

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La directrice générale

Réf. : 264933 - PMIEC
AR 2023 047 389 A

Le Département de la Haute-Loire

Président du Conseil d'administration
ASSOCIATION LES GENETS
Chemin DES ENFANTS A LA MONTAGNE
43400 LE CHAMBON SUR LIGNON

LYON, le - 5 DEC. 2023

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

PJ : 2
- Mesures correctives définitives
- Rapport d'inspection modifié

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 « Les Genêts » à LE CHAMBON-SUR-LIGNON le 5 juillet dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

A la suite de la visite sur site, un courrier d'alerte vous a été adressé le 21 juillet 2023 sur plusieurs points critiques : défaut d'encadrement de l'établissement (absence de direction et d'IDEC), présence soignante insuffisante au sein de l'Unité de Vie Protégée (UVP), manque de sécurisation des locaux.

Vous avez apporté des éléments de réponse par courrier du 31 juillet 2023.

Les recrutements envisagés n'ayant pas eu lieu et les autorités de contrôle n'en ayant pas été informées, nous vous avons enjoint, par courrier du 26 septembre 2023, d'organiser sans délai le remplacement de la directrice et de l'IDEC. Dans l'attente il vous était demandé d'organiser, sécuriser et formaliser la continuité des fonctions de direction, et la coordination des soins.

Par courrier du 03 octobre 2023, vous nous avez informées du recrutement d'une directrice et d'une IDEC au 01 novembre 2023. Cependant cette réponse n'était accompagnée d'aucun document justificatif concernant ces futures embauches, ni d'information sur l'organisation transitoire mise en place pour assurer la continuité des fonctions de direction et de coordination des soins.

Aussi, un nouveau courrier vous a été adressé le 18 octobre 2023 pour apporter ces éléments. Vous avez transmis des documents justificatifs le 27 octobre 2023 (promesses d'embauche et CV des futures directrice et IDEC).

Dans votre courrier du 16 novembre 2023 en réponse aux mesures correctives envisagées, vous transmettez les diplômes et contrats de travail de ces deux professionnelles nouvellement arrivées. Par ailleurs, à la demande de la mission, la directrice a transmis le document unique de délégation le 22 novembre dernier.

Sur l'injonction définitive prononcée le 26 septembre 2023, nous constatons que les recrutements d'une directrice et d'une IDEC permettant d'assurer l'encadrement de l'établissement sont effectifs. Il conviendra de formaliser les modalités de continuité de la fonction de direction de manière pérenne. Il est important de veiller à la stabilité de ces deux postes.

Enfin, compte tenu des multiples demandes que ce sujet a nécessité, nous vous rappelons les dispositions de l'article L. 313-1 du CASF qui prévoit que « Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. »

Concernant les autres mesures correctives :

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 26 septembre 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés. En l'absence de réponse de votre part dans le délai imparti et compte tenu de la nécessaire implication de la nouvelle directrice et de l'IDEC dans le contenu de la réponse à apporter, un délai complémentaire de 15 jours vous a été accordé.

Par mail du 02 novembre 2023, vous demandez d'apporter deux corrections sur le rapport, qui sont prises en compte dans le document ci-joint « Rapport modifié » et notifiées en bas de page.

S'agissant des mesures correctives envisagées, vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 16 novembre 2023.

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.

L'ensemble des prescriptions et réalisations sont maintenues, soit dans l'attente de leur réalisation compte tenu de la prise de poste récente de la directrice et de l'IDEC, soit parce qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'un accompagnement de qualité des résidents à mener sur le long terme.

Le suivi de leur réalisation sera à conduire dans le cadre d'une démarche Qualité globale impliquant les professionnels et la gouvernance de l'établissement (direction et conseil d'administration). Ce suivi pourra être formalisé par un plan d'action précisant le(s) professionnel(s) pilote(s) de l'action, et les échéances prévues. Ce plan d'action Qualité pourra être alimenté régulièrement des axes d'amélioration attendus, suite aux événements indésirables, réclamations, évaluations à venir...

Nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration 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 Haute-Loire, et les services du Conseil Départemental de la Haute-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, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.



Copie à Mme la directrice

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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

Nature des mesures correctives

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

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

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

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous demandons de :			
Sur la gouvernance				
1	Mettre en place et formaliser une procédure et un dispositif de recueil, de traitement et de suivi des EI/EIG/EIGS, dans le cadre d'une démarche Qualité visant à éviter la répétition des événements. Former et inciter les professionnels au signalement. Organiser et formaliser une démarche pour procéder à une analyse partagée des situations soulevées par les événements indésirables et les réclamations (ex : CODIR, Comité de gestion des risques), et en assurer le suivi. Informier les autorités de contrôle des événements indésirables graves, conformément à l'article L 331-8-1 du CASF. Les modalités de déclaration sont accessibles via le lien suivant : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/evenements-indesirables-dans-le-secteur-medico-social-0	E majeur 1 R1 – R2	Fin 2023 et sur la durée	Réponse du gestionnaire : <i>La structuration du recueil, du traitement, de la déclaration des événements indésirables ainsi que la sensibilisation des personnels sera effective au terme de l'année 2023.</i> Les éléments justificatifs (procédure de recueil, traitement et suivi des EI – incluant le signalement aux autorités de contrôle des EIG / date, modalités et professionnels sensibilisés à la démarche de signalement) devront être communiqués pour attester de cette réalisation. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.

2	Actualiser le projet d'établissement, conformément aux dispositions des articles L. 311-8, D. 311-38, et D. 344-5-5 du CASF.	E1	Fin 1 ^{er} semestre 2024	Réponse du gestionnaire : Il est prévu de retravailler le projet d'établissement, au cours des 6 premiers mois de l'année 2024, en prenant pour base les conclusions de l'auto-évaluation, menée durant le mois de Novembre 2023, le rapport d'inspection en date du 5 Juillet 2023 et l'évaluation du projet d'établissement 2017-2022 ainsi qu'en prenant en compte les objectifs du CRT. Le projet d'établissement, après consultation et validation des instances, devra être communiqué aux autorités de contrôle. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.
3	Veiller au respect des dispositions du décret du 25 avril 2022, modifiant les articles D. 311-3 et suivants du CASF, s'agissant de la composition, du nombre de réunions, et des sujets soumis à cette instance. Faire signer les comptes rendus des CVS par son président (article D311-20 du CASF).	E2 – E3 – E10 – E13	Immédiat et sur la durée	Réponse du gestionnaire : Du fait des mouvements des résidents, un appel à candidature est en cours afin d'offrir cette instance participative. De plus, le prochain Conseil de la Vie Sociale, prévu le jeudi 14 Décembre, s'organisera, notamment autour d'une réunion préparatoire. Enfin, répondant aux évolutions du Conseil de la Vie Sociale, une présentation des Evénements indésirables sera mise en œuvre. Le Calendrier de l'année 2024 sera transmis. La nouvelle composition du CVS devra être communiquée aux autorités de contrôle, avec le calendrier des réunions. Dans l'attente de sa réalisation complète, et cette prescription s'inscrivant sur la durée, elle est maintenue.

Actualiser et respecter la réglementation concernant le contenu : - Du règlement de fonctionnement (articles L. 311-7, R. 311-33 et suivants du CASF, instruction n° DSG/HFDS/DGS/2017/219 du 04 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation) - Du livret d'accueil (article L.311-4 du CASF) - Du contrat de séjour et ses annexes (décret n°2022-734 du 25/04/2022)	E11 – E12 – E13	Réponse du gestionnaire : L'établissement respectera le délai de 6 mois, à compter du recrutement de la directrice. Il convient de préciser à nouveau que le délai de mise en œuvre des mesures court à compter de la notification des mesures définitives, soit à réception du présent courrier. Le délai de 6 mois proposé initialement est donc plus favorable pour l'établissement (la directrice étant arrivée au 01/11/2023). En conséquence ce délai est maintenu. Les documents actualisés et validés seront à communiquer aux autorités de contrôle. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.
4		
Sur la prise en charge des résidents		

Améliorer la prise en charge des résidents au sein de l'UVP sur les aspects suivants : - Sécuriser la prise en charge en renforçant la présence aide-soignante en journée (Article L. 311-3 du CASF), - Définir dans le cadre du projet d'établissement le projet spécifique portant sur les objectifs et les modalités de prise en charge de cette unité, précisant notamment les conditions d'admission et de sortie (Recommandations de l'HAS/ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »), - Former les professionnels aux spécificités de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, - Sur les locaux : prévoir la possibilité d'une ouverture extérieure des WC, actualiser les repères temporels pour les résidents (date du jour). - Garantir une surveillance renforcée la nuit.	E majeur 3 R6 – R9 - R13 - R19 - R22 – R23	Immédiat et sur la durée Fin 1^{er} semestre 2024 Au plan de formation 2024 Semaine 47 Immédiat et sur la durée	Réponse du gestionnaire : L'action sera engagée au regard des conclusions de l'état des lieux, opéré, actuellement, par la Cadre de Santé. Une réorganisation des plannings et des affectations sera mise en œuvre, au cours du premier trimestre 2024. Un projet, spécifique à l'UVP, sera formalisé dans le cadre de l'actualisation du projet d'établissement. Le plan de formation 2024 intégrera des sessions, relatives à l'accompagnement et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et sera transmis au cours de la première quinzaine de janvier. La demande d'aménagements des locaux a été transmise à l'agent de maintenance pour une mise en œuvre semaine 47. Depuis son recrutement, l'encadrement vérifie, chaque jour, l'actualisation des repères temporels. Une attention particulière sera portée sur l'organisation du travail de nuit. Elle sera complétée par une réflexion, autour des profils de compétences intervenant la nuit. Au-delà du travail de réorganisation global mené par l'IDEC, la seule présence d'une AS jusqu'en milieu d'après-midi pour 12 résidents à l'UVP, dans des locaux qui ne facilitent pas leur surveillance, a été considérée comme une situation porteuse de risque par la mission et compromettant une prise en charge de qualité individualisée (ex : contention, accompagnement aux toilettes ...). Aussi dans l'attente de ce nécessaire état des lieux en vue d'une réorganisation des plannings et des affectations, un renfort en personnel sur cette unité spécifique reste d'actualité. Sur le projet d'établissement Cf. Prescription n° 2 supra. La réalisation des formations spécifiques (nombre et qualification des professionnels) sera à communiquer aux autorités de contrôle. La justification de la réalisation des aménagements par l'agent de maintenance est à transmettre également. Il en est de même pour les modalités retenues concernant l'organisation du travail de nuit. Dans l'attente de sa réalisation complète, la prescription est maintenue.
--	---	--	---

6	Veiller à la qualification des postes d'aide-soignant afin d'éviter les glissements de tâches et assurer la sécurité des prises en charge (l'article L.312-1 II du CASF).	E5	Immédiat et sur la durée	Réponse du gestionnaire : L'établissement est impliqué dans la formation des futurs professionnels. De plus, la Cadre de santé, nouvellement recrutée, veillera à renouveler les liens avec les écoles afin de construire un vivier de candidats. Il est pris acte de cet engagement. La prescription s'inscrivant sur la durée, est maintenue.
7	Garantir la sécurité des résidents (L. 311-3 du CASF) : - Par des réponses dans des délais rapides aux appels malades et assurer des contrôles réguliers sur ce point. S'assurer que le dispositif est facilement accessible pour le résident, - Attester des mesures prises, citées dans la réponse au courrier d'alerte sur la sécurisation des locaux (accès à des produits d'entretien, ouverture des escaliers extérieurs) par les éléments justificatifs (photo, protocole, note au personnel...).	E8 -- E9 R21	Immédiat et sur la durée Immédiat	Réponse du gestionnaire : Du fait du recrutement d'une Cadre de santé, la supervision des réponses aux sonnettes est mise en œuvre. Une traçabilité de ces contrôles sera formalisée. Le dispositif d'appel et son accessibilité seront vérifiés par l'encadrement, au cours du mois de Novembre. Au regard de cet état des lieux, une rencontre, avec le fournisseur, sera planifiée afin d'envisager les aménagements requis. Concernant la sécurité des locaux, un devis a été demandé à notre prestataire. La sécurisation sera effective mi-décembre. Un protocole sera élaboré et diffusé aux équipes, fin novembre. Il est pris acte de la traçabilité des contrôles des réponses aux sonnettes. Les modalités de cette formalisation seront à communiquer aux autorités de contrôle (ex : sur une semaine donnée). Le gestionnaire devra apporter les informations réalisées sur la sécurisation des locaux. Ceux-ci portaient à titre immédiat : sur la fermeture des portes donnant accès aux escaliers extérieurs dans les unités, et du portail d'accès piéton à l'entrée de l'établissement ; sur la fermeture des locaux techniques. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription est maintenue.

8	Veiller à mettre en place une prise en charge et un accompagnement individualisé, notamment : - Par l'organisation des modalités de recueil des habitudes, souhaits et besoins des résidents, et leur mise à jour, - Par l'élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soins et un projet de vie conformément aux articles L311-3 et D.312-155-0 du CASF, - Par l'identification d'un référent pour le résident permettant d'accompagner cette démarche.	E14 – E15 R24 – R26 – R27 – R28 – R31 Immédiat et sur la durée	Réponse du gestionnaire : Eu égard à l'état des lieux opéré, la Cadre de santé a pour mission de formaliser la démarche de nomination d'un référent, de recueil des habitudes de vie, d'élaboration des PAP et leur formalisation sur [REDACTED] La sensibilisation des équipes sera engagée, dès ce dernier trimestre 2023 afin d'impulser une nouvelle mise en œuvre. Cette information est, d'ores et déjà, effective, lors des temps de transmissions. Il est pris acte de cet engagement, et de l'implication des équipes dans cette démarche. Les éléments justificatifs seront également à transmettre (liste des référents, procédure d'élaboration des PAP, tableau de suivi et d'actualisation des PAP ...). La prescription s'inscrivant sur la durée, est maintenue.
Dont l'organisation des soins			

9	Dans le cadre de la réponse à l'urgence : - Compléter les DLU de toutes les données indispensables pour informer (notamment lors d'un transfert en ES) et assurer une prise en charge adaptée et sécurisée (ex : régime, texture alimentaire, vaccins...), - Elaborer un protocole de gestion de urgences médicales, intégrant notamment le nouveau dispositif d'astreinte IDE, - Formaliser une convention avec un établissement de santé pour assurer la prise en charge des résidents, notamment dans le cadre de l'urgence et des hospitalisations programmées, en lien avec le médecin coordonnateur (articles D. 312-158 et D. 312-155 du CASF). - Elaborer une liste du matériel/dispositif pour faire face aux urgences vitales, précisant les conditions de stockage et la vérification régulière de leur fonctionnement, et formaliser une procédure d'organisation de cette gestion. - Assurer le suivi régulier des dates de péremption de la dotation d'urgence, ainsi que le remplacement régulier du petit-matériel et des médicaments périmés.	E6 R11 – R34 – R43 – R44	Réponse du gestionnaire : La Cadre de santé et une infirmière sont missionnées pour effectuer la mise à jour des DLU, avant fin janvier 2024. La cadre de santé a vérifié la dotation d'urgence. Dès la semaine 47, la validation du médecin coordonnateur sera actée. Le médecin coordonnateur est mandaté pour engager une convention avec un établissement de santé. La traçabilité mensuelle du chariot d'urgence a été actualisée. Il est pris acte des améliorations apportées. Aucun élément justificatif n'a cependant été transmis sur la traçabilité de l'actualisation du chariot d'urgence. Les autres éléments attestant de la réalisation de cette prescription sont également attendus (protocole de gestion des urgences médicales, convention avec un ES, procédure concernant la dotation d'urgence ...). Dans l'attente de sa réalisation complète, la prescription est maintenue.
---	---	---	--

Actualiser les protocoles de soins, sensibiliser les professionnels, et améliorer la conduite à tenir face aux risques médicaux, pour une prise en compte adaptée et une bonne application des pratiques gériatriques (D. 312-158-5° du CASF). En particulier ceux portant sur : - La prise en charge des soins palliatifs, - La gestion des infections groupées (GEA et IRA), à déclaration obligatoire à l'ARS, - La prévention et la prise en charge du risque de chutes, permettant notamment d'identifier les causes, les facteurs de risque, l'évaluation des risques, et de définir les actions à mettre en place. Formaliser la conduite à tenir pour s'assurer que la prise en charge est réalisée en toute sécurité avec des pratiques et réflexes connus des professionnels, - La prise en charge nutritionnelle, notamment pour qualifier un risque de dénutrition (recommandations de l'HAS de novembre 2021). Tracer la mesure du poids mensuelle afin de mesure les variations, rechercher les causes et mettre en place les mesures correctives. Réduire le temps de jeûne nocturne, éventuellement par une collation le soir, conformément aux recommandations de la HAS (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée 2007). - La contention au fauteuil et au lit afin d'éclaircir sur les modalités d'utilisation de	E16 - E21 – E22 R35 – R36 – R37 - R38 – R39 – R40 – R41 – R42	Immédiat (mi-2024 pour la formalisation des protocoles et la sensibilisation des équipes)	Réponse du gestionnaire : Du fait des recrutements de la Directrice et de la Cadre de santé, la démarche de sensibilisation, aux bonnes pratiques professionnelles, est engagée. Les protocoles, élaborés dans ce cadre, seront transmis dès formalisation. Au terme d'une première action de formalisation de l'organisation du travail, la rédaction des protocoles sera mise en œuvre. Ce travail de formalisation sera mené, en fonction des thématiques, avec les professionnels concernés par le champ de réflexion : médecin coordonnateur, kinésithérapeutes, diététicienne, Equipe Mobile d'hygiène, référente IDE soins palliatifs... Ce temps devrait trouver son terme en fin d'année 2024. La collation, durant la nuit, sera notifiée dans le protocole du travail de nuit. Il est pris acte de cet engagement. Le gestionnaire n'apporte pas de réponse sur la traçabilité de la mesure du poids mensuelle, ni si la proposition d'une collation le soir est d'ores et déjà mise en place. Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission des éléments justificatifs (protocoles actualisés, sensibilisation des professionnels, protocole du travail de nuit), la prescription est maintenue.
---	--	---	---

	certains matériels, connaître et sécuriser les pratiques conformément aux recommandations ANSM de 2020. Formaliser pour un meilleur suivi de la réévaluation des contentions en équipe pluridisciplinaire, lors du renouvellement de chaque prescription,			
	- Elaborer un protocole relatif au traitement des escarres selon chaque stade clinique.			

Mettre en cohérence le temps de service du médecin coordonnateur avec la réglementation prévue à l'article D312-156 CASF. Renforcer les missions relevant de la responsabilité du médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-158 du CASF, et formaliser celles-ci dans une fiche de poste actualisée. En particulier : - Actualiser, au sein du projet d'établissement, le projet général de soins, conformément à l'article D. 312-158-1° du CASF, - Intégrer dans le cadre du projet général de soins les modalités d'organisation et de prise en charge des soins palliatifs (article L. 311-8 du CASF). Revoir les partenariats à l'occasion de cette démarche. - Mettre en place et réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an (article D312-158-3 du CASF). Dans ce cadre, veiller à rédiger un compte-rendu qui rende compte du bilan de l'activité en soins et des axes à développer en santé pour l'année à venir, des échanges et des décisions prises. Ce compte rendu doit lister les personnes présentes et conviées, et faire apparaître les signatures du directeur et du médecin coordonnateur.	E17 - E18 – E19 – E20 – E22 R33	3 mois et sur la durée (fin 1^{er} semestre 2024 pour le projet général de soins)	Réponse du gestionnaire : Une formalisation des missions du médecin coordonnateur sera transmise, au terme du mois de novembre. Une commission de coordination gériatrique est prévue, au mois de décembre. La prescription reste à mettre en œuvre, et à poursuivre sur la durée.
--	--	--	--

Sur le respect des droits des usagers			
12	Assurer une facturation conforme au règlement d'aide sociale départemental et à l'article R. 314-204 du CASF, notamment lors des absences des résidents,	E7 R16 - R25	Réponse du gestionnaire : Une facturation conforme sera mise en œuvre, dès le mois de Novembre, sous la supervision de la directrice.
	- Compléter les dossiers administratifs des résidents pour s'assurer qu'ils comportent tous les éléments permettant de garantir leurs droits. - Mettre à jour les documents d'affichage (ex : procès-verbal suite à la visite de la commission de sécurité).		Un audit systématique des dossiers administratifs sera mené par la directrice, au cours du dernier trimestre 2023. La mise à jour des tableaux d'affichage est effective. Dans l'attente de sa réalisation complète, la prescription est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
	Sur la gouvernance			
1	Formaliser les modalités d'organisation de l'astreinte, en particulier avec le CH de Moze.	R10	1 semaine	Réponse du gestionnaire : <i>Un rendez-vous est planifié avec le CH de Moze, au cours du mois de Décembre.</i> La recommandation dans l'attente de sa réalisation reste maintenue. La procédure sera à transmettre aux autorités de contrôle.
	Sur l'organisation des soins			
2	Compléter les plans de soins techniques et de nursing sur les spécificités individuelles en lien avec les besoins de chaque résident, les actes à réaliser, et les professionnels qui en ont la charge. Veiller à l'effectivité de cet accompagnement et son suivi.	R28	Immédiat	Réponse du gestionnaire : <i>La nomination des référents soignants va permettre d'engager cette démarche d'actualisation ; Laquelle sera ensuite partagée, avec de l'équipe soignante.</i> <i>La Cadre de santé systématisera, chaque semaine, une vérification de la traçabilité des soins.</i> Il est pris acte de cet engagement, qui s'inscrit sur la durée. La recommandation est maintenue.

3	Assurer une meilleure traçabilité des soins et des accompagnements apportés, notamment : - Inscrire le suivi des pensements et le protocole thérapeutique en place dans le dossier du résident sous le logiciel [REDACTED] afin d'assurer la continuité des soins et un accompagnement suivi et adapté, - Compléter le plan des changes : - o Sur les contrôles de saturation des protections, afin d'éviter les risques secondaires pour les personnes incontinentes, - o Sur l'accompagnement aux toilettes, afin d'assurer un accompagnement au plus près des besoins des résidents continents. - Renouveler les formations des professionnels à l'utilisation de [REDACTED]	R29 – R30 – R31 – R32	Immédiat	Réponse du gestionnaire : La traçabilité des soins ide, sous [REDACTED] sera engagée, à compter du 1er décembre, sous la supervision de la Cadre de santé. Un contact a été pris avec le fournisseur de logiciel [REDACTED] afin d'organiser une session de formation à l'utilisation de l'outil. Il devrait nous répondre sur ses disponibilités pour organiser une session avant la fin de l'année. Un état des lieux, relatif aux modalités d'accompagnement des personnes incontinentes, est en cours. Il est pris acte de l'engagement de cette démarche. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation, et à poursuivre sur la durée.
4	Formaliser les conduites à tenir pour les agents de remplacement.	R7	1 ^{er} trimestre 2024	Réponse du gestionnaire : L'ensemble des fiches de poste sera actualisé dans le cadre du travail autour des organisations soit durant le premier trimestre 2024. Au-delà des fiches de poste, il s'agit de faciliter la prise de connaissance des consignes et de l'environnement de travail pour le personnel en CDD ou intérimaire (ex : code d'accès au logiciel). La recommandation reste maintenue dans l'attente de sa réalisation.

5	Actualiser les fiches de postes / fiches de tâches au regard du fonctionnement actuel. Dans le cadre de cette démarche, formaliser les fiches de tâches des agents de nuit, selon leurs fonctions propres (AS / veilleur). Préciser les modalités de surveillance renforcée que nécessite l'UVP.	R8 – R9	1 ^{er} trimestre 2024	Réponse du gestionnaire : L'organisation du travail sera restructurée, au cours du premier trimestre 2024. Elle occasionnera une refonte des fiches de postes, dans leur globalité et particulièrement sur l'UVP. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
6	Conduire une réflexion sur 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.	R5	1 ^{er} semestre 2024	Réponse du gestionnaire : L'encadrement conduira une démarche d'analyse de la répartition des effectifs sur les différentes unités. Par ailleurs, la persistance de ces unités sera interrogée. Les conclusions de cette analyse seront intégrées dans le nouveau projet d'établissement au cours du premier semestre 2024. Il est pris acte de cette démarche à plus long terme, sous réserve à titre transitoire de la sécurisation immédiate des prises en charge à l'UVP (Cf. supra). La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation.
7	Formaliser le plan de formation prévisionnel et réalisé, en identifiant pour chaque thématique, le nombre, le nom et la qualification des différents professionnels concernés, Développer les formations spécifiques portant sur l'accompagnement du public âgé vulnérable (prévention de la maltraitance, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, prévention des chutes, ...).	R12 – R13	Mi-janvier Sur la durée	Réponse du gestionnaire : Le plan de formation 2024 sera formalisée durant la première quinzaine de Janvier. Une attention particulière sera portée sur la professionnalisation des effectifs. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation et s'inscrit sur la durée.
8	Formaliser les réunions du personnel (ordre du jour, compte rendu) et veiller à la bonne information des professionnels qui n'ont pas pu participer.	R14	Immédiat	Réponse du gestionnaire : La temporalité des temps de réunions et leurs modalités de fonctionnement seront formalisées, au terme du mois de Novembre. Dans l'attente, la recommandation est maintenue.

9	Organiser des temps d'échange et d'analyse des pratiques, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles HAS/ANESM.	R15	6 mois	Réponse du gestionnaire : L'encadrement évaluera les possibilités et les modalités de mises en œuvre des temps d'analyse de la pratique, au cours des 6 prochains mois. Cette recommandation reste à réaliser et s'inscrit dans le cadre d'une démarche Qualité durable.
10	Veiller à des conditions d'hygiène et d'entretien satisfaisantes des locaux, en particulier des parties communes.	R17	Immédiat	Réponse du gestionnaire : Cet impératif est intégré dans la réflexion autour des organisations du travail et de la répartition des missions au cours du premier trimestre 2024. Il est pris acte de cette démarche conduite à moyen terme. La recommandation reste d'actualité.
11	Réfléchir à une adaptation des locaux permettant : - D'adapter les douches et sanitaires dans les chambres de l'ancien bâtiment pour davantage de sécurité face au risque de chute, et de confort. - Le respect de la marche en avant pour la gestion du linge. Informier les autorités de contrôle des perspectives envisagées.	R18 - R20	1 an	Réponse du gestionnaire : L'encadrement prend note de cette remarque. La réflexion sera intégrée dans le projet d'établissement et dans son plan pluriannuel d'investissement. <i>Une attention est, d'ores et déjà, portée sur l'organisation et le fonctionnement de la lingerie.</i> Dans l'attente, la recommandation est maintenue.

