

La directrice générale

Président Groupe ADEF
ADEF Résidences
19-21 rue Baudin
94200 IVRY-SUR-SEINE

Réf.: *PAIEC-44-2025*

Lyon, le **10 NOV. 2025**

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé de l'EHPAD La maison des champs fleuris

LRAR

PJ : Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à mon 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 La Maison des champs fleuris le 3 octobre 2024 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) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 4 avril 2025 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités constatées.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 7 mai 2025.

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

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, 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.

En outre, je vous invite 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 du Puy-de-Dôme / pôle Autonomie.

Vous veillerez à lui 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

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'assurance de ma considération distinguée.

Le [redacted] 2012

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 un référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple.

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	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	E 1	9 mois	L'organisme gestionnaire répond que l'élaboration du projet d'établissement aura lieu à compter du 2 nd semestre 2025 après l'arrivée de la nouvelle directrice le 12/05/2025. Dans l'attente de cette élaboration, la prescription N°1 est maintenue.
2	Formaliser la continuité de la direction et de la prise en élabrant : - un DUD à jour au nom du directeur de la structure, conformément à l'article D. 312-176-5, ainsi que la procédure d'astreinte afin de garantir la continuité de la fonction de direction, et assurer la continuité de la prise en charge des résidents - une procédure relative au dispositif d'astreinte, précisant les conduites à tenir en cas de situation particulière et les modalités de recours au personnel d'astreinte	E 2 R. 4	Immédiat	Il est transmis le DUD de la directrice de l'EHPAD de Gerzat, assurant l'intérim sur l'EHPAD de Clermont dans l'attente de l'arrivée de la nouvelle directrice, prévue le 12/05/2025. Le DUD de la nouvelle directrice a été transmis à la DDARS à son arrivée. Concernant la procédure relative au dispositif des astreintes, l'organisme gestionnaire a transmis un Mémento ADEF Résidences « Actions réflexes en situation de crise », affiché dans la boîte d'urgence. La prescription N°2 est levée.
3	Sécuriser la prise en charge et améliorer la politique de ressources humaines dans le cadre de la gestion du personnel : - Attribuer les fonctions d'aides-soignants à des professionnels qualifiés conformément aux dispositions des articles et L. 312-1-II et D. 312-155-0 3° du CASF et L. 4394-1 du CSP - Prévoir une formation de l'IDEC aux fonctions de coordination - Renforcer la politique de fidélisation des	E 3 E 4 R 2 R 3 R 5 R 8	3 mois	L'organisme gestionnaire indique rencontrer des difficultés à recruter des professionnels qualifiés en regard d'un contexte tendu du secteur médico-social. Il déclare que 6 postes d'AS ou AES sur 16 sont pourvus par des personnels diplômés titulaires. Un processus d'accompagnement des salariés afin de les faire monter en compétence est engagé : en 2025, un salarié suit une formation d'AES et un autre devrait bénéficier d'une formation d'aide-soignant. Aucun document probant n'a été transmis. Concernant les équipes de nuit, l'organisme gestionnaire indique que les 2 équipes sont chacune composées d'un binôme

	professionnels afin d'éviter le turn-over et le recours aux vacataires - Mettre en place 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" actualisé par les guides pratiques d'octobre 2024			AVS / ASD. A terme, l'objectif est d'atteindre la qualification des 4 professionnels de nuit. Aucun document probant n'a été transmis. Concernant la formation de l'IDEC aux fonctions de coordination, l'organisme gestionnaire répond qu'un nouvel IDEC, titulaire d'un diplôme d'Etat de cadre de santé filière infirmière a pris ses fonctions au 1^{er}/04/2025. Son diplôme n'a pas été transmis. Concernant la fidélisation des professionnels, l'organisme gestionnaire indique disposer d'un pool de remplaçants assez stable permettant de favoriser l'accompagnement dans le temps des professionnels occasionnels et leur implication dans l'organisation institutionnelle et auprès des résidents. Sur les temps de transmission orale, l'organisme gestionnaire précise que les AS de jour et les IDE ont un temps quotidien de transmission à 11h15, le soir le soignant de nuit arrive à 20h et les derniers AS de jour partent à 21h, le matin le 1^{er} AS de jour arrive à 6h et le soignant de nuit part à 7h. Les transmissions orales se font sur ces temps de travail communs. En ce qui concerne les temps d'échanges entre professionnels, l'organisme gestionnaire informe que des séances institutionnelles d'analyse des pratiques professionnelles seront organisées au cours du second semestre 2025 par l'un des psychologues du service support associatif. Dans l'attente de la transmission des éléments probants, la prescription N°3 est maintenue.
4	Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP affecté aux missions réglementaires conformément aux dispositions des articles D. 312-155-0, D. 312-158 et suivants, R. 232-18 du CASF.	E 8 E 9 E 10 E 11 R 1	6 mois	L'organisme gestionnaire indique qu'un médecin est recruté depuis le 09/10/2024 à 0,50 ETP conformément au temps budgété, alors que le temps fixé règlementairement est de 0,6 ETP.

			Dans l'attente du recrutement d'un médecin intervenant sur site à 0,6 ETP, la mesure n°4 est maintenue sur ce point. L'organisme gestionnaire annonce que le projet de soins sera réalisé par le médecin coordonnateur lors de l'élaboration du PE. Il précise qu'une réunion de coordination gériatrique s'est tenue le 10 janvier 2025 mais le compte-rendu n'a pas été transmis avec les pièces de la réponse à la décision provisoire comme cela est évoqué. Le RAMA 2024 a été élaboré et transmis aux tutelles en début d'année 2025. La mesure est levée sur ce point. L'organisme gestionnaire transmettra le compte rendu de la réunion de coordination gériatrique. Concernant la fourniture de repas aux textures adaptées aux résidents, l'organisme gestionnaire répond que les tableaux de recueil des informations des résidents ont été mis à jour et que leur actualisation est suivie par la responsable hôtelière. Cependant aucun document probant n'a été transmis. Concernant l'affichage des menus de la semaine, l'organisme gestionnaire informe qu'ils sont affichés dans les ascenseurs et dans le couloir principal du rez-de-chaussée. En ce qui concerne l'amplitude du jeûne nocturne, l'organisme gestionnaire confirme que le petit-déjeuner est servi à partir de 8h et le repas entre 18h et 19h. Il précise qu'une réflexion de modulation organisationnelle sera menée pour limiter cette amplitude en tenant compte des contraintes institutionnelles (effectif, temps de travail), et qu'un service de collation est mis en place (proposition d'un laitage, d'un biscuit ou d'une boisson) pour les résidents qui le souhaitent. En l'absence d'éléments probants, la prescription N°5 est maintenue.	Immédiat	E 7 R 12 R 13	Assurer une alimentation adaptée dans le cadre d'un accompagnement individualisé conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et aux RBPP de l'ANESM / HAS "Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" et "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »	5
--	--	--	---	-----------------	------------------------------	--	---

6	Sécuriser la prise en charge en formalisant la gestion des urgences médicales et acculturer les professionnels à ce protocole, conformément à l'article L. 311-3 du CASF	E 5	Immédiat	L'organisme gestionnaire répond que le protocole de gestion des urgences établi par l'ARS Ile-de-France est à disposition des professionnels en salle de transmission. Le document figure parmi les pièces jointes. La prescription n°6 est levée.
7	S'assurer de la fermeture systématique de l'infirmerie hors présence d'IDE conformément aux articles L. 1110-4 et R. 4312-39 du CSP	E 13	Immédiat	L'organisme gestionnaire indique que la sécurisation de l'infirmerie par un accès badgé selon un organigramme défini des professionnels autorisés est en cours d'installation, et que l'espace pharmacie est systématiquement fermé avec un code connu uniquement par les personnels habilités. Dans l'attente de la transmission d'éléments probants (matériel installé, organigramme des professionnels autorisés), la prescription N°7 est maintenue.
8	Formaliser pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de vie et un projet de soin, suffisamment détaillé, en associant les personnels concernés et prévoir sa réévaluation annuelle, conformément aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »	E 6	6 mois	L'organisme gestionnaire répond que la démarche de réalisation des PAP est pilotée par la psychologue en collaboration avec l'animatrice de vie sociale. Au jour de l'envoi du courrier (avril 2025), 23 PAP sur 70 résidents avaient été rédigés. Un calendrier prévisionnel sera élaboré. Dans l'attente de la transmission d'éléments probants (nombre de PAP rédigés ou actualisés, calendrier prévisionnel), la prescription N°8 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Formaliser la remise du livret d'accueil, de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et du règlement de fonctionnement aux résidents	R 7	Immédiat	L'organisme gestionnaire indique qu'un travail de révision de la procédure d'admission est en cours au niveau associatif. Le processus comprendra la traçabilité de la remise des documents obligatoires aux résidents. Dans l'attente de la transmission des documents, la recommandation N°1 est maintenue.
2	Compléter les plans de soins de nursing afin qu'ils définissent tous les actes décidés pour le résident, les explications aux protocoles de soins et les aides spécifiques à mettre en place, et de manière personnalisée.	R 9	3 mois	Il est annoncé que les plans de soins ont été mis à jour et sont détaillés. Un plan de soins anonymisé d'une résidente est transmis en guise d'exemple. Son étude montre des incohérences comme par exemple: la coexistence des actes « pose et retrait de protections barrières de lit » le matin à 8h ; La toilette avec une aide totale alors que la douche nécessite une aide partielle et doit être réalisée par 2 soignants ; deux changes prévus à 3 heures d'intervalle (13h et 16h) ce qui est un délai insuffisant peu réaliste en termes de besoin réel identifié ; une surveillance cutanée avec la précision de rougeur du sacrum sans indication du protocole de soins de type préventif anti-escarre comme l'effleurage cutané et sans indication de la fréquence sur la journée (1 seul acte de surveillance le matin) ; l'acte « selles » est noté sans précision de ce qui est à faire. Ce plan ne présente pas non plus les spécificités individuelles en lien avec les besoins de la personne et habitudes de vie. Ces constats ne permettent pas d'attester de la complétude des

			plans de soins de nursing telle que formulée dans la mesure.
			La recommandation N°2 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre.
3	Revoir la gestion, la mise à jour régulière et l'élaboration du tableau de planification des toilettes en indiquant les jours de douche et en expliquant les attendus des actes à faire pour l'accompagnement des personnes, afin de disposer d'un document exact, et répondant aux besoins des résidents.	R 10	3 mois
			Dans l'attente d'élément probant et de la mise en œuvre en continue la recommandation N° 3 est maintenue.
4	S'assurer de la mise à jour de la dotation des protections avec l'indication du contrôle de la saturation pour répondre aux besoins de changes des résidents.	R 11	3 mois
			La recommandation N°4 est maintenue.
5	Garantir la complétude des dossiers de liaison d'urgence	R 14	1 mois
			La recommandation N° 5 est maintenue.

6	Etablir la liste des protocoles de soins mis à disposition des professionnels	R 15	3 mois	Il est précisé qu'un classeur comprenant les protocoles de soins est à disposition des soignants en salle de transmission. Il n'a pas été transmis de sommaire listant ces protocoles contenus dans le classeur ce qui ne permet pas d'attester de cette mise à disposition. Recommandation N° 6 maintenue dans l'attente de la transmission de la liste des protocoles de soins mis à disposition.
7	Actualiser le protocole sur la prévention et prise en charge de la dénutrition selon les recommandations de bonnes pratiques disponibles.	R 16	3 mois	L'organisme gestionnaire annonce qu'un travail sur la dénutrition a été engagé en suivant les protocoles de l'association [REDACTED] pour l'enrichissement naturel avec des produits protéinés. L'évaluation de la dénutrition serait en place. Aucun élément de preuve permettant d'attester de ces démarches n'est transmis, par ailleurs l'actualisation du protocole relatif à la dénutrition n'a pas été communiqué cela ne répond pas à la recommandation. La recommandation N°7 est maintenue dans l'attente de l'actualisation formalisée du protocole relatif à la dénutrition.
8	S'assurer du suivi mensuel du poids pour l'ensemble des résidents	R 17	Immédiat	Il est annoncé qu'une attention particulière est portée au suivi mensuel du poids des résidents, et qu'une réflexion est en cours menée par l'IDEC et les équipes soignantes sur une évolution des modalités de suivi avec l'intégration de l'IMC. La recommandation N°8 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et de la transmission d'éléments probants.
9	Compléter le protocole « contention » en détaillant les différents matériels de contention physique passive utilisés sur l'EHPAD, leur usage et vigilances et organiser les outils de recueil et	R 18	3 mois	Le protocole « mise en place d'une contention » de février 2024 à l'entête de l'association transmis en réponse par l'organisme gestionnaire est le même que celui analysé initialement dans le rapport.

	s'assurer du suivi des réévaluations des contentions physiques passives ainsi que leurs prescriptions Organiser la gestion et le suivi des résidents sous contention physique passive ainsi que leur évaluation et la mise à jour des prescriptions	R 19	L'organisme gestionnaire annonce qu'une réévaluation des contentions a lieu tous les mois entre le médecin coordonnateur et l'infirmière et que cela fera l'objet d'une traçabilité dans le logiciel de soins. Il n'est pas transmis de calendrier de ces réunions, ni de compte-rendu (extraction du logiciel de soins), ni de liste de personnes sous contention avec les prescriptions en cours valides sécurisant cette pratique. La recommandation N°9 est maintenue dans l'attente de l'actualisation du protocole relatif à la contention détaillant les matériels utilisés, leur usage et vigilances, d'une mise en œuvre de réunions pour la réévaluation des contentions, de leur traçabilité et de la transmission d'éléments probants.
10	Rédiger un protocole sur les traitements des escarres en fonction des stades cliniques et sur la prévention des escarres en définissant notamment l'évaluation du risque d'escarre.	R 20 3 mois	Il n'a pas été transmis de protocole sur la prévention des escarres et leur traitement, ni d'indication qu'une élaboration est en cours. Il est pris acte de la mise à jour des évaluations du risque d'escarres par l'échelle de BRADEN pour les personnes en GIR 1 et 2 et à mobilité réduite. Par ailleurs il est indiqué que les plans de soins comprennent les actions en lien avec la prévention d'escarre. Ces éléments sont déclaratifs et ne répondent pas à la recommandation. La recommandation N°10 est maintenue dans l'attente de la formalisation du protocole relatif aux escarres.
11	Compléter le protocole d'évaluation de la douleur en annexant les échelles évaluatives de la douleur utilisées sur la structure et les modalités pratiques de leur passation.	R 21 3 mois	Le « mode opératoire de l'évaluation de la douleur » transmis est le même que celui déjà analysé lors de la rédaction du rapport. Il n'est pas daté ni validé. Il nomme 3 échelles de la douleur pour les personnes non communicantes (hétéroévaluations) et 2 échelles pour les personnes pouvant réaliser une auto-

			évaluation. Celles-ci ne sont ni annexées, ni présentées et le mode de passation n'est pas mentionné. Il est indiqué que chaque soignant doit être en mesure de remplir une échelle de la douleur et qu'il peut se faire aider par un IDE, sans aucune précision de cette démarche.
			La recommandation N°11 est maintenue dans l'attente de la formalisation de la démarche évaluative de la douleur sur l'EHPAD de manière détaillée.
12	Tracer le contrôle de la dotation d'urgence sur le document « composition du chariot ou sac d'urgence », le numéro de scellé et les remplacements de produits périmés ou utilisés.	R 22	Immédiat
			L'organisme gestionnaire annonce qu'une fiche de traçabilité est mise à disposition avec les dates de péremption des traitements de la dotation d'urgence. La gestion des ordonnances des remplacements des produits périmés ou manquants est réalisée par le médecin coordonnateur. Il n'a pas été transmis d'exemple de fiche traçant la vérification des dates de péremption de la dotation d'urgence où est spécifié le remplacement des produits périmés réalisés, la date de vérification et le nouveau numéro de scellé ainsi que la signature apposée des professionnels effecteurs afin d'attester de la formalisation de ce contrôle régulier.
			La recommandation N°12 est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et de la transmission de la fiche de contrôle conforme aux attendus.

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD La maison des champs fleuris à Clermont-Ferrand 03/10/2024)

