

La directrice générale

Association Hospitalière Sainte-Marie (AHSM)

12, rue de l'Hermitage,
63400 Chamalières

Lyon, le / 8 AOUT 2024

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à l'inspection de l'EHPAD La Roseraie par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département de la Haute-Loire.

LRAR

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 La Roseraie à Rosières en Haute-Loire, le 12 octobre dernier, 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, nous vous avons fait parvenir par courrier du 22/04/2024 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 03/07/2024.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et 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 notre décision définitive, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

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 :

- Formaliser le projet d'établissement de l'EHPAD
- Mettre en place un système de séparation dans les chambres doubles afin de respecter l'intimité des résidents
- Organiser le recueil des habitudes de vie, attentes et besoins en soin des résidents afin d'élaborer leur projet de vie
- Recruter un médecin coordonnateur et réunir la commission de coordination gériatrique.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport d'inspection 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 la Haute-Loire/ Service Grand Âge et par le Conseil Départemental de Haute-Loire / Service Administration, Finances et Etablissements. Vous veillerez à leur 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

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'assurance de notre considération distinguée.

Sa

Copie à Monsieur le directeur de l'EHPAD

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
1	Formaliser un projet d'établissement répondant aux différents attendus légaux prévus aux articles L311-8 et D311-8 du CASF, et le présenter aux différentes instances.	E1	6 mois	La formalisation d'un projet d'établissement s'inscrit dans une temporalité plus longue, d'autant que la méthodologie doit être participative. Cette démarche concerne l'ensemble des établissements PA d'AHSM43. Pour la Roseraie, nous proposons un phasage suivant : - 4^{ème} trimestre, à partir du diagnostic CPOM, de le mettre à jour ; - En parallèle : définition en CODIR ESMS des axes stratégiques et valeurs partagées pour les ESMS AHSM43 et validation CVS et CSE. - 1^{er} trimestre 2025 : à partir du RAMA (données 2023 et 2024): avec le médecin coordinateur: rédaction du projet médical du projet d'établissement. - 1^{er} trimestre 2025 : projet animation et vie sociale avec les animatrices des 4 EHPAD AHSM43 - Travaux construction opérationnelle du déploiement du PE La Roseraie avec livrable au 15/07/2025." Il est pris note de ces éléments mais la formalisation d'un projet d'établissement ne justifie pas un tel délai de mise en œuvre. Dans l'attente de transmission du Projet d'établissement dans le cadre du suivi d'inspection, LA PRESCRIPTION N°1 EST MAINTENUE
2	Afficher et mettre à jour le règlement de fonctionnement dans l'établissement afin de respecter les dispositions de l'article R311-34 du CASF et afficher le PV de la visite de conformité.	E2 et E8 et R16	3 mois	« Le règlement de fonctionnement est depuis affiché. Il en est de même de la visite de conformité. Le programme définit par la DAOMSE, de mise en conformité des outils réglementaires est planifié avec une date butoir au 31/12/2024. Le document révisé est en cours de relecture et fera ensuite l'objet de validation selon les attendus. Le livrable sera disponible courant 1^{er} trimestre 2025 au plus tard. » Il est pris note de ces éléments mais la mise à jour du règlement intérieur de fonctionnement ne justifie pas un tel délai de mise en œuvre. Dans l'attente de transmission d'éléments probants, dans le cadre du suivi

				d'inspection,
				LA PRESCRIPTION N°2 EST MAINTENUE
3	Mener une réflexion en vue d'améliorer la circulation des résidents pour assurer la sécurité conformément à ce qui est prévu à l'article L311-3 du CASF et assurer le respect des dispositions de la circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ainsi qu'au cahier des charges de fonctionnement des accueils de jour du département de la Haute-Loire en date du 21 décembre 2017.	E3 et E4	6 mois	« La gestion du bâtiment accueillant l'EHPAD se fait en lien étroit avec le propriétaire l'OPAC43. L'engagement des travaux de la nature indiquée dans les 2 écarts notés relèvent du propriétaire (fenêtres oscillo-battantes) et concernent le budget investissement de l'établissement pour partie. Le correctif pour porte de l'AJ a été fait. Le respect du cahier des charges de l'AJ fera l'objet d'une attention spécifique sur la fin de l'année, pilotée par la DAOMSE. Pour partie, au-delà du projet de service, cela impactera le budget. Délai de réalisation demandé : 30/06/2025 ». Il est pris note de ces éléments mais la formalisation d'une réflexion en vue d'améliorer les circulations des résidents et les modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ne justifient pas un tel délai de mise en œuvre. Dans l'attente de la transmission d'éléments probants dans le cadre du suivi d'inspection, LA PRESCRIPTION N°3 EST MAINTENUE
4	Se mettre en conformité avec les dispositions de l'article R1335-7 CSP relatives au stockage des DASRI.	E5	3 mois	« Le sujet du local poubelle a été traité avec l'OPAC43. Les fuites d'eau ont été réparées. Il reste à monter la cloison séparatrice entre les deux espaces. Mme Michel de l'ARS lors de sa participation à une réunion de travaux sur site avec l'équipe technique de l'OPAC, a constaté favorablement l'évolution de ce local dans l'attente de la pause de cloison de séparation (engagement de l'OPAC43 de réalisation en septembre 2024. » Il est pris note de ces éléments et dans l'attente de la transmission d'éléments probants relatifs à la pose d'une cloison séparatrice (factures, photos ...), LA PRESCRIPTION N°4 EST MAINTENUE

5	Mettre en place un système de séparation dans les chambres doubles afin d'assurer l'intimité des résidents, conformément à l'article L311-3 du CASF et l'annexe 2-3-1 du même code.	E6	Immédiat	« Des paravents existaient et ont été enlevés du fait de leur état. Un test non-concluant avec 2 autres paravents s'arrête. Nous travaillons à la mise en place de rideaux de séparation. Nous devons disposer d'un délai pour annuler cet écart compte-tenu du choix à faire et des délais de livraison. Ce pourra être réalisé pour novembre 2024. » Dans l'attente de transmission d'éléments probants dans le cadre du suivi de l'inspection, LA PRESCRIPTION N°5 EST MAINTENUE
6	Sécuriser les locaux aux profits des résidents, (appel malade accessible, sanitaire adapté, etc.(article L311-3 du CASF).	E7	Immédiat	« A son arrivée en poste, la responsable actuelle en novembre 2023, a pris en compte, le non-fonctionnement de l'appel résidents sur la partie EHPAD. Le système existant a été remis en service. Ecart résolu. » Dans l'attente de transmission d'éléments probants dans le cadre du suivi de l'inspection, LA PRESCRIPTION N°6 EST MAINTENUE
7	Fournir un livret d'accueil avec toutes ses annexes aux nouveaux résidents et prenant en compte les dernières évolutions réglementaires (décret du 28 avril 2022) en vertu de l'article L311-4 CASF	E9	3 mois	« La plaquette de présentation de l'EHPAD a été mise à jour. Le mini site de l'établissement sera en ligne au 1^{er} trimestre 2025. Le livret d'accueil complet n'est pas rédigé. Délai de réalisation demandé : 30/09/2025. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments de preuve, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection. LA PRESCRIPTION N°7 EST MAINTENUE
8	Elaborer un document spécifique concernant l'accueil de jour dans le respect de la circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ainsi qu'au cahier des charges de fonctionnement des accueils de jour du	E10	3 mois	« Le contrat spécifique de l'accueil de jour accompagné du règlement de fonctionnement sont quasiment terminés. Ils devront être présentés aux instances internes avant application. La mise ne service des nouveaux documents est prévue en janvier 2025. Le projet de service sera démarré à l'automne par un état des lieux du

	département de la Haute-Loire en date du 21/12/ 2017			fonctionnement actuel interne et de son inscription dans son environnement. Le projet du dispositif est prévu pour juin 2025. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection. LA PRESCRIPTION N°8 EST MAINTENUE « Dans le cadre des objectifs à atteindre du programme ESMS numérique, les projets personnalisés ont été formalisés. Il reste à présent à les faire vivre et les réévaluer. Une procédure AHSM43 « projet personnalisé en ESMS » vient d'être validée. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection (procédure, PVI finalisés ...), LA PRESCRIPTION N°9 EST MAINTENUE
9	Organiser le recueil des habitudes, attentes et besoins en soins du résident afin d'élaborer son projet de vie en conformité avec les (recommandations de l'ANAESM sur la qualité de vie en EHPAD (volet 1).	E11	Immédiat et maintien dans la durée	
10	Elaborer des plans de soins de nursing complets et cohérents avec les autres outils de planification des soins (plan de changes) selon une méthodologie partagée en prenant en compte les spécificités individuelles au plus près des besoins des résidents, pour les actes de la vie quotidienne, afin de respecter les dispositions l'article L311-3 du CASF	E12	3 mois	L'établissement répond que « Le plan de soins est conçu à l'admission du résident et affiné sur les jours suivants. Le référent AS se doit de veiller à sa réactualisation même si chaque soignant le modifie si besoin. Il est attendu que les commentaires soient très explicites (ex : type de contention et sa taille). Au moment de la conception de la première grille AGGIR et plus tard du projet de vie personnalisé, nous reprenons le plan de soins en équipe (à l'oral). Les commentaires permettant une meilleure personnalisation des soins sont parfois dans le projet de vie « item soins » et non sur le plan de soins, cet axe reste à améliorer/peaufiner (objectif 2024). » L'établissement précise qu'un travail est en cours d'élaboration avec les équipes qui ne sont pas encore à l'aise avec les plans de soins/projet de vie et le maniement de l'outil informatique. Il fait référence aux Formations NetSoins à planifier chaque année. Dans l'attente de la transmission d'éléments attestant de la réalisation des plans de soins de nursing au plus près des besoins des résidents et de leur utilisation par les professionnels,

				LA PRESCRIPTION N°10 EST MAINTENUE
11	Réorganiser le service des repas et/ou systématiquement proposer une collation afin de ne pas espacer de plus de 12h deux repas, en vertu des bonnes pratiques visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées.	E13	immédiat	« Les horaires de repas du soir pour le premier service : 18H (et non 17h45). Par contre, les plateaux en chambre des résidents ayant besoin d'aide sont à 17h30 (du fait qu'il n'y a que 2 aides-soignants en soir, ils doivent d'abord effectuer les aides aux repas en chambre, puis les aides aux repas en salle à 18h). Le premier service sur l'EH PAD est de 18 h à 18h30 et le deuxième service (personnes autonomes) et de 18h45 à 19h15/19h30. Dans les bonnes pratiques de l'établissement, le petit déjeuner est servi à compter de 6H30 à l'heure choisie par les résidents. La collation nocturne est proposée dès que demandée par les personnes, effectivement sans que cela soit effectivement formalisé. La mise en place d'une collation nocturne est à structurer pour le 1^{er}/10/2024. » Il est pris note de ces éléments. Toutefois, rien ne justifie le délai demandé, la mise en œuvre immédiate de la préconisation s'impose. Le principe d'une « collation nocturne proposée dès que demandée par les personnes, sans que cela soit effectivement formalisé » n'est pas acceptable. En effet, certains résidents peuvent être dans l'incapacité de verbaliser leur demande. Aussi, la collation doit être systématiquement proposée. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (procédure, PVI finalisés ...). LA PRESCRIPTION N°11 EST MAINTENUE
12	Réunir une fois par an au minimum la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prise en charge auprès des résidents de l'EH PAD, en vertu de l'article D312-158 du CASF.	E14	3 mois	L'établissement précise qu'il vient de contractualisation avec un médecin généraliste en tant que médecin traitant des résidents qui n'en avaient pas. Il participe à l'étude des dossiers pour l'admission. En ce qui concerne les missions de médecin coordonnateur, est dans l'attente du recrutement du Dr [REDACTED] qui assurera des fonctions de medco (RAMA ; GIRAGE...) définies contractuellement et notamment proposera la tenue d'une CCG sur le 1^{er} semestre 2025. Il ne débutera cette activité qu'en septembre 2024. Dans l'attente de la mise en place de la CCG envisagée au cours du 1^{er} semestre 2025 pilotée par le médecin coordonnateur et de l'envoi de la convocation

				voire du compte-rendu de cette réunion. LA PRESCRIPTION N°12 EST MAINTENUE
13	Stocker les bouteilles d'oxygène conformément aux conditions prévues par l'AMM et le règlement contre l'incendie des ERP.	E15	immédiat	L'établissement mentionne remplacer les bouteilles d'oxygène par des extracteurs pour lesquels les risques sont moindre et sans recommandations de stockage spécifique. Cela sera opérationnel dans les 15 jours à venir. On attire l'attention sur la capacité du concentrateur d'oxygène qui devra être validée par le médecin, afin que ce dispositif puisse délivrer un débit d'oxygène suffisant en cas d'urgence vitale. La bouteille d'oxygène du sac d'urgence est désormais fixée dans l'infirmierie. Dans l'attente de la transmission d'éléments attestant de la mise en place d'extracteurs d'oxygène et de la fixation de la bouteille d'oxygène dans l'infirmierie (exemple photo). LA PRESCRIPTION N°13 EST MAINTENUE

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Mettre en place une sécurisation informatique afin d'assurer l'accès à l'information relative au nombre de personnes effectivement présente dans la structure	R1	3 mois	« L'AHSM dispose d'un DSI organisée avec une astreinte (procédure de sollicitation formalisée). Pour ce qui est de l'accès au Wi-Fi dans l'établissement, le dossier a avancé et l'achat et l'installation des bornes sera effectif dans les prochaines semaines. Délai de mise en œuvre : 30/09/2024. » Il est pris note de ces éléments, qui semblent conformes à ce qui est attendu. Toutefois, en l'absence de transmission d'éléments probants, LA RECOMMANDATION N°1 EST MAINTENUE
2	Mettre à jour la liste des personnes qualifiées	R2	immédiat	La liste des personnes qualifiées est bien affichée dans l'établissement.

				Il est pris note de ces éléments, qui semblent conformes à ce qui est attendu. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection. LA RECOMMANDATION N°2 EST MAINTENUE
3	Mettre en place un registre de suivi des EIG afin de faciliter leur traitement et leur analyse	R3	Immédiat et dans la durée	« Depuis la visite, nous avons formalisé, validé et diffusé la procédure et changé de logiciel de déclarations et suivi des réponses. Ces dernières arrivent directement au déclarant. Le service qualité s'est déplacé dans les ESMS AHSM43 pour transmettre les informations nécessaires au bon usage du logiciel. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection (procédure, extraits du registre, feuille d'émargement à la cession de formation ou de présentation de l'outils ...) LA RECOMMANDATION N°3 EST MAINTENUE
4	Formaliser la procédure d'astreinte de direction	R4	1 mois	« L'astreinte de direction est effective les week-ends et jours fériés et en semaine à compter de 17H30 jusqu'au lendemain 8H30. En parallèle de l'astreinte de direction, l'astreinte des cadres supérieurs de santé, gère tous les volets concernant les questions de planning ; Cette astreinte implique une réponse téléphonique immédiate et un déplacement sur site dans les 30 minutes si nécessaires pour faire face aux situations d'urgence. Cette organisation est formalisée dans une procédure. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection (transmission de la procédure ...). LA RECOMMANDATION N°4 EST MAINTENUE
5	Mettre à jour le DUD	R5	1 mois	« L'organisation centralisée d'AHSM est structurée de telle sorte à ce que le directeur de territoire, est le directeur de tous les ESMS. Le DUD réglementaire est encore à ce jour le seul document existant. Les délégations associées à ce DUD, restent centralisées sur le directeur de

			territoire. L'AHSM a engagé un travail de révision du DUD. »
			Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (transmission de la procédure ...). LA RECOMMANDATION N°5 EST MAINTENUE « Le logiciel [REDACTED] est un logiciel déjà en place. Sa mission première est de gérer les temps des professionnels. Pour ce faire, les plannings des salariés sont bien intégrés dans le logiciel. Ils font l'objet d'extractions Excel pour pouvoir plus aisément les mêmes à jour. De nombreuses difficultés sont listées par les utilisateurs et doivent faire l'objet d'un état des lieux en fin d'année, afin d'identifier les axes d'amélioration dans l'ergonomie et les usages. Délai de mise en œuvre : 31/12/2024. » Il est relevé une erreur de formulation qui n'a pas été corrigée : « Ils font l'objet d'extractions Excel pour pouvoir plus aisément les mêmes à jour ». De plus, aucun élément de réponse n'est apporté qui pourrait se traduire notamment par des formations pour mieux appréhender et mieux utiliser le logiciel [REDACTED] ou par le recensement du traitement des difficultés rencontrées avec le logiciel par les professionnels. Il est pris acte des éléments de réponse. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection (transmission de la procédure ...). LA RECOMMANDATION N°6 EST MAINTENUE « Au sein de l'AHSM, les congés des salariés sont posés pour l'année, ce qui permet un premier niveau de gestion des remplacements. Un pool AS et IDE intervient pour les absences de courtes et moyennes durées. » Il est pris acte de ces éléments de réponse. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection (transmission de la procédure, etc.).
6	Informatiser la gestion des planning et du temps de travail afin de fiabiliser et de simplifier la gestion des ressources humaines.	R6	6 mois
7	Formaliser une politique de remplacement des professionnels afin d'anticiper la gestion des plannings.	R7 et R20	6 mois

				LA RECOMMANDATION N°7 EST MAINTENUE
8	Assurer une traçabilité et une formalisation écrite afin de rendre efficiente la transmission entre les équipes de jour et de nuit.	R8	6 mois	« Les temps de transmission sont formalisés mais pas optimisés. L'usage des tablettes avec l'instauration du Wi-Fi permet d'améliorer la transmission des informations. Nous prévoyons de généraliser sur les 3 prochaines années, les transmissions ciblées par [REDACTED] Cf. préconisations 11. » Il est pris note des éléments de réponse qui, pour certains auraient mérité des explications complémentaires, comme « les temps de transmission sont formalisés mais pas optimisés ». De plus, il est noté que la préconisation en relation avec cette préconisation est la N°10 et non la N°11. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de la mission (transmission de la procédure ...). LA RECOMMANDATION N°8 EST MAINTENUE
9	Formaliser la procédure d'astreinte.	R9	1 mois	« Idem que pour l'astreinte de direction. Les astreintes soignantes et techniques sont aussi assurées dans le cadre de la planification hebdomadaire. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (transmission de la procédure ...). LA RECOMMANDATION N°9 EST MAINTENUE
10	Formaliser la gestion des urgences médicales afin de mettre à disposition des professionnels les conduites à tenir.	R10	3 mois	« La Roseraie est entrée dans le dispositif IDE de nuit géré par le CH Emile Roux. A ce titre les procédures d'urgence ont été mises à jour. C'est la gestion documentaire qui est à formaliser. Il va être finalisé avec l'appui du Dr [REDACTED] medco, vacataire, de l'établissement. Nous prévoyons un classeur avec les principales procédures à connaître. Délai de mise en œuvre : 31/10/2024. » En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont

				attendues dans le cadre du suivi de l'inspection.
				LA RECOMMANDATION N°10 EST MAINTENUE
11	Etablir un plan de formation effectif au profit des professionnels et de leurs besoins au vu des publics accueillis dans l'établissement, ce qui permettra d'assurer une prise en charge adaptée des résidents.	R11 et R12	6 mois	« L'établissement doit se doter d'un nouveau projet d'établissement et à ce titre d'une gestion des emplois et des parcours professionnels cohérente avec ce dernier. Un plan de formation est en place à l'AHSM. Les entretiens professionnels ont été remis en place en 2023, et servent à la fois à accompagner les parcours individuels mais aussi les formations spécifiques à chaque établissement. La responsable formation AHSM43 est venue au CODIR ESMS du 27/06 pour représenter les opportunités en matière de formation et les étapes de construction du plan de formation. Venant compléter le rappel fait par le RQGDR, en mai sur les formations incontournables liées à la pratique bientraitance et au fonctionnement des ESMS PA. Les grandes orientations sont définies et une AS de l'unité de vie protégée va partir en formation ASG en septembre 2024. Déploiement formations basiques sur 3 ans + spécialisation MND (UVP et AJ). » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi d'inspection (transmission du plan de formation pluriannuel, des feuilles d'émargement, des comptes rendus de CODIR...). LA RECOMMANDATION N°11 EST MAINTENUE
12	Mettre en œuvre des temps d'échanges entre les professionnels autres que les temps de transmission afin de les laisser échanger sur leurs pratiques en vue de les améliorer	R13 et R14	6 mois	« Progressivement l'organisation institutionnelle se met en place. Elle vise à fluidifier les échanges et améliorer les liens avec AHSM. C'est ainsi que des réunions mensuelles avec la direction sont instaurées, de même les réunions catégorielles (qui existaient continuent) ; l'espace éthique AHSM a été utilisé pour une situation difficile de mise en échec de l'équipe par le positionnement d'une famille ; enfin un travail est en cours d'élaboration d'espaces d'expression avec une psychologue clinicienne (demande de CNR 2024). » Il est pris note de ces éléments qui semblent correspondre à ce qui est attendu. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (transmission de la procédure et de mesures prises pour la déclinaison effective localement dans l'établissement

				de Rosières). LA RECOMMANDATION N°12 EST MAINTENUE
13	Mener des travaux afin de mettre fin aux fuites d'eau sur ta réserve alimentaire et garantir aux professionnel une qualité de vie au travail correcte.	R15	immédiat	« Les travaux ont été réalisés. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctrices sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (transmission des factures, de photos...). LA RECOMMANDATION N°13 EST MAINTENUE
14	Rationnaliser et procéder l'organisation du rangement des poubelles ménagères dans un local dédié à cet effet et correctement entretenu.	R17	immédiat	« Les travaux seront terminés en septembre. La gestion des poubelles a été revue. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctrices sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (éléments de preuve, photos, procédure ...). LA RECOMMANDATION N°14 EST MAINTENUE
15	Elaborer un programme d'investissement échelonné tant au niveau de l'entretiens immobilier que de l'équipement en matériel de l'EHPAD afin d'assurer à celui-ci un niveau de qualité d'équipement conforme aux attendus du secteur.	R18	8 mois	« Nous avons des relations constructives avec le propriétaire des murs (OPAC43) et une relance programmatique de travaux indispensables est à l'œuvre. Cela ne se fait pas sans une vigilance importante à la fois de la direction des services généraux AHSM et sur le terrain de la responsable d'établissement. Des chantiers importants sont terminés, en cours et à venir : - 2 chambres renouvelées en totalité - Sols et peintures des couloirs : en cours - Local poubelles et DASRI : en cours - Circuit eau : en cours – ARS associée au suivi de ce dossier ([REDACTED]) - Création d'un 2 ^{ème} ascenseur : septembre 2024 » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctrices sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (nouveau planning du PPI actualisé ...). LA RECOMMANDATION N°15 EST MAINTENUE

16	Maintenir une organisation des espaces de circulation permettant le déplacement sécurisé des résidents et l'utilisation pratique des chariots et autres matériels.	R19	immédiat	« La création d'un ascenseur doit résoudre la problématique du stockage des chariots et autres dispositifs dans les couloirs, faute d'autres espaces. Le chariot de soin pourra lui, être rangé dans le local changes propres. » Il est pris note de ces éléments. Toutefois, il n'est pas compris en quoi la création d'un ascenseur va permettre de mieux ranger les chariots et autres matériels. Des explications complémentaires sont donc attendues. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection. LA RECOMMANDATION N°16 EST MAINTENUE
17	Elaborer une signalétique actualisée des locaux pour faciliter le repérage des locaux pour les agents, les familles et les résidents.	R21	3 mois	« Ce type de projet peut s'inscrire dans une logique de co-construction avec les résidents et les professionnels et entre dans le projet de vie sociale de l'établissement. Une signalétique provisoire va être mise en place par l'agent technique, délais fin 2024. » Il est pris note de ces éléments mais ne comprends pas pourquoi un tel délai est nécessaire. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection. LA RECOMMANDATION N°17 EST MAINTENUE
18	Organiser le recueil des habitudes, attentes et besoins du résident afin d'élaborer son projet de vie	R22	Immédiat et maintien dans la durée	« La procédure de formalisation des projets personnalisés est à présent validée. Le DUI [REDACTED] dispose d'un module « projet personnalisé » duquel sont issus les PP des résidents. Les habitudes de vie sont y notées en amont de l'admission par la cadre de santé puis au moment de l'admission par l'IDE qui effectue l'entrée. A ce jour, les IDE ont des difficultés avec l'outil informatique et notent ses éléments aux niveaux des transmissions et non dans le bon onglet (point à améliorer). Tout au long du séjour, le référent AS doit les actualiser, les compléter ... Normalement, le référent AS doit l'avoir renseigné pour le projet de vie personnalisé. Nous sommes en attente d'une formation [REDACTED] pour les IDE et les AS qui pour certains ne sont pas à l'aise avec le logiciel. Les éléments sont parfois (souvent) notés dans les transmissions et non dans le recueil, certains AS ne savent pas manier le logiciel malgré un guidage individualisé ou des réunions dédiées.

			Avant la préparation de la conception de la grille AGGIR puis du projet de vie, nous reprenons à l'oral tous ses éléments durant le temps des transmissions. Le projet de vie est finalisé lors du bilan d'intégration donc en présence du résident et/ou de sa famille ou représentant légal. Le recueil peut être complété à ce moment-là aussi (notamment pour les éléments familiaux) A noter que la cadre de santé, la psychologue et le médecin Co ont eu une formation le 31 Mai 2024 sur, entre autres, cette thématique et que cet axe est un objectif 2024 (Entretiens annuels SEPIA des soignants). » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection (feuille de présence aux formations etc...). LA RECOMMANDATION N°18 EST MAINTENUE	« Un panneau d'affichage à l'entrée avec les informations réglementaires est à jour. Le panneau de CVS est à créer. A réaliser par l'agent technique. Réflexion à mener en interne sur un abonnement de type Familéo avec une communication institutionnelle. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection. LA RECOMMANDATION N°19 EST MAINTENUE « Les référents sont bien désignés mais ont du mal à assumer leur rôle. Pour avancer, un binôme de référents vient d'être instauré mais à assoir dans le temps. » Il est pris note de ces éléments. L'établissement devra apporter des éléments d'appréciation sur le rôle des référents désignés. En l'absence de transmission d'éléments probants, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du suivi de l'inspection.			
19	Mettre en place des supports d'information permettant de favoriser une information éclairée et complète des familles notamment en matière de droit des usagers.	R23	Immédiat et maintien dans la durée				
20	Désigner un professionnel référent pour les premières semaines après l'arrivée du résident afin de l'aider à prendre ses repères	R24	Immédiat et maintien dans la durée				

21	Formaliser un plan d'organisation des douches et des bains sur un outil unique ainsi que la traçabilité de la réalisation de l'acte de manière efficiente, et veiller à ce que la fréquence de ces soins d'hygiène réponde aux besoins identifiés de chaque personne.	R25 26 et 27	1 mois	LA RECOMMANDATION N°20 EST MAINTENUE L'établissement répond que la formalisation d'un plan organisant les douches et les bains, « est un des axes prioritaires après le contrôle de l'ARS ». Par ailleurs, « un plan des douches est maintenant sur les plans de soins informatisés même si nous avons gardé un document papier pour guide (fiche d'aide à la programmation). Les douches sont données toutes les semaines et sont validées sur [REDACTED] ce rythme serait difficile à tenir si l'établissement était plein. A l'UVP, elles sont données tous les 15 jours. » Mais aucun élément attestant de cette mise en place n'a été transmis. Concernant la difficulté de faire une douche hebdomadaire en capacité pleine, il est rappelé que les financements des personnels sont aujourd'hui accordés pour un établissement avec un taux d'occupation plein. En l'absence de transmission d'éléments probants attestant de la programmation des douches régulière et de la traçabilité des actes faits, LA RECOMMANDATION N°21 EST MAINTENUE
22	Mettre en place une mention du contrôle de la saturation des protections de jour comme de nuit afin d'assurer que les besoins des résidents en terme d'incontinence urinaire soient réellement suivis et gérés et veiller à l'exhaustivité des résidents incontinents sur la planification des changes et à sa réactualisation régulière.	R28 et 29	Immédiat	« Le plan de change [REDACTED] a des horaires non modifiables (ex : 8h, 13h, 17h, 19h, 5h ...) et sert surtout à connaître le type de protection utilisé et le poste concerné. Des fiches collectives avec des secteurs « géographiques » donc « de chambre à chambre » sont imprimées et mise dans les chariots, une fiche individuelle est mise dans la chambre. La modification du plan de change est effectuée par les référentes protection. Au jour de l'inspection, il y avait une seule référente jour EHPAD au lieu de 2 (place vacante du fait des démissions AS et arrêt maladie au long court – A ce jour une deuxième référente EHPAD a été nommée. L'individualisation au niveau des changes s'effectue sur les plans de soins informatisés [REDACTED] (donc l'horaire véritable peut être différent de celui de la fiche [REDACTED] mais un travail d'amélioration est en cours. A noter que lors de la première formation [REDACTED] – Septembre 2020, il nous avait été conseillé de mettre des horaires larges et au plus tôt afin de pouvoir valider les soins (ex : si un change le matin est noté à 10h, il ne peut être validé avant même si le change a finalement eu lieu à 9h d'où le conseil de noter les soins du matin à 8h afin d'avoir

				concevoir un groupe de travail incluant le personnel pour une Co-analyse de celles-ci. Le service qualité AHSM43, effectue une analyse d'ensemble de celles-ci en parallèle. Des ateliers autour de l'objectif de la prévention des chutes sont en place avec l'intervenant Siel Bleu tous les mercredis pour différents groupes de résidents. » Il est pris note de ces éléments. Dans l'attente de la transmission du protocole relatif au traitement et à la prévention des chutes actualisé, LA RECOMMANDATION N°25 EST MAINTENUE
26	Formaliser un protocole sur la conduite à tenir pour faire face aux chutes.	R33	3 mois	L'établissement dit avoir missionné le Dr [REDACTED] qui assurera à compter de septembre, des missions de medco et notamment sur les chutes et le plan d'action dans le cadre du projet de soin découlant de l'analyse du RAMA. Cela se fera en lien avec le médecin traitant salarié. » Il est pris note de ces éléments. Dans l'attente de la transmission d'éléments probants attestant de la formalisation du protocole relatif aux chutes, LA RECOMMANDATION N°26 EST MAINTENUE
27	Formaliser un protocole sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition afin d'assurer son appropriation par les professionnels.	R34	immédiat	L'établissement précise que « La dénutrition est prise en charge, mais ne fait pas l'objet d'un protocole qui reste à formaliser et qu'il dispose d'une fiche de recommandation sur le régime hyper protidique. L'équipe soignante soit à l'entrée soit au cours du séjour peut repérer un risque de dénutrition notamment par le biais d'une diminution des apports alimentaires, d'une modification de l'état de santé du résident ou par la prise de sang d'entrée systématique. Le courrier d'entrée ainsi que le recueil de données peuvent aussi alerter dans ce sens. Une cible est ouverte sur le logiciel informatisé et une fiche de surveillance alimentaire est mise en place. L'alimentation est rapidement enrichie (les préparations sont déjà prévues de façon enrichies) par des aliments riches en protéines (fromage, poudre de lait ...). Le médecin peut aussi prescrire des CNO en complément. Une commission alimentation nutrition existe sur l'établissement et la lutte contre la dénutrition a été l'objectif 2023. En l'absence d'un médecin Co, aucun protocole n'a été formalisé mais le personnel a été fortement sensibilisé (soignants et ASH).

				besoin.	Dans l'attente de la transmission du protocole de mise sous contention passive et de l'organisation du suivi régulier des prescriptions et de leur évaluation, LA RECOMMANDATION N°28 EST MAINTENUE
29	Formaliser un protocole sur le traitement des escarres selon les 4 stades cliniques afin de donner aux professionnels des conduites à tenir adaptées et partagées entre tous.	R38	3 mois		L'établissement ne dispose pas de procédure partagée avec les professionnels pour le traitement des escarres, la formalisation d'un protocole est envisagée dans les délais prévus au 31/10/2024. Dans l'attente de la transmission du protocole sur le traitement des escarres, LA RECOMMANDATION N°29 EST MAINTENUE
30	Etablir un protocole spécifique à l'EHPAD sur l'évaluation de la douleur qui synthétise les conduites à tenir, les échelles d'évaluation, préconisées pour les personnes âgées, la traçabilité de l'évaluation de la douleur et son suivi sous [REDACTED] afin de garantir que les professionnels adoptent une pratique en lien avec la spécificité du public accueilli.	R39	3 mois		L'établissement ne répond pas à la demande de rédiger un protocole spécifique EHPAD sur l'évaluation de la douleur. Il propose : Une formation action sur 2 ans avec l'appropriation d'une échelle de la douleur et sa mesure inscrite dans les pratiques professionnelles. Il précise que les évaluations douleur s'effectuent maintenant sur le logiciel de soins Informatisé (plan de soins et échelle d'évaluation) et que des Références douleur existent sur l'établissement. L'IDE référente a un DU douleur et se rend régulièrement aux rencontres sur l'AHSM. Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission du protocole douleur adapté aux pratiques professionnelles de l'EHPAD, LA RECOMMANDATION N°30 EST MAINTENUE
31	Assurer le suivi de la dotation d'urgence et sa traçabilité complète et sceller la mallette de manière sécurisée en organisant son contenu afin de disposer d'un chariot/sac d'urgence opérationnel.	R40	Immédiat		Selon l'établissement : « La traçabilité est désormais assurée. Les IDE vérifient tous les matins, à leur prise de poste, le chariot d'urgence (défibrillateur, scellés du sac...)» Elles vérifient une fois par semaine (le dimanche) de façon plus approfondie (comme noté sur le protocole) et la même fiche de traçabilité. Elles contrôlent une fois par mois (décision du premier mardi du mois) le sac d'urgence (péremption). Si elles n'ont pas pu l'effectuer, elles le notent pour leurs

			collègues (message [REDACTED]) qui le font le plus rapidement possible. » Il est pris note de ces éléments. En l'absence de transmission d'éléments probants (protocole, fiche de traçabilité des dates de péremption...), ainsi que de la preuve du scellement de la mallette d'urgence, LA RECOMMANDATION N°31 EST MAINTENUE
32	Formaliser une dotation d'urgence sur les matériels/dispositifs mis à disposition dans le cadre de l'urgence vitale et assurer leur contrôle régulier (dates de péremption, fonctionnement).	R41	Immédiat « Le nouveau sac d'urgence a été mis en place et un protocole a été conçu en lien avec le service qualité d'AHSM. La mise en place est terminée Un classeur « matériel d'urgence » est à l'infirmerie et permet de conserver les documents associés. La fiche de traçabilité quotidienne est sur le chariot d'urgence. » Il est pris note des éléments de réponse. En l'absence de transmission d'éléments probants, LA RECOMMANDATION N°32 EST MAINTENUE

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes/Département de la Haute-Loire - Inspection de l'EHPAD La Roseaie à Rosières - 12 octobre 2023