

Délégation départementale de la Gironde

Pôle d'animation territoriale et parcours de santé

Dossier suivi par: [REDACTED]

Téléphone: [REDACTED]

Courriel: [REDACTED]

Ref : DD33-D-23-06-02433

Bordeaux, le 4 août 2023

Madame Bénédicte MOTTE, Directrice de la délégation
départementale de la
Gironde

A

Monsieur le directeur général
SA ORPEA
12 rue Jean JAURES
92813 Puteaux Cedex

Lettre recommandée avec accusé de réception

N°

PJ : Rapport d'inspection de la visite du 24 octobre 2022 & tableau des réponses

Monsieur le directeur général,

Comme suite à mon courrier en date du 4 avril 2023, et dans le cadre des dispositions des articles L121-1 et L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez formulé des observations sur les mesures correctives envisagées à l'issue de l'inspection de l'EHPAD «la pastorale », situé à Bouliac (33270), le 24 octobre 2022.

Je prends acte des mesures que vous avez déjà prises pour remédier aux dysfonctionnements suivants constatés par la mission :

- **Nouvelle procédure pour élaborer les PAP ;**
- **Meilleure gestion de l'urgence ;**
- **Création d'un dispositif mnémotechnique près du digicode pour permettre la sortie de l'USA ;**
- **Vérification des dates de prescription des médicaments.**

En conséquence, certaines mesures que j'envisageais de prendre ne se justifient plus.

Toutefois, vos éléments de réponse ne permettent pas de répondre à l'ensemble des dysfonctionnements et non-conformités constatés. Vous trouverez en pièce-jointe le tableau de vos réponses dans le cadre de la procédure contradictoire et les commentaires de la mission d'inspection sur ces dernières.

Ainsi, je vous notifie les décisions suivantes:

S'agissant des injonctions,

- **Injonction 1** fondée sur l'article L312-1-II du code de l'action sociale et des familles (CASF) : Garantir la conformité du diplôme de chaque agent aux missions confiées.
Délai : Immédiat
- **Injonction 2** fondée sur l'article L.313-6 du CASF : Garantir que chaque intervenant dans l'établissement n'est pas en situation d'incapacité judiciaire.
Délai : Immédiat
- **Injonction 3** fondée sur l'article R.4311-4 du CSP : Mettre un terme aux glissement de tâches.
Délai : 1 mois
- **Injonction 4 : Levée**
- **Injonction 5 : Levée**
- **Injonction 6** fondée sur R.5132.80 du CSP : Mettre en conformité la gestion des stupéfiants avec les dispositions de l'article 5132-80 du CSP.
Délai : Immédiat

S'agissant des prescriptions

- **Prescription 1 : Levée**
- **Prescription 2 : Levée**
- **Prescription 3** fondée sur l'article L.311-7 du CASF : Élaborer un règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF).
Délai : 6 mois

S'agissant des recommandations,

Recommandation 1: Levée

Recommandation 2 : Levée

Recommandation 3 : Levée

Recommandation 4 : Levée

Recommandation 5 : Levée

Recommandation 6 : Mettre en place un suivi efficace de la sacoche d'urgence.

En raison du nombre important de mesures correctives à mettre en œuvre, je vous demande d'établir un plan d'action et de l'adresser à la délégation départementale de Gironde un mois au plus tard après la réception du présent courrier.

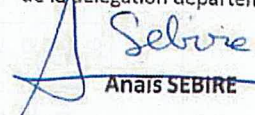
Conformément à l'article L313-16 du CASF, je vous précise que le non-respect des injonctions pourra conduire à une décision de sanction administrative (suspension ou cessation d'activité, mesure d'astreinte journalière...).

La mise en œuvre des injonctions et prescriptions s'impose à l'établissement, au regard de la réglementation. Le contrôle de leur effectivité sera assuré par tous moyens prévus par le CASF. Le non-respect de ces mesures pourra donner lieu aux suites prévues par le même code.

Un recours contentieux peut être exercé contre les injonctions et prescriptions auprès du tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de ce courrier. Ce recours peut également être exercé par voie électronique avec une saisine du tribunal administratif par l'application Télé-recours citoyens accessible par le site www.telerecours.fr.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice adjointe
de la délégation départementale,


ANAIÏS SEBIRE

Copie : Directrice de l'établissement

Observations de la mission d'Inspection	Réponse de l'établissement	AVIS ARS
Injonction n°1 : Le diplôme de chaque agent doit être conforme aux missions confiées Délai : Immédiat.	Nous privilégions systématiquement le recrutement d'Aides-soignants diplômés. Afin de pouvoir répondre à ce besoin, des offres d'emplois sont mises en ligne de manière continue et nous faisons également appel à des agences de recrutement. Nous sollicitons régulièrement les Auxiliaires de vie expérimentées afin de les faire monter en compétences via la VAE ou le parcours PRO-A. Actuellement, une salariée est dans la démarche, depuis le 2 avril 2021. Egalement, un second Auxiliaire de vie était dans ce cursus de VAE mais n'a pas réussi à valider tous ses modules lors de son oral fin 2023. Il intégrera donc en septembre 2023 une formation en contrat PRO-A au sein de l'école « [REDACTED] » lui permettant en décembre 2023 de valider le diplôme d'aide-soignant. Au vu des difficultés sectorielles, il arrive que des Auxiliaires de vie expérimentées et formées en interne, fassent fonction d'aides-soignants notamment lors d'absences inopinées. Lorsque cela se produit, des accompagnements au cours de la journée sont menés par l'Infirmière Coordinatrice ainsi que par l'Ergothérapeute. A ce jour, trois Auxiliaires de vie faisant fonction	Injonction maintenue : Les membres de la mission notent la bonne volonté de la direction de l'établissement de répondre aux exigences légales.

	d'aides-soignantes sont présentes sur l'établissement et vont s'inscrire dans un parcours de formation à la rentrée de septembre 2023 ainsi qu'en mars 2024 par le biais d' « [REDACTED] » ainsi que de « [REDACTED] ». (Annexe 1 : Attestation sur l'honneur) Chaque année nous demandons à tous de nous transmettre leur bulletin numéro 3 du casier judiciaire mis à jour. Nous réalisons ainsi une feuille de pièces manquantes individuelle nous permettant d'assurer un suivi. Cette action a été réalisée en début d'année 2022 et est en cours pour l'année 2023. Actuellement, nous avons relancé quatre personnes pour qui il nous manque le bulletin n°3 du casier judiciaire et quinze autres personnes. Pour ces derniers, le bulletin n°3 du casier judiciaire en notre possession, date de moins de trois ans. (Annexe 2 : Bulletin n°3 du casier judiciaire et pièces manquantes)		
<u>Injonction n°2</u>: Garantir que chaque intervenant dans l'établissement n'est pas en situation d'incapacité judiciaire. <u>Délai</u> : Immédiat.		Injonction maintenue : Les membres de la mission notent la bonne volonté de la direction de l'établissement de répondre aux exigences légales.	
<u>Injonction n°3</u>: Mettre un terme aux glissements de tâches. <u>Délai</u> : 1 mois.	L'organisation de travail de la Résidence, les fiches métiers ainsi que les fiches horaires ont été pensées afin qu'il n'y est pas de glissements de tâches au sein des différents corps de métiers. Egalement, un mode partagé a été mis en place, de manière collégiale, permettant ainsi une continuité de l'activité en l'absence d'un ou plusieurs salariés et afin d'assurer la continuité de prise en charge. (Annexe 3 : Organisation de travail / fiches métiers / fiches horaires et mode partagé)	Injonction maintenue : Les membres de la mission notent la bonne volonté de la direction de l'établissement de répondre aux exigences légales.	
<u>Injonction n°4</u>: Pour chaque résidant un projet individualisé d'accompagnement doit être élaboré. <u>Délai</u> : 3 mois.	Afin de permettre une réalisation des projets personnalisés (PAP) des résidents la plus pertinente possible, une organisation interne a été mise en place depuis janvier 2023 en lien avec la	Injonction levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.	

	procédure d'élaboration existante. Ainsi, les différents corps de métier peuvent y participer et apporter leur connaissance. Ces derniers sont conviés via le cahier de transmission globale de manière hebdomadaire. (Annexe 4 et 4bis : Procédure d'élaboration des PP / Organisation mise en place au sein de la structure / mini-guide à destination des équipes) A date, 4 PAP restent à réaliser entièrement. Les dates de rendez-vous sont programmées. Un tableau de suivi existe et permet de planifier les PAP. (Annexe 4ter : Tableau de suivi des PAP)	
Injonction n° 5 : Organiser et gérer l'urgence au sein de l'établissement. <u>Délai</u> : Immédiat.	Plusieurs procédures existent et sont mises en places quant à la gestion de l'urgence au sein de l'établissement : la conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction, en cas d'absence prolongée de l'IDEC, en cas d'hospitalisation ou encore la mise en place du Plan Bleu. (Annexe 5 : Procédures) Des sensibilisations régulières sont faites aux équipes sur ces différents sujets par le biais de « fiches réflexes » et de mini-guides. La dernière sensibilisation a été faite les 4 et 5 mai 2023. Les fiches réflexes ont été élaborées pour faire remonter l'information lorsqu'un salarié est confronté à une situation qui pourrait s'apparenter à un événement indésirable, et qui pourra être qualifié par le Directeur en événement indésirable grave au regard de la réglementation. Dans ce sens, une plateforme en ligne a été mise	Injonction levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.

	en place au niveau national depuis octobre 2022, permettant aux équipes de tracer les événements indésirables, assurant ainsi un meilleur suivi et traçabilité. (Annexe 5bis : Fiches réflexes) (Annexe 5ter : Mini-guide) (Annexe 5quar : Fiches de présences des sensibilisations auprès des équipes)	
<u>Injonction n°6</u> : Mettre en conformité la gestion des stupéfiants avec les dispositions de l'article 5132-80 du CSP. <u>Délai</u> : Immédiat.	Une procédure « circuit du médicament : stupéfiants ou assimilés » existe et est suivie par les équipes qui sont sensibilisées régulièrement à ce sujet par l'Infirmière Coordinatrice. La dernière sensibilisation date du 14 avril 2023. Des auto-évaluations sont également faites avec les équipes Infirmières. (Annexe 6 : Procédure circuit du médicament) (Annexe 6ter : La prise en charge médicamenteuse à l'EH PAD La Pastorale) (Annexe 6quar : Fiches de présences des sensibilisations ainsi que les grilles d'auto-évaluation) De plus, afin de sécuriser la gestion des stupéfiants, un contrôle mensuel est réalisé par l'Infirmière Coordinatrice et un suivi individuel de chaque toxique est réalisé par les Infirmières de leur réception à leur remise. (Annexe 6bis : Fiche de contrôle du coffre mensuel et fiche individuelle de gestion du coffre à toxique)	Injonction maintenue : La mission d'inspection a relevé que le coffre à toxique pouvait être dérobé car non scellé au mur.
<u>Prescription n°1</u> : Mettre un dispositif mnémotechnique près du digicode pour permettre la sortie de l'USA. <u>Délai</u> : Immédiat.	A date, un dispositif a été mis en place sur les digicodes permettant l'entrée et la sortie de l'Unité de Soins Adaptés. (Annexe 7 : photos digicodes USA)	Prescription levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.

Prescription n°2: Vérifier les dates de péremptions des médicaments périmés conformément aux dispositions de l'article R. 4312-29 du CSP. Délai : Immédiat.	Un contrôle trimestriel est réalisé par les équipes Infirmières ou par l'Infirmière Coordinatrice afin de contrôler les dates de péremptions des médicaments. De plus, un listing de péremption des produits pharmaceutiques après ouverture est mis à disposition des équipes afin que ce contrôle soit le plus optimale possible. (Annexe 8 : Fiche de contrôle des dates de péremption des produits pharmaceutiques et liste des péremptions des produits pharmaceutiques après ouverture)	Prescription levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.
Prescription n°3: Elaborer un règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Délai : 6 mois.	Un règlement de fonctionnement présent dans le contrat de séjour existe et est transmis à l'arrivée de chaque résident. Il est également affiché à l'accueil de la résidence. (Annexe 9 : Règlement de fonctionnement)	Prescription maintenue : Le document transmis dans le cadre de la procédure contradictoire est différent de celui remis le jour de la visite. De plus, la formulation concernant les visites est à revoir en tenant compte de la liberté de recevoir des visites à toute heure.
Recommandation n°1 : Avoir un organigramme à jour.	A date, un organigramme est présent à l'accueil de l'établissement. De plus, un organigramme est présent à jour dans nos différents livrets d'accueil à destination des résidents, salariés ou stagiaires. (Annexe 10 : Organigrammes de l'établissement)	Recommandation levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.
Recommandation n°2 : Formaliser la continuité de la direction pour sécuriser l'organisation de l'établissement, notamment pour l'accueil des familles le week-end.	Un protocole pour la continuité de la fonction de la direction existe et les équipes administratives sont formées annuellement à ce sujet. (Annexe 11 : Protocole pour la continuité de la fonction de direction) De plus, en l'absence du directeur (weekend ou congés) un directeur d'astreinte est désigné sur le	Recommandation levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.

	périmètre. Ses coordonnées sont affichées à l'accueil et à l'infirmerie. (Annexe 11bis : Calendrier astreintes directeurs périmètre Bouliac)	
<u>Recommandation n°3</u> : Le CVS doit être lieu d'information des événements importants intervenus dans l'établissement.	Lors de chaque réunion du Conseil de la Vie Sociale, un point est réalisé avec les différentes parties prenantes pour revenir sur les dysfonctionnements éventuels et des événements indésirables qui se sont produits au sein de l'établissement. Les plaintes et réclamations sont également abordées. (Annexe 12 : Règlement intérieur du CVS) (Annexe 12bis : Procès-verbaux des 3 derniers CVS)	Recommandation levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.
<u>Recommandation n°4</u> : Organiser les repas du soir afin de garantir la présence de soignants pour les résidents ayant besoin d'assistance pendant les repas.	L'organisation des repas du midi et du soir a été réfléchi afin de garantir la présence de personnel suffisant pour les résidents ayant besoin de stimulation ou d'aide durant leur repas. A ce jour, 1 Aide-soignante est présente (en plus du personnel de restauration) systématiquement midi et soir au sein de la salle de repas principale afin de pouvoir assister ou aider les résidents le nécessitant. De plus, 1 Aide-soignante est détachée aux étages afin de pouvoir porter les plateaux en chambres (si existant) et d'accompagner les résidents nécessitant une aide. Pour finir, une salle de repas thérapeutique existe au 1^{er} étage pour les résidents nécessitant une stimulation ou une aide au repas. Cette dernière est encadrée par les Aides-soignants et l'Auxiliaire de vie du secteur. Le midi, 4 personnes sont présentes (3 Aides-soignantes et 1 Auxiliaire de vie). Le soir, 5 personnes sont détachées (4 Aides-soignantes et 1 Auxiliaire de vie). Sauf cas	Recommandation levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.

	particulier, l'Auxiliaire de vie est toujours proche d'une Aide-soignante. (Annexe 13 : Organisation du travail)	
<u>Recommandation n°5</u> : Organiser la surveillance de la température de l'enceinte réfrigérée dédiée aux médicaments.	Un contrôle journalier de la température du réfrigérateur de l'infirmerie est réalisé par l'équipe infirmière. En cas de non-conformité des températures et le temps de réparation de l'appareil, les médicaments sont placés dans une enceinte réfrigérée de réserve. De plus, le nettoyage ainsi que le dégivrage sont réalisés mensuellement par l'équipe infirmière. (Annexe 14 : Fiche de relevés des températures du réfrigérateur de l'infirmerie et contrôle des dates de nettoyage et dégivrage du réfrigérateur)	Recommandation levée : Les membres de la mission prennent acte de ces éléments.
<u>Recommandation n°6</u> : Mettre en place un suivi efficient de la sacoche d'urgence.	Un protocole existe au sein de l'établissement quant à la gestion du matériel d'urgence et de la trousse d'urgence. (Annexe 15 : Protocole) De plus, afin d'assurer un suivi efficient de la trousse d'urgence, cette dernière est vérifiée et re-scellée par l'équipe infirmière ou l'infirmière Coordinatrice tous les trimestres. (Annexe 15bis : Fiche d'enregistrement des contrôles de la trousse d'urgence)	Recommandation maintenue : La sacoche d'urgence doit également être vérifiée et re-scellée après chaque usage.