RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

ALLIER BOURBONNAIS
Le Département

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La directrice générale

Le Département de l'Allier

Réf. : 258262

[redacted]
Directeur Général
CH DE MOULINS YZEURE
10 AV DU GENERAL DE GAULLE
BP 609
03006 MOULINS

Lyon, le 19 MARS 2024

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

LRAR 1A 195 714 5123 4

PJ : 1
- Mesures correctives définitives

Madame la Directrice générale,

Une inspection conjointe entre l'Agence régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes et le Conseil départemental de l'Allier (03) a été conduite dans l'EHPAD et l'USLD les 26, 27 et 31 janvier 2023, au titre du contrôle de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux et de santé.

Sans attendre la rédaction du rapport, un courrier vous a été adressé par l'ARS et le CD 03 le 9 février 2023, attirant votre vigilance sur plusieurs dysfonctionnements porteurs de risques qui nécessitaient une intervention rapide. Vous avez apporté une réponse par courrier en date du 8 mars 2023. L'analyse de votre réponse et des mesures correctives mises en place a été intégrée dans le cadre de la rédaction du rapport d'inspection.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 27 juillet 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 12 septembre 2023.

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

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

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

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations et demandes de modifications formulées suite aux constats de la mission et notamment :

Nous actons les demandes de modifications suivantes qui ont été intégrées dans le rapport :

- Ajout en introduction de l'accueil de la mission par les personnes suivantes : directrice adjointe en charge de la qualité/gestion des risques, assistante de gestion du pôle FIGAR et de l'attaché d'administration de la direction générale,
- Remplacement en introduction du termes « observations » par « actions correctrices »,
- Retrait de la partie de phrase relative à l'absence de mention des thématiques lutte contre maltraitance/promotion de la bientraitance dans le livret d'accueil,
- Dans la partie soins : remplacement des phrases relatives à la migration de Crossway par Easily par une explication sur la coexistence des 2 logiciels de soins.

Il est pris acte de l'ensemble de la politique de promotion professionnelle et de qualification des ASHQ menée et de l'ensemble des démarches engagées en ce sens par l'établissement. Toutefois, nous attirons votre attention sur le fait que, contrairement à ce que vous indiquez, les ASH faisant fonction d'AS ne sont pas prévus et autorisés ni par le CPOM, ni par la convention tripartite. Les tableaux des effectifs intégrés à ces 2 documents identifient des postes d'aide-soignant pour la dépendance et le soin et des postes d'ASHQ pour les fonctions d'hébergement et de dépendance. Il est rappelé, à cet égard, que l'ASHQ est habilité à participer à des tâches permettant d'assurer le confort des patients ou des résidents mais qu'il n'est pas qualifié pour participer aux soins.

Concernant la politique de promotion de la bientraitance, nous prenons acte du fait que les experts visiteurs ont souligné l'efficience de votre système de gestion documentaire lors de la visite de certification de la HAS en avril 2022.Toutefois, la formalisation de documents et leur mise à disposition dans le logiciel de gestion documentaire n'en garantit pas la connaissance et l'appropriation par le personnel. Comme indiqué dans le rapport, les entretiens ont globalement mis en évidence l'absence de connaissance de la politique conduite en la matière ainsi que l'absence de connaissance ou de maitrise de l'outil Blue Kango par certains agents. En sus de la mise à disposition de documents sur le logiciel de gestion documentaire, il convient donc de s'assurer de leur appropriation et de l'effectivité de l'accès par tous les professionnels quel que soit leur catégorie, leur statut, leur ancienneté.

Nous prenons acte de votre regret que la mission ne se soit pas rendu sur le site des Magnolias à Yzeure. Nous attirons votre attention sur le fait que ce site ne rentrait pas dans le périmètre de la mission de l'inspection (cf. lettre de mission).

Par ailleurs, comme précisé en introduction du rapport d'inspection, les investigations n'ont pas porté sur l'unité des Tilleuls 2, c'est la raison pour laquelle la faisant fonction de cadre de santé de cette unité n'a pas été interrogée. La mission ne peut prétendre à interroger l'ensemble des agents, elle a mené 26 entretiens et a, notamment, interrogé les 3 cadres de santé (ou faisant fonction) en charge des unités inspectées (Cèdres 1 et 2 et Tilleuls RDC/1).

Nous prenons acte, enfin, de la dynamique enclenchée en vue de l'ouverture de l'EHPAD aux médecins libéraux mentionnée en conclusion du rapport d'inspection et sur laquelle vous précisez qu'il s'agit d'un engagement fort du président de CME et de vous-même.

Les réponses à vos autres observations, notamment, concernant le pilotage et la communication institutionnelle ont été intégrées dans le tableau de mesures correctives définitives jointes à ce courrier.

Vous trouverez ci-joint le rapport modifié suite à vos observations.

Nous prenons acte de l'ensemble des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire et de tout le travail d'ores et engagé et accompli ainsi que de votre engagement affirmé en tant que directrice générale en vue, notamment, de mettre en œuvre la sectorisation de l'EHPAD et de l'USLD, d'autonomiser la gestion de l'EHPAD et d'accompagner les ASHQ dans une démarche de formation et de qualification.

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 :

- Poursuivre les efforts entrepris en matière de formation qualifiante et d'attractivité de l'EHPAD/USLD,
- Préciser l'organisation définie en matière de communication interne : typologie des réunions, participants, objet, animateur et périodicité,
- Mettre fin aux glissements de tâches : ASHQ employés sur des fonctions d'AS et AS assurant des fonctions hôtelières au détriment du temps dédié aux soins.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil de surveillance ainsi qu'au prochain conseil de la vie sociale et commission des usagers de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Allier et les services du Conseil Départemental de l'Allier.

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

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, Madame la Directrice générale, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale
de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes

[redacted]

Le Président du Conseil
départemental,

[redacted]

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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

Nature des mesures correctives

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

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

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

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous demandons de :			
1	**Elaborer des projets d'établissements EHPAD / USLD** intégrant notamment un projet général de soins, un projet médical et précisant la politique de prévention et lutte contre la maltraitance mise en œuvre ainsi que les mesures mises en œuvre pour prendre en charge la douleur et assurer les soins palliatifs. Définir, dans ce cadre l'organisation des locaux et des prises en charge EHPAD/USLD au regard des besoins spécifiques de chaque catégorie de résidents avec adéquation des effectifs aux besoins et à la lourdeur des prises en charge. (art. L.6143-2 et L.1112-4 du CSP et art. L.311-8, D312-158 1°, D.311-38 du CASF)	**E1 - E4** **E13** **R11 – R18**	-	L'établissement a transmis à l'ARS et au CD03 le projet médico-social EHPAD et le projet médico-soignant USLD. Il précise que ces projets ont été présentées aux instances du CHMY et au CVS de l'EHPAD en octobre 2023 et qu'ils ont reçu un avis favorable à l'unanimité. Il indique également que ces projets seront présentés aux professionnels de l'EHPAD et de l'USLD en fin d'année 2023. Les objectifs et actions prévues en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance et de soins palliatifs sont intégrés dans les documents de travail transmis. L'établissement indique que la sectorisation USLD/EHPAD des locaux des Cèdres sera effective au 18/09/2023 selon l'organisation suivante décrite dans le document de travail susmentionné relatif au projet USLD : - Cèdres 2 : dédiés entièrement à la prise en charge de patients USLD (58 lits), - Cèdres 1 : 7 lits dédiés à l'USLD dans 1 secteur géographiquement défini au sein des Cèdres 1 qui accueillent également 51 lits d'EHPAD. L'établissement indique que le ratio d'encadrement global aux Cèdres a été renforcé pour assurer les soins médicaux sans apporter plus de d'indications. Il précise simplement que 2 postes IDE ne sont pas pourvus aux Cèdres faute de candidats. <u>Conclusion</u> : **La prescription n°1 est levée.**

2	**Renforcer le pilotage en terme de gestion des ressources humaines**, notamment : - Recruter des personnels à la qualification correspondant à la réglementation en s'assurant de l'aptitude des salariés à exercer au sein de l'établissement (art. L.312-1-II et L.133-6 du CASF),	**E6 - E7**	Immédiat	Il est pris bonne note de l'ensemble des documents transmis par l'établissement qui attestent de l'existence de procédures prévoyant la transmission de l'original du diplôme et la demande du casier judiciaire lors des recrutements (agent permanent, contractuel ou saisonnier) et lors de la mise en stage. Il est pris acte de la transmission des diplômes et attestations des IDE et AS/AMP travaillant aux Cèdres et Tilleuls durant la période d'inspection. Il est également pris bonne note de l'organisation, en mai 2023, de réunions d'information sur la VAE Aide-soignant à destination des ASH faisant fonction d'AS du pôle FIGAR. L'établissement indique que la vérification du casier judiciaire est faite lors de la mise en stage et de la titularisation et lors d'un retour de disponibilité ou d'un mouvement de personnel entrant travailler en EHPAD et USLD. Il précise que la procédure sera complétée en ce sens. Toutefois, aucun élément n'est apporté sur le suivi et la périodicité des vérifications après le recrutement. Il est rappelé, à cet égard, que la réglementation prévoit une vérification « *avant l'exercice des fonctions (...) et à intervalles réguliers lors de leur exercice* ».
	- Formaliser les missions et responsabilités de chaque professionnel au travers de fiches de poste détaillées et personnalisées et de fiches de tâches claires, comme repères structurant à l'exercice de leurs métiers,	**R19 - R20**	3 mois	Il est pris acte du travail de formalisation de fiches de tâches par horaire pour chaque catégorie de personnel pour les Cèdres 1 et 2 et les Tilleuls (RDC/1/2) afin de donner des repères structurants au personnel. L'établissement précise que les fiches IDE, AS et ASQH aux soins transmises ont été travaillées avec les équipes et seront suivies et ajustées en fin d'année afin « *d'être au plus près des missions de chacun* ». La mission note la création d'une fiche « IDE missions transversales Cèdres et Tilleuls » 9h-16h30 dédié, notamment, à la préparation des entrées et suivi des admissions. A noter, l'absence de fiche de tâches validée pour le poste IDE 7h-19h des Cèdres. Il est noté la formalisation de fiches dénommées AS pour les Cèdres 2 ainsi que « *AS et ASHQ aux soins* » et « *ASQH aux soins* » pour les 2 sites. Il est précisé sur la fiche « *ASHQ aux soins* » des Cèdres 2 (USLD), que la cadre du service « veille à affecter au moins 1 AS sur chaque secteur de l'unité. Cette mention n'est pas

				apportée sur les fiches ASQH aux soins des Cèdres 1 et Tilleuls. Les fiches Cèdres 1 mentionnent que l'AS est positionné en priorité sur le secteur USLD. L'attention de l'établissement est appelée sur le fait que **l'affectation d'ASH sur des fonctions soins doit rester une organisation en mode dégradée ; elle ne doit pas avoir vocation à être institutionnalisée.** L'appellation « ASHQ aux soins » n'est pas règlementaire. Les postes d'AS ont vocation à être occupés par des soignants diplômés (et non par des ASHQ) en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins et d'être conforme aux financements alloués. Pour mémoire, le tableau des effectifs annexé au CPOM 2020-2024 identifie des postes d'AS pour la dépendance et le soin et des postes d'ASHQ pour les fonctions hébergement et dépendance. Par ailleurs, il est noté sur les fiches AS et AS/ASHQ aux soins des tâches relevant des fonctions hôtelières (service du repas, débarrassage des plateaux, vaisselle, trie et rangement du linge,...) qui relèvent de l'ASH ou ASHQ et non de l'AS et qui se font donc au détriment du temps dédié aux soins de nursing et aux horaires de prise de repas et de coucher. Il est pris note que les fiches de tâches des « *ASHQ soins tâches transverses* » des Cèdres 1 et 2 prévoient l'organisation en mode dégradée à mettre en place en cas d'absence de maitresse de maison. Il est pris acte de la formalisation de fiche de poste générique pour les professionnels suivants : cadre de santé, IDE, AS, « ASHQ aux soins » et maitresse de maison pour chaque structure (EHPAD et USLD) et animateur EHPAD. Ces documents sont datés de janvier 2023 pour ce qui concerne les maitresses de maison et de juillet ou août 2023 pour les autres. Toutefois, Il s'agit de documents génériques non personnalisés, non signés. Il n'a pas été transmis d'éléments qui permettent de s'assurer que chaque agent dispose bien d'une fiche personnalisée et signée. Par ailleurs, aucune fiche de poste spécifique n'a été transmise pour les ASH entretien et le personnel de nuit. Enfin, l'attention de l'établissement est également appelée sur l'utilisation du termes « *ASHQ aux soins* » : il est rappelé que l'ASHQ est habilité à participer aux tâches permettant d'assurer le confort des patients ou des résidents mais qu'il n'est pas qualifié pour participer aux soins.

				Il est pris acte du travail engagé et d'ores et déjà accompli par l'établissement en vue de cadrer les missions et de donner des repères structurants au personnel. Il apparait toutefois que ce travail nécessite d'être complété des éléments susmentionnés.
	- Assurer une analyse des taux d'absentéisme et de turn-over EHPAD/USLD par site comme outil de pilotage,	**R21**	-	L'établissement a mis en place une réunion de coordination trimestrielle afin d'assurer le suivi et l'analyse de l'absentéisme et indique qu'une extraction RH des données sociales mensuelles est faite par service.
	- Compléter le plan de formation avec les formations réglementaires et formations adaptés aux besoins et catégories de professionnels en poste et au type de public accompagné,	**R24 - R40 R42**	2 mois	Concernant les formations, l'établissement indique avoir pour projet d'organiser en 2023 une formation au nouveau référentiel de juin 2021 pour les AS diplômés avant juin 2021. Il est pris note de la conduite d'un atelier de simulation sur la contention en 2023 auquel 41 agents EHPAD/USLD (AS/AMP/AES/FFAS) ont participé selon les documents transmis, de l'inscription dans le plan de formation institutionnel du CHMY de formations douleur, soins palliatif, manutention PRAP et GSU ouvertes aux agents EHPAD/USLD. L'établissement indique également qu'un formateur PRAP accompagne les professionnels des unités avec des actions de sensibilisation. L'attention de l'établissement est appelée sur l'importance d'assurer un suivi périodique des formations réalisées par les agents EHPAD/USLD afin d'avoir une vision précise de la proportion d'agents formés par site et par unité au vu, notamment de l'importance du turn-over et des agents non qualifiés FFAS. Aucune réponse n'est apportée sur la question de la formation des animateurs.
	- Mettre en place un dispositif de supervision ou d'analyse des pratiques,	**R25**	3 mois	Malgré tout son intérêt, la réponse apportée par l'établissement est relative à l'organisation de réunion d'analyse de causes suite à un EI. L'attention de l'établissement est appelée sur le fait que ces réunions ne constituent pas un dispositif d'APP conforme aux attendus en la matière selon les RBPP de l'ANESM/HAS. Les dispositifs d'analyse des pratiques et de supervisions sont des espaces d'accompagnement et de soutien des professionnels dans le cadre d'une démarche globale de prévention. Il est, dans ce cadre, de bonne pratique pour faciliter l'expression des salariés de prévoir un dispositif « qui vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'information », que les échanges aient lieu en dehors de la présence de la

				hiérarchie et de recourir à une contribution extérieure. Il est donc attendu de l'établissement la mise en place d'un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle s'appuyant sur des temps d'échanges spécifiques en dehors de la présence de la hiérarchie. Il est par ailleurs pris note du projet de création d'un espace éthique propre à l'EHPAD d'ici 2024.
	- Mettre en place une politique d'accueil des nouveaux arrivants et accompagner et sécuriser la prise de poste de l'ensemble des agents (y compris les CDD et intérimaires), - Veiller à transmettre les plannings des agents dans les délais règlementaires (décret 2002-9 du 4 janvier 2002).	**RM1** **E10**	3 mois -	Il est pris note du travail engagé en vue de formaliser une procédure relative à l'accueil et à l'accompagnement des nouveaux arrivants qui sera mise en place en décembre 2023 et de la mise en place d'un programme de formation à la prise de fonction des « ASQH aux soins » qui a débuté en juin 2023. Il est pris acte de la situation particulière de janvier 2023 et de l'engagement de l'établissement à transmettre désormais les plannings dans les délais réglementaires. <u>Conclusion</u> : **La prescription n°2 est en partie levée** pour les aspects relevant des E6, E10, R21, R24, R42 **et maintenue pour les aspects relevant des E7, R19, R20, R25, R40 et RM1.**

3	**Mettre en place une organisation garantissant la continuité des soins et des prises en charge,** notamment : - Elaborer des plannings lisibles, fiables et actualisés,	**R26 - R29**	Immédiat	La réponse de l'établissement est relative aux plannings de nuit alors que la recommandation faite en référence à la remarque 26 est relative aux plannings des IDE et/ou AS/FFAS des Cèdres 1 et 2 (différences entre les plannings transmis à la mission et plannings affichés aux Cèdres 1 et 2 le jour de la mission, ratures et mentions manuscrites sur les plannings affichés aux Cèdres 1 et 2, différences entre les plannings du service et les plannings du pool). Il est pris acte de la situation particulière de janvier 2023 qui était une période de transition en matière d'organisation concernant les maîtresses de maison. L'établissement indique qu'un planning spécifique aux maîtresses de maison est désormais formalisé et précise que le planning de septembre 2023 fait partie des PJ transmises. Or, aucun planning de MM ne figure dans le fichier éléments probants relatif à la R29.
	- Garantir la continuité de la prise en charge hôtelière par du personnel hôtelier (ASH et MM) et mettre fin à la réalisation par des AS de tâches relevant du service hôtelier,	**E8 - E9** **R28 - R30** **R31**	2 mois	Il est pris acte du travail de fond engagé en lien avec les équipes en vue de garantir la continuité de la prise en charge hôtelière par du personnel hôtelier et de mettre fin à la réalisation par des AS de tâches relevant du service hôtelier.
	- S'inscrire dans une politique volontariste de résorption des faisant fonction d'AS afin de mettre fin aux glissements de tâches,	**EM1 - EM2**	-	L'établissement précise mener un travail pour renforcer l'effectif AS en USLD dans le cadre de la sectorisation de l'EHPAD et de l'USLD. Il est pris acte des mesures mises en place par l'établissement pour favoriser la promotion professionnelle des ASHQ vers la fonction d'AS. L'attention de l'établissement est appelée sur le fait que les ASQH mentionnés dans les conventions tripartites et CPOM 2020-2024 sont autorisés sur les sections hébergement et dépendance et non sur la section soin. L'attention de l'établissement est appelée sur l'importance de poursuivre la politique de promotion professionnelle engagée et à s'assurer, au quotidien, de l'affectation de personnel qualifié en nombre suffisant. Le document présentant « l'aide à la prise en ESMS » décrit en effet les différentes réglementations en vigueur ainsi que la précision du personnel responsable de chaque étape (préparation et distribution des médicaments et aides à la prise) de manière imagée, très pragmatique facile à comprendre. Les recommandations pour l'aide à la prise sont développées L'établissement évoque la présentation pour l'USLD aux équipes soignantes en septembre 2023. Ces documents

			formalisés de bonne qualité et l'engagement de l'établissement d'assurer la sécurité de l'étape distribution /aide à la prise des médicaments est à souligner.
- Organiser les plannings de manière à assurer la sécurité et la continuité des soins et des prises en charge en affectant des professionnels qualifiés et aptes à exercer en nombre suffisant,	**RM2 - R22**	Immédiat	L'établissement indique avoir travaillé depuis février 2023 à la réaffectation de personnels qualifiés, notamment sur l'USLD, et précise que cela sera totalement effectif en septembre 2023 avec la mise en place de la sectorisation aux Cèdres. Il indique également avoir revu la répartition des AS et ASHQ aux soins par équipe de manière à assurer la présence d'AS sur chaque équipe. Dans ce cadre, il est noté que les fiches de tâches AS des Cèdres 2 mentionne bien la présence à minima sur chaque secteur d'1 AS, toutefois, cette précision n'est pas mentionnée sur les fiches de tâches AS des Cèdres 1 et Tilleuls. Par ailleurs, comme les fiches de tâches AS soir intègrent des tâches hôtelières, il n'est pas garanti que l'AS puisse se concentrer sur des missions soins. Enfin, aucune réponse n'est apportée sur le fait que sur certaines plages horaires, le nombre de professionnels affectés est inférieur aux effectifs cibles.
			Il est pris acte des difficultés rencontrées par l'établissement pour recruter du personnel qualifié compte tenu du manque de candidature ainsi que des différentes mesures mises en place (fidélisation, attractivité, formation, accompagnement, ...).
- Mettre fin à la pratique d'autogestion par les AS/FFAS des Tilleuls de leur répartition par secteur,	**R27**	-	Il est pris acte de la conduite d'une évaluation sur la pratique de l'autogestion de la répartition des professionnels entre secteurs aux Tilleuls qui conclue à l'absence de conflits induits par cette pratique. En conséquence, la prescription n°2 est levée pour les aspects relatifs à la R27 sous réserve d'une vigilance constante de l'établissement et de l'encadrement sur ce point et notamment afin, notamment de garantir l'équité entre agents.
- Formaliser une conduite à tenir en fonctionnement dégradé en cas d'effectifs inférieurs à l'attendu.	**R23**	1 mois	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à élaborer une procédure de fonctionnement en cas de sous-effectif qui sera mise en place début 2024. <u>Conclusion</u> : **La prescription n°3 est levée en partie** sur les aspects relatifs EM1, EM2, R22, R27 **et maintenue sur les aspects relatifs à RM2, E8, E9, R23, R26, R28, R29 R30, R31 en l'attente de la mise en œuvre effective des engagements.**

4	**Concernant la prise en charge médicale et soignante :** - Prévoir un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation,	E12	6 mois	Il est pris acte de l'ensemble des démarches effectuées en vue de renforcer le temps de médecin coordonnateur qui n'ont pas abouti à ce jour.
	- Elaborer des protocoles de soins, prévoir leur diffusion et leur appropriation pour encadrer la distribution et l'aide à la prise des médicaments, leur traçabilité et l'évaluation par les IDE du bon déroulement de ces actes. (art. R.4311-4 et R.4311-5 du CSP et L.313-26 du CASF),	EM2		Il est pris acte de l'actualisation de la procédure d'administration des médicaments en août 2023 et de sa présentation aux équipes en septembre 2023. La procédure administration des médicaments présente différentes définitions relatives à la prescription, la dispensation pharmaceutique ainsi que l'administration des médicaments requérant des gestes techniques du rôle propre des IDE. Pour l'aide à la prise, la collaboration IDE/soignants est précisée. La description des actions à réaliser est présentée sous forme de logigramme pour l'administration per os, ou des traitements injectables. Les bonnes pratiques de l'administration des traitements sont rappelées de manière très pragmatique. Différentes fiches imagées sont en support pour les différentes étapes de l'administration des traitements médicaments hors injectables et aussi les traitements injectables, rappelant les règles de ces pratiques. Ces documents sont de qualité pour apporter une bonne information des professionnels concernés. Le document présentant « l'aide à la prise en ESMS » décrit en effet les différentes réglementations en vigueur ainsi que la précision du personnel responsable de chaque étape (préparation et distribution des médicaments et aides à la prise) de manière imagée, très pragmatique facile à comprendre. Les recommandations pour l'aide à la prise sont développées L'établissement évoque la présentation pour l'USLD aux équipes soignantes en septembre 2023. Ces documents formalisés de bonne qualité et l'engagement de l'établissement d'assurer la sécurité de l'étape distribution /aide à la prise des médicaments sont à souligner.
	- Garantir les temps de transmissions nécessaires entre les équipes et les professionnels,	R43	2 mois	En ce qui concerne les transmissions IDE du matin, il est noté quelques décalages entre les différentes fiches de tâches validées transmises : La fiche de poste IDE de nuit prévoit : « transmissions orales avec IDE débutant à 7h ». Or, la fiche de tâches IDE Tilleuls 7-19h ne mentionne pas de transmission avec l'IDE de nuit et l'absence de transmission d'une fiche de tâche validée pour

				l'IDE 7h-19h des Cèdres, ne permet pas de vérifier que cela soit prévu pour l'IDE 7h-19h des Cèdres. Les fiches de tâches prévoient également une transmission entre l'IDE nuit (20h-8h) et les IDE jour (8h-20h) à 8h alors qu'aucun temps dédié n'est prévu (fin de poste 8h pour l'IDE de nuit et début de poste 8h pour les IDE de jour). Si les fiches de tâche IDE 8h-20h prévoient un temps de transmission à 8h avec l'IDE 7h-19h, cela n'est pas mentionné dans la fiche de tâches IDE 7h-19h des Tilleuls (et absence de fiches de tâches validée transmise pour IDE 7h-19h Cèdres qui ne permet pas la vérification). Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à accompagner les maîtresses de maison et les ASHQ pour de participer aux transmissions.
	- Respecter la tenue de temps de réunion soignante pluridisciplinaire réguliers,	**R44**	2 mois	Il est pris acte de l'engagement du médecin responsable USLD et coordonnateur EHPAD de reprendre les réunions de staffs pluridisciplinaires à compter d'octobre 2023 pour le site des Cèdres. Concernant les Tilleuls, l'établissement indique que le médecin responsable USLD et coordonnateur EHPAD s'engage à accompagner le praticien associé sans apporter davantage de précision. Toutefois l'établissement n'a pas transmis la formalisation de ce projet de mise en place des staffs à partir d'octobre 2023 en établissant une programmation des réunions, précisant les jours et les horaires, les personnels conviés, en désignant le professionnel qui fixera l'ordre du jour et l'information des personnels concernés. Les objectifs pour réaliser l'accompagnement du professionnel sur l'unité des Tilleuls, ne sont pas non plus décrits. Il est également pris acte de l'engagement de l'établissement de mettre en place des temps de réunions pluridisciplinaires et réunions sur des thématiques spécifiques relative à l'accompagnement de résidents et patients (maltraitance, contention, humanitude). Il est pris acte, par ailleurs, de l'organisation de réunions relatives à la mise en œuvre du projet de sectorisation EHPAD/USLD et d'une réunion avec les AS de l'USLD relative aux fiches de tâches AS. Il est également pris acte du projet

				d'organisation de réunion en vue de la présentation des fiches de tâches, de la procédure d'administration du médicament.
	- Elaborer des protocoles pour la prise en charge de la dénutrition et les situations palliatives,	**R42 - R45**	3 mois	L'établissement indique que le plan de formation comprend des sensibilisations aux soins palliatifs, à la prise en charge bucco-dentaire, à la nutrition de la PA et des formations sur la PEC du patient diabétique, des pathologies neurodégénératives et la maladie d'Alzheimer et le toucher massage. Concernant la nutrition, l'établissement transmet un protocole de PEC de la dénutrition de 2019 qui présente un arbre décisionnel en fonction du degré de la dénutrition et un protocole de prévention des escarres qui mentionne les éléments concernant l'équilibre nutritionnel et l'hydratation. Il précise que les maitresses de maison ont bénéficié en février 2023 d'une formation sur l'alimentation et qu'une sensibilisation à la nutrition est prévue dans le cadre de la formation des ASHQ à l'automne 2023 par des diététiciennes. Les outils de formation des maitresses de maison (power points et diaporamas) sont très clairement exposés, ils sont relatifs à divers sujets : les groupes d'aliments et les nutriments ; les alimentations standard et thérapeutiques (sénior, diabétique, sans sucre, sans résidus etc....) ; la sécurité alimentaire. Le support concernant « la dénutrition, l'enrichissement, les CNO », présente les critères de diagnostic de la dénutrition ainsi que les causes de dénutrition à rechercher de manière exhaustive. La prise en charge nutritionnelle est clairement présentée et imagée de façon très pragmatique. Concernant les soins palliatifs, l'établissement adresse différents documents à disposition des agents sur le logiciel de gestion documentaire et non spécifiques à la structure : ceux de l'INPES de 2009 sur les soins palliatifs et l'accompagnement ainsi que deux fiches repères spécifiques aux patients atteint de maladie grave ou en fin de vie ; et un document de la HAS de 2022 sur l'évaluation de la douleur et soins palliatifs. Il adresse un document daté de 2017 relative à la politique mise en œuvre au sein du CHMY en matière de prise en charge des patients en soins palliatif. Il précise que l'équipe mobile soins palliatifs intervient sur sollicitation avec une formalisation de cette démarche dans le projet médicosocial ou médico-soignant (EHPAD et USLD). Il transmet également une procédure relative aux modalités de recueil des volontés du patient / directives anticipées. Il ne répond

				pas à la mise en place de formations spécifiques des professionnels de cet ESMS, sur la douleur et sur la démence, hormis celles inscrites sur le plan de formation global du CHMY mais spécifique à la prise en charge de la douleur dans un service de soins. L'établissement n'a pas transmis de protocoles sur les soins palliatifs spécifiques à la structure.
	- Apporter la preuve de l'achat et de la mise en place du matériel nécessaire à la sécuriser de l'accès aux médicaments,	**RM3**	-	Il est pris acte de l'achat du matériel et de l'installation progressive du matériel dans les différentes unités.
	- S'assurer de l'efficacité des équipements de stockage de médicaments réfrigérés dans le repérage des écarts de température.	**R46**	-	Il est pris acte des mesures mises en place par l'établissement en terme, notamment, d'audit sur les conditions de stockage des médicaments réfrigérés avec une présentation des résultats pour sensibiliser les référents qualités. Le document « relais qualité » de juin 2023, énonce aussi les différentes mesures de bonnes pratiques de stockage des médicaments. Il est évoqué que les fiches de traçabilité des températures sont mises en place, mais celles-ci n'ont pas été transmises afin d'attester de l'effectivité quotidienne tracée. Par ailleurs la sensibilisation régulière des équipes sur ce point serait en place ainsi que la diffusion de la procédure de surveillance des températures des réfrigérateurs contenant des médicaments ainsi que la CAT en cas de température non conforme. L'établissement a transmis la photographie du thermomètre extérieur de la marque « fisherbrand » fixé sur la partie externe du réfrigérateur qui facilite la surveillance de la température minimale et maximale par sa sonde et est équipé d'une alarme. La notion d'enregistrement des données n'est pas précisée. <u>Conclusion</u> : **La prescription n°4 est levée sur les aspects relatifs** EM2, RM3, R45, R46 (sous réserve que l'établissement garantisse la surveillance des mesures de températures de l'enceinte réfrigérée de manière quotidienne) **et maintenue sur les aspects relatifs à E12, R42, 43** (en l'attente de mise en concordance des différentes fiches de tâches pour clarifier l'organisation mise en place), R44 (en l'attente d'avoir la programmation des staffs sur les Cèdres et les modalités d'accompagnement du professionnel sur les Tilleuls).

5	**Développer la culture de prévention des risques** en s'assurant de la bonne appropriation des mesures par les personnels, notamment : - Promouvoir auprès des équipes la politique mise en œuvre en matière de promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance et les obligations légales en matière de signalement de violence et de maltraitance de manière à garantir leur appropriation par tous, - S'assurer de la connaissance et de la possibilité d'accès de tous les agents aux modalités de signalement (informatique ou manuscrit) et prévoir un retour systématique aux salariés sur les suites données aux signalements, - Prévoir une analyse et réflexion collective à distance des évènements maltraitance signalés dans le cadre d'une démarche globale de prévention et aborder périodiquement le sujet maltraitance au CVS.	**R5** **E5 - R8** **R6 - R7**	- 3 mois 3 mois	Il est pris acte des différentes actions mises en place en vue de sensibiliser les professionnels à la politique de bientraitance et lutte contre la maltraitance. L'établissement est invité à renouveler régulièrement ces actions auprès des équipes, s'assurer de la bonne appropriation par tous de la politique menée en la matière. Il est pris acte de la programmation de 8 temps de formation à Blue Kango en octobre 2023. L'attention de l'établissement est appelée sur la nécessité de veiller à l'information de l'ensemble des agents (contractuels, FFAS et ASH compris) ainsi qu'au renouvellement régulier des formations compte tenu du turn-over important des équipes. La mission au vu des réponses apportées que certains EI font l'objet de Retex ou RMM. Toutefois, aucune indication n'est apportée sur les modalités d'organisation du retour systématique aux salariés des suites données aux signalements. La réponse de l'établissement porte principalement sur l'organisation de Retex pour les EI signalés (fugue de résidents, fausse route) qui ne relèvent pas du sujet de maltraitance/bientraitance. Il est toutefois pris acte de l'organisation d'une réunion à laquelle sont invités l'ensemble des agents des Tilleuls suite à un incident qualifié de maltraitant [redacted] Le CR de réunion met en évidence des échanges sur le thème de la maltraitance/bientraitance et des informations données sur les documents à disposition des agents (livret bientraitance, protocole de prise en charge de la bientraitance). L'attention de l'établissement est appelée sur la nécessité de conduire le même type d'analyse collective en cas de maltraitance agents/résidents). A cet égard, le livret maltraitance pourrait utilement être compléter afin d'intégrer l'organisation du traitement des faits de maltraitance mise en place (analyse à distance des faits notamment) en référence aux RBPP de la HAS. Il est noté l'absence de réponse relative à la recommandation d'aborder périodiquement le sujet de la maltraitance en CVS. Conclusion : **La prescription n°5 est levée sur les aspects relatifs E5, R5 et maintenue sur les aspects relatifs à R6, R7, R8**

6	**Concernant les projets d'accueil individualisés :** - Elaborer un PAP pour chaque résident comprenant un projet de soin et un projet de vie conformément à la réglementation en vigueur (art. L.311-3 et D.312-155-0 du CASF) et aux RBPP de la HAS/ANESM, - Formaliser une procédure d'élaboration et de suivi des PAP et prévoir un temps dédié d'échanges pluridisciplinaire régulier.	**E11 - E14** **R33 - R34** **R32**	6 mois	Il est pris acte des engagements du CHMY en vue de : - Elaborer une procédure d'élaboration et de réévaluation/suivi des PAP d'ici la fin de l'année 2023, - Mener une réflexion sur le support dossier pour la traçabilité du PAP, - Poursuivre et finaliser l'élaboration des PAP d'ici fin 2023. **En conséquence, la prescription n°6 est maintenue** dans l'attente de la formalisation effective de la procédure et de la finalisation de l'élaboration d'un PAP actualisé pour chaque résident.
7	**Garantir la prise en compte des droits des usagers dans le respect de la réglementation** et notamment : - Compléter le règlement de fonctionnement (art.R311-35 du CASF), - Actualiser le RI du CVS et organiser le fonctionnement du CVS conformément à la nouvelle réglementation en vigueur (décret 25 avril 2022).	**E2** **E3**	3 mois 3 mois	Il est pris acte de la rédaction d'un règlement de fonctionnement actualisé en août 2023 qui intègre des éléments relatifs au libre choix du médecin traitant, à la prévention et la lutte contre la maltraitance et au dépôt de biens, fonds et valeurs par le résident. Toutefois, le RF ne prévoit toujours pas les modalités de rétablissement des prestations lorsqu'elles ont été interrompues. Il est pris acte de la formalisation d'un nouveau règlement intérieur du CVS approuvé le 12/06/2023 qui prend en compte les évolutions règlementaires introduites par le décret du 25 avril 2022. Toutefois, la lecture du RI met en évidence des écarts à la réglementation concernant la composition du CVS : le RI prévoit que les représentants des professionnels sont désignés alors que la réglementation prévoit qu'ils soient élus (art.D311-5 et D311-13 du CASF). Par ailleurs, si le RI mentionne la suppression du quorum, il ne fait pas référence aux dispositions de l'article D311-17 du CASF qui stipule que « *Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accompagnées et des représentants (....) présents est supérieur à la moitié des membres. (...)* » ; ces dispositions permettant de renforcer l'expression des usagers. **En conséquence, la prescription n°7 est maintenue** en l'attente de la complétude du RF sur les modalités de rétablissement des prestations lorsqu'elles ont été interrompues et de la rectification du RI du CVS afin de le mettre en conformité avec la réglementation.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	**Renforcer le pilotage de l'EHPAD/USLD et structurer la communication interne**, notamment : - Asseoir le positionnement de la directrice déléguée EHPAD/USLD et formaliser une fiche de poste en cohérence avec les missions qui lui sont dévolues, - Prévoir des réunions d'encadrement régulières associant cadres de santé et direction, - Mettre en place un dispositif d'échanges internes pluridisciplinaires régulier afin de favoriser la circulation de l'information, le travail collaboratif et la cohésion d'équipe et formaliser systématiquement des comptes rendus ou relevés de conclusion diffusés aux équipes.	R1 - R2 R3 R4	- 1 mois 3 mois	Il est pris acte des compléments apportés à la fiche de poste de la directrice référente du pôle gériatrie qui mentionne, notamment, au nombre des principaux projets à conduire : la sectorisation EHPAD/USLD, le management de l'encadrement dans les différents projets à mener EHPAD/USLD, la mise en place d'une plus grande autonomie EHPAD/USLD dans la gestion et le suivi des RH et du budget. Concernant la conduite des EAE évoquée dans votre courrier de réponse, les entretiens indiquent qu'aucun des EAE n'est conduit globalement par la directrice référente du Pôle FIGAR (la directrice actuelle en poste depuis octobre 2022, et à mi-temps entre 2019 et 2021 ; et la directrice précédente en poste en 2021/2022). Les entretiens indiquent que les EAE des cadres de santé sont conduits par la cadre supérieure de santé et en son absence par la directrice des soins. Aucun élément recueilli en entretien ne permet de dire qu'il est envisagé/prévu que la directrice référente du Pôle soit en charge des EAE. Il est pris acte de vos interrogations concernant le constat issu des entretiens en matière d'attributions de la directrice référente. Il est pris acte, dans ce cadre de l'objectif de la direction générale d'aller vers une autonomisation du directeur en matière de personnel et de budget. Toutefois, le jour de l'inspection, il ressort globalement de l'ensemble des entretiens réalisés que les missions de la directrice référente sont principalement dédiées à la conduite aux suivis de projet EHPAD/USLD. Les entretiens révèlent également de façon générale le peu (voire pas) de contact entre les agents (hors cadres de santé ou faisant fonction) et la directrice référente. Il est pris acte de la précision apportée par l'établissement sur la non diffusion aux équipes des compte-rendu de réunion du bureau de pôle au regard de leur caractère stratégique et de son engagement à formaliser, désormais, un compte-rendu pour toutes les réunions tactiques et opérationnelles.

				Il est précisé que le rapport d'inspection a été établi sur la base d'une analyse croisée des différentes investigations menées (lu, vu, entendu) et non uniquement sur les entretiens réalisés. Aucun des éléments recueillis en entretien ou transmis par l'établissement n'a permis à la mission de conclure à l'organisation de réunions d'encadrement régulières. Les comptes rendus de réunions transmis en éléments probants relatifs à la R3 (staff contentions Tilleuls 2, réunion suite incident violent [redacted] 2 réunions staff aux Tilleuls et réunion IDE) n'attestent pas de la tenue régulière de réunion d'encadrement. Il convient de distinguer les réunions thématiques ponctuelles relatives à des sujets ou projets spécifiques et les réunions institutionnelles transversales, les réunions d'équipe pluridisciplinaire périodiques en vue de la transmission d'information de portée générale et d'échanges sur le fonctionnement des unités et les projets de l'EHPAD / USLD. L'établissement indique que les cadres de santé et faisant fonction sont encouragés à réaliser des points réguliers au sein de leurs services, à formaliser des compte-rendu et à les diffuser. Des comptes rendus transmis à la mission attestent de l'organisation de diverses réunions en 2023 (3 réunions aux Cèdres 1 et/ou 2 relatives à la sectorisation EHPAD/USLD et 1 réunion de l'équipe pluridisciplinaire des Cèdres 2 en présence de la directrice référente ainsi que des réunions susmentionnées aux Tilleuls). Toutefois, aucune indication n'est apportée sur l'organisation mise en place globalement en terme de circulation d'information au sein de l'EHPAD et USLD et de chaque unité : types de réunions avec précisions, pour chacune, de leur objet, des participants requis, de l'animateur de la réunion et de leur périodicité. L'attention de l'établissement est attirée, à cet égard, sur l'importance de garantir, en sus de réunions ponctuelles sur des thématiques et/ ou des projets spécifiques, de l'organisation de réunions périodiques avec les équipes pluridisciplinaires. **En conséquence la recommandation n°1 est levée pour les aspects relatifs aux R1 et R2 et maintenue sur les aspects relatifs aux R3 et R4** en l'attente de précision concernant l'organisation globale définie en terme de réunions.

2	**Concernant les locaux :** - Mettre en place une signalétique extérieur propre à l'EHPAD et une signalétique appropriée à l'entrée des unités Tilleuls 1 et 2, - Aménager et décorer le RDC du bâtiment les Cèdres, - Changer la vitre fissurée dans la salle d'animation au RDC du bâtiment les Cèdres, - Sécuriser les accès extérieurs des bâtiments et les entrées/sorties de l'EHPAD (Cèdres et Tilleuls), - Garantir la visibilité et l'accessibilité des extincteurs à l'entrée des Tilleuls 1 et 2.	**R9 – R10** **R12** **R13** **R14 - R15** **R16**	3 mois - - Immédiat -	En attente de la réalisation des travaux avec la facture acquittée. L'établissement a engagé les démarches depuis fin 2022 avec un début d'aménagement en 2023 (photo à l'appui). L'établissement est invité à poursuivre la démarche d'aménagement. La démarche de décoration telle qu'initiée pour le tour de France doit se poursuivre avec le support du poste dédié à l'animation dans une démarche participative des résidents comme celle qui a pu être constatée aux Tilleuls. Il est pris acte de la réalisation des travaux attestés par la facture. L'organisation de la sécurisation des accès ne représente pas une atteinte aux libertés individuelles mais une réponse à l'obligation de protection de personnes vulnérables. De plus, les éléments probants apportés par l'établissement (CR COPIL Plan de sécurisation du 22 juin 2023) mentionnent des évènements dont les conséquences auraient pu et/ou ont été dramatiques pour les résidents et le personnel (CHU de Reims : décès d'une soignante poignardée, Weekend de la Pentecôte : intrusion au sein du pavillon Toulouse en Gérontopsychiatrie). Ces éléments ne font que confirmer le besoin impérieux de sécuriser l'accès de l'Ehpad sur les deux sites. Il est pris acte des mesures mises en place (photo transmise). **En conséquence, la recommandation n°2 est levée pour ce qui concerne les aspects relatifs aux R12, R13 et R16 et maintenue pour ce qui concerne les aspects relatifs aux R9, R10, R14 et R15.**

3	**Concernant la restauration :** - Mettre fin au jeûne nocturne d'une durée supérieure à 12h, en réorganisant les horaires des repas et/ou en proposant des collations, - Mettre en place des formations HACCP dans le plan de formation.	**R36** **R37**	3 mois -	Aucune réponse précise n'est apportée concernant les horaires de repas. La lecture des fiches de tâches des AS/ASHQ soins met en évidence une durée de jeûne nocturne supérieure à 12h sur les 2 sites. L'établissement indique qu'une collation est donnée sur prescription médicale mais ne prévoit pas de proposition systématique de collation. Il est pris acte de l'inscription de formation HACCP dans le plan de formation 2023 Pôle gestion et stratégie à destination de l'ensemble des agents du CHMY. **En conséquence, la recommandation n°3 est levée pour les aspects relatifs à la R37 et maintenue sur les aspects relatifs à la R36.**
4	**Concernant l'animation :** - Structurer l'animation de la vie sociale pour l'EHPAD et dans ce cadre, organiser la continuité des animations pour les résidents conformément aux RBPP, - Inclure les maitresses de maison au sein des commissions d'animation.	**R38 – R41** **R39**	3 mois immédiat	L'établissement indique avoir pour projet de retravailler le projet de vie sociale à l'automne 2023. L'attention de l'établissement est attirée sur le fait que les animations des week-ends et jours fériés peuvent être assurées par d'autres professionnels ou bénévoles en l'absence d'animateur. Ce projet doit être travaillé dans le projet d'animation en lien avec la finalisation du projet de vie sociale prévue pour l'automne 2023. L'établissement indique que les maitresses de maison participent aux commissions d'animation. Or, dans les comptes rendus des réunions « commission animation » des 9 décembre 2022, 19 janvier 2023 et 23 novembre 2022, les noms des maîtresses de maison n'apparaissent pas dans la liste des participants. **En conséquence, la recommandation n°4 est maintenue** en l'attente de la formalisation du projet de vie sociale et de la participation effective des maîtresses de maison aux réunions de la commission d'animation.
5	**Concernant la lingerie :** - Mettre en place des actions correctrices en vue de régler les dysfonctionnements constatés et assurer une prise en charge du linge de qualité.	**R35**	-	Il est pris acte des différentes actions correctrices menées par l'établissement. En conséquence, **la recommandation n° 5 est levée.**