

La direction générale

Monsieur le Président
SAS NOE
Gestionnaire EHPAD Le Grillon
11 rue du Pompailler
42 410 PELUSSIN

Lyon, le **17 JUIN 2025**

Ref: 2025- PNI EC- 21

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

LRAR 1A 210 334 35123

Annexes - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Le Grillon le 26 novembre dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 25/02/2025 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 électronique du 7/04/2025. Aucune transmission par voie postale n'a été reçue bien que cela ait été demandé précisément dans la décision provisoire du 25/02/2025.

Par ailleurs, les réponses apportées aux mesures correctives envisagées comportent uniquement des éléments de preuve, sans être accompagnés d'explications ou d'éléments de contexte.

Des dates de fin de délai ont été rajoutées par vos soins pour quelques mesures correctives attendues : celles-ci sont erronées car le délai court à partir de la date de réception de la décision définitive et non de la décision provisoire. Pour cette raison, ces quelques dates indiquées sont maintenues mais barrées.

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

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

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport 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'ARS de la Loire – Service Personnes Agées, ainsi que par le Département de la Loire – Direction Administrative et Financière / Pôle Vie Sociale.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans les délais indiqués dans la décision définitive.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

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

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



Copie à M le Directeur de l'EHPAD

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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

Nature des mesures correctives

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

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

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

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. Ecart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Engager la directrice dans une démarche de formation qualifiante afin de respecter les attendus réglementaires prévus à l'article D312-176-6 du CASF	Ecart Majeur 1	3 mois 03/06/2025	Il était attendu le diplôme de [REDACTED] sans L'établissement a transmis le diplôme de [REDACTED] apporter d'éléments explicatifs. Par cette transmission, il est supposé que [REDACTED] remplace la directrice rencontrée lors de l'inspection. Néanmoins, aucun élément n'a été transmis pour le confirmer. Au regard du départ de la directrice précédemment en fonctions, l'écart majeur n'a plus lieu d'être. Il est pris bonne note que le nouveau directeur détient le niveau de qualification requis pour occuper ses fonctions. La prescription n°1 est donc levée.
2	Formaliser un projet d'établissement répondant aux différents attendus prévus aux articles L311-8 et D311-8 CASF et le présenter aux différents instances	E1	6 mois 03/09/2025	L'établissement a transmis le projet d'établissement (PE) 2022-2025 incluant l'évaluation des objectifs concernant l'année 2024. Dans le compte-rendu de la présentation du livret d'accueil et du PE 2024 devant le CVS du 4/02/2025 et en réunion du personnel du 30/01/2025 : le PE a bien été présenté (volet bientraitance, volet de lutte contre la maltraitance, protocole de gestion des événements indésirables, bilan des objectifs). Par ailleurs, il est relevé à la lecture du projet d'établissement remis, que celui-ci comporte des informations anciennes, non actualisées : à titre d'exemple, il est indiqué « des formations prévues à partir d'octobre 2014 » ou encore que la commission de coordination gériatrique se réunit 2 fois/ans et qu'en 2013, les 2 thèmes principaux étaient... ». L'établissement veillera à actualiser le document et supprimer les mentions obsolètes. La prescription n°2 est donc levée.

3	Respecter les modalités réglementaires pour l'organisation du CVS -Ajuster le nombre des représentants de l'établissement afin de s'assurer que la majorité des membres du CVS soit représentée par les représentants des résidents et des familles, conformément à l'article D311-5 du CASF. -Nommer au moins un représentant de l'organisme gestionnaire, conformément à l'article D311-20 du CASF - Faire signer les comptes-rendus du CVS par la présidente de l'instance conformément à l'article D311-20 du CASF	E2, 3 et 4	3 mois 03/06/202 5	L'établissement a transmis une affiche indiquant l'organisation d'une nouvelle élection des représentants des résidents au CVS, sur laquelle il est mentionné que « le vote aura lieu le 22/04/25 prochain ». Il est pris note de ces éléments. Il est constaté que le CVS ne comporte qu'un seul représentant des familles. Il conviendrait que la structure organise une nouvelle élection des représentants des familles pour en étoffer le nombre. Sur les 2 PV de CVS transmis il n'y a pas de représentant de l'organisme gestionnaire dans les personnes présentes. Les PV transmis sont bien signés par le président du CVS. Le prescription n°3 est partiellement levée, elle est maintenue sur les points relatifs à la composition du CVS (mesures correctives se rapportant aux écarts 2 et 3).
4	Effectuer les actes de maintenance et d'entretien des espaces extérieurs nécessaires pour assurer la sécurité des résidents conformément à l'annexe 2-3-1 du décret du 30 décembre 2015 relative aux prestations minimales d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'article L311-3 CASF.	E5	3 mois	L'établissement a transmis un devis (non signé) détaillant les travaux qui pourront être effectués pour sécuriser l'espace. Cependant, les travaux n'ayant pas été effectués la prescription n°4 est maintenue.
5	Mettre en place un système de séparation dans les chambres doubles afin d'assurer l'intimité des résidents, conformément à l'article L311-3 CASF et l'annexe 2-3-1 du même code.	E6	3 mois	En l'absence de transmission des éléments de preuve (manque preuve n°6 dans les pièces transmises) mentionnés par l'établissement, la prescription n° 5 est maintenue.

6	-Fournir un livret d'accueil adapté en termes de format aux personnes accueillies conformément aux préconisations de la circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004 en lien avec l'article L 311-4 du CASF -Attester de la remise systématique du livret d'accueil au résident accueilli	E7 et 8	3 mois	Une version actualisée du livret d'accueil (LA) transmis aux résidents a été adressée par courriel. Cependant, dans cette version apparaît encore en direction de l'établissement n° [REDACTED] ce qui indique que le document n'a pas été mis à jour. Il conviendra que l'établissement assure la MAJ du LA en indiquant le nom du directeur actuellement en poste. L'envoi par mail du LA ne permet pas d'en vérifier le format. Il est déclaré par le directeur que le LA est remis systématiquement au résident. Cependant, cet élément est insuffisant pour lever la prescription. En effet, l'établissement doit transmettre le document signé par le résident qui atteste qu'on lui a bien remis le LA. La prescription n°6 est maintenue. Il est attendu que l'établissement transmette dans le cadre du suivi le livret d'accueil en format A4 et atteste de la remise systématique du livret d'accueil au résident accueilli par la transmission de tout document probant.
7	Former l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès des résidents de la structure aux troubles de la déglutition afin de garantir la sécurité des résidents lors des repas	E9	6 mois	Il est pris note que l'établissement propose un planning pour 2025 de formations aux troubles de la déglutition organisées par le médecin coordonnateur. Dans l'attente de la transmission des feuilles d'émargement/participation aux formations, la prescription n°7 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Respecter l'autorisation de l'établissement fixant 50 places d'hébergement permanent exclusivement.	R1	IMMEDIAT	La liste des résidents transmise permet de constater que l'établissement accueille 45 résidents en hébergement permanent. La recommandation n°1 est donc levée.
2	Mettre en place des supports d'information régulièrement actualisés permettant de favoriser une information éclairée et complète des familles, notamment en matière de droits des usagers.	R2	IMMEDIAT	L'établissement a transmis un trombinoscope d'une partie du personnel mais pas d'organigramme mis à jour. Par ailleurs, sur le trombinoscope, il manque certains personnels de l'établissement (AS et ASH) ne permettant pas aux résidents et à leur famille d'avoir une information complète. Il est pris note de la transmission de la liste des personnes qualifiées cependant il n'est pas précisé si cette liste est bien affichée à l'accueil de l'EHPAD. La recommandation n°2 est donc maintenue.
3	Mettre en place un dispositif formalisé de recueil et de suivi des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents	R3	IMMEDIAT	L'établissement a transmis le mode opératoire côté famille et résidents pour déposer une réclamation, cependant il manque une procédure décrivant comment les réclamations sont traitées et suivies par l'établissement. En l'absence d'éléments de preuve satisfaisants la recommandation n°3 est maintenue.
4	Formaliser la politique de remplacement des professionnels afin d'anticiper la gestion des plannings	R4	IMMEDIAT	Les éléments de preuve transmis ne permettent pas de lever la recommandation n°4 qui de fait reste maintenue. La production de cette procédure est d'autant plus nécessaire que les turnovers de personnels sont nombreux et ce y compris dans les fonctions de direction et d'encadrement.

5	-Mettre à jour les fiches de poste (FDP) pour chaque salarié -Transmettre toutes les FDP AS	R5 R6	3 MOIS IMMEDIAT	Il est pris note de la transmission du planning prévu pour la MAJ des FDP des différentes catégories de professionnels de l'établissement ainsi que de la transmission des FDP de tous les AS. Cependant, dans l'attente de la mise à jour effective de ces FDP, la recommandation n°5 reste maintenue. Les FDP mises à jour seront à transmettre à la DDARS et CD 42 qui seront chargées du suivi des recommandations et prescriptions.
6	-Mettre en place des temps de relève le soir -Mettre en place des temps d'échange entre les professionnels autres que les temps de transmission afin de leur permettre de prendre du recul sur leurs pratiques en vue de les améliorer	R7 et 10	IMMEDIAT	L'établissement a transmis un tableau précisant l'organisation journalière des soins avec les différents temps de relève et des temps de coordination entre les professionnels. Cependant ce tableau reste difficilement lisible en l'absence d'éléments explicatifs. La recommandation n°6 reste maintenue et l'établissement doit fournir au retour de la décision définitive des éléments explicatifs permettant de vérifier que les relèves du soir et temps d'échange entre les différents professionnels sont bien mis en place (précisions à apporter sur les personnels concernés et les temps dédiés dans la journée pour ces temps d'échange).

7	Formaliser une procédure d'astreinte afin de garantir la continuité de la fonction de direction et assurer la continuité de la prise en charge des résidents	R8	3 MOIS	Il est pris note de la transmission d'une procédure de gestion d'absence de la directrice qui avait déjà été transmise par l'établissement au moment de l'inspection. Cette procédure ne correspond pas à une procédure d'astreinte avec un planning d'astreinte associé. Par ailleurs, elle n'est pas à jour puisque datée de 2023 avec une directrice qui n'est plus en poste. La recommandation n°7 est donc maintenue.
8	Transmettre le plan de formation 2024 de l'établissement	R9	IMMEDIAT	L'établissement a transmis le plan de formation 2024. La recommandation n°8 est donc levée.
9	Désigner un professionnel référent pour chaque résident	R11	IMMEDIAT	Il est pris note du projet de désignation début avril d'un référent par résident. Cependant, en l'absence de transmission de documents permettant de vérifier qu'un référent a bien été désigné pour chaque résident, la recommandation n°9 est maintenue. Par ailleurs, le document transmis début avril est daté du 23/04/2025 ce qui est incohérent.
10	Compléter les plans de soins de nursing en indiquant notamment les particularités individuelles de chaque résident pour un accompagnement au plus près des besoins spécifiques de chacun.	R12	2 MOIS	L'établissement a transmis un rétroplanning pour la MAJ des plans de soins par l'IDEC, selon les données des PAP. Il est rappelé que les mises à jour sont souvent en lien avec des modifications observées par les soignants dans leur accompagnement quotidien. Aucun plan de soins n'a été transmis ce qui ne permet pas d'attester de ce travail. La recommandation n°10 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et de la transmission d'éléments probants.
11	Vérifier l'actualisation du plan de douche et de sa validation afin de disposer d'un support fiable	R13	IMMEDIAT	Un plan de douche actualisé au 14 mars 2025 a été transmis, il renseigne les jours de douche et les accompagnements en aide humaine pour chaque personne. L'ensemble des résidents a au moins une douche programmée par semaine.

					La recommandation n° 11 est levée, l'établissement veillera à poursuivre l'actualisation du plan de douche selon les changements observés pour chaque personne. L'établissement a transmis un plan de changes du 13 mars 2025, issu du logiciel du fournisseur des protections. Aucune indication n'est donnée sur l'organisation en place pour contrôler et actualiser la planification ni sur la vérification de la saturation des protections. La recommandation n° 12 est donc maintenue.
12	Assurer le contrôle de la planification des changes des personnes incontinentes et indiquer la vérification de la saturation des protections	R14	1 MOIS		
13	Mettre à jour et compléter régulièrement les dossiers de liaison d'urgences, afin d'assurer la transmission des informations du résident, en cas de transfert en urgence.	R15	2 MOIS et dans la durée		L'établissement a transmis un protocole décrivant comment éditer les DLU sous [REDACTED] Il n'est pas répondu à la recommandation portant sur la mise à jour régulière des DLU. La recommandation n° 13 est donc maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et de la transmission d'éléments de preuve.
14	Mettre à disposition des professionnels la liste des protocoles de soins en vigueur dans la structure. Formaliser le protocole de prévention et traitement des escarres	R16 et 21	3 MOIS		Le rétroplanning transmis pour la MAJ de 3 protocoles de soins par le médecin coordonnateur et l'IDEC ne permet pas d'attester que la liste des protocoles en vigueur est formalisée et bien mise à disposition des professionnels. Par ailleurs, l'absence de transmission du protocole de prévention et traitement des escarres ne permet pas non plus de vérifier sa formalisation. La recommandation n° 14 est maintenue, dans l'attente de la transmission des éléments de preuve.
15	Mettre à jour les protocoles suivants : - gestion des chutes - prévention et prise en charge de la dénutrition - assurer la pesée mensuelle des résidents	R17 et 18 R19	3 MOIS IMMEDIAT		Le rétroplanning de MAJ des protocoles de soins par le médecin coordonnateur et l'IDEC transmis par l'établissement ne permet pas d'attester que les protocoles sont à jour en l'absence de transmission de ces différents protocoles. S'agissant du relevé de poids, l'extraction transmise datée du 24 mars 2025, permet de constater que certains résidents ont été pesés en février (9) et les autres en mars 2025, ce qui ne démontre pas que

				les résidents soient bien pesés tous une fois par mois d'autant que la structure n'a pas transmis de modalités pratiques pour réaliser cet acte. La recommandation n° 15 est maintenue dans l'attente de la transmission des protocoles de soins et de l'organisation de la pesée mensuelle des résidents.
16	Organiser et formaliser le suivi des contentions, notamment leurs évaluations et prescriptions	R20	3 MOIS	Un tableau « d'évaluation des contentions » permet de constater que 5 résidents sont concernés par des contentions physiques passives ; les ordonnances ne sont pas transmises, ni le contenu précis afin notamment de préciser le motif, les modalités de surveillance de leur tolérance et la durée. L'établissement ne répond pas sur l'organisation en place pour réaliser le suivi des contentions, leur évaluation en pluridisciplinarité et l'actualisation des ordonnances en cours. La recommandation n° 16 est maintenue sans élément probant répondant à la mesure.
17	Formaliser la liste de la dotation d'urgence, et contrôler régulièrement les dates de péremption des traitements/matériels et mettre un scellé numéroté sur la mallette d'urgence	R 22	IMMEDIAT	L'établissement a transmis la dotation d'urgence précisant les matériels et médicaments. Cependant, le contrôle effectué par l'IDE ne mentionne pas les dates de péremption. Seulement une croix est apposée en regard de chaque produit ce qui ne permet pas d'attester de leur réelle vérification et des besoins de remplacement de produits à faire. La date de cette vérification est indiquée mais pas systématiquement le paragraphe de l'IDE. Le nom de la personne serait intéressant à inscrire, dans le cadre du contrôle de cet acte. Par ailleurs le numéro de scellé mis en place après chaque vérification n'est pas inscrit. Il est pris acte de la liste de médicaments « du stock tampon ». La recommandation n° 17 est maintenue dans l'attente de la transmission d'un document permettant de valider le suivi des dates de péremption et l'inscription du numéro de scellé sur la mallette d'urgence.

