, commandes, etc.). L'utilisation depuis peu du logiciel de gestion des protections/ plans de change mis à disposition par le fournisseur de protections [REDACTED] est à souligner. Les plans de change remis comme éléments de preuve détaillent bien par résidents les types de protections nécessaires sur la journée.</p> <p>Les éléments de réponse et de preuve sont satisfaisants.</p>
Absence de priorité donnée aux aliments de saison et locaux	R28	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que le fournisseur [REDACTED] est engagé dans une démarche locale et de saison et que les viandes et volaille sont d'origine France. Des menus et bons de commande type sont transmis dans le dossier de réponse.</p> <p>Pour autant, la mission relève que les menus présentés ne proposent aucun produit issu de l'agriculture biologique et qu'ils mettent en évidence de nombreux aliments d'import et non de saison (tomates, courgettes, pêches, abricots, poires). Les bons de commandes mentionnent de nombreux produits hors saison (concombre, fruits) et d'origine lointaine (Pérou, Pologne..). Enfin, les flyers pour la viande ne font pas référence à une filière locale. Il serait en outre apprécié d'envisager de proposer quelques aliments d'origine biologique.</p> <p>Mesure corrective attendue : envisager de s'approvisionner auprès de producteurs locaux du territoire rhodanien et à proximité immédiate de Lentilly (pain, fromage et yaourts, fruits et légumes).</p> <p>Apporter la preuve de la recherche de fournisseurs de produits locaux, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>
Le temps de travail du médecin coordonnateur ne correspond pas aux 0,50 ETP réglementaires. Le médecin coordonnateur ne remplit pas toutes ses missions	E10, E11, E12, E13	<p>Le contrat de travail du médecin coordonnateur en poste a été transmis comme élément probant. Il confirme son temps de travail sur 2 journées (lundi et mercredi de 8h30 à 18h) pour 17h50 par semaine, ce qui correspond bien à 0,50 ETP.</p> <p>Le projet général de soins non réalisé à ce jour, sera travaillé en collaboration avec le médecin coordonnateur dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, dont la finalisation est attendue pour le 4^{ème} trimestre 2022.</p> <p>Il est pris acte que le dossier type de soins est informatisé et intégré dans le logiciel TITAN (impression écran TITAN remis). En revanche, la commission gériatrique n'a pas encore réuni. L'établissement envisage de la tenir en juin 2022.</p>



(rédaction du projet médical et du dossier type de soins et tenue de la commission gériatrique)		<p>Les réponses aux écarts 10 et 12 sont satisfaisantes.</p> <p>Mesure corrective attendue pour l'écart 11 et l'écart 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer le projet médical et l'intégrer dans le projet d'établissement ; - réunir la commission gériatrique en juin 2022. <p>Transmettre les éléments de preuve suivants, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le compte rendu de la commission gériatrique et transmettre ; - le projet d'établissement incluant le projet médical.
Le GMP n'est pas réalisé en pluridisciplinarité, ni supervisé par le médecin coordonnateur	E14	<p>Il est précisé en réponse que le dernier GMP a été validé en 2019 en pluridisciplinarité (médecin coordonnateur, IDEC, psychologue et AS).</p> <p>La réponse est satisfaisante.</p>
Absence de protocole actif de conduite à tenir vis-à-vis des risques médicaux	E15	<p>C'est au regard du temps de présence sur site du médecin coordonnateur, limité à 2 jours, que l'écart a été posé par la mission. Néanmoins, il est vrai que de nombreuses procédures sont en place comme évoquées en réponse.</p> <p>Pas de mesure corrective attendue sur ce point.</p>
Manque de précision de certains éléments dans le protocole contention physique	R28	<p>Il est précisé que la procédure de contention physique va être mise à jour en mars 2022.</p> <p>Mesure corrective attendue : actualiser la procédure de contention physique actualisée. Transmettre la procédure actualisée, dans les 6 mois à partir de la réception de la décision définitive.</p>

