

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La directrice générale

Le Département de l'Allier

Monsieur le Président du Conseil
d'administration de l'association
« Résidence Les Cèdres »
Route de NASSIGNY
03190 VALLON EN SULLY

Réf. : 280461 - PMIEC
LRAR n° 2C 106 310 5095 0

Moulins, le

19 JUIN 2024

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de l'Allier.

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

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 « Résidence les Cèdres » à VALLON-EN-SULLY les 11 et 12 décembre 2023, dans le cadre du plan national de contrôle des EHPAD 2022 – 2024.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 2 avril 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 3 mai 2024.

Celle-ci n'est pas développée. Cela ne permet pas d'apprécier de manière générale et pour chaque mesure la programmation du travail à mener et l'engagement dans la démarche.

Vous indiquez que la mention « OK » dans le tableau indique que vous avez bien noté la mesure à réaliser, ainsi que le délai de réalisation. Nous constatons que vous partagez globalement les constats de la mission et les mesures d'amélioration à mettre en place. Presque toutes restent à réaliser.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier nos décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00

Le Département de l'Allier
BP 1669 – 03016 Moulins cedex
04 70 34 40 03

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).



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 attacherez en particulier à :

Formaliser la mise en œuvre des différentes mesures dans un plan d'actions, en assurer un suivi régulier dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité, et associer les instances et les professionnels de l'établissement à sa réalisation. Ce plan doit être enrichi sur la durée, notamment des préconisations issues des évaluations ou des actions à mener dans le cadre d'événements indésirables ou de réclamations.

En outre, nous vous invitons 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'Allier, et les services du Conseil Départemental de l'Allier.

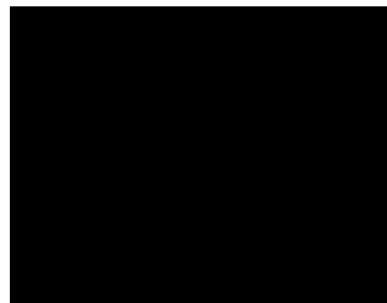
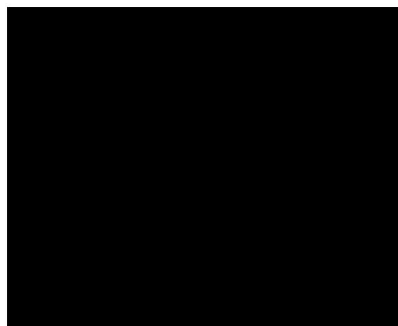
Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires à l'issue des différents délais.

Nous appelons à votre vigilance sur la mise en œuvre des différentes mesures. A défaut, une injonction pourrait être prononcée dans les conditions de l'article L. 313-14 du CASF.

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

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



Copie à Mme la directrice

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 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 REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous demandons de :			
Sur la gouvernance				
1	Mettre en place une démarche continue d'amélioration de la qualité, notamment par la formalisation et le suivi d'un plan d'actions. Ce plan reprendra les mesures définitives formulées dans le cadre de l'inspection (actions / délai / pilote / état d'avancement) et devra être ensuite être régulièrement alimenté par les actions à mettre en œuvre suite aux évaluations internes et externes, les améliorations à mener suite à des événements indésirables ou réclamations... Le plan d'actions devra être communiqué aux autorités de contrôle dans le délai prévu. Impliquer dans cette démarche les instances de l'association, la direction et l'encadrement de l'EHPAD, ainsi que les professionnels. Le suivi des actions engagées dans ce cadre devra figurer au rapport d'activité annuel conformément (article D. 312-203 du CASF).	E majeur 1 R7	3 mois et sur la durée	Vous indiquez que le délai de 3 mois intègre les 2 mois d'été et qu'en conséquence un report d'un mois ou deux serait apprécié. Je vous précise que les délais courent à compter de la notification de cette décision définitive. Il ne s'agit pas dans ce délai de mettre en œuvre l'ensemble des mesures demandées, pour lesquelles un délai spécifique est prévu, mais de la formalisation du plan d'action qui permettra de suivre l'avancée de leur réalisation. Ce plan devra être enrichi sur la durée dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Les instances et les professionnels devront être associés et informés de son avancement. La prescription est maintenue et doit s'inscrire sur la durée.

2	Dans le cadre de la démarche qualité : - Formaliser et mettre en œuvre une procédure de gestion des événements indésirables (EI) incluant le recueil des signalements des professionnels, une analyse partagée (notamment entre les membres du CODIR) et le suivi des actions correctives. Sensibiliser les professionnels au signalement, qui s'inscrit dans une démarche qualité afin d'éviter la répétition des EI. Signaler les EI aux autorités administratives conformément aux articles L. 331-8-1 et R. 331-8 du CASF. - Organiser la gestion des réclamations : recueil, modalités d'analyse et de traitement, suivi des actions correctives.	E majeur 2 R12	3 mois et sur la durée	Vous avez communiqué un protocole « Déclaration d'événements indésirables » en date du 29/01/2024, qui est une première étape. Toutes les autres mesures qui restent à mettre en place ont fait l'objet d'un engagement de votre part (sensibilisation des professionnels, signalement aux autorités des EI, modalités de gestion des réclamations). S'assignant du signalement des EI aux autorités, le protocole peut utilement être complété sur ce point. Pour cela, nous vous invitons à vous reporter au site internet de l'ARS rubrique Professionnels / Signaler ou déclarer / Evénements indésirables dans le secteur médico-social. Qui renvoie sur les différentes modalités selon qu'il s'agit d'un EI, EI ou EI associé aux soins, infection associée aux soins. Les professionnels de santé de l'établissement sont également impliqués dans cette démarche. Par ailleurs nous vous rappelons les dispositions de l'article R. 331-10 du CASF qui prévoit que le conseil de la vie sociale de l'établissement est avisé des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 du CASF qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement communique à cette instance la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction. A l'exception de la formalisation du protocole de déclaration des EI, la prescription est maintenue et doit s'inscrire sur la durée.
3	Formaliser l'organisation des astreintes au sein de l'établissement, permettant d'identifier le cadre de référence à solliciter, et dans quelles circonstances. Mettre à jour le « Livret d'urgence » afin d'en faire un document opérationnel et sécurisant pour les professionnels (article L. 311-3 du CASF).	E5	1 mois	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue.
4	Rédiger un document unique de délégation (DUD) dans les conditions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	E4	2 mois	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue.

5	Communiquer dans les délais les documents budgétaires et leurs annexes, et de manière générale assurer une communication fluide et transparente aux demandes des autorités de contrôle (articles R. 314-18 et R. 314-49 du CASF).	E6	Immédiat et sur la durée	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue et s'inscrit sur la durée.
6	Actualiser le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions des articles L. 311-7, R. 311-33 et suivants du CASF.	E3	6 mois	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue.
7	Actualiser le projet d'établissement dans les conditions des articles L. 311-8, D. 311-38-3 et suivants du CASF et des RBPP de l'HAS/ANESM (élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement). Communiquer le document aux autorités de contrôle.	E2	6 mois	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre, et ceci dans la perspective du CPOM en 2025. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue.
8	Intégrer au sein du projet d'établissement un plan bleu complet, conforme aux attendus de l'article D. 312-160 du CASF et de l'instruction du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	E11	6 mois	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Vous indiquez notamment la réactualisation du plan canicule dans le délai d'un mois. Dans l'attente de sa réalisation, portant sur tout type de crises et de situations sanitaires exceptionnelles susceptibles d'impacter l'établissement, la prescription est maintenue.

9	Mettre en place une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance par les actions suivantes : • La formalisation de la démarche interne au sein de projet d'établissement dans les conditions de l'article D. 311-38-3 2° et des RBPP de l'HAS/ANESM (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance). • L'information et la consultation du conseil de la vie sociale sur le sujet (article D. 311-15 du CASF). • La vérification de la capacité des professionnels à exercer auprès de personnes vulnérables, avant l'exercice des fonctions et à intervalles réguliers lors de leur exercice, selon les dispositions de l'article L. 133-6 du CASF. • La mise en place de formations régulières des professionnels sur cette thématique. • L'organisation de réunions d'échanges et d'analyse des pratiques conformément aux RBPP de l'HAS/ANESM (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance).	E10 – E15 R8 – R9 – R10 - R11	6 mois	S'agissant de la vérification de la capacité des professionnels à exercer auprès de personnes vulnérables vous avez transmis en annexe 2 un tableau retraçant la mise à jour des documents des salariés (copie du diplôme, extrait de casier judiciaire). Concernant cette dernière information, au vu du document il reste 11 agents pour lesquels celle-ci n'est pas connue et fait l'objet d'une relance. Pour les autres demandes, selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue et s'inscrit sur la durée.
---	---	--	---------------	--

10	Garantir une participation effective des résidents et des familles au fonctionnement de l'établissement, par : • Un CVS conforme, dans sa composition et ses attributions, aux dispositions des articles D. 311-3 et suivants, et D. 312-175-5 du CASF. • Un dispositif opérationnel de recueil des courriers adressés à cette instance. • Des réunions régulières avec les familles. La réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle (D. 311-15 du CASF).	E7 – E8	6 mois et sur la durée	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Vous indiquez qu'une enquête de satisfaction est en cours. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue et s'inscrit sur la durée.
11	Renseigner les indicateurs du tableau de bord de la performance, conformément à l'article R. 314-28 du CASF, permettant de contribuer au pilotage de la structure.	E9	Chaque année	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue et s'inscrit sur la durée.
12	Tenir à jour le registre des entrées et sorties des résidents (article L. 331-2 du CASF).	E1		L'établissement a transmis le registre des entrées et sorties complété jusqu'à la date du 24 avril 2024. Ce registre est donc à jour. La prescription est levée.
Sur la sécurisation des lieux et équipements				
13	Garantir le fonctionnement du système d'appel malade portatif pour tous les résidents (article L. 311-3 du CASF).	E majeur 4		L'établissement a fourni les documents portant sur le remplacement du système d'alarme (date de mise en service au 04/04/2024), avec un logiciel de suivi et d'analyse. Il est indiqué que la société a effectué une démonstration complète des zones surveillées, du fonctionnement de l'installation, et que le personnel a été formé. Sous réserve d'une analyse régulière du bon fonctionnement du système, ainsi que d'une réponse diligente aux appels des résidents, la prescription est levée.

14	Sécuriser les équipements et les locaux à usage technique ou de stockage (article L. 311-3 du CASF). Garantir la sécurisation de la terrasse accessible aux résidents. Faire le lien avec la commission de sécurité sur les aménagements nécessaires à la sécurisation des accès aux escaliers, afin de prévenir les chutes des résidents.	E majeur 3	Immédiat	Vous indiquez s'agissant des équipements et locaux à usage technique et de stockage qu'une identification et sécurisation par digicode est en cours. Un devis a été demandé pour la sécurisation de la terrasse. Un contact doit être pris avec la commission de sécurité pour la sécurisation de l'escalier. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.
Sur les ressources humaines				
15	Veiller à l'intervention dans la prise en charge des résidents de professionnels qualifiés, conformément aux exigences de l'article L. 312-1 II du CASF.	E12 – E13	Sur la durée	Vous mentionnez la réalisation de la mesure en citant le document de vérification des diplômes des salariés. Si cette étape est indispensable, la prescription renvoie également sur le constat que tous les professionnels intervenants sur des fonctions d'aide-soignant ne sont pas diplômés. Bien que ces recrutements soient parfois difficiles, il convient de veiller à cette exigence. La prescription est maintenue sur la durée.
16	Transmettre à l'ordre des infirmiers la liste du personnel IDE (article D. 4311-52-2 du CSP).	E14	1 mois	Vous indiquez que cette démarche est en cours. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.
Sur la prise en charge des résidents				
17	Elaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'HAS/ANESM (les attentes de la personne et le projet personnalisé), incluant un projet de soins (articles L. 311-3 3° et D. 312-155-0 du CASF). Veiller à son actualisation régulière.	E majeur 5	1 an et sur la durée	Vous indiquez que cette démarche est en cours, sans pour autant préciser la programmation de ce travail sur les mois à venir. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.

18	Garantir l'information et le respect des droits des résidents, en particulier : • Mettre à jour régulièrement les documents affichés : liste des personnes qualifiées, tarifs... (articles L. 311-3 et L. 311-15 du CASF). • Actualiser et communiquer aux résidents lors de l'admission le livret d'accueil et toutes ses annexes (charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement) conformément à l'article L. 311-4 du CASF. • Formaliser la bonne remise de ces documents dans le dossier du résident. • Compléter le contrat de séjour conformément aux articles L. 311-4-1 et R. 314-149 du CASF, notamment l'annexe sur la liberté d'aller et venir, les clauses de résiliation du contrat, les conditions de facturation en cas de décès et le dépôt de garantie. • S'assurer de la signature de tous les contrats de séjour par le résident ou son représentant légal (article L. 311-4 du CASF). • Inclure la désignation de la personne de confiance dans le dossier du résident (L. 311-5-1 du CASF).	E17 – E18 – E19 – E20 – E21 – E22 R19	3 mois (6 mois pour le règlement de fonctionnement)	Vous avez transmis une photo du panneau d'affichage qui montre qu'il est à jour. Il conviendra de l'actualiser régulièrement. Par contre, le livret d'accueil et ses annexes ainsi que le contrat de séjour ne sont pas joints. Un travail est en cours pour ce dernier document. S'agissant de la signature des contrats de séjour et de la désignation d'une personne de confiance (dont le formulaire communiqué date de 2013), il est indiqué que la mise à jour des dossiers des résidents est en cours. Dans l'attente de sa réalisation, et à l'exception de la mise à jour de l'affichage, la prescription est maintenue.
19	Formaliser et faire signer la convention déterminant les conditions d'intervention des associations de bénévoles, imposant notamment aux intervenants le respect du règlement de fonctionnement (article L. 312-1 II 5ème alinéa du CASF).	E23	6 mois	Selon votre courrier, vous avez bien noté la mesure à réaliser ainsi que le délai de mise en œuvre. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue.

En particulier sur les soins

20	Sécuriser les prises en charge par la formalisation ou la mise à jour des protocoles de soins concernant les différentes conduites à tenir en cas de risques médicaux gériatriques (article D. 312-158 du CASF). Mettre ceux-ci à disposition des professionnels selon une liste préalable et organiser des temps d'information/formation sur les différents protocoles de soins utiles sur la structure. En particulier : • Le dépistage et le traitement de la dénutrition selon les RBPP de la HAS de novembre 2021, en veillant à mettre à jour le tableau EXCEL sur les régimes textures et aversions alimentaires renseignés pour chaque résident. • La prévention du risque de chutes en respectant les RBPP de la HAS. Organiser les déclarations des chutes pour réaliser leur analyse en pluridisciplinarité et apporter des mesures correctives. • Mettre à disposition des protocoles sur le risque infectieux en lien avec l'équipe mobile d'hygiène et mettre en place un dispositif pour réaliser la déclaration d'infections groupées (GEA, IRA) à l'ARS. • Elaborer et mettre en œuvre la procédure de prise en charge de la douleur des résidents, en mettant à disposition des échelles d'évaluation de la douleur, et inciter les professionnels à les utiliser.	E majeur 6 R46 - R47 – R48 – R54 – R55 – R56 – R57 - 49	4 mois	L'établissement ne formule aucune réponse et indique seulement la référence aux annexes 8 transmises de manière globale, sans préciser l'annexe réellement en lien avec la thématique de la mesure corrective. Leur analyse permet de relever les points suivant : - Concernant la nécessité d'élaborer une liste des conduites à tenir pour faire face aux risques médicaux, celle transmise (annexe A8-1) liste tous les protocoles, datés du 7/2/2024, et présente plusieurs thématiques (administratifs, précaution standard, hygiène et utilisation du matériel médical, ainsi que les risques médicaux gériatriques et les protocoles sur la nutrition et régimes). Elle concerne 64 protocoles de soins. - La présentation des risques gériatriques, correspond à l'annexe 8-3 et comporte 112 pages. Les 39 documents représentent des fiches réflexes de conduites à tenir, très succinctes dans leur descriptif, dont certaines sont à destination des AS/AMP et les autres des IDE. - L'établissement ne répond pas à l'organisation de temps d'information/formation sur les protocoles de soins essentiels, seules 18 feuilles d'attestation individuelle de la prise de connaissance des protocoles de soins de professionnels figurent en annexe 8-5. - Aucune réponse n'est formulée pour l'élaboration d'un protocole sur le dépistage et traitement de la dénutrition. En effet, l'annexe 8-2 propose un protocole sur l'enrichissement protéique, sur la pesée des résidents, le régime en cas de diarrhée, sur les risques de fausses routes. L'annexe 8-6 est relative au régime alimentaire rédigé sur un tableau inscrite pour chaque résident le régime, la texture et les aversions. Il est mis à jour le 9 mai et signé par le médecin coordonnateur. Ne sont pas décrites les modalités de sa réactualisation et de son suivi ce qui ne garantit pas leur effectivité régulière. Un mail de la direction du 19/04/24 évoque l'accord des 2 IDEC et du MEDCO pour « la prise en charge des différents modes d'alimentation ». - Le protocole chutes de l'annexe 8-3 propose 2 conduites à tenir : une pour l'IDE et l'autre pour l'AS et AMP pour faire face à la chute. Cependant l'organisation des déclarations des chutes et l'analyse en pluridisciplinarité ne sont pas développées. Le protocole en p9 de cette annexe sur « la prévention du risque de chutes » est très incomplet. Il liste quelques principes généraux mais n'aborde pas l'ensemble des facteurs de risques à repérer, ni l'évaluation du risque de chutes. - Concernant les risques infectieux, l'annexe 8-4 propose seulement un protocole sur l'hygiène des mains et les précautions standards et plus spécifiquement sur l'entretien des
----	--	---	--------	---

			fauteuils roulants, du bassin et du linge. Les protocoles travaillés avec l'équipe mobile d'hygiène ne sont pas transmis. Selon l'annexe 8-3 les protocoles sur l'épidémie de gastro-entérite, infection respiratoire aigüe, et COVID, sont formalisés mais non validés par l'EMH, et notamment sans annexes présentant les affichages d'information, le recueil du suivi des épidémies. De même les modalités de déclaration à l'ARS, ne sont pas précisées alors qu'elles sont disponibles sur le site internet, à l'adresse suivante : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/gestion-des-epidemies-en-ehpad-0 - Le protocole douleur de l'annexe 8-3, p67, est très incomplet. Il liste quelques échelles évaluatives et des prises en charge. Il ne détaille pas les échelles d'évaluation de la douleur utilisées sur l'établissement, ni la démarche incitative des personnels pour réaliser cette évaluation. A l'exception de la liste de l'ensemble des protocoles de soins concernant les différentes conduites à tenir en cas de risques médicaux gériatriques qui a été communiquée, la mesure est maintenue dans l'attente des éléments formalisés.
--	--	--	---

21	Sécuriser et encadrer l'intervention du médecin coordonnateur, les intervenants internes et les liens partenariaux : • Mettre tout en œuvre pour que le temps de travail, du médecin coordonnateur respecte la réglementation, et que son temps de présence soit formalisé dans son contrat de travail signé et mis à disposition (article D. 312-156 du CASF). • Mettre en place les commissions de coordination gériatrique et rédiger le RAMA chaque année selon la grille type du logiciel [REDACTED] afin d'effectuer une analyse globale de la santé des résidents et avoir un socle d'objectifs à mettre en œuvre tant sur l'aspect préventif que thérapeutique (article D. 312-158-3 du CASF). • Rédiger des contrats avec les médecins libéraux et mettre à jour régulièrement la liste de leur patientèle au sein de l'établissement (articles L. 314-12 et R. 313-30-1 du CASF). • Finaliser et signer la convention avec la pharmacie d'officine (article L. 5126-10 du CSP). • Formaliser une convention avec un établissement sanitaire, notamment dans le cadre de l'urgence pour assurer une continuité des soins (D. 312-158 du CASF). • Recruter une psychologue pour assurer une prise en charge adaptée aux besoins des résidents et répondre à certaines prises en		6 mois 1 an et sur la durée	L'établissement ne formule aucun élément de réponse et n'apporte pas d'éléments probants. Il objective être en accord avec les mesures proposées et certaines sont en cours de réalisation comme le RAMA 2023, la rédaction des contrats avec les médecins libéraux, ainsi que la convention avec la pharmacie. Concernant le recrutement de la psychologue l'annonce est en cours mais l'établissement signale des difficultés de recrutement. En l'absence d'élément de réponse, la prescription est maintenue dans sa globalité.
----	---	--	---	--

	charge individuelle en situation de fragilité (article D. 312-155-0 du CASF).				
--	--	--	--	--	--

22	Structurer l'organisation des soins aux besoins spécifiques de la population accueillie : • Formaliser le projet général de soins et définir les objectifs stratégiques et opérationnels. Mettre en place des indicateurs pour leur évaluation et suivi pour tous les domaines de la santé (article D. 312-158 du CASF). • Structurer la politique de gestion de la fin de vie et de l'accompagnement en soins palliatifs des résidents, et formaliser des protocoles de soins dédiés à la pratique des soins palliatifs (articles L. 311-8, D. 311-38 du CASF). • Formaliser les différents protocoles pour faire face aux situations d'urgence et notamment la procédure générale en décrivant les modalités d'appel au 15 (article L. 311-3 du CASF). • Veiller à ce que la mesure du poids mensuelle soit en place pour tous les résidents (article L. 311-3 du CASF). • Elaborer les plans de soins de nursing en lien avec les besoins, les spécificités individuelles et l'évolution de chaque résident. Favoriser la mise en place de temps en pluridisciplinarité pour définir les plans de soins, ainsi que l'utilisation de termes identiques pour décrire les actes attendus. Réaliser un suivi régulier pour corriger et mettre à jour toutes les données concernant les soins de nursing sur tous les supports en place - plans de soins, changes et douches (L. 311-3 du CASF).	E28 – E30 – E32 - E33 - E34 R33 – R38 – R39 – R40 – R41		6 mois 4 mois 1 mois Immédiat Immédiat Concernant le projet général de soins à formaliser l'établissement ne transmet aucun élément structurant d'une démarche en cours. Pour la fin de vie et l'accompagnement en soins palliatifs il n'a pas transmis de politique pour leur gestion, le protocole de l'annexe 8-3 p51 est très succinct. Il énonce quelques principes généraux et prises en charge à effectuer sans aucune démarche détaillée (soins de bouche, hydratation, alimentation, douleur). Certains protocoles d'urgences sont transmis (hypoglycémie, asphyxie, perte de connaissance, suspicion AVC ...), mais d'autres sont manquants (exemple épilepsie), L'établissement peut s'appuyer sur le document proposé par l'ARS-ARA https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-situations-durgence-en-ehpad; Seul le protocole d'alerte d'urgences médicales a été élaboré en février 2024, validé et signé. L'annexe 8-0 présente un tableau des mesures pondérales des résidents, réalisées en avril 2024. Le relevé est classé par ordre alphabétique, cependant l'établissement a omis de transmettre la page verso. Concernant les plans de nursing leur élaboration en lien avec les besoins spécifiques des résidents est en cours, aucun délai de l'effectivité n'a été donné. Il est pris acte des plans de douches (annexe 10) en date du 29/01/24 sous forme d'un tableau hebdomadaire pour les 5 unités proposant pour chaque résident une douche par semaine. Cette planification concerne la réalisation d'une à deux douches par jour du lundi au dimanche. A noter que la date de mise à jour ne figure pas sur ces plans et leur actualisation ne peut être garantie. Aucune spécificité d'accompagnement ne figure sur ce planning, ce qui implique que le plan de soins nursing soit suffisamment explicite pour cette tâche. L'établissement ne répond pas à l'organisation d'un temps pluridisciplinaire pour définir les plans de soins, ni à leur contrôle régulier et à la mise en corrélation avec les éléments des différents supports des soins.
----	---	---	--	--

	Vérifier l'actualisation des plans de douche, de changes et les tableaux de soins des remplaçants ASD. Indiquer leur date de mise à jour pour en assurer le suivi.		Immédiat	Il est pris acte de la réalisation de la mesure du poids mensuelle, sous réserve qu'elle concerne bien tous les résidents (page verso manquante) et que l'établissement réalise cette démarche selon la régularité prévue. La prescription est maintenue sur les autres points en l'absence d'élément probant et particulièrement de formalisation des axes stratégiques et opérationnels de la prise en charge en soins.
23	Sécuriser le circuit du médicament : - Enregistrer sous [REDACTED] l'ensemble des ordonnances en place pour chaque résident, y compris celles des spécialistes, afin de ne disposer que d'un seul support. - Organiser la traçabilité de la distribution des médicaments notamment la nuit. - Formaliser un protocole de soins décrivant la collaboration IDE/AS dans le cadre de la distribution des médicaments et définir les modalités permettant de vérifier la bonne compréhension des personnels réalisant la distribution.	E35 R58 – R59	3 mois Immédiat 3 mois	Bien que l'établissement dit être en accord, aucun élément de réponse n'est formalisé. Aucun élément n'est transmis, en particulier sur la démarche d'organisation de la traçabilité de la distribution des médicaments, d'application immédiate. La prescription est maintenue.
24	Garantir la prise en compte des droits des usagers : Ranger les éléments médicaux des résidents dans un endroit sécurisé (article R 4127-45 du CSP).	E31		L'établissement a transmis une photographie de l'armoire contenant les dossiers médicaux, où la précision de la maintenir fermée est apposée. Cependant la clé est sur l'armoire, l'établissement devra veiller à stocker la clé dans un endroit sécurisé. La prescription est levée, en veillant à stocker la clé de l'armoire détenant les éléments médicaux de manière sécurisée.
Sur les locaux				

25	Formaliser un plan pluriannuel d'investissement définissant les travaux à venir et leur financement (article R. 314-20 du CASF). Prioriser les travaux à réaliser, en particulier : - dans le bâtiment ancien foyer, pour permettre l'adaptation des locaux à l'accueil de personnes âgées dépendantes. - dans la lingerie afin de respecter le circuit du linge et les normes RABC.	E16 R majeure 1 et 2 R17	6 mois	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La prescription est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
-----------	---	--	--------	--

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
Sur la gouvernance				
1	Organiser et formaliser les modalités permettant d'assurer la continuité de la fonction de direction. Porter cette organisation à la connaissance des agents.	R3	1 mois	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
2	Définir et formaliser les objectifs assignés à la direction de l'EHPAD afin d'en suivre l'évolution lors d'entretiens annuels d'évaluation.	R2	Chaque année	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
3	Assurer des échanges réguliers entre le gestionnaire et la direction de l'EHPAD et formaliser la teneur de ces réunions.	R1	Immédiat et sur la durée	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.

4	Organiser des réunions régulières des instances associatives afin d'impliquer l'ensemble des administrateurs dans la dynamique du fonctionnement de l'établissement, notamment quant à la mise en œuvre du plan d'actions qualité, et permettre une totale transparence. Rédiger les comptes rendus de ces instances.	R6	1 an et sur la durée	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
5	Mettre en place des réunions de CODIR régulières, impliquant les professionnels « clés » dans le fonctionnement de l'EHPAD et rédiger le compte rendu de ces réunions.	R4	Immédiat et sur la durée	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
6	Rédiger les comptes rendus des réunions internes à l'EHPAD et veiller à la bonne diffusion de l'information en interne.	R5	Immédiat et sur la durée	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
Sur les ressources humaines				
7	Formaliser les fiches de postes / de tâches des différents professionnels, afin de clarifier les missions et responsabilités de chacun et sécuriser le fonctionnement (BBPP HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »)	R13	4 mois	Des fiches de tâches sont formalisées. Les documents transmis datent de 2019 alors qu'ils n'avaient pas été présentés lors de l'inspection. L'établissement n'indique pas si ces fiches sont actuelles, si elles ont été présentées aux salariés et se trouvent dans leur dossier. Par ailleurs, aucune fiche n'est transmise pour le poste d'animateur, le personnel administratif et le personnel technique. (Pour les fiches de tâches des professionnels soignants, Cf. infra Recommandation 14.) La recommandation est maintenue pour la formalisation complète des fiches de poste / tâches, leur validation et mise à jour régulière.

8	Etablir des entretiens professionnels réguliers afin d'évaluer et de valoriser les compétences des agents, d'identifier les signes d'usure des personnels, de mettre en place un accompagnement éventuel et de recueillir les besoins de formation (Recommandation HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » / « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées »).	R14	Chaque année	Vous indiquez que la démarche est en cours et planifiée pour la première quinzaine de juin 2024. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
9	Développer les formations portant spécifiquement sur l'accompagnement des personnes vulnérables (bienveillance, troubles cognitifs, soins palliatifs...) pour permettre l'acquisition ou le maintien des compétences et des bonnes pratiques professionnelles garantissant la qualité des prises en charge.	R15	1 an et sur la durée	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
10	Formaliser et mettre en place une procédure d'accueil des stagiaires et des nouveaux arrivants pour favoriser leur bonne adaptation dans leurs fonctions.	R16	6 mois	Vous indiquez que la démarche est en cours. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
Sur la prise en charge des résidents				
11	Rédiger une procédure d'admission et d'accueil du nouveau résident, incluant notamment les critères d'admission, précisant les différentes phases et le rôle des différents professionnels. Mettre en place une commission d'admission ou tout autre dispositif permettant un examen croisé de la demande entre les principaux professionnels administratifs et soignants concernés.	R18	3 mois et sur la durée	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.

12	Tenir à jour le document de désignation des professionnels référents et identifier ces agents et leur qualification. Préciser et informer ces référents de leur rôle. Intégrer cette fonction dans la procédure d'admission et les autres documents institutionnels à actualiser.	R20		Vous avez transmis en annexe 13 la liste des référents désignés. Chaque résident dispose d'un référent AS, et d'un deuxième, majoritairement ASH. Cependant d'autres professionnels sont également listés (exemple : responsable RH). Comme précisé lors de l'inspection sur site et selon les recommandations de l'HAS-ANESM (les attentes de la personne et le projet personnalisé), il convient d'identifier pour cette fonction des professionnels en contact régulier avec le résident afin de repérer au mieux ses habitudes de vie et identifier ses besoins. Les missions des référents sont précisées dans le protocole « Projet personnalisé » de 2022. Cependant aucune réponse n'est apportée sur l'information effectivement donnée au référent sur ce rôle. Sous réserve d'une bonne compréhension de leur rôle par les référents, la recommandation est levée.
13	Mettre en place une « commission menu » permettant d'ouvrir un espace de participation des résidents à la vie quotidienne de l'établissement et de recueillir leur avis (recommandation de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (3) – La vie sociale des résidents en EHPAD »).	R21	4 mois	Seule la mention « Ok » est indiquée dans la réponse. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
En particulier sur les soins				

14	Concernant le management et la coordination des professionnels, dans le cadre de la prise en charge des médicale et soignante des résidents : • Mettre en place un effectif infirmier dédié aux soins suffisant afin d'assurer les soins de manière continue. • Formaliser l'articulation entre les IDE assurant les fonctions de coordination en déterminant les objectifs d'activités et fonctionnels entre les deux professionnels de manière hebdomadaire. • Formaliser les fiches de poste et de tâches IDE, notamment pour structurer le déroulement et la planification des soins de manière partagée, et rédiger la procédure dégradée dans le cas où l'IDE est seul en coupé. Veiller à ce que la fiche de tâches des remplaçants IDE ne fasse pas figurer des tâches relevant du plan de soins techniques des IDE compte tenu des risques de non mises à jour. • Mettre en place une réflexion managériale sur les besoins en effectif ASD les soirs notamment dans le cadre du coucher afin d'apporter un accompagnement de qualité. • Indiquer pour l'expérimentation du travail de nuit par les AS de jour la durée envisagée et les modalités d'évaluation. • Elaborer les fiches de tâches pour les soignants (AS, AMP et faisant fonction) afin de cadrer	R24 - R25 - R26 - 27 - R28 - R29 - R30 - R31 - R32 - R42	L'établissement évoque les difficultés de recrutement d'IDE vacataires et le recours à 3 intérimaires réguliers, il ne précise aucune stratégie d'accompagnement sur ces postes afin de fidéliser les professionnels. Concernant l'articulation des IDE assurant les fonctions de coordination, il fait référence à l'annexe 14. Celle-ci comporte : -une annexe 14-1 sur la fiche de fonction IDEC et une annexe 14-2 fiche de fonction infirmier/IDEC. Ces fiches définissent les différentes missions liées à ces postes. Elles ont été signées en décembre 2022 par chaque professionnel et ont déjà été analysées par la mission -une fiche intitulée répartition des missions d'IDEC (annexe 14-3) a été formalisée. A noter qu'elle n'est pas datée ni signée. - l'annexe 14 est un protocole de coopération entre les AS et faisant fonction, et les IDE, de février 2024. L'établissement a transmis en annexe 12, des fiches de tâches relatives au poste d'IDE et ASD (AS/AMP/faisant fonction) pour le matin/soir et le poste en coupé, pour les ASD en poste de nuit. A noter que ces fiches ne sont pas datées, ni validées et signées. Il ne répond pas à la mise en place de procédure dégradée pour la planification des soins, ni à la réflexion managériale des besoins en effectif ASD les soirs, à la durée de l'expérimentation du travail de nuit et à son évaluation. De même le travail pour réaliser un support unique des soins n'est pas défini. L'annexe 15 correspond au projet de la pratique de la télémédecine en date du 29 janvier 2024, qui sera intégré dans le projet de soins, où les modalités de cette pratique sont succinctement définies. Il n'est pas évoqué d'indicateurs de suivi et d'évaluation de cette activité et celle-ci n'est pas mentionnée dans la fiche de poste de l'IDEC ni sur le document répartissant les missions des 2 IDEC.
----	---	--	--

	l'activité dans toutes les situations, y compris lors de conditions dégradées. • Revoir les différents supports utilisés pour l'accompagnement en nursing des résidents afin de favoriser un document unique et sécuriser les pratiques. • Définir et formaliser dans un projet les modalités de la pratique de la télémédecine, en lien avec les outils et l'accompagnement du Groupement de Coopération Sanitaire Sara et les orientations du Projet Régional de Santé sur la télésanté. Déterminer les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'activité. Inscrire cette action dans la fiche de poste de l'IDE dédié à cette mission.			La recommandation est maintenue, à l'exception des mesures relatives à la remarque 25 sur la répartition des missions entre les 2 IDEC et celles relatives aux remarques 27 et 32 concernant les fiches de tâches IDE et soignants. Celles-ci sont levées. L'établissement veillera à dater et valider/signer ces documents mis en place et à les actualiser autant que de besoin.
--	--	--	--	--

15	Organiser les soins en définissant les outils de la prise en charge et le partage des informations : • Equiper les professionnels IDE d'outils leur permettant d'avoir une vision globale exhaustive de leurs actes en soin et de les vérifier, afin d'avoir le bon libellé des actes et faciliter la traçabilité de l'effectivité. • Organiser des temps de formation sur les consignes pour réaliser les transmissions écrites, notamment ciblées, et assurer une traçabilité suffisante des observations quotidiennes. • Mettre en place des temps de réunions spécifiques aux soins pour évoquer les situations cliniques et apporter des clés de compréhension utiles dans l'accompagnement des résidents. • Inscrire la participation de l'ensemble des professionnels en lien avec les usagers, notamment ASH, dans certains temps de relève orale. • S'assurer que les données médicales sont suffisamment renseignées et suivies afin d'être au plus près des situations médicales (concordance traitement et pathologies). • Compléter les DLU avec notamment les plans de soins techniques et de nursing pour assurer la bonne information en cas de transfert et prise en charge dans une autre structure.	R35 - R36 - R37 – R43 - R44 – R45		4 mois (immédiat pour les DLU et la complétude des données médicales)	L'établissement propose en annexe 16 un plan de soins technique IDE en date du 2/5/2024, permettant de planifier les tâches spécifiques IDE de 7h à 20h. En annexe 17 le DLU d'une seule résidente, complété de manière satisfaisante a été transmis. On note que l'ordonnance en cours a été dupliquée plusieurs fois de la p35 à la p70. Les modalités pour la réalisation de la mise à jour des autres DLU n'est pas formalisée. L'établissement précise que les temps formalisés dans les fiches de tâches de la relève orale avec les ASH est en cours. Il ne répond pas aux autres éléments de la recommandation, comme la mise en place de consignes pour les transmissions, la mise en œuvre de réunions spécifiques aux soins et le suivi des données médicales sur les situations de chaque résident. La recommandation est maintenue, à l'exception des mesures relatives à la remarque 37 concernant le plan de soins IDE, et à la remarque 35 concernant les DLU. Celles-ci sont levées. Il conviendra néanmoins de veiller à actualiser régulièrement les DLU de chaque résident.
----	---	---	--	--	---

16	Organiser et suivre les contentions passives : • En formalisant un protocole relatif à la contention physique passive, descriptif sur la mise en œuvre, et permettant le respect des recommandations de bonnes pratiques. • En organisant des outils de recueil pour suivre les prescriptions et la réévaluation régulière des résidents sous contention. • En rédigeant des prescriptions médicales respectant les attentes (motif, horaires, évaluation, durée) et en inscrivant la signature du médecin. • En veillant à inscrire l'acte mis en place et la levée de la contention, ainsi que le matériel utilisé.	R50 - R51 – R52 – R53 3 mois	L'établissement précise que le protocole sur la contention physique passive est en annexe 8. Il est présent en p 66 de l'annexe 8-3. Il est très peu développé et présente les grands principes de la mise en œuvre. Les matériels utilisés ne sont pas décrits avec les précautions d'usage, l'intérêt d'un échange en pluridisciplinarité pour faire une évaluation des contentions pour chaque situation n'est pas évoquée, ni les modalités de suivi des prescriptions et surveillance en place pour chaque personne. Concernant l'outil de recueil de suivi sous [REDACTED] l'adaptation de cet outil est en cours, l'établissement ne répond pas à la réalisation des prescriptions médicales des contentions conformes aux recommandations. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation complète.
----	---	--	---