

La Directrice générale

██████████
Directeur
EHPAD Le Petit Chêne
Saint-Rambert-En-Bugey

Réf. : PwEC-20-2023

Lyon, le **28 NOV. 2023**

AR 2C 166 947 39881

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé

PJ : - Mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur,

Une inspection diligentée à mon 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 Petit Chêne » le 27 avril 2023 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 16 août 2023, les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux carences et aux dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 5/10/2023.

Je prends bonne note de l'ensemble de vos réponses et observations formulées suite au rapport rédigé à l'issue de l'inspection et aux mesures correctives envisagées.

Toutefois la quasi-totalité des réponses apportées ne font pas l'objet d'éléments de preuve ni même d'une réponse étayée ou d'une proposition structurée envisageant de pallier les manquements qui vous ont été notifiés. Les documents remis, quand ils ont été transmis, sont souvent incohérents, incomplets ou rédigés rapidement pour la majeure partie d'entre eux.

Les protocoles, de soins ou de gestion des risques, remis ne font pas l'objet d'un travail approfondi avec l'ensemble des équipes et ne sont pas tous conformes aux recommandations de bonnes pratiques. L'accompagnement des équipes à l'appropriation des protocoles n'est pas mentionné, ce qui ne garantit pas la qualité des soins, la prévention de la maltraitance et la sécurité des résidents.

Ces constats viennent corroborer les problématiques de pilotage et de management des différentes thématiques (qualité et la gestion des risques, le respect des droits des usagers et, la qualité des soins au sein de l'établissement) développées dans le rapport provisoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur

de vous notifier mes décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Je vous rappelle que les preuves de l'effectivité des démarches et des actions attendues doivent témoigner de la structuration d'un pilotage global de votre établissement, de l'organisation de la mise en œuvre des mesures qui vous sont indiquées, sous forme de fiches actions par exemple. Le suivi tracé et l'évaluation de la réalisation des actions doivent être fournis.

Je vous prescris de :

- Définir dans le cadre du projet d'établissement une stratégie claire et opérationnelle de prévention de la maltraitance: renforcer le management, le contrôle et mettre en place un plan d'actions en direction de toutes les équipes ;
- Mettre en œuvre et organiser la déclaration de tous les dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives, menaçant la sécurité des résidents ;
- Formaliser des protocoles et conduites à tenir en cas de risques médicaux et couvrir l'ensemble des risques.

Je vous recommande de :

- Mettre en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions des Conseil de la Vie Social ;
- Formaliser et mettre à jour les protocoles des soins, de gestion des principales urgences vitales, de conduites à tenir en situation d'urgence.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision et vous vous attacherez en particulier à vous appuyer sur les compétences de vos équipes ou d'autres professionnels de soins experts de votre territoire.

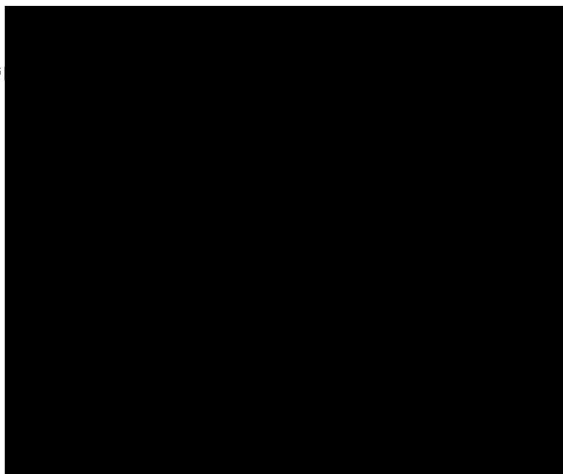
En outre, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Ain. Vous veillerez à lui transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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

Je vous rappelle 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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assu



ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous, et après analyse et prise en compte des réponses de la structure inspectée.

Nature des mesures correctives

Les **injonctions et prescriptions** se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

Les **injonctions** sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

Les **recommandations** visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique : dysfonctionnement source de risque(s) et/ou manquement à un référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple.

Maintien / levée des mesures correctives

Les mesures correctives envisagées lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux).

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION DEFINITIVE
1	Développer l'offre d'hébergement temporaire de 4 lits, conformément à l'autorisation par arrêté n° <u>2021-14-0162</u> du 12 août <u>2021</u> .	ECART 1		Le directeur explique qu'il respecte l'autorisation sauf en cas d'urgence. Une liste des résidents présents au 27 septembre 2023 fournie, indique que 4 résidents sont facturés sur de l'hébergement temporaire. PRESCRIPTION LEVEE.
2	Formaliser le projet d'établissement répondant aux différents attendus légaux prévus aux articles L311-8 et D311-8 CASF. Dans le cadre d'un pilotage structuré, appliquer les recommandations de bonnes pratiques en associant les équipes et le conseil de vie sociale.	ECART 2 et REMARQUE 1	6 mois	Il est pris acte de l'argumentaire apportée par le directeur qui précise qu'un projet est en cours de rédaction mais n'est pas finalisé. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas de projet d'établissement actualisé, daté et signé. Le projet d'établissement précédent est arrivé à échéance. PRESCRIPTION maintenue.
3	Installer le CVS, conformément au décret n° 2022-688 du 25 avril 2022, notamment, l'organisation de 3 réunions annuelles (D311-6 du CASF), la composition des membres et représentants, la	ECART 3 et REMARQUE 3	3 MOIS	Le directeur explique avoir installé les CVS à son arrivée après 4 ans d'interruption. Il justifie l'organisation de 2 CVS (au lieu de 3) par les difficultés contextuelles notamment la survenue de 2 clusters COVID. Une copie de mail datant du 11 janvier 2022, sans objet, signé du directeur, fournie, démontre qu'une information a été faite aux familles (sans précision de la qualité des membres – CVS, professionnels...), avec une proposition de « communication audio-visuelle » pour le contact avec les proches, les visites étant suspendues. Il est également annoncé que « l'équipe administrative se tient à disposition des résidents pour répondre aux demandes particulières » précisant les résidents en fin de vie. 3 autres copies de mails font état d'échanges avec les familles.

	formalisation d'un règlement intérieur signé par les membres			Cependant, ces documents ne sont pas formels et les 3 réunions du CVS sont réglementaires et indispensables pour communiquer sur les situations difficiles de l'établissement, prendre en compte la parole des usagers et apaiser les craintes. En outre, ces réunions peuvent être organisées en visio conférence. PRESCRIPTION maintenue dans l'attente de l'effectivité des 3 réunions du CVS en 2023 et l'envoi des comptes rendus à la délégation départementale de l'ARS de l'AIN
4	Mettre en place des groupes de réflexion avec les équipes et réévaluer régulièrement en pluridisciplinarité les décisions de fermer les portes des chambres à clef afin d'assurer la liberté d'aller et venir ainsi que la sécurité des résidents, en vertu de l'article L311-4 CASF.	ECART 4	IMMEDIAT	Le directeur fournit une copie de mail signé de la cadre de santé, sans objet, daté du 26 septembre 2023, indiquant la mise en place de groupes de « réflexion pluridisciplinaires sur la décision de fermeture des portes à clés afin d'assurer la liberté d'aller et venir de résidents ainsi que de leur sécurité ». La date est fixée pour la mardi 10 octobre 2023. Il est pris acte de la réactivité de la demande mais également de l'absence de formalisme institutionnel. En outre, cette démarche peut s'articuler avec le programme de réunions bientraitance remis pour l'ECART 5. PRESCRIPTION maintenue dans l'attente de comptes rendus formalisés et formels précisant les actions, décisions notamment en matière d'accompagnement des équipes, ainsi que la rédaction des protocoles.
5	Conformément à L311-8 du CASF, définir dans le cadre du projet d'établissement une stratégie claire et opérationnelle de prévention de la maltraitance: renforcer le management, le contrôle et mettre en place un plan d'actions en direction de toutes les équipes.	ECART 5	1 MOIS	L'établissement remet une fiche descriptive (version du 13 septembre 2023) présentant un planning prévisionnel des réunions pour la mise en œuvre d'une démarche de projet autour « des pratiques bientraitances ». Le directeur informe de la participation du personnel et de l'assistance d'un intervenant de la CIAQA. Il est pris acte de ce projet. PRESCRIPTION maintenue dans l'attente d'une définition stratégique au sein de la structure ainsi que des comptes rendus et des décisions prises s'agissant de l'organisation et du suivi des pratiques par les cadres.

6	Mettre en œuvre et organiser la déclaration de tous les dysfonctionnements et évènements indésirables graves aux autorités administratives, menaçant la sécurité des résidents conformément à L.331-8-1 du CASF.	ECART 6	IMMEDIAT	Le directeur remet un courrier adressé au directeur général adjoint chargé de la solidarité du conseil départemental. Il est précisé que la fiche de signalement dédiée a été mise à jour notamment la formalisation du circuit de traitement, de la traçabilité, du suivi et de l'évaluation des EIG. Les étapes sont décrites dans le courrier mais aucun autre document n'a été remis notamment la procédure modifiée. PRESCRIPTION maintenue dans l'attente de la remise de la procédure à la Délégation Départementale de l'ARS et l'effectivité de la mise en œuvre formalisée par des comptes rendus et les décisions qui en résultent.
7	Formaliser dans le contrat de séjour l'accueil en hébergement temporaire et tous les éléments en conformité avec l'art L311-4 CASF.	ECART 7	IMMEDIAT	Un modèle de contrat de séjour hébergement temporaire, mis à jour le 26 septembre 2023, a été remis. PRESCRIPTION maintenue dans l'attente de sa validation en instance comme indiqué dans la réponse du directeur et envoi du compte rendu du CVS à la Délégation Départementale de l'ARS de l'AIN.
8	Recruter un médecin coordonnateur en vertu de l'article D312-155-0 CASF.	ECART 8	6 MOIS	Le directeur informe que la démarche de recrutement est en cours avec en projet un « Temps accru à 60/40) avec l'EH PAD de TENAY. PRESCRIPTION maintenue dans l'attente de l'effectivité du recrutement du médecin coordonnateur et information de l'ARS.
9	Rédiger le rapport d'activité médicale annuelle conformément à l'art. D 312-158-1° CASF	ECART 9	6 MOIS	Pas de réponse de la structure PRESCRIPTION maintenue.
10	Réunir une fois par an minimum la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prise en charge auprès des	ECART 10	A voir selon le recrutement du MEDEC	Pas de réponse de la structure PRESCRIPTION maintenue.

	résidents de l'EHPAD, en vertu de l'article D312-158 CASF.				
11	Formaliser des protocoles et conduites à tenir en cas de risques médicaux et couvrir l'ensemble des risques conformément à l'article D312-158 CASF.	ECART 11	3 MOIS	17 fiches-protocoles ont été remises. Signées par le Directeur, le Médecin Coordonnateur et l'adjointe des cadres, elles sont datées du 19/09/2023. Cependant, ces documents, rédigés trop rapidement, sont presque tout incomplets (manque de définitions ou de conduites à tenir, intitulés peu cohérents, absence de certaines notions essentielles Aucun protocole pour l'arrêt cardio-respiratoire n'a été remis, ni pour les fausses routes ou troubles de la déglutition. Le protocole sur les chutes est incomplet notamment concernant les causes médicamenteuses. Le protocole pour la prise en charge de la douleur datée de 2021 est incomplet: il n'est pas indiqué que l'évaluation doit être systématique chez tous les résidents, ni la nomination d'un référent douleur ou le lien avec une équipe spécialisée. Les protocoles doivent être travaillés avec des professionnels compétents de façon approfondie et avec l'aide d'outils existants (fiches de l'ARSIF sur les urgences par exemple). Il convient d'élaborer un plan type pour ne rien oublier PRESCRIPTION maintenue dans l'attente de la rédaction de protocoles à destination des professionnels et traçabilité de leur communication aux équipes. Documents à remettre à la délégation de l'ARS de l'Ain.	

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION DEFINITIVE
	Je vous recommande de :			
1	Sécuriser et surveiller les entrées et les sorties de l'EHPAD par une présence physique ou un dispositif de surveillance fonctionnel respectant la réglementation	REMARQUE 2 et REMARQUE 18	IMMEDIAT	Le directeur répond que « la conception architecturale du bâtiment ne permet actuellement pas de mettre en place un accueil physique. En attendant de l'envisager, le système de video surveillance de l'entrée permet une sécurisation à posteriori (enregistrement) et a un effet dissuasif ». L'établissement a remis deux documents techniques annexes au "contrat de sécurité" signé avec le fournisseur de l'entreprise [REDACTED] Il est pris note de l'objectif de sécuriser les entrées dans l'établissement. Toutefois aucune réponse n'est apportée s'agissant de l'information des personnes de ce dispositif video et du respect des droits à l'image et de l'archivage de videos enregistrées. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente que l'établissement garantisse qu'il s'est bien informé des aspects réglementaires et du respect des droits à l'image. Il est attendu une traduction dans un protocole à remettre à l'ARS de l'AIN.
2	Formaliser une procédure précisant le dispositif opérationnel numérisé permettant l'analyse, le suivi et le traitement des événements indésirables importants et graves dans l'établissement et, s'assurer de la participation des personnels dans les mesures prises pour faire évoluer les pratiques professionnelles.	REMARQUE 4	1 MOIS	Même réponse que ci-dessus. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de la remise de la procédure à la Délégation Départementale de l'ARS de l'AIN et l'effectivité de la mise en œuvre formalisée par des comptes rendus et les décisions qui en résultent.

3	Mettre en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions des CVS.	REMARQUE 5	IMMEDIAT	Le directeur informe qu'une « boîte à lettre de recueil des doléances à l'attention du CVS avait été mise en place, à laquelle sera ajouté un cahier de réclamation, doléance ou satisfaction. ». Il est pris note de cette action. Mais en l'absence d'élément de preuve, la remarque est maintenue. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de preuves de l'effectivité des actions et outils mis en œuvre.
4	Formaliser la procédure d'astreinte de la direction et l'organisation de la continuité de la fonction de direction	REMARQUE 6	IMMEDIAT	Un document intitulé "DECISION GARDE ADMINISTRATIVE n°2023-87" stipule qu'il est décidé que Madame [REDACTED], assurera la garde administrative durant les absences de Monsieur [REDACTED], du samedi 22 au 29 juillet 2023 et du vendredi 11 au samedi 26 août 2023. Ce document assure la continuité de la fonction de direction sur une période donnée uniquement mais ne garantit pas le relai de la fonction en cas d'absence non-prévue. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente d'un document sécurisant la continuité de la fonction de direction au long terme.
5	Définir le rôle et le fonctionnement du CODIR, rédiger et tracer les comptes rendus, et le suivi des décisions en toute transparence avec les membres.	REMARQUE 7	3 MOIS	Le directeur informe que les CR du CODIR seront informatisés. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente des comptes rendus formalisés et numérisés des prochains CODIR a remettre à la Délégation Départementale de l'AIN.
6	Mettre en place une instance de pilotage stratégique afin de coordonner et articuler l'ensemble des projets et favoriser la coordination des services et des cadres et définir les modalités de communication	REMARQUE 8	1 MOIS	Le directeur répond qu'un COPIL qualité a été mis en place pour fixer les priorités annuelles. Compte tenu de la dimension de notre établissement, le CODIR permet également le suivi des projets. » Un document joint datant de septembre 2021 établit la liste des personnes composant le groupe de travail qualité. Ces membres sont également membres du CODIR. RECOMMANDATION levée

7	Mettre en place et contrôler l'organisation des pauses des personnels pendant le temps des repas	REMARQUE 9	IMMEDIAT	Pas de réponse de la structure RECOMMANDATION maintenue dans l'attente des mesures mises en places formalisées. L'établissement informe du recrutement d'agent et fournit un devis d'un cabinet conseil [REDACTED] de la formation d'adaptation à l'emploi. Il est pris acte de cet emploi. Cependant la RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de la fiche de poste, à remettre à la délégation départementale de l'ARS de l'AIN.
8	Engager une démarche de recrutement d'un professionnel formé à la gestion des ressources humaines et définir sa fiche de poste	REMARQUE 10	IMMEDIAT	
9	Formaliser la procédure de remplacement des professionnels pour garantir la continuité des soins et de accompagnements	REMARQUE 11	1 MOIS	L'établissement indique, très succinctement, que les remplacements sont suivis en réunion pluridisciplinaire et que les décisions sont prises sur la base des besoins et d'un tableau de suivi. Ce tableau est remis avec la liste des professionnels de l'EHPAD sans autre explication. Il ne s'agit pas d'une procédure. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de la procédure de remplacement.
10	Rédiger l'ensemble des fiches de poste valorisant les missions et les responsabilités des professionnels, y compris celle du médecin, avec la participation des professionnels concernés.	REMARQUE 12 et REMARQUE 13	6 MOIS	Il est répondu que « les fiches existantes pour les soignants seront mises à jour et complétées ». Des fiches de postes AS et IDE datant d'avril 2014 sont fournies. Aucune fiche de poste du médecin n'est remise. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de l'actualisation et la rédaction des fiches de poste.
11	Mettre en place pas une démarche d'évaluation des besoins en compétences. Impliquer les personnels, y compris les	REMARQUE 14 et REMARQUE 15	6 MOIS	L'établissement répond que le plan de formation prend en compte les desideratas des agents et les besoins du service. Un plan de formation 2023, sous forme de tableau a été remis et présente un programme de formation conséquent. Les liens avec la stratégie et les besoins issus des évaluations ne sont pas clairs. Les

	professionnels en capacité de faire de la formation. Programmer un plan de formation en articulation avec les projets de l'établissement pour garantir les connaissances et la qualité des accompagnements et des soins spécifiques du public accueilli. Favoriser la qualification des professionnels par la VAE, notamment.	et REMARQUE 16		formations sont essentiellement thématiques. Il est noté aucune prise en charge de VAE ou formation diplômante de personnels exerçant des actes de soins. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de la formalisation d'un plan de développement de compétences en cohérence avec les orientations (projet d'établissement par exemple) et favorisant la qualification des personnels en poste.
12	Mettre en place des temps d'échange organisés et formalisés (hors temps de transmission) entre les professionnels en fonction des besoins et impliquer les équipes de nuit.	REMARQUE 17 et REMARQUE 22	1 MOIS	Le document remis pour l'ECART 4, copie de mail signé de la cadre de santé, sans objet, daté du 26 septembre 2023, indiquant la mise en place de groupes de « réflexion pluridisciplinaires sur la décision de fermeture des portes à clés afin d'assurer la liberté d'aller et venir de résidents ainsi que de leur sécurité » est seulement indiqué en réponse, sans plus d'explication. Il est supposé que ces réunions pluridisciplinaires seront également les lieux d'échanges sur les pratiques. RECOMMANDATION maintenue en l'absence de précisions et dans l'attente de comptes rendus formalisés et formels précisant les actions, les décisions notamment en matière d'accompagnement des équipes, ainsi que la rédaction des protocoles.
13	Organiser la fermeture des portes de la pharmacie pendant les repas, sécuriser l'accès.	REMARQUE 19	IMMEDIAT	La structure écrit " Porte habituellement fermée. Rappel effectué ». RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de preuves (formalisation des consignes)
14	Organiser les prestations de balnéothérapie, former les personnels et nommer des référents.	REMARQUE 20	6 MOIS	Pas de réponse de la structure RECOMMANDATION maintenue.

15	Organiser et structurer les projets de soins et personnalisés des résidents clairement	REMARQUE 21	2 MOIS	Il est répondu « Mise en place d'un calendrier qualité ». RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de preuves et du calendrier.
16	Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de collation afin de ne pas espacer plus de 12h deux repas, en vertu des bonnes pratiques visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées. Elargir les propositions de textures.	REMARQUE 23 et REMARQUE 24	IMMEDIAT	L'établissement répond: « La collation est actuellement systématiquement proposée afin de palier au temps entre le dîner et le petit-déjeuner. La « fiche de tâches AS jour et nuit » remise datant de septembre 2023 indique qu'il est proposé une collation entre 21h et 23h. Toutefois, aucune solution ni organisation ne sont mises en place pour réduire l'amplitude de 12h entre les repas du soir et du matin. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente d'une nouvelle organisation formalisée. Document attestant l'effectivité de sa mise en oeuvre des actions à remettre à la DD de l'Ain.
17	Formaliser les protocoles de gestion des principales urgences vitales, de conduites à tenir en situation d'urgence.	REMARQUE 25	2 MOIS	Cf réponse pour l'Ecart 11. Aucun document de preuve n'a été remis. RECOMMANDATION maintenue.
18	Formaliser une procédure précisant les modalités de remplissage de la grille AGGIR et les connaissances nécessaires des professionnels. Mettre en place des formations.	REMARQUE 26	6 MOIS	En l'absence d'élément de preuve, la RECOMMANDATION maintenue.
19	Formaliser le protocole de prévention et de traitement des chutes.	REMARQUE 27	3 MOIS	Cf réponse pour l'Ecart 11. RECOMMANDATION maintenue
20	Mettre en place une politique active de prévention et de prise en charge de la dénutrition.	REMARQUE 28	3 MOIS	Cf réponse pour l'Ecart 11. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente d'un protocole complet.

21	Formaliser et mettre en oeuvre un protocole relatif aux contentions physiques des résidents, précisant la nécessité d'une prescription médicale systématique des mises sous contention et de leurs renouvellements réguliers en application des recommandations de l'ANSM en date d'octobre 2020.	REMARQUE 29	3 MOIS	La structure répond que le protocole doit être mis à jour. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente du protocole, à remettre à la DD de l'Ain.
22	Formaliser le protocole de prise en charge des escarres et le valider.	REMARQUE 30		Le protocole remis est complet et détaillé. RECOMMANDATION levée.
23	Mettre en oeuvre, dans le cadre d'une politique d'accompagnement de fin de vie définie, une démarche de soins palliatifs au bénéfice des résidents.	REMARQUE 31	3 MOIS	Le document remis est un document HAD, il s'agit d'une intervention individuelle et non d'une convention. RECOMMANDATION maintenue dans l'attente de la convention.
24	Formaliser le protocole de prise en charge de la douleur et préciser les stratégies thérapeutiques, les modalités de prises en charge personnalisées selon la situation rencontrée.	REMARQUE 32	3 MOIS	Cf réponse pour l'Ecart 11. "Le protocole pour la prise en charge de la douleur daté de 2021 est incomplet: il n'est pas indiqué que l'évaluation doit être systématique chez tous les résidents, ni la nomination d'un référent douleur ou le lien avec un équipes spécialisée." RECOMMANDATION maintenue dans l'attente du protocole.
25	Organiser la vérification du chariot d'urgence régulièrement et rigoureusement.	REMARQUE 33	IMMEDIAT	L'établissement répond que la remarque a été prise en compte sans aucun élément de preuve. RECOMMANDATION maintenue

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes INSPECTION à l'EHPAD « Le Petit Chêne » de Saint Rambert en Bugey le 27 avril 2023.

