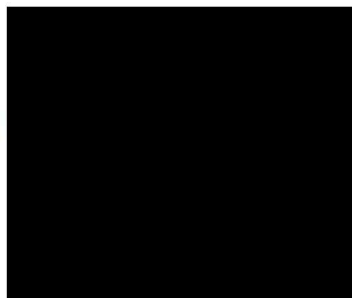


La directrice générale



Réf. : 2025 - PMIEC 05

Monsieur le Président  
Association La Vie  
8, rue Claussmann  
63000 CLERMONT-FERRAND

Lyon, le 13 FEV. 2025

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

LRAR 2025 166 947 0839.9

PJ : 1 - 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 Sainte Famille, 8, rue Claussmann, 63000 Clermont-Ferrand, le 25 juin 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) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, je vous ai fait parvenir par courrier du 18 octobre 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non-conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 novembre 2024

Je prends bonne note de l'ensemble de vos observations formulées à la suite des constats de la mission et je vous remercie pour la prise en compte d'ores et déjà de certaines prescriptions et recommandations.

Je prends par ailleurs 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.



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

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale du Puy-de-Dôme/ service personnes âgées.

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](http://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.



Copie à Monsieur le Directeur de l'EHPAD La sainte Famille



## 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  | Mettre à jour le projet d'établissement afin qu'il comprenne des projets spécifiques aux populations accueillies ainsi qu'un volet sur les soins palliatifs. Concernant l'organisation des soins, actualiser le projet général de soins et s'assurer de la tenue régulière de la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158-1° et D312-158-3 du CASF | E 1 E10 E11                | 6 mois | <p>Dans un contexte où l'établissement n'a pas signé de CPOM, il indique que l'absence de formalisation d'actions dans des délais et des domaines précis ne signifie pas l'inexistence de projets qualitatifs. A ce titre, diverses actions ont été menées par l'établissement dont des exemples sont mentionnées en réponse. Il indique qu'il retravaillera et intégrera les projets spécifiques dans le corps du volet général du projet d'établissement. S'agissant plus particulièrement de l'accompagnement en fin de vie, celui-ci est une des actions prioritaires programmées en 2025 dans le cadre de la démarche qualité.</p> <p>Il est pris acte que le médecin coordonnateur procédera avec son équipe à l'actualisation d'un projet de soins qui pourra être présenté dans le cadre de la négociation du CPOM.</p> <p>Il est pris acte de l'existence de projets qualité nonobstant l'absence de formalisation dans le cadre du projet d'établissement d'objectifs fixés.</p> <p>Il est pris acte de l'organisation d'une réunion de la commission de coordination gériatrique programmée le 28 novembre 2024. A la date du 21/11/2024 seul un médecin sur 15 avait répondu favorablement à l'invitation.</p> <p><b>Au regard des éléments apportés, la prescription est maintenue.</b></p> |



|   |                                                                                                                                                                                   |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Justifier de la qualification du directeur conformément aux dispositions réglementaires afin d'apporter la garantie que la direction de l'établissement est régulièrement assurée | E2       | Immédiat | <p>Il est pris note de l'inscription du directeur de l'établissement à un programme de validation des acquis de l'expérience (CAFDES) ou à une formation diplômante équivalente en 2025.</p> <p><b>En conséquence, la prescription est maintenue jusqu'à la preuve de l'obtention du diplôme requis.</b></p> <p>Il est pris acte des éléments communiqués par l'établissement concernant sa politique de recrutement et de remplacement pour obtenir du personnel qualifié. Toutefois, à la lecture du planning des auxiliaires de soins du jour de l'inspection et selon les informations communiquées par la direction lors de la visite sur les diplômes dont disposent les agents, il apparaît que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur les 4 agents relevant du personnel permanent, un est diplômé AMP, un AES et un autre AVS qui était absent ce jour-là et un agent faisant fonction. Le gestionnaire dans sa réponse indique que ce dernier a été remplacé sans apporter de précision sur la qualification du remplaçant.</li> <li>- Sur les 8 agents relevant du personnel temporaire, un est en cours de formation d'AS, un autre est étudiant IDE, deux sont diplômés AES dont un absent le jour de la visite et qui n'a pas été remplacé et 4 agents faisant fonction.</li> </ul> <p>En conséquence, sur les 12 agents présents pour assurer la journée, la mission constate qu'il y en a déjà 5 faisant fonctions ce qui ne correspond pas aux remarques formulées par l'établissement.</p> |
| 3 | Affecter des professionnels en nombre suffisants à tout moment de la journée et s'assurer de leurs qualifications au regard des fonctions exercées.                               | E3 E4 R8 | Immédiat |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | <p>Concernant le personnel de nuit, le planning remis à la mission d'inspection qui porte sur la période du 23 juin au 20 juillet 2024 compte 5 nuits sans personnel diplômé et 6 nuits où l'auxiliaire de soins est un agent en cours de formation d'AS. Les constats faits par la mission ne sont donc pas corroborés par la version donnée par l'établissement.</p> <p>S'agissant de l'absence de salarié en VAE, la mission prend acte de la programmation dans le plan de formation 2025 d'un dispositif de VAE de groupe.</p> <p><b>En conséquence, dans l'attente de recrutement de personnel diplômé et qualifié ou de la formation du personnel en vue de l'obtention des diplômes requis, la prescription est maintenue.</b></p> |
| 4 | <p>Adopter des mesures tendant à sécuriser les fenêtres et escaliers présentant un risque pour la sécurité des résidents, ombrager la terrasse et la sécuriser, sécuriser les locaux spécifiques présentant un risque pour la sécurité des résidents et notamment ceux présentant un risque cognitif, conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF</p> | <p>E5 E6 E7</p> <p>6 mois</p> | <p>Le gestionnaire dans sa réponse propose différentes solutions :</p> <p>1/ Ajouter un dispositif de limitation des ouvertures sur l'existant.</p> <p>2/ Remplacer l'ensemble des menuiseries existantes.</p> <p>3/ Laisser les choses en état et considérer le risque d'accident acceptable.</p> <p>Il revient à l'établissement de décider en opportunité des mesures les plus appropriées à mettre en œuvre au regard des contraintes qui lui sont imposées en lien avec la commission de sécurité.</p> <p>En tout état de cause, il doit toutefois s'assurer qu'il y a une évaluation pluridisciplinaire (médecin/psychologue/personne soignant) du risque</p>                                                                        |



|          |                                                                                                                        |    |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                                        |    |          | <p>suicidaire des résidents afin de mettre en place des mesures adaptées, le cas échéant. Il en est de même pour les personnes présentant des troubles cognitifs.</p> <p><b>En conséquence, la prescription est maintenue en ce qui concerne la vigilance à apporter à la sécurité des résidents.</b></p>                                                                                        |
| <b>5</b> | Formaliser la conduite à tenir en cas de survenue de fausse route et s'assurer de sa connaissance par les personnels   | E8 | Immédiat | <p>Il est pris note de l'existence d'un protocole de prévention de fausse route et ses volets annexes et de la conduite à tenir en cas de survenue d'une fausse route.</p> <p><b>En conséquence, la prescription est levée.</b></p>                                                                                                                                                              |
| <b>6</b> | Adapter le temps de service dédié du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D315-156 du CASF | E9 | Immédiat | <p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement selon laquelle si sa situation n'est pas conforme à l'exigence de seuil de la réglementation, elle répond aux besoins essentiels de prise en charge des résidents, de soutien et de coordination minimale de l'équipe soignant.</p> <p><b>La prescription est maintenue dans le respect de la réglementation, sans notion de délai.</b></p> |



| N° | RECOMMANDATIONS                                                                                                                                                                                                                                              | Cf. remarque(s) | DELAI    | REPOSE DE LA STRUCTURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Je vous recommande de :                                                                                                                                                                                                                                      |                 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1  | D'informer les personnels de l'existence du dispositif de signalement des incidents important ou des EIG afin d'en garantir une déclaration exhaustive et de prévoir dans le protocole de signalement la déclaration des EIG auprès du Conseil départemental | RM 1 R4         | immédiat | <p>La direction de l'établissement indique que l'ensemble du personnel est bien informé des procédures de signalement des EIG et que le protocole de signalement prévoit la notification de ces derniers au conseil départemental et que les observations de la mission d'inspection ne reflètent pas la situation réelle de l'établissement.</p> <p><b>Il est pris note des réponses et documents apportés qui permettent de lever la recommandation.</b></p>                |
| 2  | <b>Erreur ! Source du renvoi introuvable.</b>                                                                                                                                                                                                                | RM2             | 3 mois   | <p>Nonobstant les réponses apportées sur l'insuffisance de l'informatisation de l'établissement (retard du déploiement du travail effectué en 2018 et 2019, inscription au programme ESMS numérique accepté en 2023), la mission reste dubitative quant à la tardiveté de l'informatisation de l'établissement.</p> <p>Il est pris note cependant que le logiciel [REDACTED] se déploie depuis octobre 2024 et que des améliorations de l'outil seront apportées en 2025.</p> |



|   |                                                                                                                                                                        |                       |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                        |                       |                 | <p>Dans l'attente de la preuve apportée d'un système d'information global centré sur le résident avec toutes ses composantes garantissant la traçabilité et la sécurité de l'accompagnement, la recommandation est maintenue.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3 | <p>Mettre en conformité le nombre de résidents accueillis avec l'autorisation et la capacité autorisée et de tenir à jour le registre légal des entrées et sorties</p> | <p><b>R 1 R 2</b></p> | <p>3 mois</p>   | <p>Il est pris note de la volonté de l'établissement de remonter son taux d'occupation sous réserve que la sécurité des résidents puisse être assurée par du personnel qualifié et en nombre suffisant.</p> <p>Concernant le registre des entrées et sorties, il est pris note des modifications apportées de manière que chaque date de sortie du résident soit directement reliée aux dates d'entrée.</p> <p><b>La recommandation est maintenue pour la mesure liée à la remarque 1 selon les réserves apportées et levée en ce qui concerne la remarque 2.</b></p> |
| 4 | <p>Mettre en adéquation le nombre de réunions du CVS avec le calendrier prévisionnel</p>                                                                               | <p><b>R 3</b></p>     | <p>Immédiat</p> | <p>Il est pris acte des réponses apportées par l'établissement et de l'existence d'un calendrier prévisionnel et non obligatoire des réunions du CVS ainsi que d'une certaine souplesse permettant d'apprécier en opportunité la tenue de ses réunions et la possibilité de dépasser le cadre réglementaire en tenant des réunions plus de trois fois par an.</p> <p><b>Elles permettent de lever la recommandation.</b></p>                                                                                                                                          |



|   |                                                                                                                                            |     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Informez le personnel du dispositif de réclamations existant                                                                               | R5  | Immédiat | <p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que l'ensemble du personnel est informé du circuit existant dans l'établissement de déclaration des requêtes et réclamations des usagers et d'un circuit spécifique mis en œuvre en 2013 dans le cadre de la démarche qualité et qu'une remise en mains propre à chaque membre du personnel de la procédure est effectuée.</p> <p><b>En conséquence la recommandation est levée.</b></p> |
| 6 | Formalisez la politique de remplacement du personnel                                                                                       | R6  | Immédiat | <p>Il a été pris connaissance du volet présenté dans le plan bleu portant sur la continuité de service qui mérite d'être adaptée pour tenir compte de la situation actuelle de l'établissement et de la présence d'agents faisant fonction parmi les auxiliaires de soins.</p> <p><b>En conséquence, la recommandation est maintenue.</b></p>                                                                                                           |
| 7 | Attester de l'existence, et produire le cas échéant les fiches de poste de l'IDEC, des IDE et des AS                                       | R7  | 1 mois   | <p>Les fiches de postes existent et ont été transmises en annexe.</p> <p><b>En conséquence, la recommandation est levée.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8 | Erreur ! Source du renvoi introuvable.                                                                                                     | R9  | 3 mois   | <p>Il est pris acte des difficultés rencontrées par l'établissement pour mettre en place de manière pérenne ce dispositif néanmoins il reste nécessaire d'organiser régulièrement des temps d'échange sur les pratiques professionnelles avec les personnels concernés.</p> <p><b>En conséquence, la recommandation est maintenue.</b></p>                                                                                                              |
| 9 | Revoir l'organisation de la procédure d'appels malades dans la mesure où actuellement, plusieurs personnes peuvent être mobilisées en même | R10 | 3 mois   | <p>Il est pris note de l'organisation de la réponse aux sollicitations des appels malades connue des personnels.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



|           |                                                                                                                                                                  |            |  |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | temps sur une même situation                                                                                                                                     |            |  |                 | <b>En conséquence, la recommandation est levée dans l'attente de la prise de connaissance de la procédure mise en place.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>10</b> | Justifier de l'existence d'un livret d'accueil                                                                                                                   | <b>R11</b> |  | <b>Immédiat</b> | Le livret d'accueil a été remis en annexe de la réponse de l'établissement.<br><b>En conséquence, la recommandation est levée.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>11</b> | Préciser s'il existe ou non un professionnel référent pour chaque résident                                                                                       | <b>R12</b> |  | <b>Immédiat</b> | Il est pris acte des observations formulées par l'établissement qui considère que : « les évaluations des besoins des résidents, des attentes, des mesures d'accompagnement de chaque résident sont l'affaire de tous les professionnels de proximité qui sont invités à faire remonter quotidiennement leurs observations et leurs avis lors des transmissions notamment ». La mission prend note des raisons pour lesquelles « La Sainte Famille » proscriit la constitution de binôme professionnel fixe, de zone d'intervention ou de résident dédié. |
| <b>12</b> | Élaborer un document présentant la planification horaire des actes à effectuer par les IDE afin de garantir la traçabilité de l'effectivité des tâches réalisées | <b>R13</b> |  | <b>3 mois</b>   | <b>En conséquence, la recommandation est levée.</b><br>L'établissement évoque le déploiement du logiciel [REDACTED] depuis le mois d'octobre 2024 avec la perspective de centraliser la planification des actes et le suivi de leur réalisation pour chaque résident. La copie d'un plan de soins IDE anonymisé permet d'objectiver cette mise en œuvre. Les traitements à distribuer sont listés et les pansements locaux sont détaillés en termes de protocole thérapeutique et de localisation des lésions.                                            |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |        | <p><b>La recommandation est levée en invitant la structure à poursuivre sur le long terme l'élaboration des plans de soins IDE.</b></p> <p>Le logiciel de soins [REDACTED] est déployé sur la structure depuis octobre 2024 ce qui permet de planifier les actes en soins IDE ainsi que les plans de soins de nursing afin de centraliser les besoins d'accompagnement en soins de chaque résident et d'assurer la traçabilité des actes. Le travail de déploiement se poursuit et il est annoncé qu'un COPIL hebdomadaire est en place jusqu'en juin 2025 pour améliorer les outils.</p> <p>Un plan de soins AS de novembre 2024 permet d'objectiver la planification des actes de nursing. Il est recommandé de préciser l'attendu des actes comme la surveillance et les protocoles de soins (soins bucco-dentaires, prévention d'escarre). La planification des soins IDE n'a pas été transmise.</p> |
| 13 | Revoir les plans de nursing de manière à expliciter les attendus de tous les actes de nursing et les spécificités individuelles des résidents, uniformiser les différents outils listant les actes de nursing programmés, mettre en place un logiciel de soins facilitant la planification des plans de soins de nursing et techniques | R14 R15 R16 | 3 mois | <p><b>La recommandation est levée en considérant que le travail du déploiement sous [REDACTED] doit se poursuivre avec des actes inscrits suffisamment détaillés pour les AS et pour les IDE.</b></p> <p>L'établissement assure que le contrôle de la saturation des protections est réalisé systématiquement sur le nycthémère. Une copie d'un extrait de CR de la réunion avec les équipes de nuit de juillet 2024 en atteste. Selon le plan de nursing transmis cette mention est intégrée.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 14 | Revoir les plans de changes de l'ensemble des résidents en mentionnant le contrôle de la saturation des protections à réaliser notamment pour les horaires de nuit                                                                                                                                                                     | R17         | 3 mois | <p><b>La recommandation est levée en veillant à poursuivre sur le long terme cette démarche</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | Joindre les annexes aux dossiers de liaison d'urgence (DLU) concernant les traitements en cours, les derniers traitements médicaux, les résultats biologiques et les transmissions quotidiennes                                                                                                         | R18         | <del>Immédiat</del> | L'établissement a pris note de l'intérêt des annexes visées par la mesure corrective. Elles sont intégrées sur le logiciel depuis octobre 2024. Un modèle de DLU a été transmis pour en attester                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 16 | Elaborer des protocoles concernant les conduites à tenir pour faire face aux situations d'urgences gériatriques afin de pouvoir mettre en œuvre rapidement la prise en charge effective des urgences                                                                                                    | R19         | 1 mois              | <p><b>La recommandation est levée</b></p> <p>Depuis mai 2024, l'établissement informe qu'un travail de révision et d'actualisation de l'ensemble des protocoles de soins est en place. Il est pris acte que le guide des urgences de l'ARS-ARA a été pris en compte par l'établissement qui envisage de l'étudier dans le délai imparti.</p> <p><b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en place des conduites à tenir pour faire face aux urgences gériatriques.</b></p> <p>Le protocole de prévention des chutes et de la conduite à tenir en cas de chutes transmis a été actualisé en octobre 2024 en respectant les demandes des mesures correctives. Il a été mis à disposition des professionnels.</p> <p><b>La recommandation est levée.</b></p> <p>Il est pris acte du travail de réactualisation en cours du protocole relatif à la dénutrition et à la mise en place de la pesée mensuelle des résidents et du suivi enregistré sous le logiciel. Toutefois, aucun élément probant de ce suivi du poids n'a été transmis.</p> <p><b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre et de la transmission d'éléments probants.</b></p> |
| 17 | Revoir le protocole de prévention des chutes de manière à intégrer la référence aux RBPP l'intérêt de la réalisation d'un test de chute, formaliser la conduite à tenir pour faire face à une chute en présence ou non d'IDE et permettre d'inciter les professionnels à faire une déclaration de chute | R20 R21 R22 | 3 mois              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 18 | Elaborer un protocole relatif à la dénutrition présentant les dernières recommandations de la HAS de novembre 2021; assurer l'effectivité de la mesure du poids pour chaque résident                                                                                                                    | R23 R24     | 3 mois              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | Dans le protocole relatif à la contention, préciser les modalités de mise en œuvre de la contention physique passive dont l'information du résident/entourage, la recherche d'alternatives à la contention ou l'évaluation du bénéfice/risque                                                                                                                                        | R25     | 3 mois            | Un travail d'actualisation est en cours pour le protocole relatif à la contention. L'établissement informe qu'il sera finalisé dans le délai imparti.<br><br><b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre du protocole.</b>                                                                                  |
| 20 | Revoir le protocole de formation des escarres de manière à présenter l'identification des facteurs de risques, l'évaluation du risque et les modalités pour mettre en œuvre l'ensemble des mesures de prévention, ainsi qu'une conduite à tenir permettant notamment de définir les types de pansements pour traiter les 4 stades lésionnels ainsi que leurs modalités d'utilisation | R26 R27 | <del>3</del> mois | Le protocole prévention et traitement des escarres est actualisé de manière très complète et pragmatique intégrant les demandes des mesures correctives.<br><br><b>La recommandation est levée.</b>                                                                                                                                   |
| 21 | Revoir le protocole sur la douleur de manière à mentionner les échelles d'évaluation de la douleur utilisées et tracer son résultat et en fonction du score obtenu la conduite à tenir                                                                                                                                                                                               | R28     | <del>3</del> mois | Le protocole de la douleur est actualisé de manière complète et pragmatique avec la mise en annexe des échelles évaluatives et leurs modalités de mise en œuvre. En ce qui concerne le traitement, celui-ci est clairement présenté.<br><br><b>La recommandation est levée.</b>                                                       |
| 22 | Faire figurer dans la dotation du chariot d'urgence les matériels à disposition, leur lieu de stockage afin de contrôler les dates de péremption et le fonctionnement du matériel de manière à ce que la dotation soit opérationnelle en cas d'urgence                                                                                                                               | R29     | Immédiat          | Le protocole actualisé de la dotation d'urgence transmis par l'établissement est très pragmatique. Il précise sa composition ainsi que le contenu du sac d'urgence et les modalités de contrôle de la dotation avec des illustrations claires et informatives facilitant son appropriation.<br><br><b>La recommandation est levée</b> |

Agence Régionale de Santé AUVERGNE-RHONE-ALPES - Inspection de l'EHPAD La Sainte Famille à CLERMONT-FERRAND – le 26 juin 2024.

