

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La directrice générale

Le Département de la Loire

Réf. :

Centre Hospitalier Lucien Husel
Madame la Directrice
Montée du Docteur CHAPUIS
38200 VIENNE

Lyon, le **28 AOUT 2024**

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 195 714 53917

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Madame la Directrice,

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 du Centre Hospitalier du Pilat Rhodanien – site de PELUSSIN, le 16 mai 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 daté du 10 juillet 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et insuffisances constatées.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel du 12 août 2024.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

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

Au terme de celle-ci 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.

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

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de la Loire, et les services du Département de la Loire.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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

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

Nous vous prions d'agréer, Madame la directrice, l'assurance de notre considération distinguée.

La directrice

Cécile C

Le Président,

Pour le Président, Délégué,

adm

Fran

Copie à M. le directeur adjoint du CHPR

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°	PRESRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI envisagé	REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Projet d'établissement – outils loi 2002-2 Formaliser un projet d'établissement et le présenter aux différentes instances, conformément aux articles L. 311-8 / D. 311-8 / D. 312-9 du CASF	EM1	6 mois	Depuis 2023, l'établissement a actualisé, formalisé et validé en instance de nombreux documents institutionnels : le projet médical ; projet développement durable, le plan de sécurité de l'établissement, le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, le DUERP, le projet médico-soignant, diverses politiques (QVCT etc...). Ces actions s'inscrivent dans le PAQSS de l'établissement qui prévoit in fine la rédaction du projet d'établissement au dernier trimestre 2024 (cf : PJ n°1).
	Elaborer un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement. (EM2)	EM2	6 mois	La présentation du projet d'établissement sera effectuée aux instances de janvier 2025. Le règlement de fonctionnement est entièrement rédigé et sera présenté pour validation aux instances de l'automne 2024.
	Fournir un livret d'accueil avec toutes ses annexes aux nouveaux résidents en vertu de l'article L311-4 CASF. (E17)	E17	6 mois	Le livret d'accueil en vigueur est obsolète, son actualisation est finalisée, l'établissement est en attente de la réponse de la société d'édition. Il est pris acte des travaux en cours. Prescription n°1 maintenue dans l'attente des éléments probants
2	Unité de vie protégée Compléter le projet d'établissement en formalisant un projet spécifique pour l'unité de vie protégée conformément aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et aux recommandations de bonnes	E1	6 mois	Lors de l'élaboration du projet d'établissement, un projet spécifique sera élaboré pour l'UPAD. L'unité de vie protégée n'a pas de reconnaissance, et n'a pas de moyens dédiés (RH et financier).

pratiques de la HAS/ANESM "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social" Mettre en place une équipe dédiée à l'UVP pour un accompagnement sécurisé et de qualité Conduire une réflexion collective avec les équipes en vue d'accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, conformément aux RBPP de la HAS/ANESM de février 2009 relatives à l'accompagnement de ce public, s'agissant : - de la taille de l'unité, - du profil du public accueilli, - de l'organisation des locaux et des extérieurs (chambres doubles, terrasse), - des allers et retours des résidents de l'EHPAD « traditionnel » au sein de l'UVP Sécuriser la prise en charge soignante des résidents de l'UVP, en faisant intervenir auprès d'eux des personnels diplômés et qualifiés et en veillant à accompagner les personnels dédiés à l'UVP dans une démarche de formation à la prise en charge du public de l'UVP.	E7 R1, R2, R3, R4, R15 R20 R8	Le CPOM signé en 2022 indique une capacité de 24 places d'UPAD (unité de vie pour personne âgées désorientées). Le CPOM ne prévoit aucun moyens dédiés (RH et financier). La tarification de l'UPAD est identique à celle de l'EHPAD conventionnel. L'équipe intervenant sur le niveau 3 effectue les prises en charge du secteur Cèdres (EHPAD conventionnel) et du secteur UPAD. De ce fait, le planning du niveau 3 ne prévoit pas distinction. La réflexion collective relativement à l'accompagnement des résidents de l'UPAD sera menée en parallèle de la rédaction du projet de service. Les allers et retours des résidents de l'EHPAD traditionnel au sein de l'UPAD sont limités aux animations communes et ponctuelles à l'ensemble des résidents. Le personnel aide-soignant intervenant au sein du niveau 3 est constitué de : Deux ASD spécialisés en gérontologie, sept ASD et six faisant fonctions AS ; Une place de formation ASG est proposée sur la base du volontariat chaque année aux aides-soignants de l'établissement. Depuis 2021, aucune candidature agent n'est intervenue pour cette spécialisation. L'établissement a la volonté de privilégier le recrutement de personnel diplômé et de permettre aux faisant-fonctions d'accéder au niveau de qualification ASD. Trois dossiers d'étude promotionnel ASD ont été instruits en 2024, un dossier de prise en charge a été retenu par l'ANFH.
		3 mois 6 mois 3 mois

			Des formations « mieux comprendre et mieux prendre en charge la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou pathologies dites apparentées » ont été programmées en 2022 et 2023, et suivies par 8 agents de l'établissement. Cette formation a été reprogrammée pour le plan de formation 2025 avec 4 places réservées. En 2024, une formation « animation d'atelier sensoriel » à destination des personnes désorientées a été suivie par deux agents.
			Prescription n°2 maintenue, sur l'ensemble des points mentionnés, et en l'absence de transmission d'élément probant.
3	Conduire une réflexion collective avec les équipes concernant la restriction d'aller et venir des usagers	E2	3 mois
			Constitution d'un groupe de travail pour une réflexion institutionnelle concertée sur cet item en septembre 2024, avec pour objectif la rédaction de l'annexe relative à la liberté d'aller et venir pour les résidents de l'UPAD. Dont acte. Prescription n°3 maintenue dans l'attente de la transmission d'élément probant.
4	CVS Préciser la composition du CVS afin de garantir sa conformité à l'article D.311.5 du CASF Faire signer systématiquement les comptes-rendus de CVS par le Président du CVS, conformément aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF	E3 E4	Immédiat Immédiat
			Les élections des CVS des deux sites sont prévues en octobre. A l'issue des élections la composition du CVS sera mise à jour. La signature systématique des comptes-rendus du CVS par son Président sera intégrée dans le règlement intérieur du CVS lors de l'installation du CVS à la suite des élections d'octobre 2024. Le précédent Président du CVS, résident de l'établissement, n'était plus en capacité physique de signer les comptes-rendus du CVS. Dont acte.

				Prescription n°4 maintenue dans l'attente de la transmission d'élément probant.
5	Garantir l'intimité des résidents conformément à l'article L311-3 CASF et l'annexe 2-3-1 du même code :			Un devis a été réalisé et signé pour la mise en place de films occultant sur les fenêtres et chambres concernées (9 chambres). (Cf. PJ n°2)
	- Mettre en place un système occultant sur le bas des vitres de chambres ne permettant pas de voir l'intérieur des chambres depuis l'extérieur du bâtiment et assurer l'intimité des personnes	E9	Immédiat	Une séparation est effective dans toutes les chambres doubles de l'EHPAD conventionnel par système de rideaux séparateurs. Dans le secteur UPAD les barres sont installées dans toutes les chambres sans rideaux séparateurs afin d'assurer la sécurité des résidents de ce secteur. Des paravents mobiles sont mis à disposition de l'équipe soignante afin d'assurer l'intimité des résidents du secteur UPAD durant les soins. (Cf. PJ n°3)
	Mettre en place un système de séparation dans les chambres doubles afin d'assurer l'intimité des résidents	E13	Immédiat	Dont acte. Prescription n°5 levée.
6	Gestion des risques - EIG	E5	6 mois	Procédures en vigueur au sein de l'établissement : « Circuit du signalement externe d'un événement indésirable » (Cf. PJ n°4) « Gestion des événements indésirables » (Cf. PJ n°5)
	- Organiser le recueil, l'analyse et le suivi des événements indésirables et s'assurer de l'appropriation du dispositif par l'ensemble du personnel en vue de garantir le respect des articles L. 331-8-1, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP	E6	6 mois	L'établissement dispose d'un outil de recueil d'analyse et de suivi des EI (). Les personnels de l'EHPAD ont déclaré : 156 FEI en 2023 et 83 FEI au 1 ^{er} août 2024. L'analyse est effectuée par un expert désigné selon la thématique, la validation des actions correctives et des réponses proposées au déclarant s'effectue en collectif, lors des réunions d'encadrement qui ont lieu hebdomadairement. Le déclarant a un retour systématique à sa FEI via l'outils .
	- Mettre en place une procédure unique de déclaration des événements indésirables permettant : la déclaration par le professionnel ayant constaté l'EI,			

.la déclaration de tous les EI / EIS à
déclaration obligatoire aux autorités
administratives compétentes,
.de s'assurer de son appropriation et de sa
mise en œuvre par l'ensemble du personnel,
conformément aux articles L. 331-8-1, R. 331-
8 du CASF et L. 1413-14 du CSP

L'ensemble de l'équipe d'encadrement de l'établissement a
suivi la formation dispensée par le [REDACTED] « Analyser les
EIAS pour améliorer la qualité : le rôle de l'équipe
managériale. » septembre 2023.

La procédure « circuit du signalement externe d'un
événement indésirable » est en cours d'actualisation pour
intégration des déclarations obligatoires auprès des
autorités de tutelles.

Un atelier « simulation d'analyse des événements
indésirables graves associés aux soins » a été suivi par la
pharmacienne (Présidente du CLIN) et l'IDEC de
l'établissement. Elles ont également participé au séminaire
[REDACTED] en avril 2024. Par ailleurs, les référents qualité des
établissements de la direction commune ont pu participer
à la présentation par Mme [REDACTED], directeur
délégué qualité gestion des risques ARS - ARA, de la
démarche « signalement des EIG auprès des services de
l'ARS. Cette présentation a été faite en CME le 18 juin à
l'hôpital de Vienne.

Le renforcement de la politique de gestion des risques est
une priorité portée par la direction commune. Dans ce
cadre et pour sensibiliser la communauté hospitalière de
chaque site, il est prévu de présenter régulièrement en CME,
des CREX et analyses faites suites à des EI.

Le service qualité élabore la mise en place d'un quizz à
destination de l'ensemble des agents de l'établissement
ayant pour objet le circuit des événements indésirables. Ce
quizz sera diffusé fin d'année 2024.

Garantir la sécurité des résidents (art. L. 311-3 du CASF) Concernant les déplacements : - Maintenir une organisation des espaces de circulation permettant le déplacement sécurisé des résidents et l'utilisation pratique des chariots et autres matériels. (E11, R18) Concernant la maintenance des matériels : - En veillant à l'installation systématique de barres d'appui (E14) - En veillant au bon fonctionnement du système d'appel malade (E15) - En aménageant un système de fermeture sécurisé du placard de stockage des bandes de contention sur un lieu de passage (R17) - Par une procédure de gestion du chariot de linge sale après son utilisation, sécurisant notamment l'accès aux produits désinfectants (E12) Concernant les soins : - En formalisant une procédure d'intervention en cas de fausse route d'un résident (R29)	E11, E12, E14, E15 R17, R18, R29	Immédiat et sur la durée	E11 : L'établissement a pour projet de matérialiser par étage des espaces de stockage de chaque équipement utilisé. E14 : La présence d'amiante dans toutes les ailes des cèdres du bâtiment proscrit la réalisation de certains travaux d'amélioration des locaux notamment la fixation de barres d'appui. (Nécessité de travaux conséquent de désamiantage en dehors de la présence des résidents et des personnels). (Cf. P. n°7) Des barres d'appui sont présentes dans tous les autres secteurs de l'établissement. E15 : le jour de l'inspection, une poire d'appel malade était défaillante (Cf. P. n°9). La poire défaillante a été remplacée dans la journée. R17 : L'ensemble des placards de stockage des équipements de contention ont été sécurisés. (Cf. P. n°9). Les bandes de contention sont stockées au sein du pôle IDE. E12 : Le personnel a été sensibilisé à nouveau concernant le chariot de linge sale par l'encadrement soignant. Une procédure de gestion du chariot de linge sale sera rédigée durant l'automne 2024. R29 : La procédure « conduite à tenir en cas d'urgence » formalise la procédure d'intervention en cas de fausse route d'un résident. La mise en page de cette procédure afin qu'elle indique CHPR est en cours.
		1 mois	

9	Réaliser les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP) de chaque résident en équipe pluridisciplinaire. Procéder à une réévaluation des PAP au moins une fois par an pour garantir une individualisation des prises en soins et projet de vie. Les nouveaux objectifs définis en accord avec la personne et/ou sa famille feront l'objet d'un avenant au contrat de séjour de la personne (art. D312-155-0 3° du CASF	E18	6 mois	Le 9 juillet 2024, le courrier « projet d'accompagnement personnalisé » contenant un document « recueil des données » a été envoyé aux familles des résidents (120 courriers). Au 1^{er} aout 2024 : 31 retours des familles, dont 21 pour le site de Pélussin. Les PAP sont rédigés ou actualisés à réception des réponses. (Cf. PJ n°10) Les avenants aux contrats de séjours seront réalisés en conséquence. Prescription n°9 levée sur E14, E15, R17. Prescription maintenue sur E11, E12 et R29, dans l'attente des éléments probants.
10	Recruter un médecin coordonnateur en vertu de l'article D. 312-155-0 du CASF Garantir le temps de présence du médecin coordonnateur en conformité avec l'article D. 312-156 du CASF Etablir un projet général de soins, qui sera coordonné et évalué par le médecin coordonnateur, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 1° du CASF, et le diffuser afin de favoriser la bonne connaissance et son appropriation par l'ensemble des personnels	E16, E19 E20 E21 E 23	Immédiat Immédiat 6 mois	Comme de nombreux EHPAD, les difficultés de recrutement sur ce poste sont très importantes L'offre d'emploi médecin coordonnateur a été réactualisée sur le site de la Fédération Hospitalière de France. Une réflexion est en cours sur la mise en place d'un médecin coordonnateur via téléconsultation. Le projet général de soins sera réalisé, avec le concours de l'équipe soignante, lorsque le temps de présence de médecin coordonnateur sera effectif dans l'établissement. Prescription n°10 maintenue dans l'attente d'élément probant.
11	Mettre en place les commissions gériatriques annuelles et l'élaboration du RAMA selon la réglementation (art. D312-158 3° du CASF)	E22	6 mois	Une réflexion sur la commission gériatrique annuelle sera mise à l'ordre du jour du prochain directoire et de la prochaine CME. La principale difficulté dans la mise en place de cette commission réside dans l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'établissement.

				Notons qu'aucune autre solution pour pallier l'absence du médecin coordonnateur n'est évoquée (partenariat avec un autre EHPAD, médecin coordonnateur en téléconsultation, autre...).
				Prescription n°11 maintenue dans l'attente d'éléments probants sur la mise en place de la CCG.
12	Mettre en place une politique opérationnelle relative à l'accompagnement de la fin de vie et la formaliser dans le cadre du projet de soins conformément aux articles L. 311-8 et D. 311-38 du CASF	E24	6 mois	La politique de prise en charge des patients en fin de vie a été rédigée par le CLUD en septembre 2023 (Cf. PJ 11), Elle sera présentée pour validation aux prochaines instances de l'automne 2024. Dont acté. Prescription n°12 maintenue dans l'attente de la transmission du document validé.
13	Veiller à l'application des protocoles d'hygiène et d'entretien des locaux afin d'éviter le risque d'infection et assurer la qualité générale des locaux, en vertu de ce qui est prévu dans l'annexe 2-3-1 CASF. (E10) Signer la fiche de traçabilité dès que l'entretien de la chambre est réalisé pour faciliter le suivi (R19)	E10 R19	Immédiat et sur la durée	L'établissement prévoit des sessions de formation à destination du personnel ASHQ, concernant l'hygiène des locaux. Il est constaté un turn-over important sur cette catégorie de personnel. L'établissement souhaite formaliser un circuit de formation lors du recrutement des ASHQ (formation par l'ASHQ référente hygiène ; film interne de réalisation de l'entretien des locaux ; « serious game », formation programmée dans le plan de formation.). Présence de 4 agents référents hygiène sur le site de Pélussin (2 IDE, 1 ASD et 1 ASHQ). E10 : Les actions du PAQSS concernant l'hygiène et l'entretien des locaux prévoient des audits lors des journées qualités hygiène réalisés par les référents hygiène et présentés en CLIN. (Cf. PJ n°2)

					R19 : Une sensibilisation des équipes sur les fiches de traçabilité a été réalisée par l'encadrement soignant, qui veillera à la complétude des fiches de traçabilité. Les battis, sols et revêtement muraux sont vétustes. Certains sols malgré les nettoyages restent collants. Des travaux sont nécessaires pour la réhabilitation de ces locaux, dans un contexte de présence d'amiante. Prescription n°13 levée
--	--	--	--	--	---

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Organisation des accompagnements - volet RH Adapter et ajuster la répartition des effectifs entre les différentes unités, en fonction de la charge de travail, du type de public et des besoins de prise en charge	RM1	3 mois	L'établissement ne dispose pas de moyens spécifiques pour l'UPAD. Les effectifs sont identiques à ceux de l'EHPAD conventionnel. Une réflexion sera menée avec les équipes au regard des effectifs actuels, de la typologie des résidents, de la lourdeur des services, pour ajuster au mieux la répartition des effectifs.
	Ajuster et adapter la répartition des effectifs de nuit entre les différentes unités, en fonction de la charge de travail, du type de public et des besoins de prise en charge.	R10	Immédiat	La répartition des effectifs de nuit a été adaptée : 1 ASD ou FF ASD sur le niveau 4 (EHPAD conventionnel) 2ASD ou FF ASD sur le niveau 3 (une aile d'EHPAD conventionnel et UPAD). Dont acte.
	Etablir une fiche de tâches pour chaque métier ou catégorie de professionnel (AS, IDE, nuit...) et précisant les déroulés horaires conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM "Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance". (RM2)	RM2	Immédiat	Les tensions de recrutement sur le grade ASD de nuit, ont contraint l'établissement à recruter du personnel faisant fonction expérimentée afin d'assurer la continuité de service. L'établissement procède au recrutement de personnel diplômé avec pour objectif d'avoir une équipe de nuit constituée uniquement d'ASD.
	Préciser l'unité d'affectation des professionnels intervenant auprès des résidents sur les plannings prévisionnels. R9	R 9	Immédiat	Les fiches de tâches (Cf. R10) seront actualisées en septembre 2024. Des fiches de tâches distinctes seront réalisées pour les ASD et les FFASD.
	Sécuriser la procédure de remplacement en la formalisant, et la rendant accessible à tout le personnel. R7	R7	Immédiat	L'établissement ne dispose pas de moyens

			spécifiques pour l'UPAD, les plannings prévisionnels indiquent le niveau d'EHPAD : (niveau 3/ niveau 4). Pour les agents de nuit, un seul planning avec des codes horaires spécifiques aux étages de prise en charge (N3/N4). Pour rappel une réflexion sera menée conformément à la réponse à la RM1. R7 : Procédure mode dégradée (Cf. PJ n°14) sera mise sous [REDACTED] afin de permettre l'accessibilité à l'ensemble du personnel. Recommandation n°1 maintenue, hormis R10 et R7, dans l'attente de la transmission d'éléments probants.
2	Gestion des risques - Réclamations Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et de suivi des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions des CVS.	R5	1 mois L'établissement favorise le recueil des réclamations à tous niveaux et a renforcé sa signalétique (Plaintes : orales, courriels ou courriers, cahier de doléance, cahier spécifique de doléance ou remarque concernant les repas). Un tableau de suivi des réclamations (cf. PJ n°15) est actualisé à chaque étape du traitement de la réclamation. La présentation des réclamations est systématiquement réalisée en CVS (4 CVS par an). Procédure existante mise sous [REDACTED] « gestion des plaintes et des réclamations du patient et de son entourage » (Cf. PJ n°16). Mise à jour en cours pour nouvelle dénomination de la procédure « gestion des plaintes et des réclamations du patient/résident et de son entourage ». Dont acte. Recommandation n°2 levée

3	Continuité de direction			La procédure « continuité de la fonction de direction » a été réalisée (CA 2017). En l'absence du directeur de site une articulation est effectuée avec l'attachée d'administration qui doit être joignable à tout moment et en capacité d'intervenir sur site, situation qui s'est produite le jour de l'inspection où l'attachée était en formation et est revenue sur site dans les meilleurs délais. En cas d'absence de la direction de site, la direction de Vienne assure la continuité de la direction.	
	Formaliser la procédure garantissant la continuité de la fonction de direction.	R6	1 mois	Les délégations de pouvoir et de signature sont signées et affichées au tableau d'affichage administratif au rez de chaussée du bâtiment.	
	Etablir les délégations de pouvoir et de signature pour les professionnels en capacité de remplacer le directeur lors de ses absences.	R11	1 mois	La procédure formalisant l'organisation des astreintes de direction et cadres a été validée (CA 2017) et mise sous [REDACTED] afin de la rendre accessible à l'ensemble du personnel. Le tableau des administrateurs de garde est affiché au sein de l'administration et à chaque pôle IDE. Dont acte. Recommandation n°3 maintenue dans l'attente de la transmission d'une procédure de continuité de la direction plus précise.	
4	Accompagnement des professionnels Etablir un plan de formation au profit des professionnels et de leurs besoins au vu des publics accueillis dans l'établissement, afin d'assurer une prise en charge adaptée des résidents. R12	R12	En 2024 et sur la durée	R12 Plan de formation est réalisé en concertation avec l'encadrement soignant annuellement. La formation « Alzheimer ou pathologies dites apparentées : mieux comprendre et mieux prendre en charge la personne âgée » a été réalisée par 8 agents de l'établissement en 2022 et 2023. Cette	

	R13	Accompagner les démarches de qualification des professionnels non qualifiés de l'établissement. R13		formation a été reprogrammée sur le plan 2025 avec 4 places réservées. Des formations de types ateliers sensoriels à destination des personnes atteintes de troubles cognitifs ont été suivies par deux agents de l'établissement en 2024.
	R14	Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels autres que les temps de transmission afin de leur permettre d'échanger sur leurs pratiques en vue de leur amélioration, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance" et "La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre". R14		R13 Proposition d'une formation ASG par an, non demandée par le personnel. Trois dossiers de demande de prise en charge d'étude promotionnelle ASD en 2024, un seul pris en charge par l'ANFH. R14 Une recherche d'intervenant extérieur afin de mener ces temps d'échanges est en cours. Le psychologue du service de prévention et de santé au travail est disponible pour effectuer les restitutions « à chaud » lors d'une situation de prise en charge particulièrement difficile pour les équipes.
6	R25	Restauration - Alimentation Afficher les menus tous les jours pour donner l'information aux résidents et famille. Permettre au résident de se repérer dans le temps en précisant « midi » et « soir » sur les menus affichés	Immédiat	Dont acte. Recommandation n°4 levée pour R12 et R13, maintenue pour R14, dans l'attente de transmission d'éléments attestant de la démarche.
	R26	Préciser les dates du menu affiché (mois et année), l'absence de précision ne garantit pas qu'il s'agisse du	1 mois	R25/ R26 L'affichage des menus a été mis en conformité conformément aux recommandations. (Cf. Pj n°19)
			2 mois	R27 Une collation nocturne est mise à disposition dans les services.

menu en cours ni qu'il soit respecté. Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de collation afin de ne pas espacer de plus de 12h deux repas, en vertu des bonnes pratiques visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées. Veiller à ce que les menus proposés répondent aux recommandations quotidiennes du Plan National Nutrition Santé (PNNS) garantissant les apports nutritionnels nécessaires pour lutter contre la dénutrition en actualisant le protocole relatif à la nutrition selon les référentiels disponibles (HAS novembre 2021) et en inscrivant notamment les modalités d'enrichissement alimentaire selon la sévérité de la dénutrition	R27 2 mois R28 2 mois	R28 Le chef de cuisine, le médecin de l'EHPAD ainsi que la diététicienne veillent à ce que les menus répondent aux recommandations PNNS. Le protocole relatif à la nutrition est en cours d'actualisation. Recommandation n°5 levée pour R25/26/27, maintenue pour R28 dans l'attente de la transmission de la procédure révisée.
7 Soins Elaborer des plans de soins techniques pour les IDE afin de planifier le déroulement de chaque temps de travail avec des actes horaires et assurer la traçabilité de l'effectivité des soins	R21 3 mois	Les plans de soins précisent les horaires des actes ainsi que l'effectivité des soins via la traçabilité réalisée par les IDE (C3 : P1 n°20) Selon l'établissement, les plans de soins précisent les horaires des actes ainsi que l'effectivité des soins via la traçabilité réalisée par les IDE. Mais le document transmis est de très mauvaise qualité et on ne voit pas d'indication horaire pour les actes IDE. Il liste les traitements à donner. La notion de pansement à faire est indiquée sans aucun protocole de soins formalisé afin de transmettre et suivre cet acte qui peut être fait par plusieurs professionnels. Il est noté aussi « lunettes à oxygène /suivi » sans que le traitement par oxygénothérapie (débit en place) ne soit indiqué.

			Ce document ne permet pas d'attester de la mise en œuvre de la mesure en lien avec la remarque n°21 qui précisait la nécessité d'élaborer des plans de soins techniques IDE, sur la journée et de définir les protocoles de soins de certains actes à faire. Par ailleurs la mise en place pour l'ensemble des plans de soins pour chaque résident n'est pas indiquée. Recommandation n°7 maintenue en l'absence de transmission d'élément probant. Les plans de soins de nursing précisent les horaires des actes ainsi que l'effectivité des soins via la traçabilité réalisée par les AS (Cf. PJ n°21) La pièce n°21 est totalement illisible, il ne peut être attesté que les plans de soins de nursing précisent les horaires des actes ainsi que l'effectivité des soins via la traçabilité réalisée par les AS tel que le mentionne l'établissement. La mise en place pour l'ensemble des plans de soins pour chaque résident n'est pas évoquée. Il n'est pas répondu aux corrections apportées par l'établissement sur les éléments suivants : - au manque d'explication inscrite sur les plans de soins de nursing concernant les spécificités et particularités individuelles de chaque résident, et sur la formalisation plus précise des actes à faire. - ni à la planification des douches - ni à la coexistence de plusieurs supports Recommandation n°8 maintenue en l'absence de transmission d'élément probant.
8	Compléter les plans de soins de nursing de manière personnalisée afin qu'ils répondent aux besoins spécifiques des résidents et contiennent l'ensemble des actes dont la planification des douches, à effectuer sur le nycthémère et les aides spécifiques à mettre en place	R22, R23, R24 3 mois	

9	Compléter les DLU avec l'ensemble des informations indispensables à une prise en charge optimale des résidents en cas de transfert dans un établissement de santé.	R30	2 mois	Une sensibilisation des équipes pour complétude du DPI est en cours de réalisation par l'encadrement soignant. Recommandation n°9 maintenue en l'absence de transmission d'élément probant. L'établissement favorise la réalisation de DU par les IDE. En 2024 DU « plaie et cicatrisation » validé et DU « douleur » en attente de validation.
10	Concernant les protocoles de soins et le suivi de certaines prises en charge : - Mettre à jour le protocole relatif à la nutrition selon notamment les RBPP de la HAS de novembre 2021 et en définissant les modalités de l'organisation de la prévention et prise en charge de la dénutrition. - Adapter le protocole relatif aux contentions au fonctionnement de l'EHPAD en fixant les modalités de la mise en œuvre des contentions ainsi que les usages des différents matériels. - Formaliser les protocoles de soins relatifs : .au traitement des escarres selon les 4 stades cliniques .au repérage et à l'évaluation de la douleur .à la gestion des infections groupées (GEA, IRA) et veiller à leur appropriation par les professionnels concernés. - S'assurer du suivi mensuel du poids pour l'ensemble des résidents	R32 R35, R34 R36 R38 R31 R33	2 mois 2 mois 3 mois Immédiat	L'actualisation de plusieurs procédures est en cours : « Dénutrition chez la personne âgée » « La contention » « Escarres » « Prise en charge d'une douleur en EHPAD en absence de médecin » Rédaction en cours de la procédure suivante : « Repérage et évaluation de la douleur » Les procédures infections groupées GEA et IRA sont à jour et applicables. (Cf p] n°22 et n°23) Les pièces transmises (n°22 et n°23) objectivent qu'elles sont détaillées et comportent les différentes mesures d'hygiène, de suivi des cas, ainsi que le formulaire de déclaration à l'ARS. Les cadres de santé s'assurent de l'appropriation de ces protocoles par les équipes.

- Mettre en place une organisation pour assurer le suivi régulier des résidents sous contention physique passive et veiller à ce que les prescriptions en place soient valides et conformes aux attendues.	R34	1 mois R33 : Les fauteuils ont été tarés et étiquetés en indiquant le poids du fauteuil. Les résidents sont tous pesés une fois par mois en systématique, la pesée s'organise par aile d'EHPAD (semaine 1 aile cèdres, semaine 2 aile marronnier, semaine 3 aile platane). La 4^e semaine, les résidents nécessitant une pesée plus régulière dû à leur pathologie sont repesés ainsi que les résidents ayant eu un écart de poids à la pesée mensuelle. Une procédure formalisant la pratique sera rédigée en septembre 2024. L'établissement n'a transmis aucun élément de preuve attestant du contrôle et suivi de la mesure pondérale mensuelle des résidents. R34 : La procédure contention est en cours d'actualisation en intégrant les remarques indiquées dans le rapport. L'organisation concernant le suivi des résidents sous contention sera réalisée en concertation avec les médecins intervenants au sein de l'EHPAD et les équipes soignantes pour intégration dans la procédure. Recommandation n°10 maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants sur les protocoles et la mesure du poids mensuelle. Seule la mesure liée à la remarque n°31 est levée car les protocoles GEA et IRA sont formalisés.
11 Revoir la signalétique des unités, hors UVP, pour faciliter	R16	3 mois La mise à jour de la signalétique est en cours au sein de l'établissement. Une étude de signalétique au sol

l'orientation et l'accès à différents lieux de stockage notamment pour les personnels remplaçants		est également en cours. (Cf. P1 n°24) L'enjeu est de porter un projet immobilier de rénovation qui sera de nature à améliorer les conditions d'accueil et de vie des résidents et les conditions de travail des professionnels intervenant. Dans l'attente d'une validation d'un tel projet architectural, les équipes s'engagent pour maintenir au mieux le bâtiment. Recommandation n°11 levée.
--	--	---