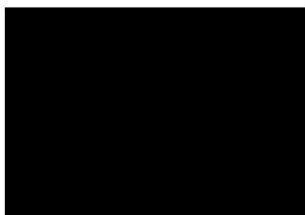


La direction générale

Direction Générale Adjointe des Solidarités
Service des Equipements Sociaux et Médico-Sociaux

Affaire suivie par :



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

Lyon, le **24 MAI 2022**

Réf : 2022-PMIEC-32

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil départemental de l'Allier de l'EHPAD Le Bellerive à Bellerive-sur-Allier (03)

LRAR 1A 18108 338 8

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

Monsieur le Président directeur général

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Le Bellerive à Bellerive-sur-Allier (03).

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier en date du 1^{er} avril 2022 le rapport établi par la mission comprenant des écarts et des remarques. Nous vous demandons en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel le 12 avril 2022.

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.

Vous veillerez donc à mettre en œuvre l'ensemble des actions attendues dont le détail figure dans le tableau joint en annexe, permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport et vous attacherez en particulier à :

- Finaliser le projet d'établissement (incluant le projet de soins) et assurer sa mise en œuvre,
- Garantir une continuité de surveillance de l'unité de vie protégée,
- Renforcer le processus d'amélioration continue de la qualité : approfondir le travail de sensibilisation du personnel à l'ensemble du processus des événements indésirables, mettre en place les outils adaptés et développer la démarche d'analyse des causes des EI.

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

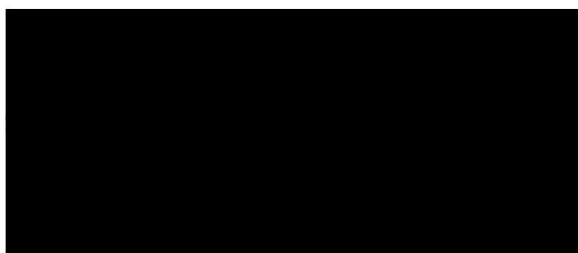
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale de l'Allier et les services du Conseil départemental de l'Allier.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

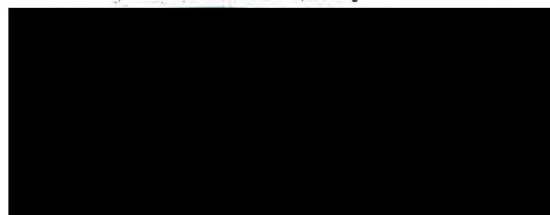
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappelons que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

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



Le Président du Conseil départemental,



Copie : Mr le Directeur de l'EHPAD Le Bellerive à Bellerive-sur-Allier.

NR 1A 18A 638 3737 1

CONSTATS D'ECARTS ET REMARQUES	REPOSE DE L'ETABLISSEMENT	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE, CONCLUSION ET MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
<p>Ecart n°1 : Le projet d'établissement n'est pas à jour, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF</p>	<p>La démarche du projet d'établissement a été lancée en décembre 2020 et réalisée de façon concomitante avec la démarche d'évaluation interne. En effet, malgré la crise sanitaire, l'établissement a décidé de continuer et finaliser la démarche d'évaluation interne afin de s'appuyer sur cette dernière pour la rédaction du projet d'établissement, ce qui a donc retardé la réalisation du projet d'établissement.</p> <p>Toutefois, le projet d'établissement 2022-2026 est en cours de finalisation et sera adressé aux tutelles au mois d'avril. Le CVS sera consulté sur la synthèse du projet d'établissement lors de la réunion prévue le 29/04/2022.</p> <p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 1 - Fiches de présence - Projet établissement • Annexe 2 - ODJ du CVS du 29/04/2022 	<p>Il est pris note de l'échéancier de réalisation du nouveau projet d'établissement.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - finaliser le projet d'établissement dans le délai annoncé, - présenter et communiquer le projet d'établissement au personnel et aux différentes instances, - diffuser le projet d'établissement à l'ARS et au CD.
<p>Ecart n°2 : Le contrat de séjour n'intègre pas l'annexe prévue aux articles R 311-0-5 à R311-0-9 du CASF</p>	<p>La notion de liberté d'aller et venir est stipulée à l'article 8 du règlement de fonctionnement, qui fait partie des annexes remises systématiquement avec le contrat de séjour. Le jour de l'entrée, tous ces documents sont lus, expliqués puis remis aux résidents et/ou à son représentant légal. Lors de la présentation de ces documents, nous nous assurons que le résident ait compris les informations desdits documents.</p> <p>Nous remettons en place cette exigence dès à présent en formalisant systématiquement l'annexe au contrat de séjour relative à la restriction de la liberté d'aller et venir à partir de l'évaluation des mesures individuelles faites par le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>C'est pourquoi, nous vous remettons en pièces jointes les deux annexes au contrat de séjour, non remis le jour de l'inspection.</p> <p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 3 - Evaluation des mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. • Annexe 4 - Annexe au contrat de séjour relative aux restrictions de la liberté d'aller et venir. 	<p>Il est pris note de la présence systématique de l'annexe définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident. Celle-ci doit être mise à jour si l'état de la personne évolue.</p> <p>L'écart n°2 est levé</p>

Remarque n° 1 :

L'absence de formalisation d'un circuit interne de signalement et de traitement des EI/EIG ne permet pas de garantir le repérage des situations à risque et la mise en place d'actions correctrices, y compris pour les EI paraissant mineurs.

Tous les salariés ont la possibilité de déclarer un événement ou un incident constaté par le biais d'une fiche d'amélioration. Ce document fait partie de nos process internes depuis 2015 mais n'est pas suffisamment approprié par les équipes. C'est pourquoi nous avons fait une sensibilisation à leurs utilisations le 7 avril 2022. Cette sensibilisation sera reconduite régulièrement et intégrée à notre planning annuel de mini formation.

D'autre part chaque salarié est destinataire lors de son embauche d'une annexe au livret d'accueil « Charte de confiance » afin de promouvoir la culture de « l'erreur apprenante ». Cette charte a également fait l'objet de sensibilisation auprès des équipes et a été affiché en salle de pause.

Concernant les erreurs médicamenteuses, nous les saisissons sur le logiciel de soins Netroids via une transmission ciblée qui nous permet un suivi de ces incidents (Ex : refus, absence de traitement, erreur d'administration...). Le personnel est régulièrement sensibilisé à l'importance de ces déclarations.

Annexes :

- Annexe 5 - Fiche d'amélioration
- Annexe 6 - Fiches de présence aux réunions de présentation aux équipes
- Annexe 7 - Charte de confiance - Annexe 4 du livret d'accueil du salarié

Il est pris note des documents communiqués et de l'organisation d'une mini-formation pour présenter ces différents documents à une partie du personnel.

Toutefois des pratiques de bonnes pratiques pour encourager la déclaration ne sont pas retrouvées : possibilité d'anonymat, retour systématique au déclarant et aux équipes.

La charte de confiance ne vise pas l'article L. 313-24 du CASF qui assure une protection pleine et entière au salarié témoignant ou relatant d'actes de maltraitance,

La « fiche d'amélioration » n'indique pas la possibilité d'anonymat et paraît davantage destinée à proposer des mesures d'amélioration qu'à déclarer un événement avec les items habituellement requis pour l'analyse (personnes concernées, circonstances, niveau de gravité, impact, suite immédiate données, ...).

Mesures correctives attendues :

- Définir précisément le processus opérationnel de déclaration et de signalement des EI par le personnel : support de déclaration revue, possibilité d'anonymat, emplacement des fiches, circuit et processus d'analyse,
- Assurer des sessions de formations pour acculturer l'ensemble du personnel (y compris équipe de nuit) et s'assurer de leur appropriation,
- Suivre l'évolution du nombre de signalement d'EI (notamment erreurs médicamenteuses).

<p>Remarque n° 2 : L'absence de sensibilisation du personnel et de réflexion interne sur la notion d'EI et des obligations en matière de signalement ne permet pas de garantir leur identification et une bonne gestion des actions correctives, en associant l'ensemble des professionnels concernés (incluant une réponse au déclarant)</p>	<p>Une « fiche réflexe EI équipe » décrivant les modalités de déclaration d'un EI au sein de la résidence a été élaborée, elle permet de rappeler les automatismes attendus des professionnels. Elle a été présentée aux équipes le 7 avril 2022, puis affichée en salle du personnel. D'autres formations suivront sur cette thématique.</p> <p>D'autre part, une « fiche réflexe » a également été établie à destination du personnel encadrant. Elle sera expliquée et remise à chaque membre du staff le lundi 11 avril prochain, afin que ceux-ci puissent être moteur dans la démarche de remontée d'évènement, elle sera affichée en salle de pause.</p> <p>Nous allons dispenser une information concernant l'utilisation des fiches d'amélioration à destination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des familles et résidents lors du prochain CVS du 29 avril 2022, - Des familles via un chapitre dédié dans la gazette du mois de mai 2022, <p>D'autre part, nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégré une mention dans le cahier de transmission du personnel qui rappelle la conduite à tenir en cas d'EIG. Ce document est visé par tous les salariés tous les jours. - Modifié l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaires afin d'y intégrer un retext aux équipes ayant déclarées un EI/EIG <p>Annexés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 2 - ODJ du CVS du 29/04/2022 - Annexe 6 - Fiches de présence aux réunions de présentation aux équipes - Annexe 8 - Photo « fiche réflexe EI Equipe en salle de pause » - Annexe 9 - Fiche réflexe EI Direction - Annexe 10 - Extrait du cahier de transmission - Annexe 11 - ODJ réunion pluridisciplinaire 	<p>Il est pris acte de la formalisation et de l'affichage de nouveaux documents « fiche réflexe » présentés en annexes 8 et 9.</p> <p>Toutefois,</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fiche réflexe « EI équipe » ne précise pas selon quelles modalités l'agent signalant en informe sa hiérarchie et n'encourage pas la formalisation et la traçabilité écrite des signalements. Il n'est pas, non plus, prévu d'organisation qui permette de garantir l'anonymat du déclarant. - la fiche réflexe « EI direction » est peu précise et n'est pas en concordance avec la réglementation sur les modalités de signalement des EIGS notamment : signalement, non dans les 48h, mais "sans délai" et transmission des volets 1 et 2 sur le portail des signalements. <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter la procédure et poursuivre le travail de formalisation d'un circuit interne de signalement et de traitement des EI/EIG.
--	---	---

<p>Remarque n° 3 : L'absence d'analyse des causes profondes des EI conduites en pluridisciplinarité ne permet pas d'éviter leur réitération</p>	<p>Un tableau de suivi a été mis en place suite à la visite qui nous permet un recueil formalisé de l'ensemble des EI et des EIG. Pour chaque EIG, nous procéderons à une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire via le diagramme ISHIIKAWA. Cette analyse fera systématiquement l'objet d'un compte rendu et conduira à la mise en place d'un plan d'action.</p> <p>Un bilan de l'analyse des EIG sera réalisé de façon semestrielle, puis annuelle en décembre de chaque année puis présenté aux équipes afin de faire un bilan des thématiques récurrentes, des modalités de traitements, des plans d'actions mis en oeuvre et de leurs suivis...</p> <p>Les différents événements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 12 - Tableau de suivi des EI/EIG 	<p>Il est pris acte de la mise en place d'un tableau de suivi des EI/EIG en vue d'assurer le recueil de l'ensemble des EI et EIG. Il est également pris note des engagements en vue de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procéder à une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire pour chaque EIG; - Réaliser un bilan semestriel et annuel de l'analyse des EIG, - Assurer une présentation au CVS. <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmission du tableau de suivi des EI/EIG à 6 mois et du bilan semestriel de l'analyse des EI, - Mettre en place les réunions d'analyse des EI, associant les personnels de l'établissement. L'attention de l'établissement est appelée, à cet égard, sur le fait que l'analyse des causes ne doit pas se limiter à la seule analyse des EIG. En effet, un EI sans gravité en soi peut devenir critique par sa récurrence.
<p>Remarque n° 4 : En ne disposant pas d'un dispositif opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, l'établissement ne prend pas en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM / HAS</p>	<p>Un cahier de suggestions-reclamations est à disposition des familles et résidents à l'accueil. Le cahier est visé par la direction hebdomadairement et chaque réclamation fait l'objet d'un suivi et d'une réponse.</p> <p>Aussi, dès réception d'une plainte écrite ou orale, la direction de l'établissement accuse réception de la plainte et propose systématiquement un rendez-vous au plaignant. Suite à la rencontre, un courrier de réponse formalisant les échanges est systématiquement rédigé et envoyé. D'autre part, la direction a mis en place le 8 avril dernier un registre de suivi permettant de centraliser toutes nos réclamations.</p> <p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 13 - Photo du cahier de suggestion/réclamations à l'accueil et tableau de suivi - Annexe 14 - Exemple courrier confirmation RDY Famille 	<p>Il est pris acte de la mise en place d'un registre de suivi des réclamations depuis avril 2022.</p> <p>Il est pris note des modalités de traitement des réclamations par la direction.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmission à 6 mois du registre de suivi des réclamations complété, - Elaboration d'une procédure de gestion des réclamations écrites et orales décrivant le

	<p>Remarque majeure n°1 : L'absence d'affectation de professionnels au sein de l'UVP sur certaines plages horaires ne permet pas de garantir la continuité des soins et la qualité de la prise en charge</p>	<p>L'embauche au 1^{er} mai 2022 d'un ETP supplémentaire sur chaque équipe de nuit portant ainsi les effectifs de nuit à 6 ETP (4 ETP AS et 2 ETP AV répartis en deux équipes de deux AS et une AV) permettra de pallier l'absence d'affectation de professionnels au sein de l'USA sur les tranches horaires 7h/8h et 19h30-20h. Dans ce cadre une modification des horaires actuels sur les postes de nuit existant est également à prévoir avec un passage en CSE.</p> <p><u>Annexe :</u> - Annexe 15 - Planning prévisionnel des équipes de nuit</p>	<p>processus de traitement des réclamations au sein de l'établissement - En assurer la diffusion auprès des équipes et du CVS.</p>
			<p>Il est pris acte de l'engagement visant à mettre en place la nouvelle organisation suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement de l'équipe de nuit avec l'affectation de 3 agents. par nuit et modification de leurs horaires en vue d'assurer une présence de 19h à 8h (19h-6h, 20h-7h et 21h-8h), - modification des horaires d'un des agents qualifiés affecté à l'unité de vie protégée (8h-19h au lieu de 8h30-19h30). <p>Il est noté qu'en dehors de la période d'affectation de personnels au sein de l'UVP (19h30-8h), la surveillance de l'UVP sera assurée par un agent de nuit.</p> <p><u>Mesures correctives attendues :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir une continuité de surveillance de l'unité protégée, - Actualisation des fiches horaires des agents concernés.
<p>Remarque n° 5 : L'affectation de personnel non qualifié FFAS conduit à des glissements de tâches avec la réalisation d'actes relevant des As par des personnels non formés, ce qui ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge</p>	<p>La pénurie de personnel aide-soignant rencontrée depuis plusieurs années nous contraint à organiser le service comme vous avez pu le constater le jour de la visite d'inspection. Des annonces de recherche d'AS sont en ligne (Indeed, Pôle emploi...) en permanence et sont renouvelées régulièrement.</p> <p>Aussi nous proposons la VAE pour les AV avec un accompagnement régional d'aide à la réalisation du livret 2 d'une durée de 35h. A cet effet, nous avons 4 infirmiers au niveau régional identifié comme formateur qui accompagnent les candidats sur 5 journées de 7 heures permettant d'évaluer les compétences et de vérifier que le livret 2 soit correctement et entièrement renseigné. Actuellement</p>	<p>La réponse apportée confirme le constat de la mission sur l'affectation de personnel non qualifié en tant que FFAS.</p> <p>Il est toutefois pris note des actions mises en place en vue de recruter prioritairement du personnel qualifié et de soutenir et encourager la professionnalisation du personnel non qualifié.</p>	

	<p>nous avons deux AVFF en cours de VAE. De plus, un suivi sur site, d'une durée variable en fonction des besoins des candidats est également effectué pour notamment des mises en situation professionnelle. Il s'agit néanmoins d'une démarche volontaire des AV qui refusent parfois ce parcours VAE malgré nos propositions. Enfin, nous proposons annuellement un contrat de professionnalisation pour des parcours AES. Actuellement nous avons une collaboratrice en cours de formation.</p> <p><u>Annexes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 16 - Offre d'emploi en cours - Annexe 17 - Recevabilité des AV en VAE - Annexe 18 - Copie contrat pro 	<p>Mesure corrective attendue</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite des démarches en vue du recrutement de personnel qualifié et de la professionnalisation du personnel non qualifié, - Réflexion plus globale sur l'attractivité des emplois proposés.
<p>Remarque n° 6 : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent, l'établissement ne peut garantir la réalisation des prestations par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-11 du CASF</p>	<p>Le jour de la mission sur 14 agents affectés aux soins la répartition est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 AS - 4 AMP - 2 FFAV en cours de VAE - 1 AES en contrat de professionnalisation - 4 FFAV <p>Aussi nous avons omis de vous fournir deux diplômes d'aide-soignante présentent le jour de l'inspection que vous trouverez en annexe.</p> <p><u>Annexes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 19 - Planning personnes présentent le jour de l'inspection - Annexe 20 - Diplômes AS manquants 	<p>Il est pris acte de la transmission du diplôme des deux agents dont le diplôme n'avait pas été transmis le jour de l'inspection.</p> <p>Il est rappelé que l'établissement doit s'assurer de la qualification des professionnels en amont de leur recrutement et qu'une copie des diplômes doit être classée dans le dossier de chaque agent.</p> <p>La remarque n°6 est levée.</p>
<p>Remarque n° 7 : L'établissement n'a pas formalisé les consignes fixant les conditions de remplacement des personnels et les conduites à tenir.</p>	<p>La pénurie de personnel ne permet parfois pas toujours de prévoir le remplacement des absences longues sur certains jours, mais cela reste isolé. L'anticipation des absences et des remplacements n'est pas toujours possible (surtout celles survenant aux moments des prises de poste) et ce, malgré notre volonté de remplacer l'ensemble des absences. En cas d'absence le matin ou à la prise de poste, l'infirmière prévient la direction. Le directeur ou son adjoint se rendent rapidement disponible et font appel en premier lieu au pool remplaçant, puis aux agences d'intérim en 2^{ème} intention. Pour les absences programmées, nous appelons les organismes d'intérim partenaires : Adecco et Appel médical et cherchons de manière simultanée une solution en interne, soit par le biais de nos remplaçants réguliers, soit avec notre propre personnel. A noter également, en lien avec la direction, l'infirmière coordinatrice est chargée d'adapter l'organisation des soins.</p> <p>Toutes ces consignes sont connues du personnel mais ne sont pas formalisées à ce jour par un document. L'équipe d'encadrement va donc réfléchir à l'élaboration d'un document formalisé sur les conditions de remplacement et des conduites. Ce travail sera initié dans le cadre du futur déménagement prévu à l'automne 2022. En effet, l'architecture du nouveau bâtiment impliquera de fait une nouvelle organisation et répartition des tâches.</p>	<p>Il est pris acte de l'engagement de l'établissement de formaliser un document fixant les conditions de remplacement des personnels et les conduites à tenir.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmission de la procédure

Remarque n° 8 : les fiches métiers transmises à la mission sont des documents retraçant pas l'organisation propre à l'établissement

L'établissement a élaboré conformément à son organisation interne des fiches horaires retraçant ainsi l'organisation propre de l'établissement suivant la fonction du collaborateur.

Annexe :

- Annexe 21 - Fiches horaires

Les fiches horaires transmises correspondent effectivement à des fiches de tâches.

Certaines fiches sont datées de 2002 sans indication de révision ultérieure. Certaines fiches ne sont pas actualisées et ne correspondent pas à l'organisation actuelle : les horaires mentionnés dans ne correspondent pas aux horaires des plannings :

- IDE (code P11)- fiche horaire indique 8h15-19h15 alors que le planning indique 7h30-18h30
- IDE (code P12)- fiche horaire indique 9h15-20h15 alors que le planning indique 8h-19h
- Nursing Unité protégée (code UPN) – fiche horaire indique 8h-19h alors qu'un des postes au planning est 8h30-19h30
- Hôtellerie unité protégée (UPH), la fiche indique 8h30-13h/17h-19h30 alors que le planning prévoit 8h30-13h30/17h30-19h30

Par ailleurs, aucune fiche horaire n'a été transmise pour le poste H2.

Mesure corrective attendue :

- Veiller à l'actualisation autant que nécessaire des fiches horaires ainsi qu'à la formalisation de fiches pour le poste H2 et pour les nouveaux postes issus de la réorganisation prévue en réponse à la remarque majeure n°1 (agents de nuit et nursing de l'unité de vie protégée).

- Faire figurer la date de la dernière révision sur chaque fiche

Remarque n° 9 : L'absence de temps dédié aux transmissions jour/nuit, l'absence de transmission avec le personnel de l'UVP et l'absence de participation des IDE aux transmissions ne permet pas une circulation optimale des informations. Elle peut être de nature à fragiliser la continuité des prises en charge et ne respecte pas les recommandations de la HAS qui préconisent « afin de ne pas mettre en péril la fiabilité de l'accompagnement des usagers, la mise en place de procédures de transmission d'information rigoureuses est recommandée, sous une forme à la fois orale et écrite... ». La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre – RBPP HAS/ANESM – juin 2008.

Remarque n° 10 : L'établissement ne procède pas au recensement des besoins de formation des agents et n'élabore pas de plan de formation

L'organisation interne a l'établissement du pôle infirmier permet normalement le chevauchement des horaires avec l'équipe de nuit permettant ainsi un temps dédié aux transmissions :

IDE	Equipe de nuit	Transmissions jour/nuit
7h-14h30	20h-7h	7h-7h15
8h15-19h15	20h15-7h15	20h-20h15
9h15-20h15		

Cependant la vacance de poste et un arrêt maladie long impose à l'établissement de s'organiser en mode dégradé avec deux infirmières par jour. Néanmoins, un temps de transmission est formalisé entre les équipes AS de jour et de nuit. Aussi, conformément aux fiches heureées, un temps de lecture des transmissions est prévu à la prise de poste.

Une annonce est régulièrement réactualisée sur toutes les plateformes d'emploi. Aussi, suite à la fidélisation d'une infirmière en CDD par l'établissement, celle-ci accepte un CDI au 2 mai prochain.

Annexes :

- Annexe 22 - Cople promesse embauche IDE

Il est pris acte du recrutement programmée du 3^{ème} poste d'IDE (7h-14h30) qui permettra de mettre fin à l'organisation en mode dégradée constatée le jour de l'inspection et d'assurer une présence IDE de 7h à 20h15.

Il est pris acte du décalage des horaires d'un des agents de l'équipe de nuit (20h15 - 7h15 au lieu de 20h-7h).

La mise en place de ces mesures permet effectivement d'identifier un temps dédié aux transmissions jour/nuit de 7h à 7h15 et de 20h à 20h15 avec une participation IDE..

Il est noté également que l'affectation d'un 3^{ème} agent de nuit prévue en réponse à la remarque majeure n°1 permettra d'assurer la présence d'un agent de nuit de 19h à 8h et donc une participation aux transmissions.

Mesure corrective attendue :

- Maintien dans la durée de temps de transmissions dédiés jour/nuit compatible avec les horaires de travail des salariés pour en garantir l'effectivité,
- Actualisation des fiches heureées concernées en conséquence.

Il est pris note du recensement des besoins de formation du personnel en CDI lors des entretiens annuels d'évaluation. Toutefois, il n'existe pas de dispositif de recensement des besoins de formation des personnels en CDD alors même que des agents sont en CDD depuis plusieurs années.

Nous rencontrons tous les CDI lors des entretiens annuels et réalisons les demandes de vœux de formation afin de constituer le plan de formation annuel du site. Aussi les personnes rencontrées le jour de l'inspection sont en CDD et nous ne réalisons pas d'entretien annuel pour ces personnels.

Annexes :

- Annexe 23 - Plan de formation annuel
- Annexe 24 - Exemple de grille d'entretien annuel

		<p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construction d'un plan de formation annuel basé sur le recensement des besoins de formation de l'ensemble du personnel.
<p>Remarque n° 11 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques ; l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - 2008) et ne permet pas d'aider les professionnels dans une mise à distance et une réflexion critique sur leurs pratiques quotidiennes.</p>	<p>Les professionnels se réunissent régulièrement lors des mini formations avec la mise en place de cas pratiques, assimilés de fait à une analyse des pratiques. Aussi, lorsque nous rencontrons des situations difficiles, une réflexion est menée et retracée dans le registre Bientraitance. L'équipe encadrante va réfléchir à la mise en œuvre de façon plus systématique et institutionnalisée de cette analyse des pratiques.</p> <p>Annexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 25 - Extrait registre bientraitance 	<p>Malgré tout leur intérêt, les mini-formations, qui sont réalisées en fin de transmissions et par des professionnels de l'établissement, ne constituent pas un dispositif d'APP conforme aux attendus en la matière selon les RBPP de l'ANESM/HAS.</p> <p>Il est, en effet, de bonne pratique pour faciliter l'expression des salariés et favoriser la prise de recul permettant d'identifier des pistes d'amélioration nouvelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de prévoir un dispositif « qui vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'information », - que les échanges aient lieu en dehors de la présence de la hiérarchie et de recourir à une contribution extérieure. <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle s'appuyant sur des temps d'échanges spécifiques en favorisant l'intervention d'un professionnel extérieur à l'établissement.

<p>Remarque n° 12 : L'absence de sécurisation de locaux à risque laisse la possibilité aux résidents d'avoir accès à des produits dangereux (risque d'absorption de produits nocifs)</p>	<p>Les locaux du 6^{ème} et 7^{ème} étage ne disposant pas de serrure suite à la réhabilitation de ces deux étages restent vides de tous produits dangereux. La mise en place d'un système permettant de verrouiller ces portes a été mis en place le 07/04/2022</p> <p><u>Annexe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 26 - Photos des locaux sécurisés 	<p>Il est pris acte de la sécurisation des locaux à risque avec la mise en place d'un système permettant de verrouiller les portes. La remarque n°12 est levée.</p>
<p>Ecart n° 3 : L'absence de formalisation d'une mesure de protection juridique ou de désignation d'une personne de confiance quand le contrat de séjour n'est pas signé par le résident ne permet pas de garantir le respect du consentement éclairé (art L.311-3 et 4 du CASF)</p>	<p>Lors du prochain CVS du 29 avril 2022 nous informons les membres : De l'importance de la désignation d'une personne de confiance et d'un représentant légal pour tous les résidents</p> <p><u>Annexe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 2 - ODJ du CVS du 29 avril 2022 <p>La recherche de la désignation d'une personne de confiance ou la formulation des directives anticipées sont effectuées dans les jours suivants l'admission. Dès l'entrée, les documents remis en annexes du contrat de séjour précise ces informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Article 13 du règlement de fonctionnement - 13. DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE - Page 23 : ANNEXE III DU LIVRET D'ACCUEIL, Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance <p>Ces documents sont systématiquement lus et expliqués avec le résident, son proche ou le représentant légal.</p> <p>A date, nous avons 26 résidents pour lesquels la recherche de directives anticipées a été faite. Le médecin coordonnateur relance cette démarche et notamment au travers de la réalisation des EGS, qui permettent d'évaluer les capacités d'expression des volontés du résident.</p>	<p>Il est pris note du travail de recherche des personnes de confiance et le recueil des directives anticipées. Une vigilance particulière doit être maintenue sur la qualité du signataire du contrat de séjour et des annexes. L'écart n°5 est levé</p>
<p>Remarque n° 13 : L'absence de désignation d'un professionnel référent pour chaque résident n'est pas en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques de HAS/ANESM « Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) » – Août 2018 -</p>	<p>Comme constaté par la mission, tous les résidents bénéficient d'un projet personnalisé à jour. Dans ce cadre, nous définissons des objectifs individualisés de prise en charge. Les équipes ont fait le choix de se positionner comme référent non pas pour un résident mais pour un objectif de prise en charge. A ce titre, un salarié peut être référent de plusieurs objectifs concernant plusieurs résidents.</p> <p><u>Annexe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 27 - Projets personnalisés anonymisés. 	<p>Il est pris note de la désignation de référents par objectifs de prise en charge et non par résident. Les documents transmis indiquent ainsi qu'un résident peut avoir plus de 6 référents avec plusieurs référents par thématique et des référents extérieurs à l'établissement (pharmacie, médecin généraliste). L'animatrice est positionnée comme référente des objectifs relatifs à l'animation, l'IDEC et le médecin coordonnateur comme référent de la prise en charge médicale.</p>

		<p>Cette organisation apparait davantage comme la désignation de l'équipe pluridisciplinaire et des acteurs impliqués dans la prise en charge du résident que comme la désignation d'un référent du projet personnalisé au sens des RBPP de la HAS/ANESM. Le rôle de ces référents n'est pas défini et spécifié dans un document (PE par exemple).</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir le rôle du/des référent(s) dans le PE en adéquation avec les RBPP de l'ANESM/HAS.
<p>Remarque n° 14 : La durée du jeûne nocturne est supérieure à 12h, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.</p>	<p>une collation est possible et proposée par les équipes de nuit lors de la première ronde et en cas de demande du résident. Aussi, dans la perspective du nouvel établissement, une organisation plus tardive du repas du soir pourra être réfléchi.</p>	<p>Il est pris acte de la proposition d'une collation par les équipes de nuit lors de la première ronde.</p> <p>Il est également pris acte de l'engagement de l'établissement à réfléchir à une organisation plus tardive du repas du soir dans la perspective du déménagement dans le nouvel établissement.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'application des consignes relatives aux collations.
<p>Ecart n° 4 : Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF</p>	<p>Le médecin coordonnateur réalise 75.84 heures sur le mois, représentant ainsi 0.5 etp par mois conformément à son contrat de travail.</p> <p>Il intervient 2 jours par semaine, les lundis et jeudis sur l'horaire à 9h-18h avec 1h de pause et peut être amené à intervenir sur une autre demi-journée selon les besoins de service.</p> <p>Annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Annexe 28 - Contrat de travail du médecin coordonnateur Annexe 29 - Planning du médecin coordonnateur du mois de mars 2022 	<p>L'établissement dispose d'un temps de médecin coordonnateur de 0.5 ETP alors que, le nombre d'ETP requis par la réglementation pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 est de 0.6 ETP.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du temps de médecin coordonnateur conformément à la

<p>Ecart n° 5 : L'établissement ne dispose pas de projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui est contraire à l'article D.312-158- 9° du CASF</p>	<p>Le medecin coordonnateur a ete embauche en juillet 2021, il a été en arrêt durant plusieurs périodes en 2021 ce qui n'a pas permis la réalisation du projet de soins. Toutefois, celui-ci va valider le projet général de soin avant la validation du projet d'établissement qui sera finalisé pour le 29 avril prochain.</p>	<p>réglementation (art. D312-156 du CASF)</p> <p>Il est pris acte de l'engagement du gestionnaire à mettre en œuvre la mesure.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger le projet de soins à intégrer dans le projet d'établissement en cours d'élaboration.
<p>Ecart n° 6 : L'armoire dans lequel les dossiers médicaux papiers sont rangés n'était pas fermée à clef le jour de l'inspection, ce qui ne permet pas de garantir le respect des dispositions de l'article L.1110-4 du CSP relatif au secret médical.</p>	<p>un rappel a ete fait le 07 et 11 avril via une mini formation aux équipes IDE de l'établissement quant aux bonnes pratiques permettant de s'assurer le respect des dispositions de l'article L.1110- 4 du CSP relatif au secret médical.</p> <p>Annexes : Annexe 30 - Mini formation équipes IDE.</p>	<p>Il est pris acte du rappel fait aux équipes IDE sur les bonnes pratiques en vue d'assurer le respect de la réglementation en vigueur relatif au secret médical.</p> <p>L'écart n°6 est levé.</p>
<p>Remarque n° 15 : Le nombre de BMR constaté en 2020 est très important</p>	<p>Les donnees de notre RAAM nous ont également interpellées. Nous avons contacté notre laboratoire partenaire, [REDACTED] pour obtenir des informations. Ces dernières sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2020 : 2 BMR - 2021 : 3 BMR <p>Il s'agit vraisemblablement d'une erreur de report de données dans le RAAM.</p> <p>Annexes : Annexe 31 - Données laboratoire 2020 à 2021</p>	<p>Il est pris acte de la réponse apportée sur l'erreur de saisie dans le RAAM attestée par les données laboratoire 2020 et 2021.</p> <p>La remarque n°15 est levée.</p>
<p>Remarque n° 16 : Le nombre d'escarres en 2020 est très élevé avec, de plus, un taux de guérison faible (33%)</p>	<p>Ce chiffre nous a également interpellé et nous avons repris les éléments dans notre logiciel Netsolins. Il s'agit d'une erreur de données transmise dans le RAAM. Effectivement suivant nos extraction Netsolins sur l'année 2020, nous comptabilisons 4 « vraies » escarres.</p>	<p>Il est pris acte de la réponse apportée mais non vérifiable sur l'erreur de saisie des données du RAAM 2020.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivre attentivement les indicateurs de survenue des risques et renforcer si besoin l'accompagnement aux bonnes pratiques professionnelles.

<p>Remarque n° 17 : La présence de modifications manuscrites concernant le contrôle des péremptions du stock de 1^{ère} nécessité ne garantit pas la maîtrise de la dotation d'urgence et n'est pas conforme aux bonnes pratiques d'assurance qualité s'agissant du contrôle des péremptions.</p>	<p>Le contenu du stock de première nécessité est proposé par la Direction Médicale du Groupe, le médecin coordonnateur valide en ajoutant éventuellement selon ses habitudes. Nous avons fait évoluer notre support de traçabilité afin de supprimer tout autre support et mention manuscrite.</p> <p>Annexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexes 32 - Fiche de traçabilité du stock de première nécessité. 	<p>L'annexe 32 est toujours annotée à la main.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer le contrôle des péremptions du stock de 1^{ère} nécessité dans le respect des bonnes pratiques d'assurance qualité.
<p>Écart n° 7 : L'absence de renseignement des lignes correspondant à l'adrénaline et à la morphine ne permet pas de s'assurer de la présence de ces spécialités pharmaceutiques au sein de la trousse d'urgence, ce qui ne permet pas de garantir la réponse en soins urgent et contrevient à l'art.R5126-108 du CSP</p>	<p>Concernant l'absence de renseignement des lignes correspondant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adrénaline : A ce jour, suite au réassort, la trousse d'urgence contient 3 ampoules d'adrénaline. - La morphine : Cette substance étant classée comme stupéfiante, celle-ci est stockée au coffre à toxiques et fait l'objet d'une traçabilité sur une fiche dédiée. <p>Annexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 33 - Photo morphine dans le coffre à toxique 	<p>Il est pris note de la réponse apportée.</p> <p>L'écart n°7 est levé.</p>
<p>Remarque n° 18 : La trousse d'urgence et le stock de 1^{ère} nécessité ne sont pas sécurisés par un scellé. La trousse d'urgence ne semble pas aisément opérationnelle dans la mesure où elle n'est pas très ordonnée.</p>	<p>Le directeur et l'Idéc réfléchissent à un autre contenant plus adapté afin de mieux organiser la trousse d'urgence et la trousse de première nécessité. Nous avons d'ores et déjà scellé la trousse d'urgence.</p> <p>Annexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 34 - Photo trousse d'urgence 	<p>Il est pris note de la sécurisation par un scellé de la trousse d'urgence et du stock de 1^{ère} nécessité et de l'engagement de l'établissement à revoir l'organisation de la trousse d'urgence afin de garantir son opérationnalité en cas d'urgence.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériel d'urgence disponible, directement accessible et conservé dans des conditions de sécurité (scellé).

<p>Remarque n° 19 : la procédure circuit du médicament de novembre 2019 comporte certaines dispositions non adaptées</p>	<p>Concernant la procédure MED002 de novembre 2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur les péremptions vérifiées trimestriellement cette disposition n'est pas applicable du fait de la mise en place du système PiliSoft grâce auquel nous n'avons plus de stock de médicament interne à l'établissement. - Sur la possibilité non conseillée de stockage des médicaments dans la porte du réfrigérateur nous prenons en compte la remarque et allons la faire remonter au département pharmacie du Groupe afin qu'ils puissent faire évoluer la procédure. - Sur le contrôle des piluliers et comme mentionné, le système PiliSoft utilisé depuis août 2021 implique la préparation des doses à administrer directement à l'Officine conformément à la convention signée entre l'établissement et la pharmacie sous la responsabilité du pharmacien qui garantit le double contrôle. <p><u>Annexe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 35 - Convention EHPAD-OFFICINE 	<p>Il est pris acte des engagements de l'établissement.</p> <p>Mesure corrective attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et mise en œuvre d'une procédure adaptée
<p>Remarque n° 20 : Contrairement aux procédures prévues, les piluliers n'ont pas fait l'objet d'un nettoyage régulier et d'une vérification de leur étiquetage au cours de l'année 2021.</p>	<p>Depuis Août 2021 nous avons mis en place le système PiliSoft et n'avons plus à réaliser le nettoyage et vérification de l'étiquetage des piluliers. Ces derniers ayant été remplacés par des piluliers à usage unique.</p> <p><u>Annexe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe 36 - Photo pilulier PiliSoft: à usage unique 	<p>Il est pris acte de la réponse apportée.</p> <p>La remarque n° 20 est levée.</p>

