

La Directrice générale

Réf. : 254121-PMIEC

Président
ASSOCIATION COALLIA

16-18 COUR SAINT ELOI
75012 PARIS

Lyon, le / 5 SEP. 2023

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

LRAR 2C 166 347 3946 1

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection de mes services diligentée 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 les 10, 11 et 17 mai 2022 à l'EHPAD « Stéphane HESSEL » à Saint-Etienne.

Sans attendre la transmission du rapport d'inspection et des mesures correctives envisagées suite aux investigations menées sur place, je vous ai adressé une décision d'injonction le 25 mai 2022 au titre de l'article L.313-4 du CASF vous enjoignant de mettre en place sans délai une direction sur site à temps plein pour assurer, d'une part, le pilotage effectif et continu de l'EHPAD, et d'autre part, avec l'appui du siège de Coallia, de prendre l'ensemble des mesures urgentes nécessaires pour restaurer la sécurité et la continuité de la prise en charge des résidents. Un plan détaillé de mesures correctives en vue de remédier aux manquements constatés, accompagné d'un échéancier précis de mise en œuvre était également demandé dans le mois suivant la prise de poste de la nouvelle direction. Vous avez transmis vos éléments de réponse ainsi qu'un plan d'actions par courriers datés du 20 juin 2022, puis du 31 août 2022 après l'arrivée au 1^{er} août de la nouvelle direction.

L'analyse de vos réponses et du plan d'actions correctives proposé a été intégrée dans le rapport d'inspection.

Sur la base du rapport établi par la mission et des réponses que vous avez apportées à l'injonction, je vous ai fait parvenir un courrier daté du 6 mars 2023 par lequel je vous notifiais :

- La levée de l'injonction prononcée le 25 mai 2022 eu égard la mise en place effective d'une direction sur site à temps plein depuis le 1^{er} août 2022 et l'actualisation au 31 août 2022 du plan d'actions détaillé des mesures correctives proposé.

Courrier : CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 - www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr



1908

- Une nouvelle injonction en application de l'article L. 313-14 du CASF vous demandant de pallier sans délai la carence de pilotage / de sécurisation de l'organisation et de la gestion des ressources humaines dans l'établissement, afin de garantir la continuité et la sécurité des prises en charge des résidents.
- Les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier daté du 23 mai 2023 accompagné de plusieurs annexes.

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Vous faites état de difficultés dans le recrutement de professionnels de soins qualifiés. Il s'agit en effet d'un constat assez généralisé sur le secteur. Dans le cadre du plan d'actions national pour les métiers du grand âge et de l'autonomie 2020-2022, sachez que l'Agence a travaillé et poursuit ses actions, en concertation avec les gestionnaires, afin d'améliorer l'attractivité des emplois de l'autonomie et à garantir la qualité des prestations par l'évolution des pratiques professionnelles.

Néanmoins, le turn-over « managérial » et les difficultés rencontrées par l'établissement ont très certainement contribué à fragiliser l'effectif. Il vous appartient à ce titre de mettre en place les leviers favorisant la stabilisation et la fidélisation des équipes.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse par la mission avec l'appui technique du Docteur [REDACTED] médecin inspecteur du pôle Mission inspection évaluation contrôle, j'ai l'honneur de vous notifier mes 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 :

- Sécuriser l'organisation des soins et du circuit du médicament ;
- Mettre en œuvre une véritable politique Qualité-Gestion des Risques et de prévention de la maltraitance ;
- Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé des résidents ;
- Poursuivre les efforts engagés en matière de gestion des ressources humaines, et veiller à un climat social apaisé, **avec l'appui du siège de COALLIA.**

L'organisme gestionnaire COALLIA doit en parallèle accompagner le directeur en poste depuis août 2022 afin de poursuivre la mise en œuvre du plan d'actions. Pour cela, il est nécessaire de s'appuyer sur les constats mentionnés dans le rapport. Les échanges avec les professionnels sont à mettre en œuvre afin de les impliquer dans l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents accueillis à l'EHPAD Stéphane Hessel.

En outre, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration, ainsi qu'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, Pôle Autonomie – Service Politique Grand Âge.

Vous veillerez à lui 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.

Je vous rappelle 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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

général
niale de
hône-Alpes

EGES

Copie à Monsieur le directeur de l'EHPAD Stéphane HESSEL

LRAR 2C 166 517 39478

of the...
of the...
of the...

of the...

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).

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD « Stéphane HESSEL » à
Saint-Etienne – 10, 11 et 17 mai 2022

N°	INJONCTION	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Pallier sans délai la carence de pilotage / sécurisation de l'organisation et de la gestion des ressources humaines dans l'établissement afin de garantir la continuité et la sécurité des prises en charge des residents ; cela inclut notamment de : - assurer un suivi quotidien rigoureux des effectifs, sur l'ensemble des postes - être vigilant sur le recrutement des effectifs, et respecter toutes les étapes d'une procédure de recrutement - identifier un référent « plannings » afin d'élaborer des plannings actualisés en continu et validés par la direction - retravailler et mettre en cohérence les différents outils RH et en assurer une mise en œuvre homogène au sein de la structure, validée par la direction	RM4 – RM5 – RM11 – RM12	immédiat	Concernant les 3 premiers points de l'injonction, il est pris note de la nomination au 1^{er} mars 2023 d'une salariée de l'établissement en qualité de technicienne administrative en charge de la planification des besoins en personnel, de l'établissement et du suivi des contrats de travail, ainsi que du suivi journalier du personnel et de la transmission des éléments variables de paie. La fiche de poste rédigée, mais non visée, ainsi que la note de service à destination du personnel informant de cette nomination sont jointes à votre réponse. Il est indiqué également que cette salariée : - bénéficie d'un accompagnement rapproché assuré par un référent RH de la direction RH de Coallia ; - qu'elle dispose par ailleurs de modules de formation via le logiciel métier de l'association ; Par ailleurs, un point de situation RH est organisé quotidiennement avec le directeur de l'établissement. S'agissant du 4^{ème} point de l'injonction, il est indiqué que la nomination d'une technicienne administrative-ADP, en lien avec le directeur de l'établissement, contribue à l'amélioration de la gestion et du suivi du personnel, via les deux systèmes d'information existants au sein de l'établissement : - logiciel métier « [REDACTED] » (gestion du processus de recrutement dans toutes ses étapes en lien avec le siège ; planification, gestion et suivi des EAE ; suivi de la production des contrats de travail et avenants, absences, congés...) ; - logiciel métier « [REDACTED] » (gestion de la paie

				et des flux bancaires en lien avec la trésorerie et les banques, l'archivage de documents et des bulletins ; gestion du temps de travail).
				Au vu de ces éléments, l'injonction est LEVEE. Néanmoins, cette mesure s'inscrivant dans la durée, il vous appartiendra de poursuivre les efforts engagés pour l'amélioration du pilotage / sécurisation de l'organisation et de la gestion des ressources humaines dans l'établissement, en maintenant une collaboration étroite du siège de Coallia avec la structure. Par ailleurs, la fiche de poste validée par toutes les parties, ainsi que les attestations de formations suivies par la technicienne administrative, et tout élément de preuve concernant son accompagnement rapproché assuré par le référent RH de Coallia devront être transmis dans le cadre du suivi des mesures.

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Sécuriser l'organisation des soins et de la prise en charge des résidents, en garantissant les mesures suivantes : - un temps infirmier suffisant chaque jour, - la continuité de la prise en charge sur les différents secteurs, notamment au sein des UP, et sur les différentes plages horaires, - le nombre et la qualification des personnels affectés aux soins, - des missions redéfinies en fonction de la	RM9 RM10 RM6 - R32	Immédiat Immédiat Immédiat	Concernant les points 1 à 7 de la prescription 1, il est pris note, avec pièces justificatives à l'appui, ou à venir selon votre réponse : - des différentes démarches entreprises depuis plusieurs mois pour le recrutement de personnels qualifiés IDE et AS dans un contexte de pénurie de professionnels de soins qualifiés (publication d'offres d'emploi en CDI, participation à deux JOBDATING en avril et recours à l'intérim en tout dernier recours) ; - du recrutement d'une IDE à temps complet en CDI à compter du 10 juillet 2023, et de 3 ASG dont deux en CDI ; - d'une nouvelle organisation du temps de travail tenant compte

qualification afin d'éviter les glissements de tâches et de fonctions, et l'élaboration de fiches de tâches connues des personnels,	R31 – R40	1 mois	des roulements, des pauses et des transmissions dans les étages et unités de vie protégées, ainsi que d'une nouvelle organisation des soins pour faire face à la pénurie de professionnels qualifiés ;
- la solidité de l'encadrement des soins, - l'accès au logiciel de soins (codes personnels et appropriation de l'outil), - la bonne transmission des informations au sein de l'équipe soignante, par la formalisation de temps d'échanges communs, mais également des temps de formation sur les consignes/formations pour réaliser les transmissions écrites, notamment ciblées, des observations issues des accompagnements quotidiens des residents, - l'actualisation et la rédaction de protocoles spécifiques et la formation des personnels à leur mise en œuvre.	RM8 – R18 RM13 RM15 – RM16 – R33 E9 – RM17 – RM19	3 mois Immédiat 3 mois 3 mois	- de votre recours à 4 apprentis en cours de formation d'AS à l'IRFSS AURA dans le cadre d'un partenariat avec le Centre de formation d'apprentis géré par la Croix Rouge Française ; - d'un ASH en cours de VAE pour devenir ASG, et de deux agents occupant actuellement des postes d'agents de soins susceptibles de partir en formation d'aide-soignant sous réserve de la validation des épreuves ; - de la clarification des attributions et des responsabilités de chaque personnel par la réalisation/mise à jour des fiches de tâches des AS par étage et horaire, des IDE, et des fiches de tâches en UVP ; - de l'encadrement d'un cadre de santé depuis le 15 mai 2023 ; - d'un accès nominatif à l'ensemble des professionnels de soins au logiciel métier OSIRIS ; - de l'institutionnalisation de trois temps quotidiens de transmission dans un planning qui est affiché dans chaque salle de soins, et de la sensibilisation par l'IDE référente des équipes au sujet des transmissions écrites le 21 mars 2023. Il est pris note également de votre décision de ne plus recruter de professionnel intérimaire pour des raisons budgétaires.
Par ailleurs, concernant le dernier point relatif aux protocoles : 1-L'établissement a transmis différents protocoles tous actualisés au 20 décembre 2022 ; ils sont au nombre de 10. Cela permet de répondre partiellement à la RM17. Selon la réponse de l'établissement, ils feront l'objet du visa de la cadre de santé, du médecin coordonnateur et du directeur avant leur mise en œuvre, des encarts sont prévus à cet effet sur la dernière page de chaque protocole. Concernant la bonne connaissance des professionnels, il a été			

			élaboré une programmation de temps informatifs auprès des personnels, sur l'existence des protocoles de soins en vue d'une appropriation. Cela a débuté au 15 mai et se poursuivra jusqu'au 16 juin. Il est indiqué que les feuilles d'émargement du personnel seront communiquées au plus tard le 31 juin. Les protocoles transmis sont relatifs : - Aux « soins de nursing » ; il décrit le déroulement (matériel, réalisation) de la toilette et des changes et les modalités de prévention d'escarre (hygiène corporelle, mobilisation, effleurage des points d'appuis). - Aux « soins hydratation » ; il rappelle des définitions sur les besoins d'hydratation de la PA et les actions à réaliser, mais le descriptif des apports possibles n'est pas suffisamment détaillé, et la fiche du suivi d'hydratation hebdomadaire pour chaque résident manque de précision sur les modalités du recueil des quantités absorbées en fonction du moyen d'hydratation utilisé. - A l'« Escarre : prévention et soin » ; il décrit l'intérêt des soins d'hygiène et de l'effleurage et aussi de la bonne installation du résident sans indication des modalités, et l'évaluation du risque d'escarres n'est pas abordée. La prise en charge thérapeutique est succinctement développée selon chaque stade clinique. - A l'« aide à la prise en charge des troubles du comportement » ; il évoque des points généraux simples (définition et étiologies principales), il énonce l'évaluation NPI utilisée mais celle-ci est partielle (ce qui ne permet pas la cotation globale du NPI-ES), la recherche de solutions non médicamenteuses est détaillée ainsi que le bon comportement pour leur prise en charge, le traitement de certaines causes est exposé.
--	--	--	--

			- A l'« hypoglycémie », description de la conduite à tenir. - A la « prévention de la dénutrition » ; il ne présente que les mesures à mettre en place pour enrichir l'alimentation en protéines, aucune référence n'est faite notamment aux RBPP de la HAS de novembre 2021 pour les critères de diagnostic de la dénutrition, et il n'évoque pas les particularités de l'organisation de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition des résidents accueillis sur l'EHPAD. - Aux « plan de soins individualisés » ; il présente l'organisation de la programmation et méthode pour réaliser les plans de soins de nursing et techniques, et leur réactualisation régulière. - A la « sécurisation de la dispensation médicamenteuse », relative à la distribution et à l'aide à la prise des médicaments, à l'effectivité de leur traçabilité (refus/prise), et à la sensibilisation aux erreurs médicamenteuses, au stockage centralisé des médicaments afin de vérifier les dates de péremption. - Au « suivi du poids des résidents » ; il décrit l'organisation du suivi du poids des résidents et de leur état nutritionnel, et les modalités pour lutter contre le jeûne nocturne ; Par ailleurs une note de différents rappels rédigée par le directeur (07/04/23) énonce notamment les heures de repas, l'importance de distribuer les compléments alimentaires prescrits, le constat de perte de poids des résidents récente de manière importante, l'indication des textures alimentaires est prescrite par le médecin. 2-L'établissement n'a pas répondu à la RM 19 car aucun protocole relatif à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs complété et mis à jour n'a été transmis
--	--	--	--

3-L'établissement ne répond pas à l'écart N° 9, sur l'ensemble des protocoles relatifs à la PEC thérapeutique, en effet :

-Les traitements antalgiques n'ont pas fait l'objet de la formalisation de protocoles préétablis, écrits et signés par un médecin et intégrés dans le dossier de soins infirmiers, ce qui ne permet pas à l'infirmier ou l'infirmière de les entreprendre de manière sécurisée (cela ne répond pas à l'article R. 4311-8 du CSP).

-Les protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable n'ont pas été élaborés et transmis, ce qui ne permet pas, en l'absence d'un médecin, à l'infirmier ou l'infirmière de les mettre en œuvre face à une situation relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique (cela ne répond pas à l'article R.4311-14 du CSP).

Compte tenu de ces éléments, et de l'envoi à venir de plusieurs documents annoncés dans votre réponse, la **prescription 1 est MAINTENUE dans sa globalité** dans l'attente des éléments de preuve suivants :

- La copie des contrats à durée indéterminée ou déterminée signés suite aux recrutements de [REDACTED] (IDE à [REDACTED] temps complet à compter du 10 juillet 2023), Mesdames [REDACTED] (ASG en CDI), et Mme [REDACTED] (ASG en CDD), ainsi que leur fiché de poste émargée.

- Tout justificatif de formation d'AS ou d'ASG, en cours ou à venir, concernant les agents suivants : Mesdames [REDACTED] ; Monsieur [REDACTED]

- Les feuilles d'émargement du personnel concernant la présentation des fiches de tâches et la sensibilisation à leur mise en œuvre par la cadre de santé.

- L'extraction de la liste du personnel ayant accès au logiciel de

			soin [REDACTED] avec leur fonction dans l'établissement. - Les feuilles d'émargement du personnel concernant la sensibilisation des équipes au sujet des transmissions écrites, ou tout autre justificatif. - L'ensemble des protocoles attendus datés, mis à jour et validés, ainsi que les feuilles d'émargement du personnel relatifs à la prise de connaissance de ces protocoles.		
2	Garantir l'effectivité des missions du médecin coordonnateur en conformité avec la réglementation (article D. 312-158 du CASF) et clarifier son positionnement et son rôle auprès des équipes.	E10 – R41	Immédiat		Au vu des éléments de réponse apportés, la prescription 2 est LEVEE . Néanmoins, il vous appartiendra de veiller à la bonne collaboration entre le médecin coordonnateur en poste et la cadre de santé nouvellement recrutée, afin d'éviter les écueils du passé. Le rapport d'activité médicale annuel devra également être amélioré dans son contenu, et transmis à l'ARS chaque année.
3	Mettre en place des mesures contribuant à développer la culture qualité et la gestion des différents risques, crises et situations d'urgence en s'assurant de leur bonne appropriation par les personnels, notamment : - Structurer une démarche qualité prenant notamment en compte les résultats des évaluations, la formation et l'appropriation des outils par le personnel, - Structurer et promouvoir une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance en application, notamment, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS//ANESM et s'assurer de son appropriation par tous, - Organiser de manière opérationnelle le	R10 à R14 – R16 RM2 – R15 E5 – RM3	6 mois		Il est pris note de votre engagement à répondre à la prescription 3 dans les délais impartis. Dans l'attente de la réception d'éléments de preuve probants, la prescription 3 est MAINTENUE.

	recueil, l'analyse, le traitement, le signalement et le suivi des événements indésirables graves et des réclamations (articles L. 1413-14 du CSP, L. 311-8 et R. 331-8 du CASF), en veillant à ce que les équipes soient formées et s'approprient les outils existants, - Elaborer un plan bleu complet et actualisé en référence au guide général d'élaboration du plan bleu de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (art. D312-160, R313-31 du CASF), - Actualiser le document d'analyse du risque infectieux (DARI).	R17		
	- Actualiser le document d'analyse du risque infectieux (DARI).	R42		
4	Structurer l'organisation des soins aux besoins spécifiques de la population accueillie, et développer les outils pour une meilleure prise en charge et partage d'informations : - Formaliser et/ou actualiser pour chaque résident accueilli un projet de soins personnalisé, déterminé de façon collégiale, afin de cibler les différents accompagnements et prises en charge en soins dans toutes les dimensions du soin (préventif, thérapeutique...), et en définissant une programmation de son élaboration et actualisation ; - Organiser la programmation des plans de soins de nursing et techniques en lien avec les besoins et l'évolution de chaque résident ; - Equiper les professionnels d'outils leur	E11	6 mois	Il est indiqué que : - Les mesures sont en cours de réalisation dans le délai imparti. - Tous les plans de soins ont été actualisés et communiqués le 31 août 2022 avec le plan d'actions mis à jour, et que leur mise à jour par la cadre de santé interviendrait au plus tard le 16 juin 2023. - L'ensemble du personnel dispose d'un accès au logiciel métier OSIRIS, qu'un accompagnement régulier est assuré pour prendre en main les fonctionnalités du logiciel, et qu'un classeur est placé désormais dans chaque salle de soin afin de faciliter l'appropriation par le personnel des actes à réaliser et des pratiques associées. Néanmoins, les éléments de réponse apportés appellent les observations suivantes : - Les plans de soins de nursing transmis (pièces 39 à 128) sont formalisés pour 89 résidents au 31 août 2022, mais il ne peut être vérifié que tous les résidents accueillis à cette date ont eu l'élaboration de leur plan de soins (pas de connaissance du
		RM20	1 mois	
		R43	3 mois	

permettant la vision globale de leurs actes en soin et faciliter la traçabilité de l'effectivité.			nombre de résidents présents au 31 août 2022). Pour rappel, au jour de l'inspection, 93 résidents étaient accueillis en hébergement permanent. - Concernant l'élaboration des plans de soins techniques (IDE), aucune réponse n'a été faite par la structure. Les plans de nursing présentent 3 colonnes, ce qui permet d'identifier pour chacune : - Des données sur la connaissance de la personne (histoire de vie, son mode d'expression, la façon de communiquer avec elle, les particularités et besoins, la conduite à tenir en cas de crise et refus de soins). Cet encart est partiellement rempli. La personnalisation des plans est très incomplète. - L'accompagnement au quotidien permet de présenter les différents temps de la journée et les besoins en accompagnement (déplacement, capacité de mobilisation, alimentation etc....). Cet encart est partiellement rempli. - L'accompagnement aux soins d'hygiène. Les actes à faire de chaque plan de soins ne sont pas cochés comme cela devrait apparaître sous le logiciel de soins mais surligner en jaune, ce qui correspond à une réalisation manuscrite après leur édition. Par ailleurs la traçabilité de l'acte fait ne peut pas être précisée sur ce plan de soins. L'établissement n'a pas transmis l'organisation en place pour réaliser et réactualiser régulièrement les plans de soins de nursing et techniques qui relève de la cadre de santé. Compte tenu de ces éléments, la prescription 4 est MAINTENUE dans sa globalité. Il vous appartiendra de transmettre : la programmation des projets de soins personnalisés à établir ; des éléments de réponse concernant l'élaboration des plans de
--	--	--	--

- pour l'année à venir et de recenser les besoins de formation, - Assurer un suivi et une analyse des taux d'absentéisme et de turn-over, et travailler les leviers d'actions envisageables, - Elaborer un plan de formation annuel adapté aux besoins liés au type de public accueilli et au personnel, et en assurer un suivi. S'assurer que l'ensemble des agents ont connaissance du plan de formation et des modalités de recensement de leurs besoins de formation, - Formaliser l'accueil et l'accompagnement des nouveaux professionnels et sécuriser la prise de poste de l'ensemble des agents (y compris les CDD courts et l'intérim); - Mettre à jour l'organigramme de l'EHPAD	RM7 - R22	Annuel	Sur le quatrième point, il est indiqué qu'un audit RH doit être réalisé par la Direction RH de Coallia et qu'il sera adressé dans le délai imparti.
	R24	6 mois	Concernant le cinquième point, il est pris note de l'élaboration en cours de validation d'un plan de formation qui sera adressé dans le délai imparti.
	R25 - R26	3 mois	Sur la question de l'accueil et l'accompagnement des nouveaux professionnels, il est pris note de la mise en oeuvre du parcours d'intégration des nouveaux arrivants dans l'établissement. Le nouveau "Pack intégration" de Coallia, édition 2023, est remis aux nouveaux professionnels. Vous indiquez qu'il se compose d'un livret d'accueil et de fiches pratiques (check-list, découverte, tutorat ...) permettant de baliser les étapes clés à suivre dès l'arrivée du collègue mais aussi de communiquer les informations utiles pour l'accompagner les premières semaines. Néanmoins, à la lecture du document adressé, la sécurisation de la prise de poste des agents n'est pas garantie. En effet, le document n'aborde pas la mise en oeuvre d'actions telles que le doublage et/ou le tutorat pour l'accompagnement d'un nouvel arrivant.
	R2	4 mois	Il est pris note de la mise à jour de l'organigramme de l'établissement. Les éléments transmis permettent de répondre aux remarques n° 2 (R2), n° 20 (R20) et n° 23 (R23).

				La prescription 6 peut donc être LEVEE en partie. Il vous appartiendra de transmettre tout élément de preuve probant concernant l'écart n° 7, et les documents suivants : - les résultats de l'audit RH en cours, - le plan de formation annuel validé, - les modalités concrètes mises en oeuvre et formalisées pour l'accompagnement d'un nouveau professionnel et la sécurisation de sa prise de poste. Vous indiquez avoir mis en conformité la composition du CVS avec la réglementation. Le compte-rendu du CVS du 1er mars 2023, non validé et sans qualification des personnes présentes, est joint ainsi qu'un projet de règlement intérieur du CVS. Les éléments transmis ne permettent pas de répondre en totalité à la prescription.
7	Garantir la prise en compte des droits des usagers dans le respect de la réglementation et notamment: - Organiser le fonctionnement du CVS conformément à la réglementation en vigueur (art. D311-4, D311-5, D311-16, D311-19 et D311-20 du CASF),	E4 – R7	3 mois	En l'état, la prescription 7 est MAINTENUE. Dans le cadre du suivi des mesures par le pôle autonomie de la DD 42-ARS, il vous appartiendra de communiquer le PV du résultat des élections du CVS et/ou la composition du CVS, le règlement intérieur du CVS validé, les comptes-rendus signés des réunions programmées sur le 2ème semestre 2023 avec contenu des échanges et liste des participants, ainsi que toute autre élément justifiant l'information faite aux familles Vous indiquez que les mesures seront réalisées dans le délai imparti sans autre précision.
8	Concernant les projets d'accueil personnalisés : - Elaborer un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé actualisé pour chaque résident conformément à la réglementation en vigueur (art. L.311-3 du CASF) et dans le respect des RBPP de la HAS/ANESM	E8	6 mois	En l'état, la prescription 8 est MAINTENUE. Il vous appartiendra de transmettre la programmation des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) à établir, ainsi que le modèle type de PAP et les comptes-rendus de réunions de synthèse des projets associant les personnels le cas échéant.

9	Organiser le suivi des poids des résidents et de leur état nutritionnel, et veiller à ce que la durée du jeûne nocturne respecte les recommandations de la HAS en la matière (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée)	RM14 – R39	Immédiat	La procédure de suivi des poids transmise décrit l'organisation du suivi des poids des résidents et de leur état nutritionnel, ainsi que les modalités pour lutter contre le jeûne nocturne. Une note de service du directeur, daté du 7 avril 2023, énonce également différents rappels en la matière : heures des repas, importance de distribuer les compléments alimentaires prescrits... Au vu des éléments de réponse, la prescription 9 est LEVEE. Néanmoins, cette mesure s'inscrivant dans la durée, il vous appartiendra de veiller à l'application sur le long terme de la procédure relative au suivi des poids, et à son appropriation par le personnel.
10	Actualiser et compléter les outils de la loi 2002-2, notamment : - le règlement de fonctionnement, en l'affichant dans l'établissement (article R. 311-33 et suivants du CASF, instruction N° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux), - le livret d'accueil et le contrat de séjour (articles L. 311-4 et D. 311 du CASF)	E3 – R37 – R38	3 mois	Il est pris note de l'actualisation du livret d'accueil au 11 mars 2023, et du modèle type de contrat de séjour au 20 mai 2022. Ces deux documents ont été transmis en double exemplaire chacun. En revanche, le règlement de fonctionnement, transmis là encore en deux exemplaires, est le même que celui récupéré sur site aux jours de la mission d'inspection. Il date du 26 janvier 2016 et n'a pas été réactualisé depuis plus de 5 ans. Par ailleurs, la preuve de son affichage n'a pas été transmise contrairement à ce qui est mentionné dans la réponse. Compte tenu de ces éléments, la prescription 10 est MAINTENUE dans sa globalité. Il vous appartiendra de transmettre le règlement de fonctionnement actualisé et conforme aux attendus réglementaires. La preuve de son affichage dans l'établissement devra également être jointe.
11	Mettre à jour le registre des entrées-sorties des résidents (art. L. 331-2 du CASF)	E1	Immédiat	Il est pris note de la mise à jour du registre des entrées et sorties des résidents avec photocopies des pages à compter des entrées réalisées depuis le début d'année 2023. Il est rappelé que la tenue d'un registre des entrées et des sorties est

				strictement obligatoire dans tout EHPAD.
				Au vu de ces éléments, la prescription 11 est LEVEE.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Sécuriser le circuit du médicament avec notamment l'actualisation/élaboration de protocoles de soins élaborés par les soignants, leur diffusion et leur appropriation par les agents, pour encadrer : la distribution et l'aide à la prise des médicaments, l'effectivité de leur traçabilité avec le recueil notamment de la prise ou du refus, la sensibilisation à la déclaration d'erreurs médicamenteuses, l'évaluation par les IDE du bon déroulement de ces actes	RM18	Immédiat	Il est pris note de l'actualisation du protocole relatif à la « sécurisation de la dispensation médicamenteuse » en date du 20 décembre 2022 : distribution et aide à la prise des médicaments, effectivité de leur traçabilité (refus/prise) et sensibilisation aux erreurs médicamenteuses, au stockage centralisé des médicaments afin de vérifier les dates de péremption. Vous précisez que tous les protocoles doivent encore faire l'objet d'un visa par la cadre de santé, le médecin coordonnateur et le Directeur avant leur mise en oeuvre, et que le personnel sera sensibilisé à l'existence de ces protocoles par la cadre de santé. Vous indiquez que les feuilles d'émargement du personnel seront transmises le 31 juin au plus tard, et que l'ensemble des protocoles actualisés seront mis à disposition du personnel dans un classeur placé dans chaque salle de soin. Dans l'attente de la réception du protocole validé et daté, et d'éléments de preuve de la démarche de formation des personnels sur les protocoles, la recommandation 1 est MAINTENUE.

2	Organiser la gestion des absences de la direction dans le cadre de subdélégation et de procédures formalisées et à jour, et la rendre lisible pour l'ensemble du personnel	R3 – R4	1 mois	Un protocole d'astreinte daté du 19 mai 2023 et signé du directeur a été transmis. Ce protocole rappelle l'objet de l'astreinte, à quel moment elle doit être déclenchée, et indique qu'un classeur « conduite à tenir » est à disposition des équipes pour les aider face à des situations complexes. Un rappel est fait des numéros d'urgences à composer face à des situations d'urgences. Le directeur et la cadre de santé se partagent l'astreinte selon un planning disponible à l'infirmerie mais qui n'a pas été transmis. Au-delà des astreintes, aucune réponse n'est apportée sur la continuité de direction en cas d'absence ou d'empêchement de la direction. Compte tenu de ces éléments, la recommandation 2 est MAINTENUE. Il vous appartiendra de transmettre le planning des astreintes pour 2023, et tout élément probant concernant l'organisation de la continuité de direction pendant les absences du directeur.
3	Mettre en oeuvre toute mesure pouvant contribuer à un climat social apaisé, notamment : - Implication du siège au sein de l'établissement en appui à la direction, - Programmer les visites obligatoires des salariés auprès de la médecine du travail, - Mise en oeuvre des préconisations formulées à l'occasion de l'enquête conjointe paritaire de février 2021, - Actualisation du DUERP en prenant en compte	R1 R21 R28 – R29 R30	Immédiat	Sur le premier point, vous indiquez que les services du siège social de Coallia ont renforcé leur appui, notamment en matière RH, budgétaire et SI, afin d'accompagner l'établissement dans la gestion et le suivi des difficultés rencontrées. Ces éléments permettent de répondre à la Remarque n° 1 (R1) qui doit cependant s'inscrire dans la durée. Sur le deuxième point, vous indiquez que l'ensemble du personnel employé par l'établissement bénéficie d'une visite obligatoire auprès de la médecine du travail, et que la liste du personnel concerné est jointe. Néanmoins, sauf erreur de ma part, le document évoqué n'a pas été transmis. Concernant le troisième point, vous joignez une restitution

	tous les risques professionnels identifiés au sein de l'établissement, et partager ce document avec les équipes.		synthétique des observations et mesures prises par la direction de l'établissement en réponse au compte-rendu établi les 2 et 3 février 2021 par la commission paritaire. Ces éléments permettent de répondre à la Remarque n° 29 (R29). Enfin, sur le quatrième point, vous attirez l'attention de la mission d'inspection sur le fait que le retard dans l'actualisation du DUERP s'explique par le fait que Coallia a mis en place la dématérialisation des DUERP, mais que celui-ci sera adressé dans les meilleurs délais. Vous indiquez par ailleurs qu'un audit des risques psychosociaux a été réalisé du 15 au 17 mai 2023 dans l'établissement par la préventrice santé sécurité au travail à la direction RH de Coallia. Dans l'attente de la réception de la liste du personnel ayant bénéficié de visites obligatoires auprès de la médecine du travail avec les dates effectives, des résultats de l'audit sur les risques psychosociaux et de l'actualisation du DUERP, la recommandation 3 est MAINTENUE dans sa globalité. Vous indiquez que la liaison avec les représentants du personnel s'opère désormais directement par la direction générale, et non plus via la direction régionale. Néanmoins, dans l'attente de la réception du planning des réunions entre les représentants du personnel et la direction, de comptes-rendus 2022-2023 relatifs au CSE, aux SCSST, ou à d'autres réunions avec les représentants du personnel, la recommandation 4 est MAINTENUE. Il est pris note de la tenue d'une assemblée générale des salariés le 7 avril 2023, et de réunions de présentation des nouveaux entrants les 17 et 19 mai 2023. Dans le tableau transmis des mesures prises suite à la commission paritaire, vous indiquez que des groupes d'échanges
4	Rétablir un dialogue social constructif et formaliser les échanges entre la direction régionale et les représentants du personnel	R8 – R9	Immédiat
5	Développer la communication interne indispensable à la construction d'un véritable travail d'équipe, et à un climat social apaisé : - en organisant des temps d'échanges réguliers	RM1 – R5 –	

	entre la direction et les équipes, et en formalisant davantage la transmission des informations, - en favorisant l'échange des pratiques, et en veillant à ce que le dispositif existant soit opérationnel	R6 R27	3 mois	pourraient être envisageables dès que les effectifs seront stabilisés et pérennes. Dans l'attente d'éléments plus probants (comptes-rendus de réunions...), la recommandation 5 est MAINTENUE . La recommandation s'inscrit dans la durée.
6	Concernant l'admission : - Formaliser une procédure d'admission pour l'hébergement temporaire	R36	3 mois	Il est pris note de l'actualisation de la procédure d'admission qui intègre désormais l'hébergement temporaire. La recommandation 6 est LEVEE .
7	Sécuriser les systèmes d'information tant en interne que pour les personnes extérieures	R34	Immédiat	Il est pris note d'un audit en cours de programmation. Dans l'attente d'éléments plus probants, la recommandation 7 est MAINTENUE .
8	Compléter les dossiers administratifs des résidents afin de garantir le respect des droits des usagers	R35	1 mois	Il est pris note de la réalisation d'un audit le 9 janvier 2023 par une assistante sociale d'un autre établissement géré par Coallia afin de vérifier la complétude des dossiers des résidents au sein de l'EHPAD. Un état des lieux de la situation est joint ; il continue à servir de base pour la constitution des dossiers. Compte tenu de ces éléments, la recommandation est LEVEE . Celle-ci s'inscrit néanmoins dans la durée.

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD « Stéphane HESSEL » à Saint-Etienne (42) – 10, 11 et 17 mai 2022

