

Réf. : **LRAR-AA 195 714 5377 1**

Monsieur le Président
ACPPA
7 CHEMIN DU GAREIZIN
69340 FRANCHEVILLE

Lyon, le **25 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'Ain

PJ : 1
Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L. 313-13 du CASF et L. 1345-7 et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'EHPAD LA ROSE DES VENTS, les 21 et 22 juin 2023, au titre du programme régional d'inspection, évaluation et de contrôle de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 29 février dernier, 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 le 12 avril dernier.
Pour la majeure partie des mesures correctives visées, il n'y a pas eu de réponse apportée. Les pièces transmises en annexe correspondent globalement à celles relevées par la mission au jour de l'inspection et relatées dans le rapport d'inspection.

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 attacherez en particulier à :

- Respecter la capacité définie par l'arrêté d'autorisation délivré en date du 21/12/2012 (délai immédiat) ;
- Elaborer un projet d'établissement (délai 1 an) et actualiser le projet général de soins, en définissant les objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi que des indicateurs pour leur évaluation et suivi, en vue de garantir une prise en charge des résidents adaptée et sécurisée (délai 6 mois) ;
- Formaliser un livret d'accueil spécifique pour l'accueil de jour (délai 4 mois) ;
- Assurer systématiquement le signalement aux autorités administratives et l'information au CVS des EIG/EIGS survenus (délai immédiat) ;
- Formaliser un projet d'accueil et d'accompagnement (intégrant un projet de vie et un projet de soin, en lien avec une évaluation gériatrique) pour chaque résident et s'assurer de son évaluation et actualisation annuelle ou au besoin (délai 3 mois) ;
- Améliorer l'organisation des soins, notamment en définissant les modalités de gestion des plans de soins de nursing (délai 2 mois), en formalisant ces plans de soins de manière ajustée aux besoins des résidents (délai 1 mois), en assurant des temps d'accompagnement réguliers sur les transmissions ciblées (délai immédiat) et en mettant en place des temps d'informations/formations sur l'ensemble des protocoles de soins et notamment ceux sur les conduites à tenir pour faire face aux urgences (délai immédiat) ;
- Sécuriser la gestion et le suivi des contentions passives, notamment en formalisant avec le médecin coordonnateur l'organisation du suivi des résidents sous contention et en prévoyant la mise à jour des prescriptions en place (délai 2 mois).

De plus, il convient de souligner, comme déjà précisé en conclusion du rapport d'inspection, qu'une démarche de structuration du pilotage opérationnel de l'établissement et de l'accompagnement à la prise en charge du résident doit être engagée. Cet objectif ne peut être atteint qu'avec la stabilisation pérenne des postes de direction (nouveau directeur arrivé le 1er mars dernier) et d'encadrement des soins (médecin coordonnateur recruté en octobre 2023 et responsable des soins en cours de recrutement). La dynamique amorcée par la directrice d'appui et la responsable des soins, constatée au jour de l'inspection, doit être impérativement poursuivie.

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 de l'Ain – Pôle Offre de santé territorialisée/Service autonomie et le Conseil départemental de l'Ain.

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.

La Directrice générale de l'ARS



Pour le Président du Conseil Départemental
Le Directeur général adjoint Solidarité



Copie à la Direction de l'EHPAD LA ROSE DES VENTS

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). L'injonction et la mise en demeure peuvent être des décisions préalables à des décisions de sanction. 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°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Respecter la capacité définie par l'arrêté d'autorisation délivré en date du 21/12/2012 (Cf. article L313-1 du CASF).	E.M. 1 R. 1	Immédiat	Le gestionnaire indique qu'il y a peu de demandes d'admission temporaire et que le Directeur prévoit d'échanger avec les autorités de tarification, dans le cadre du CPOM. Dans ce contexte, la prescription n°1 est maintenue.
2	Concernant les postes de direction et d'appui :			Un nouveau Directeur a été recruté sur l'EHPAD (et la Résidence autonomie Les Marronniers), depuis le 1 ^{er} mars 2024, en remplacement de la directrice d'établissement d'appui. Son contrat de travail et son diplôme ont été transmis, dans le cadre de la procédure contradictoire. Les diplômes de la responsable des soins d'appui ont également été communiqués, comme attendu. Les mesures, en lien avec l'E.1 et la R. 9 sont donc levées.
	- Justifier de la qualification de la directrice d'établissement d'appui, conformément à l'article D312-176-6 du CASF ;	E. 1	Immédiat Levée	
	- De même pour la responsable des soins d'appui ;	R. 9	Immédiat Levé	Une délégation de compétences et de pouvoir, établie en faveur du directeur d'établissement le 1 ^{er} février 2024, a été transmise. La mesure, en lien avec la R.M. 2, est donc levée.
	- Pourvoir au poste de direction de l'établissement et stabiliser durablement les postes de direction d'établissement et de responsable des soins ;	R.M. 1 R. 3	Dès que possible	Le gestionnaire déclare que le recrutement est en cours pour le poste de responsable des soins.
	- Formaliser par le gestionnaire une délégation de pouvoirs et de compétences, en faveur de la directrice d'établissement d'appui et de la future direction, distincte, de manière à établir un périmètre d'action et de responsabilité propre à chacune, durant la période de transition ;	R.M. 2	Immédiat Levée	Concernant les modalités d'organisation de la continuité de la fonction de direction et de l'astreinte, une procédure d'organisation de la suppléance de la direction, en cas d'absence pour congés ou pendant le week-end, a été établie, mais reste à être adaptée, comme précisé. Elle n'est pas datée et ne mentionne pas de rédacteur, ni de valideur. De plus, les modalités d'organisation définies en cas d'absence de congés de la direction n'apparaissent pas claires. Elles mentionnent en effet 3 niveaux de professionnels : niveau 1 : Directrice Adjointe (ACPPA), niveau 2 : Directeur régional, niveau 3 : Directrice des opérations. Dans l'attente de l'adaptation de ladite procédure, la mesure en lien avec la R.M. 3 et la R. 4 est maintenue.
	- Formaliser les modalités d'organisation de la continuité de la fonction de direction et de l'astreinte administrative et technique mises en place.	R.M. 3 R. 4	Immédiat	

La prescription n°2 est ainsi formulée :

- Pourvoir au poste de responsable des soins et stabiliser durablement les postes de direction d'établissement et de responsable des soins – Délai : Dès que possible ;
- Formaliser les modalités d'organisation de la continuité de la fonction de direction, de manière adaptée à la structure – Délai : Immédiat.

3	Concernant les documents institutionnels : - Elaborer un projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF ; - Formaliser un plan bleu spécifique à l'organisation de l'établissement (article D312-160 du CASF et arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique). - Actualiser le projet général de soins et définir les objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi que des indicateurs pour leur évaluation et suivi afin de garantir une prise en charge des résidents adaptée et sécurisée ; - Revoir le règlement de fonctionnement, en mentionnant que les mesures collectives relatives à l'exercice de la liberté d'aller et venir des résidents font l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire de la proportionnalité par rapport aux risques encourus (article R. 311-37-1 du CASF) et prévoir de le remettre systématiquement à chaque personne exerçant dans l'établissement (salarié, libéral, bénévole, Cf. article R. 311-34 du CASF) ; - Formaliser un livret d'accueil spécifique pour l'accueil de jour (article L311-4 du CASF).	E. 2 E. 5 E. 13 E. 3 E. 7	1 an 4 mois Levée 6 mois 3 mois Immédiat 4 mois	Le gestionnaire indique simplement qu'un nouveau projet d'établissement sera élaboré en 2024. L'ancien projet couvrant la période 2017–2021, communiqué au terme de la procédure contradictoire, avait été relevé par la mission, au jour de l'inspection. Ainsi, la mesure en lien avec l'E. 2 est maintenue. Concernant le Plan bleu, une version du 22/03/2023, comme relevée au jour de l'inspection, a de nouveau été transmise. Si, depuis cette date, la désignation d'un référent, responsable en cas de situation de crise, a eu lieu (Directeur d'établissement), aucun élément nouveau n'a été apporté, comme attendu, pour ce qui est relatif à la convention avec un établissement de santé proche et un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence. L'établissement n'apporte pas non plus de réponse concernant l'actualisation du projet général de soins et n'a transmis aucune programmation de mise en œuvre envisagée. (Mesure relative E13, maintenue) Concernant le règlement de fonctionnement, la version du 12 janvier 2023 a de nouveau été retransmise, au terme de la procédure contradictoire. Celle-ci n'a pas été modifiée depuis, comme demandé. La mesure en lien avec l'E. 3 est donc maintenue. Par ailleurs, l'établissement indique qu'un livret d'accueil spécifique est en cours de rédaction pour l'accueil de jour. Dans l'attente de sa réalisation dans les délais prescrits, la mesure en lien avec l'E. 7 est maintenue. La prescription n°3 est maintenue en tous points, sauf celui concernant la mesure en lien avec l'E. 5, modifiée comme suit : Prévoir dans le plan bleu de l'établissement la mise en place d'une
---	---	---	--	--

				convention avec un établissement de santé proche et y intégrer le protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence (Cf. rapport d'inspection) – Délai : 4 mois
--	--	--	--	--

4	Concernant la gestion des EIG/EIGS et réclamations : - Assurer systématiquement le signalement aux autorités administratives et l'information au CVS des EIG/EIGS survenus, conformément aux articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF ; - Mettre à jour les procédures et documents relatifs à la gestion des événements indésirables graves et réclamations et prévoir les modalités de signalement aux autorités administratives (notamment le Département de l'Ain).	E.M. 2	Immédiat	L'établissement ne fait aucune rédaction de réponse pour venir étayer les pièces qu'il a transmis pour cette prescription, notamment : - Le « livret des procédures de gestion des événements indésirables et des réclamations ». La partie « mode opératoire 2 : gérer un événement indésirable grave » prévoit toujours le signalement et la transmission des informations complémentaires et suivi à l'ARS, sans mentionner le Département de l'Ain ; - Le document « Mémo – Evénements indésirables graves à déclarer en externe ». L'absence de mention des services du Département est également à relever dans ce document. Toutefois, bien qu'il soit constaté l'absence de mise à jour des documents relatifs à la déclaration des événements indésirables graves aux autorités administratives (notamment le Département de l'Ain), il est relevé que les deux signalements mentionnés dans le document « ARVE_2023_Suivi Signalements », transmis par l'établissement, ont été signalés aux services du Département, conformément aux dispositions réglementaires. En revanche, aucun document remis ne permet d'attester de la prise en compte de la mesure relative à l'obligation d'information au CVS des dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 du CASF qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure (Article R331-10 du CASF). Dans l'attente de la mise en œuvre de l'ensemble des mesures demandées, la prescription n°4 est maintenue.
5	Transmettre à l'ordre national des infirmiers la liste du personnel infirmier (Cf. article D3411-52-2 du CSP).	E. 6	Immédiat	Il est déclaré que la liste du personnel infirmier est transmise à l'ordre national chaque trimestre. Aucun élément probant n'est apporté sur ce point.

				Dans l'attente de transmission de justificatifs, la prescription n°5 est maintenue.
6	Concernant la communication : - Veiller au respect de la fréquence de tenue du CVS (3 fois par an), conformément à la réglementation (article D311-16 du CASF) ; - Formaliser systématiquement les comptes-rendus/relevés de conclusion de réunions institutionnelles (notamment des réunions pilotées par la responsable de soins d'appui, avec les soignants, ainsi que de la commission animation), afin d'assurer la traçabilité des échanges, avis et d'informer des décisions prises.	E. 4 R. 6 R. 31 R. 40 R. 50	Immédiat Levée Immédiat	Les CVS sont organisés 3 fois par an, comme le confirme la transmission de 3 comptes-rendus (CR) de réunion, au titre de 2023 (22 février, 26 avril et 3 octobre). La mesure en lien avec l'E. 4 est donc levée. Il est déclaré que les CR des relevés institutionnels sont formalisés. Cela étant, la transmission de CR de staff et de la Commission d'animation, au nombre de deux pour chacune des instances (respectivement des 5 mars 2023 et 12 février 2024, 26 juin et 27 septembre 2023) ne permet pas d'attester une formalisation systématique. Cette mesure ne peut donc être levée. La prescription n°6 est levée en son point 1 et maintenue en son point 2.
7	Concernant l'accompagnement des résidents et en lien avec les PAA : - Formaliser un PAA (intégrant un projet de vie et un projet de soin, en lien avec une évaluation gériatrique) pour chaque résident et s'assurer de son évaluation et actualisation annuelle ou au besoin (article L311-3 et D. 312-155-0 du CASF) ; - Y intégrer l'analyse partagée ayant conduit à la création d'objectifs spécifiques, sur la base d'une synthèse des échanges tenus lors de la réunion de co-construction et observations des	E. 8 E. 9 E. 14 R. 20 R. 21	3 mois Immédiat	La réponse de l'établissement : « Les PPA ont lieu chaque vendredi de 14h30 à 15h30 en présence du résident et de sa famille. Un compte-rendu et un plan d'action sont réalisés et saisis dans le logiciel métier pour assurer le suivi » et la « procédure d'élaboration du PPA » transmis par l'établissement dans le cadre du contradictoire et déjà en vigueur au jour de l'inspection, ne sont pas suffisants pour attester de la mise en œuvre de la mesure corrective demandée. La prescription n°7 est ainsi maintenue dans l'ensemble de ses dispositions.

	professionnels sur l'accompagnement proposé, ainsi que les modalités de mise en œuvre et de suivi des PAA ; - S'assurer de son appropriation par les professionnels.	R. 22	Immédiat	L'établissement ne fait aucune rédaction de réponse pour venir étayer les pièces qu'il a transmis pour cette prescription : - En guise de CR de la commission de coordination gériatrique réalisée le 7/12/2023, un PowerPoint a été transmis. Il reprend seulement les différents points de l'ordre du jour présentés avec quelques données en regard. En revanche, il ne formalise pas les différents échanges faits avec les participants, ni les orientations en santé de la prise en charge des résidents envisagées notamment en fonction du bilan santé 2023. Ce CR n'est pas visé par le médecin coordonnateur ni par la directrice. La feuille d'émargement transmise atteste des professionnels de l'EH PAD présents (10) et professionnels libéraux (2 médecins généralistes, 2 kinésithérapeutes et l'orthophoniste). Le courrier d'invitation avec l'ordre du jour signé par le médecin coordonnateur a aussi été annexé. - Concernant la formalisation des contrats d'intervention des professionnels de santé libéraux, l'établissement a transmis le courrier adressé le 27 avril 2023 aux médecins traitants leur demandant de signer le contrat de collaboration, sans élément des suites données. - L'établissement ne répond pas sur l'élaboration d'une liste unique des médecins traitants et de leur patientèle. La prescription n°8 est maintenue, sauf pour la mesure relative à l'E. 11 qui peut être levée, en veillant à la régularité de la mise en œuvre des commissions de coordination gériatrique annuelle.
8	Concernant les professionnels intervenant sur l'EH PAD et les liens partenariaux : - Mettre en place les commissions de coordination gériatrique selon les modalités de la réglementation ; - Formaliser des contrats d'intervention avec les professionnels de santé libéraux (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes), en précisant les modalités d'intervention sur l'EH PAD ; - Elaborer une seule liste des médecins traitants présentant les résidents qu'ils prennent en charge dans leur patientèle.	E. 11 E. 10 E. 12 R. 32	2-3 mois Levée 3 mois immédiat	

9	Concernant les plans¹ de soins et le partage d'information médicale et paramédicale : - Définir les modalités de gestion des plans de soins de nursing, notamment sur leur élaboration et réactualisation en pluridisciplinarité ; - Formaliser des plans de soins de nursing le plus ajusté aux besoins des résidents et décrire les particularités individuelles repérées, indispensables à connaître pour leur accompagnement quotidien ; - Compléter les DLU afin de donner les informations indispensables, notamment lors des transferts des résidents ; - Mettre en place des temps de synthèse et bilans sur la santé des résidents en lien avec une évaluation gériatrique afin d'adapter la prise en charge en soins des résidents ; - Tracer les retours d'hospitalisation afin d'assurer un suivi des situations médicales sécurisé ; - Assurer des temps d'accompagnement réguliers sur les transmissions ciblées afin de donner aux professionnels une démarche facilitée dans leur pratique, et sécuriser les écrits comme l'historique chronologique des événements en santé ; - Mettre en place des temps d'informations/formations sur l'ensemble des protocoles de soins et notamment	R. 41 R. 42 R. 43 R. 55 R. 44 R. 45 R. 46	2 mois 1 mois 1 mois Immédiat Immédiat Immédiat	L'établissement ne formule qu'une seule réponse, celle relative aux DLU : il évoque la mise à jour des DLU effective et de leur impression en cas de panne informatique, mais aucun élément de preuve ne permet d'en attester. Les documents transmis sont très insuffisants pour répondre aux différents éléments de la prescription. Leur analyse permet de faire les constats suivants : - Une feuille d'émargement du cahier de pharmacie, qui ne correspond à aucun item de cette prescription ; - Un PowerPoint explicatif des transmissions ciblées, élaboré par la cadre de santé reprenant notamment les éléments constitutifs principaux : la cible, les données, les actions, le résultat. Mais, aucune indication n'est formalisée sur une programmation de formation, la fréquence et les personnels concernés, etc. - 3 feuilles d'émargement de la participation de professionnels aux réunions sur les transmissions ciblées TITAN, correspondant à l'année 2022, au mois de juillet et octobre (21/7, 7/10, 21/10) ne permettent pas d'attester de la continuité de cette mise en œuvre et de l'accompagnement effectif des professionnels sur cette thématique. La prescription n°9 est maintenue, en l'absence de réponse étayée et d'éléments de preuve de la part de la structure.
---	--	--	---	---

¹ Terme remplaçant « projets » inscrit par erreur dans la version initiale

	ceux sur les conduites à tenir pour faire face aux urgences afin de faciliter leur appropriation par l'ensemble des professionnels.	R. 56 R. 60	Immédiat	
--	---	------------------------------	----------	--

	personnes âgées.				
3	Veiller à tenir à jour et en temps réel le registre des entrées et sorties des personnes accueillies.	R. 2	Immédiat	Une copie d'extrait du registre des entrées et sorties (portant sur les entrées datant du 13 juillet 2023 au 15 février 2024) a été fournie, au terme de la procédure contradictoire. Pour autant, cela ne permet pas d'attester d'une mise à jour du registre en temps réel. La recommandation n°3 est maintenue.	
4	Dater et revoir l'organigramme, de manière à l'actualiser et à le rendre plus lisible, en présentant tous les postes de manière nominative, avec la quotité de travail, les liens hiérarchiques et éventuels liens fonctionnels.	R. 5	Immédiat	L'organigramme transmis permet d'attester de son actualisation, bien qu'il soit daté du 22 décembre 2022. Pour mémoire, l'organigramme consulté par la mission, lors de l'inspection sur site, datait du 16 juin 2023. Toutefois, il ne présente pas tous les postes ni la quotité de travail ni les liens hiérarchiques et/ou fonctionnels. La recommandation n°4 est donc maintenue.	

5	Concernant la gestion des ressources humaines : - Stabiliser l'équipe IDE ; - Veiller à recruter la nuit des professionnels qualifiés AS et formés aux spécificités cliniques des résidents ; - Doter chaque professionnel d'une fiche de poste datée, personnalisée, signée, réactualisée et si besoin à fréquence régulière, ainsi qu'une fiche de tâches ou feuille de route si besoin ; - Actualiser, dater et valider les fiches de tâches des soignants en lien avec la dernière organisation des soins ; - Formaliser des fiches de tâches en situation dégradée des AS permettant de définir les tâches indispensables à maintenir ; - Installer un dispositif d'entretien annuel pour l'ensemble des professionnels, en référence aux RBPP de la HAS//ANESM de décembre 2008 ; - Assurer une véritable politique de formation, en formalisant la déclinaison des orientations stratégiques et les modalités organisationnelles, avec un nombre suffisant de formations et répondant aux besoins identifiés ; - Mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle, conformément aux RBPP de la HAS//ANESM de décembre 2008 ;	R. 8 R. 37 R. 11 R. 38 R. 39 R. 48 R. 49 R. 12 R. 13 R. 14 R. 16	Dès que possible 3 mois 3 mois 3 mois Immédiat 3 mois 3 mois Levée	Pour répondre à la recommandation de stabiliser l'équipe IDE, l'établissement annonce que tous les postes IDE sont pourvus. Aucun élément permettant d'en attester n'a été transmis (liste de ces professionnels, contrats en place, planning, etc.). Concernant le personnel de nuit en réponse au recrutement de professionnels qualifiés AS et formés aux spécificités du public accueilli, il est précisé que le recrutement de salariés qualifiés reste complexe sur le territoire et que les postes de nuit sont occupés seulement par 2 AS, 2 AMP et 2 auxiliaires de vie en VAE. Concernant les fiches de poste à mettre en œuvre pour chaque personnel, il est répondu que l'actualisation des fiches de fonction est en cours de signature, mais aucune fiche réalisée n'a été transmise. S'agissant de l'actualisation des fiches de tâches des soignants et la formalisation de fiches de tâches des AS, en mode dégradé, l'établissement précise que « les fiches de tâches sont disponibles à chaque salarié », mais aucune de ces fiches n'a été transmise pour en attester. L'établissement indique que les entretiens annuels 2023 ont été réalisés. Pour autant, aucun document probant n'a été transmis. Concernant la formation, aucune réponse n'est apportée sur ce point, renvoyant au plan de formation 2024 qui apparaît manquant. La mesure en lien avec les R. 13 et R. 14 est donc maintenue. Concernant l'analyse de la pratique professionnelle, sa mise en place est prévue avec 9 séances du 6 mars au 26 juin 2024, assurées par une psychologue/psychothérapeute. Ces réunions, destinées à tout le personnel de la structure en CDI et CDD longs (à l'exception des professionnels d'encadrement), ont lieu deux semaines de suite, afin
---	---	---	---	---

	- Etablir un bilan social, en incluant le suivi d'indicateurs clés (absentéisme, turnover, ...), de manière à l'utiliser comme outil stratégique et pertinent d'analyse et de pilotage des ressources humaines, et de repérer ainsi les difficultés et d'engager les actions correctives nécessaires.	R. 10	Dès que possible	de pouvoir toucher les deux équipes (équipe et contre équipe) chaque mois. Les relèves sont décalées au lendemain. En dehors de la garde des unités devant être assurée, la participation à ce groupe de réflexion est obligatoire pour tout le monde. La mesure en lien avec la R. 16 est donc levée. Concernant le bilan social de la structure, le gestionnaire n'apporte aucun élément de réponse sur ce point, renvoyant seulement à une maquette de bilan social non complété. La mesure en lien avec le R. 10 est donc maintenue. Sans élément de preuve transmis, la recommandation n°5 est donc maintenue, à l'exception du point relatif à l'analyse de la pratique professionnelle, puisque celle-ci est mise place, comme attendu.
--	--	---------------------	-------------------------	--

6	Concernant l'accompagnement des résidents : - Formaliser une procédure d'admission spécifique pour chaque mode de prise en charge de l'établissement (EHPAD classique, UVP et accueil de jour) ; - Poursuivre le déploiement de la fonction de référent des résidents auprès des professionnels (finalité des missions et rôle).	R. 17 R. 18 R. 19	3 mois Immédiat	Une procédure d'admission formalisée par le groupe associatif a été transmise par l'établissement. Cette procédure n'est toutefois pas déclinée pour répondre aux spécificités de l'accueil de jour. Aussi, il est pris note de la réponse de l'établissement indiquant que le déploiement de la fonction de référent est impacté par le turn-over des professionnels. La finalité des missions et du rôle du référent auprès des résidents reste toutefois à être précisée par l'établissement. La recommandation n°6 est donc maintenue.
7	Concernant la gestion et le suivi des contentions physiques passives : - Actualiser le protocole relatif aux contentions en lien avec les RBPP et décrire la méthodologie précise et les différentes étapes de la mise sous contention ; - Formaliser l'organisation de la démarche du suivi des contentions physiques passives, en veillant à leur réévaluation régulière en pluridisciplinarité et formaliser les prescriptions des contentions en indiquant notamment la surveillance à mettre en place et leur réévaluation systématique.	R. 23 R. 24 R. 25	2 mois 1 mois 1 mois	Depuis l'arrivée du médecin coordonnateur (octobre 2023), il est indiqué qu'un travail sur les contentions est en cours, mais aucun élément précisant ce qui a été réalisé et ce qui reste à faire n'a été transmis. Concernant les documents transmis, formalisés par le groupe ACPPA, sont datés antérieurement à l'arrivée du médecin coordonnateur. Ils permettent de cadrer la gestion des contentions physiques : - Un protocole du 1^{er} juin 2023 sur les contentions physiques passives « mise en place et conduite à tenir » détaille les consignes et la mise en œuvre de manière précise, ainsi qu'une annexe « aide à la réflexion bénéfices-risques » qui liste de manière exhaustive ces éléments afin de les identifier pour chaque résident concerné. En revanche, les spécificités des contentions au lit/au fauteuil, les matériels utilisés sur la structure et les points de vigilance lors de leur usage ne sont pas décrits, ce qui ne permet pas de lever la mesure relative à la R. 23. - Deux fiches d'information datées du 26 juillet 2023, une sur le risque de chutes et une autre sur la contention électronique (géolocalisation), à faire signer par le résident/famille - Une procédure explicative sur le suivi mensuel de la contention du 1^{er} septembre 2023.

				Concernant la formalisation de l'organisation avec le médecin coordonnateur du suivi des résidents sous contention, ainsi que des prescriptions en place, l'établissement n'a donné aucune réponse de cette organisation sur l'établissement, ni pour la mise à jour des prescriptions en place. La recommandation n°7 est maintenue globalement.
	Garantir la prise en charge des résidents, en sécurisant les pratiques : - Formaliser dans les transmissions, lors de l'entrée du résident ou au retour d'hospitalisation, les différents éléments indispensables (contexte clinique, habitudes de vie et dépendances...) pour la bonne connaissance de la personne afin de mettre en œuvre un accompagnement au plus près de chaque situation - Organiser la prise en charge de la douleur selon les échelles évaluatives disponibles sur l'EHPAD et mettre en place des temps de formation pour sensibiliser les personnels à ces pratiques ; - Actualiser les protocoles sur les soins palliatifs et la fin de vie et mettre en place une organisation des différentes pratiques relatives à ces situations ; - Formaliser l'organisation pratique des pesées des résidents, en définissant	R. 47	2-mois Levée	1- Pour la 1^{ère} mesure, relative à la formalisation dans les transmissions des éléments relatifs à la situation clinique avec les éléments indispensables à la bonne connaissance de la personne, l'établissement a communiqué 3 extraits de transmission. Concernent les CR de préadmissions de résidents (chambre 511 du 9/2/24, chambre 524 du 8/3/24), ceux-ci sont très complets sur le plan somatique avec une réflexion sur les objectifs de prise en charge thérapeutique et un extrait de transmission exposant un bilan de situation à l'entrée (chambre 214), avec au minimum des éléments sur l'histoire de la maladie et les antécédents, le contexte de vie antérieur avec les habitudes de vie. 2- Pour la douleur : l'établissement ne répond pas sur l'organisation de la prise en charge de la douleur. Il transmet une feuille d'émargement sur la présence de 8 professionnels (1 IDE, AS et auxiliaire de vie) à un temps d'échange sur la gestion de la douleur, réalisé par la RPS, en date du 12/12/2023. Il n'indique pas la fréquence de ces temps informatifs et les suites données. Il transmet des échelles d'évaluation de la douleur ALGOPLUS remplies pour 13 résidents sur des dates variables allant du 02/01/2023 au 02/04/2024, soit en journée, soit la nuit, pouvant être réalisées suite à une chute, lors d'un change et d'une toilette.... Rien n'est formalisé en termes de démarche en place et d'incitation du personnel. Une extraction du plan de soins IDE au 8 avril 2024 permet

	notamment les différentes modalités et intégrant la nécessité de tracer dans le dossier de soin sous [REDACTED]	R. 61	1 mois	d'objectiver une programmation pour 15 résidents d'une évaluation ALGOPLUS sur cette journée avec un commentaire en regard (l'indication du traitement antalgique en place pour 13 résidents ou l'existence d'une pathologie articulaire pour 1 résident et de la nécessité de faire l'évaluation au cours de la toilette pour 1 résident). Ce dernier document laisse à penser qu'une programmation IDE de l'évaluation de la douleur est bien en place, mais rien n'indique l'organisation pour les autres professionnels. 3 - L'établissement ne répond pas à l'actualisation des protocoles de soins palliatifs et de fin de vie. Il indique « intervention de l'HAD autant que de besoin ». 4 - Concernant l'organisation pratique des pesées, seul un planning pesée 2024 propose 2 jours de pesée fixes par mois pour chaque unité sans distinction des 2 unités constitutives de l'UVP, pourtant de fonctionnement distinct. Il n'a pas été transmis les modalités pratiques, la nécessité de tracer sous [REDACTED], ni le suivi organisé en pluridisciplinarité des baisses ou prises pondérales constatées. La recommandation n°8 est maintenue, hormis la mesure relative à la R. 47, en veillant à poursuivre la démarche de traçabilité des éléments informatifs sur la santé des résidents dans la durée (à chaque entrée de résident notamment).
9	Concernant l'encadrement des soins : - Formaliser les axes prioritaires et les missions devant être assurées par l'IDEC ou IDE référente/administrative, notamment en l'absence de la RPS d'appui ; - Attribuer à l'IDE référente/administrative une dénomination stable et encadrer son	R. 33 R. 34	2 mois 2 mois	L'établissement ne fait aucun écrit sur cette recommandation. La réponse inscrit « fiche de tâche de l'IDEC en l'absence de la RPS », sans autre explication ni transmission de celle-ci. La seule pièce transmise est celle correspondant à la « fiche de poste de l'infirmière référente ». Cette fiche de poste type date de juin 2013. Elle ne précise pas les tâches qu'elle assure notamment sur le plan administratif, suite à la création de son poste en 2022. Ses responsabilités et ses missions réellement en place au moment de l'inspection ne sont pas totalement formalisées sur ce document.

	activité, en formalisant une fiche de poste décrivant ses missions et responsabilités ; - Valider et dater les fiches de poste des IDE du soin en prenant en compte les dernières organisations des soins ; - Formaliser une procédure dégradée correspondant à l'activité en soins où l'IDE est seule sur le poste.	R. 35 R. 36	2 mois 1 mois	L'établissement ne répond pas à la validation des fiches de poste IDE, suite aux dernières organisations des soins et concernant la formalisation d'une procédure dégradée, celle-ci serait en cours, sans précision de la date de finalisation et de mise à disposition des professionnels. La recommandation n°9 est donc maintenue , dans l'attente de la transmission d'éléments de preuve.
10	Concernant l'organisation sur les UVP : - Mettre en place des activités thérapeutiques pour les résidents de l'UVF afin de stimuler les capacités cognitives résiduelles et améliorer les troubles du comportement et du sommeil. - Organiser des temps en pluridisciplinarité pour évaluer régulièrement que les résidents accueillis en UVF présentent une situation clinique répondant aux critères d'accueil sur cette unité, et notamment en terme de capacité à déambuler.	R. 51 R. 52	1 mois Immédiat	L'établissement ne formalise pas de réponse étayée. Il est fait référence au planning d'activité de l'UVF transmis. Celui-ci, non daté, non validé, s'apparente à une fiche explicative sur « Comment bien organiser une activité pour une personne atteinte d'Alzheimer » avec une liste d'activités possibles à faire en termes d'activités artistiques, physiques, au quotidien et de bien-être et de jeux de réflexion. On peut rappeler que cette unité peut accueillir des personnes atteintes de pathologies apparentées Alzheimer avec d'autres spécificités. L'élaboration d'un programme d'activité thérapeutique avec notamment la définition, les objectifs, le déroulé, les modalités d'évaluation, n'est pas formalisé. Pour répondre à l'organisation des temps en pluridisciplinarité pour évaluer régulièrement les résidents accueillis sur l'UVF, l'établissement a transmis un tableau intitulé « relèves 2024 ». Celui-ci liste : - Pour chaque mois entre 16 et 19 jours ; - Une unité désignée sur chacun des jours ; - Dans chaque mois, l'unité peut être citée 4 ou 5 fois. Aucune légende n'accompagne ce tableau. Il n'est pas précisé les professionnels présents, les objectifs de ces relèves. La spécificité des relèves sur l'UPDP n'est donc pas évoquée, ni même la précision de chaque unité Zéphyr ou Alizé.

				La recommandation n°10 est maintenue.
	Concernant l'organisation du travail de nuit : - Formaliser dans un document institutionnel, les objectifs de la surveillance des personnes accueillies sur la résidence autonomie par les veilleurs de nuit et mettre à leur disposition des outils informatiques indispensables pour la bonne connaissance de ces résidents ; - Veiller à structurer le recueil des actions menées par les veilleurs de nuit sur la résidence autonomie afin d'informer les cadres et mettre en œuvre les actions correctrices jugées nécessaires sur le déroulement des activités sur cette structure la nuit. - Veiller à ne pas mettre à disposition des protocoles médicamenteux pour la douleur aux personnel de nuit, non IDE.	R. 53	2 mois	L'établissement fait référence à un avenant surveillance de la Résidence autonomie (RA), daté de 2022 et déjà étudié par la mission. Aucun élément nouveau, précis, n'est formalisé notamment sur les objectifs de la surveillance des personnes ni sur les outils mis à disposition des veilleurs pour connaître les besoins des résidents de la RA. Il n'est pas apporté de réponse sur la structuration du recueil des actions menées par les veilleurs de nuit sur la RA, afin d'informer les cadres. L'établissement parle d'extrait des transmissions sans aucune explication ni pièce transmise. L'établissement rappelle que des protocoles sont en place pour les salariés ASD/AMP pour prendre en charge la douleur. Mais, il ne répond pas à la mesure de ne pas mettre à disposition de professionnel non IDE (veilleur de nuit) de protocoles médicamenteux avec le risque qu'ils préparent des traitements antalgiques (rôle propre de l'IDE). Par ailleurs, les 2 documents généralistes du circuit du médicament transmis ne permettent pas d'apporter d'élément de réponse sur ce point : L'un est un protocole sur le « circuit du médicament à la Rose des Vents » non validé et non daté, l'autre sur le « Plan de management de la prise en charge médicamenteuse du groupe ACPPA » d'octobre 2023.
11		R. 54	1 mois	
		R. 58	Immédiat	La recommandation n°11 est maintenue, dans l'attente de transmission d'éléments de preuve
12	Concernant l'animation : - Formaliser :	R. 28 R. 29		Il est pris note de la prise en compte par l'établissement de la mesure, notamment de formalisation d'un projet et d'un bilan d'animation annuels pour l'ensemble de la structure (y compris UVP et accueil de

	1/ Un projet d'animation ; 2/ Un bilan annuel d'animation pour l'ensemble de la structure (y compris UVP et accueil de jour) ; - Renforcer la prestation animation dans les UVP, notamment en augmentant le nombre d'activités réalisées et en favorisant la réflexion pluridisciplinaire sur leurs visées thérapeutiques.	R. 30	3 mois Fin 2024 Immédiat	jour). Par ailleurs, l'établissement indique avoir transmis un planning d'activités en UVP. Le document fourni indique l'ensemble des activités pouvant être réalisées dans les UVP, mais ne permet pas seul, de s'assurer du renforcement de la prestation animation dans les UVP et de la mise en œuvre d'une réflexion pluridisciplinaire sur leur visée thérapeutique. La recommandation n°12 est ainsi maintenue, dans l'attente de réalisation de l'ensemble des mesures prononcées.
--	---	--------------	---	--