

Réf. :

Monsieur le Président
SAS ALPH AGE GESTION
20, rue Jacques Daguerre
92500 RUEL MALMAISON

Lyon, le **30 MAI 2024**

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

PJ : 1
- Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L. 313-13 du CASF, L. 1421-1, L. 1435-7 et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'EHPAD LE CERCLE DE LA CARETTE, les 14 et 15 septembre 2023.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 28 novembre 2023, les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel et vole postale le 8 janvier dernier, ainsi qu'un courrier du Directeur d'exploitation UNIVI, portant sur la conduite de l'inspection, daté du 29 décembre 2023. S'agissant de ce dernier point, plusieurs éléments de réponse méritent d'être apportés, au vu des reproches formulés :

- L'évocation de données sensibles et confidentielles par l'équipe d'inspection, auprès de l'Adjointe de direction/Responsable des soins, dans l'ascenseur de l'établissement, alors que des personnes tierces étaient présentes, est en effet regrettable ;
- La formulation d'une remarque par une inspectrice, après lecture partielle d'un document, est certes avérée, mais la professionnelle s'en est excusée tout de suite auprès de l'inspecté présent ;
- Le rapport établi par la mission d'inspection serait, selon le Directeur d'exploitation, très à charge contre l'établissement, mettant en avant de nombreuses observations qui ne sont pas réglementaires. Il est rapporté que l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD LE CERCLE DE LA CARETTE est la seule qui a été faite dans un contexte difficile et de pression déploré par les inspectés ; le réseau UNIVI seniors ayant bénéficié de 48 inspections en 2023.

.../...

Il convient de rappeler que l'inspection est une mission régaliennne diligentée afin de vérifier que la prise en charge des personnes vulnérables accueillies dans la structure est assurée dans de bonnes conditions et de manière sécurisée. Il s'agit d'une démarche non pas à charge, mais qui se veut constructive, ayant pour objectifs de repérer les dysfonctionnements et d'améliorer les pratiques professionnelles. Pour ce faire, le déroulement de l'inspection s'appuie sur une démarche protocolisée, en croisant diverses sources (entretiens, base documentaire et constats visuels sur place). Pour mémoire, les recommandations préconisées sont en lien avec un dysfonctionnement ou un manquement ne pouvant être caractérisé au regard d'une référence juridique opposable, mais de nature à engendrer un niveau de risque plus ou moins critique.

Par ailleurs, il convient de souligner que le contexte d'intervention pour cette inspection était particulier et délicat puisqu'il fait suite à des signalements dont a été destinataire l'ARS, évoquant des faits questionnant l'organisation des soins, la posture d'encadrement et le circuit des produits de santé au sein de l'établissement.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations et également 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.

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 :

- Mettre en œuvre l'injonction visant à sécuriser la gestion des médicaments stupéfiants, notamment du point de vue des registres pour leur comptabilité et leur traçabilité (délai immédiat) et la prise en charge médicamenteuse, dont le stockage du chariot de soins, le renforcement de l'assurance qualité, la formalisation des processus de pharmacovigilance et matériovigilance et l'amélioration du stockage des produits et de sa gestion (délai immédiat à 6 mois au plus tard, suivant les points visés) ;
- Assurer la gestion des EI/EIG -définition, repérage, déclaration, traitement avec mise en place des actions correctives, traçabilité et signalement- (délai immédiat à 3 mois, suivant les points concernés) ;
- S'assurer d'un effectif IDE suffisant pour garantir la continuité des soins (délai immédiat).

Par ailleurs, il convient d'actualiser la convention de coopération avec l'HAD et de sécuriser les modalités d'intervention de l'HAD au sein de l'EHPAD, s'agissant notamment des prescriptions, du circuit du médicament, des systèmes d'information et plus globalement de la traçabilité des actes et traitements effectués.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport d'inspection, ainsi que les mesures notifiées 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 du Rhône de l'ARS (Service Personnes âgées) et la Métropole (Service Développement et Accompagnement des Etablissements et services).

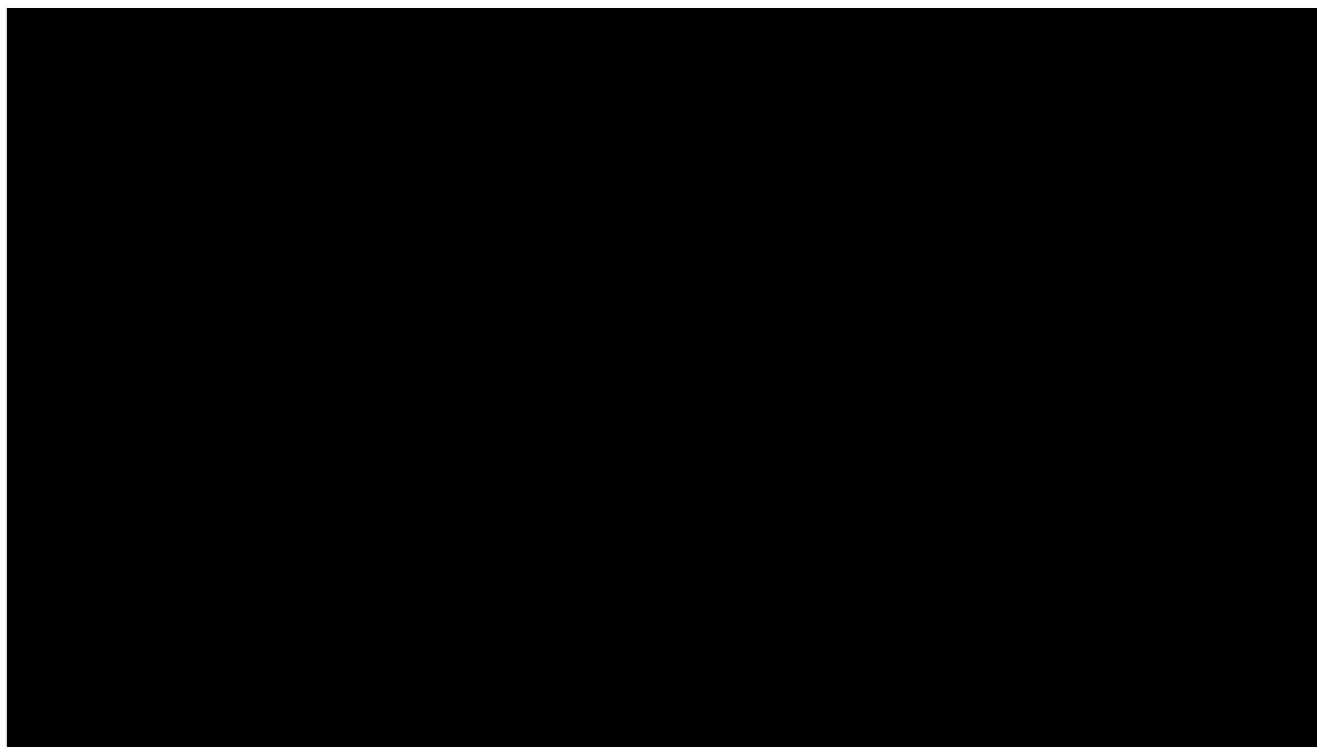
Il vous revient de leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires, à l'issue des différents délais.

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.



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), mais non fondé sur un texte précis 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°	INJONCTION	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	En matière de prise en charge médicamenteuse des résidents : Sécuriser la gestion des médicaments stupéfiants, notamment du point de vue des registres pour leur comptabilité et leur traçabilité (entrée, administration, retour et destruction) (Cf. article L313-14 du code l'action sociale et des familles).	E.M. 2 E.M.4	Immédiat	Les actions correctives proposées, et pour certaines mises en œuvre, semblent pouvoir améliorer et sécuriser la gestion des médicaments stupéfiants au sein de l'établissement et par ses partenaires. Cependant, les engagements faits ne sont pas vérifiables en l'état compte tenu des délais de mises en œuvre, l'ensemble des éléments probants n'a pas encore été communiqué à la mission d'inspection. L'injonction reste maintenue jusqu'à l'échéance du plan d'actions et des éléments de preuve à fournir aux autorités de tutelle.

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Concernant la gestion des EI/EIG : - Maîtriser la définition juridique d'EI et EIG par la direction et les référents qualité ; - Etablir de manière distincte des procédures de gestion des EI/EIG et réclamations/plaintes ; - Revoir les procédures relatives à la gestion des EI, de manière à les rendre cohérente entre elles ; - Assurer le repérage et traitement de tout EIG et le déclarer systématiquement à l'ARS, en application des articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 du CASF ;	R.M. 3 R.M. 2 R. 16 E. M. 1	Immédiat 3 mois 3 mois Immédiat	Il est déclaré que les procédures EI/EIG sont rédigées par le service juridique du siège UNIVI et qu'une sensibilisation sera faite courant du 1^{er} trimestre 2024 par la responsable qualité territoriale (RQT). Il existe 3 procédures distinctes qui seront détaillées par le RQT au 1^{er} trimestre 2024, avec description de la marche à suivre, de la déclaration à la clôture, en passant par le traitement. Révision de la procédure UNIVI de signalement des faits de maltraitance avec signalement au Procureur des suspensions et pas seulement si maltraitance avérée. Sur ce point, le document transmis est la procédure de signalement de fait de maltraitance ou de violence, datée du 29/12/2022, actant le signalement au Procureur si le fait de maltraitance est confirmé (Cf. pages 4 et 6). Traçabilité suivie par le référent qualité tout au long de l'année et par la RQT, une fois par trimestre. Au vu de ces éléments, la prescription n°1 est maintenue dans son ensemble.

- Définir et mettre en œuvre systématiquement les mesures correctives et de suivi, suite à la survenue d'un EI/EIG, afin d'éviter sa répétition ; - Assurer la traçabilité des EIG sur le logiciel qualité [REDACTED] et un RETEX auprès des équipes, afin d'améliorer les pratiques professionnelles ; - Procéder obligatoirement à la saisine du procureur de la République en cas de suspicion de maltraitance, conformément à l'article 40 du CPP.	R.M. 4 R.M 6 R. 17 R. 18 R.M. 5	Immédiat Immédiat Immédiat	- Chariot d'urgences : les actions correctives sont pertinentes et devraient – si elles sont bien appropriées en interne – être de nature à corriger les non-conformités constatées lors de l'inspection. Cependant, concernant l'oxygène, il est nécessaire que l'établissement ait une bouteille (local ventilé, stockage en position verticale), dans la mesure où le débit d'un extracteur liquide n'est pas toujours suffisant en cas de désaturation importante d'un patient en urgence vitale. - Assurance qualité relative à la PECM des résidents : les mesures correctives proposées ne répondent pas aux dysfonctionnements constatés (e.g. liste des médicaments préférentiels déjà disponible mais non utilisée, procédures existantes non appropriées en interne). - INS à déployer - Gestion des risques : Les réponses de l'établissement ne proposent pas d'actions correctives pour améliorer la gestion des EI, à l'exception de la formation des personnels au premier trimestre 2024.
2 - Concernant la prise en charge médicamenteuse : - Sécuriser le chariot de soin, dans son contenu et son accès ; - Renforcer l'assurance qualité relative à la prise en charge médicamenteuse ; - Déployer l'INS au sein de l'EHPAD ; - Mettre en place au sein de la structure une déclaration des non-conformités /événement indésirable et en assurer une gestion davantage consolidée ; - Formaliser les processus de pharmaco et matériovigilance ;	E.M. 3, E. 20 R. 37 E. 8 R. 30 à R. 32 E. 9 E. 10, R. 33, R. 34 E. 11, R. 35	Immédiat 6 mois 3 mois 3 mois 2 mois	

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en améliorant les pratiques des soignants (retranscription, traçabilité de l'administration...); - Améliorer : 1/ Le stockage des produits de santé (y compris pour la chaîne du froid) et assurer davantage de rigueur dans la gestion des stocks; 2/ La gestion et la transmission des documents contractuels en lien avec la prise en charge médicamenteuse	E. 13, E. 21, E. 22, R. 36, R. 38 à R. 41 E. 15 à E. 19 E. 12 et 14	6 mois 1 mois 2 mois	- Pharmacovigilance : les réponses apportées aux écarts constatés ne sont que partielles. Si les responsables sont identifiés, les processus au quotidien n'y sont pas abordés. Ces vigilances ne peuvent pas être gérées uniquement lors des commissions gériatriques annuelles. - Prise en charge médicamenteuse : dans l'attente de l'effectivité des actions correctives - Stockage des produits de santé : réponse partielle (pas de réponse en lien avec les E.16, E.17 et E.18) - Communication des documents : l'établissement ne répond pas quant à la convention officinale, en lien avec son partenaire. Le fait de proposer un contrat d'exercice aux médecins libéraux ne remet pas en cause le libre choix du patient. Au vu de ces éléments, la prescription n°2 est maintenue dans son ensemble.
3 S'assurer de la qualification adaptée du personnel au poste occupé (articles D 312-176-6 et L312-1-11 du CASF).	E. 1 E. 7 R.M. 9 R. 4	Au départ à la retraite du directeur actuel Immédiat	Il est pris note du départ prévisionnel en retraite du directeur en juillet 2025. Le diplôme d'État de la salariée [REDACTED] a été transmis. En revanche, les diplômes d'une IDE et de 7 ASD n'ont pas été communiqués. En conséquence, le gestionnaire n'apporte pas la preuve que les salariés visés sont diplômés. L'établissement précise que ces diplômes sont présents sur l'établissement, ce qui n'était pas le cas le jour de l'inspection. Les diplômes n'ont donc pas été justifiés pour 8 professionnels. La répartition des tâches entre aides-soignants et auxiliaires de vie et des actes pouvant être réalisés sous supervision est précisée au travers du protocole « Habilitation des auxiliaires de vie sociale à certains actes d'aide-soignant sous condition de supervision » transmis. Parmi ces conditions, figurent des conditions de formation préalable (« installer et mobiliser la personne », « Prévention des troubles du comportement ») ou d'habilitation (« Vérifier leur ingestion [des

				médicaments] et alerter sa hiérarchie en cas de non-ingestion »). En l'absence de transmission des attestations correspondantes, le gestionnaire n'apporte pas la preuve du respect du protocole précité transmis concernant les AVS. Il est noté l'effort de l'établissement concernant les VAE, l'alternance et la priorité donnée au recrutement de professionnels qualifiés. Le gestionnaire n'apporte pas d'éléments nouveaux quant à la qualification de la responsable des soins, la formation évoquée ayant déjà été mentionnée dans le rapport. Il est précisé que la professionnelle concernée reste inscrite dans une formation diplômante Master 2 Management des parcours et organisations sociales et médico-sociales. Cette formation s'inscrit dans une démarche d'évolution professionnelle vers des missions de direction. Par ailleurs, une évolution professionnelle est envisagée pour l'infirmière référente (Cf. réponse du gestionnaire à la prescription n°7). En effet, il est précisé que celle-ci justifie à présent d'une formation diplômante de cadre. Il en est pris acte. Au vu de la réponse apportée globalement, la prescription n°3 est maintenue.
4	Elaborer un projet d'établissement (comprenant notamment un plan bleu, conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 et D. 312-160 du CASF), de manière concertée et partagée, en associant l'ensemble des professionnels et faciliter ainsi son appropriation et la cohésion d'équipe ; Consulter le CVS en vue de son adoption et le faire signer par la direction pour acter de sa validation définitive.	E. 2	1-an Fin 1er semestre, au plus tard	La Direction indique que le projet d'établissement existant, couvrant la période 2017-2021, est à disposition à l'accueil, tout en reconnaissant qu'il est obsolète de par sa date. Il déclare que la rédaction du nouveau projet d'établissement, entamé en 2023, est en révision par le comité de direction et devrait être présenté au 1^{er} CVS de l'année 2024, avec une transmission prévue aux autorités de tarification, dans le cadre du suivi d'inspection. La réponse apportée sur ce point n'est pas complètement satisfaisante. En effet, ce document institutionnel étant arrivé à échéance en 2021, soit il y a trois ans, il ne s'agit pas d'une révision, mais de l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement, comme indiqué dans la mesure corrective. Cela implique donc une concertation et une implication

				des professionnels dans leur ensemble et non pas une gestion simplement au niveau du comité de direction. Cela étant, la Direction a transmis ultérieurement (par mail du 16 février 2024), le nouveau projet d'établissement couvrant la période 2024-2029 (une erreur s'est glissée page 3, puisqu'il est indiqué « projet d'établissement [...] 2023-2028 ». Il a été rédigé avec le concours de résidents, familles et personnel de la Résidence (panel représentatif et étayé des différents profils professionnels) et validé par le Comité de pilotage le 14 février 2024, après consultation du CVS le 13 février. Si le contenu du projet d'établissement nouvellement transmis ne fait pas l'objet d'une étude approfondie, dans le cadre de l'analyse de ces éléments de réponse (s'inscrivant davantage dans le cadre du suivi d'inspection), il est à relever toutefois que la stratégie du Groupe UNIVI, mentionnée dans ledit document, porte sur la période 2020 - 2022. Il est ajouté par la Direction que le plan bleu a été mis à jour en juin 2023 et envoyé aux autorités de tutelle par la Direction. Celui-ci n'a pas bénéficié de l'approbation du CVS. Le plan bleu sera validé au CVS du 2^{ème} trimestre 2024. Il n'est donc pas intégré au nouveau projet d'établissement. Au vu de ces éléments, la prescription n°4 est modifiée et reformulée comme suit : Intégrer dans le nouveau projet d'établissement le plan bleu, signé de la Direction actant sa validation et après consultation du CVS, conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 et D. 312-160 du CASF – Fin 1er semestre.
5	Revoir le règlement de fonctionnement, afin de lever les anomalies repérées et d'être conforme à la réglementation	E. 3 R. 29	4 mois 4 mois	Concernant le règlement de fonctionnement, il est déclaré que ce document est validé par le service juridique du Groupe UNIVI. Sa mise à jour a été effectuée en 2023, avec l'évolution de la législation et présentée en CVS. Cette réponse n'est pas satisfaisante. Les

	(article R. 311-35 du CASF) et le livret d'accueil de l'étudiant.			anomalies repérées par la mission et reprises dans le rapport d'inspection doivent être corrigées. S'agissant du livret d'accueil du stagiaire, la Direction a transmis ultérieurement à la réponse initiale, par mail du 16 février 2024, le livret d'accueil du stagiaire mis à jour, en date du 12 février 2024. Le nouveau livret d'accueil n'a pas fait l'objet d'une analyse approfondie, dans le cadre de cette réponse. Dans l'attente de la mise à jour du règlement de fonctionnement, comme demandé et de sa transmission l'attestant, la prescription n°5 est maintenue en son point 1 et levé en son point 2.
6	Concernant la gestion des réclamations/plaintes (y compris orales) : - Assurer leur traçabilité sur [REDACTED] sans condition (article L. 311-3 du CASF) et leur traitement, de manière formalisée, afin d'en assurer un suivi exhaustif ; - Mettre à disposition des usagers (résidents et/ou familles) un cahier de réclamation, comme annoncé dans le livret d'accueil des résidents et le règlement de fonctionnement, afin de recueillir leurs doléances.	E. 4 R. 20	Immédiat	Il est déclaré que la sensibilisation des professionnels sera assurée par la RQT, au 1^{er} semestre 2024. La Direction qualité UNIVI a mis en place le fait que toutes les plaintes et réclamations orales doivent figurer dans le registre des plaintes et réclamations sur le logiciel [REDACTED]. C'est d'ailleurs prévu dans la procédure. Le livret d'accueil auquel il est fait référence date de 2019 alors que le livret d'accueil actuel date de 2021. Dans celui-ci, il est spécifié un cahier des réclamations. C'est une erreur car il s'agit de fiche de réclamation qui est bien disponible. Dans l'attente de ces mises à jour et de la transmission des éléments probants l'attestant, la prescription n°6 est maintenue. 2 mois
7	S'assurer d'un effectif IDE suffisant pour garantir la continuité des soins (article L. 311-3 du CASF).	E. 5	Immédiat	La mission avait bien relevé que l'effectif IDE global était de 3 ETP + 1 ETP d'IDER. Néanmoins, l'examen des plannings effectifs a permis de constater la présence d'une seule IDE en journée à plusieurs reprises (avec pour mémoire, « 3 occurrences sur 26 journées »). De plus, en l'absence de transmission d'éléments complémentaires sur le fonctionnement adapté en l'absence d'infirmières prévues au planning, il n'est pas possible d'apprécier si la continuité des soins peut être assurée en toute circonstance.

				Au vu de ces éléments, la prescription n°7 est maintenue.
8	Revoir le temps d'intervention du médecin coordonnateur (0.60 ETP prévu au vu de la capacité de la structure), conformément à l'article R. 312-156 du CASF.	E. 6	Dès que possible	Il est pris acte des démarches entreprises, restant à ce jour infructueuses, pour parvenir à un temps de médecin coordonnateur de 0,60 ETP. Cela étant, cette quotité reste une obligation réglementaire. La prescription n°8 est donc maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELA	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Concernant la répartition des missions, revoir : - Le dimensionnement du poste d'adjointe de direction/responsable de soin, au regard de son contenu ; - La configuration du poste de référent qualité, assuré, au jour de l'inspection, par le psychologue et l'adjointe de direction/responsable des soins.	R.M. 1 R. 15 R. 22	4 mois	La Direction déclare qu'au sein du Groupe UNIVI les missions de déploiement de la démarche qualité et gestion des risques font partie de la fiche de poste d'adjoint de direction. Dans l'établissement, ce poste est épaulé par le psychologue, la feuille de route qualité annuelle étant répartie entre ces deux professionnels. Selon la Direction, le binôme fonctionne correctement, considérant que l'organisation déployée convient et répond aux objectifs qualité fixés par le siège, au regard de l'organisation interne, de la capacité de l'établissement et du soutien apporté par le siège. Elle n'envisage pas d'évolution de son organisation, ni de la quotité de temps de travail associée. Toutefois, elle ajoute que si l'adjointe de direction, dans le cadre de son entretien annuel ou à tout autre moment, exprime une charge de travail importante, elle s'engage à questionner son organisation. La mission ne partage pas cette vision. Comme précisé dans le rapport d'inspection, le dimensionnement du poste d'adjointe de direction/responsable des soins/responsable qualité n'apparaît pas en effet satisfaisant, au regard de la charge de travail pesant sur le même professionnel. Celle-ci est en effet perçue comme trop élevée pour un équivalent temps plein, ne permettant pas d'assurer, de manière optimale, les missions ainsi confiées, d'autant plus que les rôles respectifs de la responsable des soins et de l'IDER ne sont pas totalement définis. De plus, il convient de rappeler qu'au jour de l'inspection, les procédures qualité n'étaient pas pleinement maîtrisées par les deux professionnels en charge de la gestion de la qualité. Il est donc réitéré la nécessité d'une part, de redimensionner le poste de l'adjointe de direction et d'autre part, de réorganiser la gestion et

				le suivi de la démarche qualité, de manière à ce qu'elle devienne efficiente. Au vu de ces éléments, la recommandation n°1 est donc maintenue.
2	Concernant l'encadrement des stagiaires IDE : Définir et formaliser les modalités organisationnelles, de manière structurée et sécurisée, notamment en continu avec un salarié expérimenté, afin de garantir un accompagnement apprenant.	R.M. 7 R.M. 8	Immédiat	Le gestionnaire précise qu'un protocole d'intégration des stagiaires, basé sur le protocole d'intégration des salariés, est en cours d'élaboration. Il est annoncé qu'il sera communiqué dans le cadre du suivi d'inspection. Il est pris note que l'effectif d'accueil des stagiaires a été revu à la baisse et est au plus, égal au nombre de salariés exerçant la même fonction. Toutefois, rien n'est précisé par la Direction concernant la garantie, comme attendu, d'un encadrement du stagiaire par un professionnel expérimenté. Cette prudence s'inscrit dans un contexte de tensions en termes de ressources humaines, pouvant mener à des temps de présence effectives en-deçà des plannings prévisionnels. La réponse apportée n'étant, à ce stade, pas satisfaisante, la recommandation n°2 est donc maintenue dans sa globalité.
3	Concernant l'organisation des soins : - Compléter le protocole de gestion des contentions, au vu des recommandations ANSM d'octobre 2020, notamment avec la définition d'une périodicité plus courte (mensuelle par exemple) pour le renouvellement des prescriptions médicales de contention ; - Actualiser et revoir le plan de changes, dans le sens d'une meilleure adaptation aux besoins des résidents ; - Actualiser les protocoles de prévention et de prise en charge des	R. 43 R. 44 R. 46 R. 47	3 mois Immédiat	Les remarques effectuées par la mission ont bien été prises en compte par l'établissement : - Le protocole de gestion des contentions est en cours de révision, les prescriptions sont établies pour 28 jours et renouvelées après réévaluation du besoin, une alerte ayant été établie dans le logiciel. Pour le secteur de grande dépendance, une commande de lits au plus bas et de matelas au sol a été faite ; - Le plan de changes a été actualisé. Une démarche de revue des différentes possibilités de prises en charge a été entreprise avec le fournisseur et une formation est prévue en février 2024 ;

principaux risques gériatriques (douleur, escarres, chutes, situations d'urgence, accompagnement de fin de vie, risques infectieux) ; 1/ Les compléter d'éléments plus précis et les personnaliser au sein de l'établissement ; 2/ Prévoir leurs présentations et instaurer des échanges avec les équipes soignantes afin de faciliter davantage leur appropriation en interne par ces dernières ;	R. 50 R. 51 R. 52 R. 53 R. 54	6 mois	- La révision du protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur est programmée en 2024 et l'accompagnement de fin de vie est un objectif du projet d'établissement. - Les divers documents ayant trait aux conduites à tenir en situation d'urgence ont été rassemblés. Pour certains, il s'agit de documents généraux émanant des ARS ou des réseaux d'urgence et pour d'autres, des documents édités en interne dans un format [REDACTED] qui ne paraissent pas totalement stabilisés.
- Définir le rôle de référent de résident et accompagner les professionnels dans l'appropriation de ce rôle ;	R. 42	6 mois	- Le travail avec l'EMH des HCL a permis une mise à jour du protocole de gestion des épisodes épidémiques d'infections respiratoires aiguës, dont le COVID 19, en EHPAD. Cependant, il s'agit encore d'un document de travail.
- Formaliser la désignation d'un référent DASRI au sein de l'établissement ; - Actualiser l'ensemble des conventions passées avec les différents établissements de santé du territoire, tout en veillant à leur bonne forme juridique ;	R. 56	Immédiat	- La mise en place des référents auprès des résidents est un des objectifs du nouveau projet d'établissement et de la démarche de labellisation LOBELIA de l'établissement, mise en place par le groupe UNIVI.
- Investir davantage la réflexion et les travaux de la filière gériatrique, notamment dans le cadre de recherche de solutions collectives à des problèmes partagés, tels que l'accès aux soins psychiatriques.	R. 48	6 mois	- Un référent DASRI a été nommé et un rendez-vous avec la société prestataire a été programmé. - Les difficultés d'accès aux soins psychiatriques seront également relayées spécifiquement dans le nouveau projet d'établissement. La dimension territoriale d'une réflexion, au sein de la filière gériatrique, ne semble pas avoir été retenue.
	R. 49	6 mois	S'agissant de la convention de partenariat HAD/EHPAD, celle-ci datant de 2012 est à actualiser, compléter (à ce stade, il y a des options mutuellement exclusives qui ne sont pas cochées) et signer. Cette mise à jour entraîne de fait la mise à jour du protocole de soins type rappelant le rôle et les responsabilités de chacun. Il convient d'ajouter que toute modification de traitement mis en place par le médecin de l'HAD nécessite une nouvelle prescription et que faute d'une solution technique rapide d'interfaçage des systèmes

			d'information de l'HAD d'une part et de l'EHPAD d'autre part, une tracabilité rigoureuse doit être effectuée par les deux partenaires. Toutefois, la plupart de ces mesures correctives sont toujours en cours d'application ou programmées en 2024. C'est pourquoi, la recommandation n°3 est maintenue, dans l'attente des documents probants quant à la réalisation des actions attendues.
4	Tenir à jour en temps réel le registre des entrées et sorties des personnes accueillies.	R.1	La Direction déclare que le registre des entrées et sorties a été remis à jour. Il en est pris acte. En l'absence d'élément probant transmis, il est rappelé au gestionnaire qu'il engage sa responsabilité. A ce titre, il lui revient de faire preuve d'une vigilance particulière sur ce point. La recommandation n°4 est levée.
5	Formaliser un document présentant les modalités organisationnelles afférentes à la continuité de la fonction de direction en cas d'absence du directeur. Le diffuser à l'ensemble des professionnels et s'assurer de son appropriation.	R. 2, R. 7	A souligner que la réponse apportée par le gestionnaire porte sur la continuité de la fonction de direction, mais également sur le dispositif d'astreinte, c'est-à-dire relevant de la recommandation suivante (n°6). Concernant la continuité de la fonction de direction, il est déclaré qu'une organisation type est mise en place dans chaque établissement les jours de présence identifiés (Cf. document remis sur la permanence du Directeur). Il est déclaré qu'elle est connue des équipes en place, mais sans qu'aucun élément probant ne soit fourni sur ce point. Il est ajouté que cette organisation est susceptible d'être modifiée, selon les besoins des établissements et qu'une information est faite systématiquement, le cas échéant. A relever que le document fourni répond à la situation d'absence temporaire du Directeur (congs, maladie, week-end, etc.), mais ne traite pas son absence liée à sa fonction, partagée avec un autre EHPAD. Par ailleurs, il est ajouté la révision par le siège et la mise en place d'une nouvelle procédure d'astreinte, avec la mise à jour de la procédure « lutins des événements urgents », continuité des soins en l'absence de personnel d'encadrement, continuité à tenir en

				l'absence du Directeur, présentation aux équipes le 20 décembre 2023 (note de service datée du 20/12/2023, portant sur les astreintes, transmise). Au vu de ces éléments de réponse, la recommandation n°5 est maintenue en tous points.
6	Concernant le dispositif d'astreinte : - Renforcer le dispositif d'astreinte, en ouvrant la participation à d'autres professionnels (en complément du directeur et de l'adjointe de direction), de manière à le sécuriser davantage ; - Revoir le contenu de la note relative au dispositif d'astreinte, de manière à ce que les modalités prévues concordent avec celles mises en œuvre réellement dans la structure ; - Diffuser la note à l'ensemble des professionnels et s'assurer de son appropriation.		3 mois	Au vu de la teneur de la réponse apportée à la recommandation n°5 et comme précisé précédemment, il apparaît qu'il y a une confusion entre la continuité de la fonction de direction et le dispositif d'astreinte. Il est déclaré qu'une nouvelle procédure a été mise en place par le Groupe UNIVI pour les astreintes nuits et week-ends (en semaine, à partir de 20h et du vendredi 20h jusqu'à lundi 7h), avec un planning des directeurs d'astreintes de la zone sud. Aucun élément probant n'est apporté, attestant de la diffusion de la note à l'ensemble des professionnels et de son appropriation. Dans ces conditions, la recommandation n°6 est levée dans ses alinéas 1 et 2 et maintenue dans son alinéa 3.
		R. 8 R. 9	3 mois	
			3 mois	
7	Concernant la gestion des ressources humaines : - Etablir pour chacun des professionnels de la structure une fiche de poste nominative, personnalisée, datée et signée, ainsi qu'une fiche de tâches pour les profils qui en ont besoin ; - Prévoir au plan annuel de développement des compétences, avec un nombre suffisant de formations en	R. 3 R. 5 R. 6 R. 24	3 mois	Il est précisé qu'une mise à jour des avenants au contrat incluant les fiches de poste nominatives, personnalisées et signées pour les salariés arrivés avant 2022 est en cours de réalisation. La pertinence de la rédaction d'une fiche de poste « responsable soins » sera appréciée en fonction des résultats de l'évaluation de l'organisation actuelle de l'établissement au 1^{er} trimestre 2024. L'évolution des missions de l'infirmière référente fait partie des pistes de modification de l'organisation actuelle.
		R.M. 10 R. 25	6 mois	

lien avec les thématiques de promotion de bientraitance/lutte contre la maltraitance répondant aux besoins identifiés et prévoir la réalisation systématique d'un bilan annuel des formations suivies.	R. 26 R. 27	Néanmoins, à ce jour, la lisibilité de l'articulation avec le poste d'infirmière référente n'est pas assurée. Dans l'attente de la transmission des éléments probants, l'alinéa 1 de la présente recommandation est maintenue. Le label LOBELIA est missionné afin d'assurer la formation de 100% du personnel à la bientraitance et aux pratiques vertueuses pour 2025. La mise en place de formations internes est un objectif qui sera poursuivi dans le cadre du nouveau projet d'établissement. En ce sens, l'objectif de formation des salariés sur les thématiques précitées est poursuivi. Il est précisé par UNIVI que des outils de suivi en matière de formation ont été mis à disposition des établissements. La volonté de mutualisation correspond à une recherche d'efficacité et de réduction des coûts et ne pose pas question. L'extraction du plan de développement des compétences 2022 présente le nombre de salariés bénéficiaires par établissement et par formation. Bien que perfectible (Cf. infra), l'extraction fournie permet d'apprécier la part de salariés formés sur l'année de référence. Le pilotage de la politique de formation, au niveau de l'établissement, est donc assuré. Des précisions ont été apportées sur les modalités de recensement, de financement et de report en termes de formation, au regard des disponibilités et des capacités de financement. Les modalités de pilotage et de suivi de la politique de formation précisées par le gestionnaire sont conformes aux attendus. Il est cependant rappelé qu'au jour de l'inspection, l'établissement n'a pu apporter la totalité des éléments de réponse. Le déploiement d'un système d'information est en cours afin de répondre, à terme, à un souci d'amélioration du pilotage et du suivi de la politique de formation dans chaque établissement. La recommandation n°7 est donc maintenue dans son ensemble.
---	------------------------	--

8	Revoir l'organigramme de manière à : - Identifier le poste de référent qualité ; - Le mettre en cohérence avec les données d'effectifs en personnel.	R. 10 R. 21	1 mois	L'organigramme a été modifié (document transmis et daté du 23/12/2023), en incluant les référents qualité et en réajustant les ETP IDE. La recommandation n°8 est donc levée.
9	Concernant la circulation de l'information : Formaliser systématiquement un compte-rendu pour chaque réunion tenue en interne ou autre échange, en vue d'assurer une traçabilité des points abordés et décisions prises et leur suivi dans le temps.	R. 11 R. 45	Immédiat	Il est déclaré que des feuilles d'émargement sont systématiquement signées par les participants aux réunions, celles-ci énoncent la thématique abordée, à défaut un compte-rendu à chaque réunion. Les réunions bénéficiant systématiquement d'un compte-rendu sont les CVS, Commission des menus, Commission animation, réunion d'équipe soignante trimestrielle, réunion d'équipe de nuit trimestrielle, réunion IDE trimestrielle, commission gériatrique, CODIR, COPIL qualité. Le dispositif IDE de nuit concerne les ASD/ADV de nuit hors présence IDE. Cependant, les IDE sont bien au fait et sensibilisés à cette organisation. Une seule IDE questionnée le jour de l'inspection ne l'avait pas intégré. En l'absence de transmission d'éléments probants attestant de la formalisation des comptes-rendus des réunions précitées, la recommandation n°9 est maintenue.
10	Procéder à l'exploitation et l'analyse des résultats de l'enquête annuelle de satisfaction des résidents/familles, systématiquement de manière formalisée, afin d'en assurer la traçabilité et le suivi et de définir les axes d'amélioration, avant intégration du PAP.	R. 12	Lors de la prochaine enquête	Il est précisé en réponse que ceci est prévu dans la politique qualité du Groupe et bien réalisé par l'établissement tous les ans. Les enquêtes de satisfaction font systématiquement l'objet d'une présentation au CVS et d'un plan d'action dans le logiciel [REDACTED] II indique que le PAP est à jour. Au vu du constat établi au jour de l'inspection et de l'absence d'éléments probants transmis au terme de la procédure contradictoire, la recommandation n°10 est maintenue.
11	Assurer le portage de la démarche qualité, notamment concernant la promotion de la bientraitance par la mise en place :			Le portage évoqué est prévu avec la labellisation LOBELIA en 2025. Il est ajouté que l'établissement n'est pas inactif sur le sujet de la qualité et de la bientraitance. Un atelier bientraitance « Donnons la

- d'une réunion institutionnelle de type « revue qualité » ; - de mesures opérationnelles : référent désigné, procédure formalisée sur le repérage et signalement, comité d'éthique instauré, actions de prévention, suivi de formations.	R. 13 R. 14	2 mois Immédiat	parole aux résidents » a été mis en place en 2022. Il a également mis en place la charte bientraitance auquel il a contribué. Des formations à la bientraitance sont prévues avec le siège visant également des pratiques vertueuses. Les RETEX organisés permettent de corriger les erreurs. Les comités qualité, à raison de 3 à 4 fois par an, permettent de traiter des situations à risque. Une sensibilisation du personnel est prévue avec la présentation du label LOBELIA. La mise en place d'un référent bientraitance, au sein de l'établissement, est en réflexion car NON obligatoire. L'établissement prévoit la mise en place d'un comité éthique inter-établissements, en mutualisant les participants des différents établissements d'UNIVI de la région et en s'inscrivant dans la politique de bientraitance, en vue de la labellisation de l'établissement par LOBELIA. Il existe un règlement intérieur du Comité d'éthique. Le Groupe UNIVI propose, aux salariés, une formation à l'éthique. Dont acte pour ces éléments de réponse et ces perspectives. Dans l'attente de la transmission des éléments probants actant la mise en place effective de la recommandation 11, celle-ci est maintenue dans son ensemble.
12	Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles, conformément aux RBPP de l'HAS/ANESM de décembre 2008.	R. 25 3 mois	Il est pris note que le dispositif d'analyse de la pratique professionnelle a été mise en place par l'établissement depuis octobre 2023. Néanmoins, aucune autre précision sur la fréquence des réunions et le prestataire retenu n'est apportée, ni étayée. Aucune feuille d'émargement n'a également été produite. Dans l'attente de la transmission d'éléments probants (prestataire, fréquence, participation), la recommandation n°12 est maintenue.