

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La directrice générale

Affaire suivie par :
ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Le Département du Puy-de-Dôme

Président du Conseil d'administration
du CCAS du CENDRE
Mairie de LE CENDRE
7 Rue de la Mairie
BP 12
63670 LE CENDRE

Réf. : 256921-PMIEC

Clermont-Ferrand, le **12 OCT. 2023**

AR 2C 166 947 3045

Objet : LRAR – Suites données à l'injonction du 19 juin 2023, et notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme

PJ : 2
- Analyse des suites données à l'injonction du 19/06/2023
- Mesures correctives définitives

Monsieur le Maire,

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 Ambroise CROIZAT les 9 novembre 2022, 23 et 24 janvier 2023, suite à des alertes sur de possibles dysfonctionnements au sein de l'établissement, susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents.

Sans attendre la transmission du rapport d'inspection et des mesures correctives envisagées, les investigations menées sur place ont permis de relever d'emblée des dysfonctionnements majeurs porteurs de risques pour les résidents.

Ainsi, après la visite du 9 novembre 2022, un courrier du directeur général de l'ARS en date du 23 novembre 2022, vous a fait part de son intention de prononcer une injonction pour que soit notamment organisée la continuité de la fonction de direction, l'encadrement des soins, et la mise en place d'un chariot d'urgences complet et opérationnel. Vous y avez répondu partiellement par courrier du 7 décembre 2022.

A l'issue de la visite des 23 et 24 janvier 2023, au regard des risques majeurs constatés dans le fonctionnement de l'établissement susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents accueillis, nous vous avons adressé une lettre d'intention d'injonction au titre de l'article L. 313-14 du CASF, datée du 9 février 2023. Vous avez apporté des informations par courrier du 22 février 2023, complétés par un message du cadre de santé le 17 mars 2023.

Au vu de cette réponse, notre courrier du 19 juin 2023 a confirmé l'injonction à titre définitif sur la plupart de ses éléments. Il vous était demandé de la mettre en œuvre et d'apporter les éléments probants dans le délai d'un mois.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par le même courrier du 19 juin 2023 les autres mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 20 juillet 2023.

Sur les suites données à l'injonction définitive du 19 juin 2023 :

Nous constatons que les mesures attendues ont été quasiment toutes mises en œuvre, même si la communication de certains documents justificatifs reste à effectuer. L'analyse sur les suites apportées est détaillée dans le tableau ci-joint. Les documents attendus devront nous être communiqués (diplôme et DUD de la directrice ; procédures sur le circuit du médicament, la distribution et l'aide à la prise des traitements à destination des professionnels non IDE ; procédure d'astreinte) dans le délai d'un mois à réception du présent courrier.

Sur la réponse apportée aux mesures correctives envisagées :

Vous avez communiqué par courrier du 22 septembre 2023 le plan d'actions en réponse à l'injonction envisagée, précisant pour chaque mesure corrective, et dans les délais attendus, les actions concrètes à mettre en œuvre, les responsables identifiés et les critères d'évaluation.

Au-delà des mesures listées dans le cadre de la présente inspection, ce plan d'action devra être alimenté régulièrement des améliorations nécessaires, dans le cadre d'une politique globale Qualité Gestion des Risques. Le conseil d'administration et le CVS devront être informés du suivi de sa mise en œuvre, formalisé dans le rapport d'activité.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire. Nous constatons qu'un grand nombre de mesures restent à mettre en œuvre et sont donc maintenues à titre définitif. Elles sont détaillées dans le tableau ci-joint.

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.

En outre, 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 du Puy-de-Dôme, et les services du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires à l'issue des différents délais.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. 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 Maire, l'expression de notre considération distinguée.

Le président du Conseil départemental

Copie à Mme la directrice

A & Ec 166 947 3966 9

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00

Le Département du Puy-de-Dôme
24 rue Saint Esprit - 63033 Clermont-Ferrand
04 73 42 20 20

Ref. : 256921

MISE EN ŒUVRE DE L'INJONCTION PRONONCEE LE 19 JUIN 2023 :

N°	INJONCTION Définitive	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI retenu	SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE de l'INJONCTION
	Nous vous demandons de :		1 mois	
1	Organiser et assurer la continuité la fonction de direction sur site.	R majeure 1		Dans son courrier du 20/07/2023 le gestionnaire informe les autorités de contrôle de la prise de fonction d'une nouvelle directrice Mme [REDACTED] au 7 août 2023. Son curriculum vitae est transmis, qui indique qu'elle est titulaire du CAFDES. Il est pris acte de cette nomination, qui répond à la mesure. Le diplôme, ainsi que le document unique de délégation doivent être communiqués aux autorités de contrôle, conformément aux articles D. 312-176-5 et 10 du CASF.
2	Finaliser la mise en place du sac d'urgence fermé de manière sécurisée, du petit matériel et des traitements, ainsi que du matériel (aspiration mucosité, Ambu etc....).	R90 – R91		L'établissement informe que la liste du petit matériel et des dispositifs médicaux avec leur date de péremption a été mise à jour dès la réception de l'AMBU. La copie de la liste du petit matériel est transmise avec la quantité et les dates de péremption inscrites du petit matériel, la vérification est notée en date du 30/6/23. Une procédure spécifique sur l'utilisation de l'aspirateur à mucosités avec le plan de montage a été formalisée et transmise. Dans ce dossier communiqué (N°2), figurent aussi les photographies suivantes : - de la fiche de traçabilité du contrôle mensuel du sac d'urgence réalisé depuis mars 2023, - de la fiche du contrôle du sac d'urgence dans les suites d'un prélèvement et d'un remplacement d'un médicament au 27 juin 2023. - de la liste des médicaments de la dotation d'urgence Au vu des pièces transmises, la mesure a été mise en œuvre.

3	Actualiser ou élaborer des fiches de tâches pour organiser les soins de nursing avec une planification horaire afin de sécuriser et contrôler les actes faits, et sécuriser la prise de fonction des remplaçants. Elaborer des fiches de tâches pour les IDE (article L. 311-3 du CASF). Elaborer une procédure dégradée tant pour les ASD, AST « soins », que pour les IDE afin de sécuriser les tâches indispensables.	E30 – R87	L'établissement a transmis 4 fiches de tâches IDE mises à jour au 17 juillet 2023 (dossier N° 3/pièces) : - une fiche de tâches IDE sur tous les jours de la semaine et week-end, liste l'ensemble des tâches IDE en tenant compte de celles dites administratives. - deux fiches de tâches IDE, selon les horaires en J12 (6h30 et 18h30) et J12 (8h-20h). - une fiche de tâche Week-end J12 8h12h, procédure dégradée L'établissement évoque dans le courrier qu'un travail de réorganisation est toujours en cours avec la nécessité de réactualiser ces fiches de tâches dès que l'organisation sera « efficiente et durable ». Au vu des pièces transmises, la mesure a été mise en œuvre. Il est néanmoins rappelé l'importance du suivi au long court des fiches de tâches, en lien avec les réorganisations futures.
4	Revoir l'organisation des classeurs de soins de nursing des chariots, pour chaque demi-étage, afin d'homogénéiser leur contenu et proposer des outils indispensables pour l'accompagnement des soins. Mettre en place les modalités du suivi et de la réactualisation de ces outils pour dispenser les soins (plans de soins de nursing, plan de douches, plan des changes), associés à la liste des résidents et éventuellement un trombinoscope pour faciliter le travail des remplaçants/intérimaires	R81	L'établissement indique que l'organisation des classeurs de soins a été revue, avec la désignation de référents (ASD et AST Soins) pour chaque résident. Une procédure d'organisation des classeurs de soins mise à jour le 20/04/23 (Dossier N°4/pièces), évoque la constitution homogène du classeur pour chaque unité, ainsi que les modalités de mise à jour des protocoles de douches en transmission, avec une impression mensuelle, et les plans de soins et de changes sous la responsabilité du référent. Une procédure pour imprimer le plan de soins de juillet 2023 est formalisée et transmise (dossier N°4/pièces). L'établissement indique que des contrôles sont organisés par le cadre de santé, et les pratiques des professionnels sont réinterrogées, durant les transmissions. Il est pris acte des améliorations apportées.

5	Inciter les professionnels à tracer les soins, formaliser des consignes en ce sens et en assurer la vérification.	R79 – R81	L'établissement indique que l'incitation des professionnels pour tracer leurs actes, et la démarche de sensibilisation mise en place par rapport à des oublis constatés est en place. Les consignes se font oralement et de manière régulière. Les contrôles des actes IDE ne montrent pas de problème de traçabilité hormis sur le caractère différé. Une réorganisation a été assurée notamment sur la saisie des mesures pondérales et sur la pesée qui est organisée le jour des douches. Ces améliorations sont prises en compte. Il est cependant important d'assurer un suivi sur le long terme, d'inciter à la traçabilité des actes en soins (techniques et nursing) et de procéder à des contrôles réguliers.
6	Formaliser par les IDE un protocole sur la distribution et l'aide à la prise des traitements à destination des professionnels non IDE, précisant leur collaboration et la description de ces actes (article L. 313-26 du CASF). Veiller à donner un support listant les résidents et les traitements, et permettant de tracer l'effectivité de la prise des traitements (à défaut d'outil informatique efficient). Les professionnels devront être accompagnés et formés à cette démarche.	E44 R88 – R97	Selon la réponse apportée, la réactualisation des protocoles de distribution des traitements a été faite, avec l'indication de chaque catégorie de personnels concernés (ASD et AST soins et agent social hygiène en poste), afin de parapher l'acte fait. Selon le document transmis (dossier N°6/pièces) cela correspond à la traçabilité de la distribution des traitements sur la semaine, avec l'indication pour chaque résident du sachet PDA et des traitements hors piluliers avec la mention « précaution particulière ». Cependant ce document ne correspond pas une procédure. Il est mentionné que les IDE contrôlent tous les jours ces distributions au vu des fiches de distribution. Il est prévu une distribution des traitements le matin par les IDE, en cours de réorganisation. Il est constaté une nette amélioration dans la traçabilité de la distribution des traitements, deuxième point de la mesure attendue. Cependant l'établissement ne répond pas sur les procédures concernant les différentes étapes du circuit du médicament (distribution, administration, stockage...), et sur la mise en place d'un protocole de soins et d'accompagnement des professionnels en charge de la distribution par les IDE. Cette mesure reste donc maintenue dans l'attente de la transmission de ces documents permettant de sécuriser l'acte de distribution des médicaments.
7	Garantir la mise en place d'une astreinte les nuits en semaine et les week-ends. Formaliser une procédure sur les modalités de recours à cette astreinte (en interne et auprès de l'astreinte en mairie). Veiller à ce que celle-ci repose sur des professionnels qualifiés et formés (article L. 311-3 du CASF).	E majeur 1	Le gestionnaire indique dans sa réponse que la réorganisation des astreintes la semaine est prévue dès le mois de septembre, et se partagera entre le cadre de santé, la RH et la directrice. Il est pris acte de la mise en place de ce dispositif. La procédure formalisant les modalités de recours à l'astreinte devra être communiquée.

8	Sécuriser l'accès aux locaux techniques et de stockage et assurer la fermeture du portail extérieur	R49	Il est indiqué que la sécurisation des accès aux locaux techniques et de stockage a été réalisée il y a quelques mois. Les équipes ont été à nouveau sensibilisées dès février sur l'importance de fermer à clé ces locaux et l'affichage a été refait sur chaque porte devant être fermée à clé. Il est pris acte de cette mise en œuvre.
---	---	-----	---

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°	INJONCTION	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous demandons de :			
1	Elaborer et transmettre un plan d'action afin de remédier aux dysfonctionnements, sur la base des mesures correctives détaillées ci-dessous (prescriptions et recommandations)	Ecart(s) et Remarques formulés dans le rapport (à l'exception de celles visées ci-dessus)		Le plan d'actions a été communiqué par courrier du 22/09/2023. Il devra faire l'objet d'un suivi étroit, et associer les professionnels de la structure ainsi que les différentes instances. L'injonction est levée.

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous demandons de :			
Sur la sécurisation des prises en charge :				
1	Garantir une prise en charge adaptée de la sécurité incendie (article L. 311-3 du CASF) par une formation régulière de l'ensemble du personnel. Communiquer l'information sur les professionnels déjà formés. Transmettre l'arrêté du maire portant autorisation de fonctionnement suite à la visite de la Commission d'Arrondissement de Sécurité.	E majeur 6 R43 - R44		L'établissement a communiqué la chronologie des séances d'instruction incendie depuis octobre 2022 jusqu'à juillet 2023 (11 séances sur le rôle du personnel face à un début d'incendie + manipulation d'extincteurs sur feu réel). Les feuilles de présence des professionnels formés en 2023 ont été transmises. L'arrêté du maire autorisant la poursuite de l'exploitation a été communiqué. La prochaine visite de la commission d'arrondissement de sécurité aura lieu en septembre 2024. Au vu des éléments fournis, la prescription est levée.

2	Garantir le fonctionnement des appels-malades et veiller à une réponse rapide aux demandes des résidents (article L. 311-3 du CASF). Contrôler et analyser la mise en œuvre de cette démarche, en particulier grâce au système d'enregistrement des appels.	E majeur 6 R50 – R51	Immédiat	La réponse indique qu'un contrôle des appels malades est réalisé régulièrement (1 fois par mois et contrôles aléatoires) afin de s'assurer que le délai de réponse est satisfaisant, et remis systématiquement en corrélation avec le contexte de la charge en soins des agents. Les résultats des derniers contrôles n'ont pas été transmis permettant d'illustrer la démarche engagée et voir les améliorations apportées sur les temps de réponse aux appels. L'établissement précise que le système est par ailleurs garanti avec une assistance 7/7 & 24/24 afin d'assurer un fonctionnement permanent. De plus, une réorganisation a eu lieu afin de garantir une présence aux étages durant les transmissions d'équipe. Il est pris acte des améliorations apportées sur les contrôles des appels malades et la présence permanente de professionnels dans les unités. Cette démarche s'inscrivant sur la durée, la prescription est maintenue.
3	S'agissant de la gestion des risques et des crises, rédiger un plan détaillant les modalités à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique - Plan Bleu, dans toutes ses composantes (risque infectieux, électrique, énergétique...) conformément à l'article D. 312-160 du CASF. Ainsi, intégrer au sein de ce plan le document d'analyse des risques infectieux actualisé, et développer dans ce cadre les liens de l'établissement avec l'équipe mobile d'hygiène.	E majeur 6 E10 R47 – R48	4 mois	L'établissement indique que les liens avec l'équipe mobile d'hygiène ont été repris et celle-ci accompagne la démarche d'élaboration du DAMRI. Le « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », est également utilisé pour actualiser le document dans les délais prévus. Dans l'attente de la formalisation de ces documents (Plan bleu, dont DAMRI), la prescription est maintenue.
4	De manière générale et afin de garantir une prise en charge de qualité et sécurisée : Développer la formalisation (documents prévus au CASF, procédures et protocoles sur le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des résidents...) et la traçabilité des prises en charge (article L. 311-3 du CASF).	E majeur 4	Sur la durée	Les protocoles généraux et de soins sont en cours de réécriture ou de création. Cette démarche s'inscrivant sur la durée, la prescription est maintenue.

Sur la gouvernance de l'EHPAD :				
	Mettre en œuvre une démarche continue d'amélioration de la qualité, formalisée par un plan d'actions régulièrement alimenté par les axes d'amélioration à mener (évaluations, audits internes, projet d'établissement, mesures suite d'inspection...).	E majeur 2 R majeur 2 R1 - R4 – R5	Sur la durée	Dans sa réponse, le gestionnaire indique que le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du plan sera bien sûr assuré par la nouvelle directrice et l'équipe d'encadrement de l'établissement ; un point régulier sera fait devant le Conseil d'Administration qui se réunit régulièrement (environ toutes les 5 à 6 semaines). Si les mesures identifiées dans le cadre de la présente inspection doivent être prioritairement identifiées dans ce plan, celui-ci doit être enrichi et suivi régulièrement dans le cadre d'une démarche qualité continue. La prescription s'inscrivant sur la durée est maintenue.
5	Assurer un réel pilotage et suivi dans sa mise en œuvre, tant par le gestionnaire (et notamment par une implication constante du conseil d'administration), que par l'équipe d'encadrement de l'établissement. En préciser l'état d'avancement dans le rapport d'activité annuel (article D. 312-203 du CASF).			
6	Faire de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance une priorité de l'établissement par la mise en œuvre des dispositifs contribuant à cette politique (article L. 311-3 du CASF).	E majeur 3	Sur la durée	Dans la réponse apportée sont prévus une sensibilisation des personnels et des formations régulières, ainsi que des points systématiques en Conseil d'Administration. Au-delà de ces actions, l'établissement doit inclure d'autres éléments actuellement manquants qui contribuent à cette démarche (formalisation dans le projet d'établissement des actions de prévention de la maltraitance, désignation d'un professionnel référent, structuration de la transmission des informations autour de l'usager, temps d'échange entre professionnels, vérification systématique du casier judiciaire à l'embauche, formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel, évaluation annuelle des agents, dispositif d'analyse des pratiques, organisation du traitement des évènements indésirables et des réclamations, politique Qualité-Gestion des risques, CVS actif ou autre dispositif d'implication des familles, etc...) L'établissement devra rendre compte de la mise en œuvre de cette démarche. La prescription s'inscrivant sur la durée est maintenue.

7	Formaliser et mettre en place un dispositif permettant le signalement, l'analyse, le traitement et le suivi des événements indésirables (dont les événements indésirables graves à signaler auprès des autorités de contrôle – articles L. 331-8-1, R. 331-8 à 10 du CASF, décret 2016-1813 du 21 décembre 2016, arrêté du 28 décembre 2016). Sensibiliser et inciter les professionnels au signalement, et leur assurer un retour sur la suite donnée à celui-ci. Formaliser et mettre en œuvre une démarche similaire concernant les réclamations des usagers et leurs familles (article L. 311-3 du CASF).	E majeur 5 E5 - E12 R19 – R20	1 mois	La réponse indique qu'une procédure a été mise en place afin de permettre le traitement des événements indésirables. Une procédure papier est déjà existante. Cependant, ces procédures n'ont pas été communiquées en pièce jointe. Seule a été transmise une fiche type de signalement d'Ei. Il est mentionné que les professionnels sont sensibilisés au caractère constructif dont doit revêtir le signalement de l'Ei, destiné à éviter que ledit événement se répète. Si la démarche est positive, il n'est pas précisé comment s'est faite cette sensibilisation (par qui, à quelle date, nombre et catégories d'agents concernés). Il est indiqué qu'un registre des réclamations et satisfactions va être très prochainement mis à la disposition des familles. Par ailleurs, une procédure est en préparation en ce qui concerne les réclamations des usagers et des familles, afin de permettre une réaction rapide de la direction et de l'équipe d'encadrement. L'établissement devra communiquer aux autorités de contrôle ces deux procédures et préciser les actions de sensibilisation mise en œuvre auprès des professionnels. Cette prescription, qui reste à réaliser, est maintenue.
---	--	---	--------	--

8	Assurer un pilotage étroit entre le gestionnaire et l'encadrement de l'EHPAD par : - Une fiche de poste de la direction datée et personnalisée, en cohérence avec les missions réellement assurées ; - La formalisation des objectifs assignés à la direction et leur suivi dans le cadre d'entretiens d'évaluation annuels ; - Une délégation claire et conforme à la réglementation (articles D. 312-176-5 et D. 312-176-10 du CASF) ; - Des échanges réguliers et formalisés entre le gestionnaire et la direction ; - L'élaboration d'une fiche de poste pour les professionnels en responsabilité. Ainsi que la formalisation et le suivi des objectifs à conduire ; - Des réunions de l'équipe d'encadrement régulières, structurées dans leur objet, leurs participants, et faisant l'objet de comptes rendus ;	E6 R6 – R7 – R8 – R10 – R11 – R13 – R14 – R15	Dès recrutement d'une direction sur site 1 mois pour les professionnels en responsabilité	La réponse du gestionnaire fait part des engagements suivants : Une fiche de poste à destination de la direction est formalisée et sera signée dès le 7 août. Le président du CCAS fixera des objectifs à la directrice dès son arrivée. Des arrêtés de délégation de signature seront pris à l'arrivée de la direction concernant les 3 entités (EHPAD, CCAS, relais petite enfance). Les fiches de postes sont rédigées et seront signées par la direction. Des réunions de l'équipe d'encadrement auront lieu régulièrement ; elles prévoient un ordre du jour et préciseront les participants. Il faudra y ajouter des comptes-rendus formalisés. Il est pris acte de ces engagements. Les éléments justificatifs devront être communiqués aux autorités de contrôle (fiches de poste, formalisation des objectifs, DUD, calendrier des réunions et premiers comptes rendus). Cette prescription, qui reste à réaliser, est maintenue.
---	--	---	---	--

9	Garantir la participation et l'information des résidents et leurs familles sur le fonctionnement de l'établissement, en particulier par : - La composition et le fonctionnement d'un Conseil de la Vie Sociale en conformité avec la réglementation (article L 311-6 du CASF) ; - Son information et sa consultation sur les sujets prévus par les textes (ex : délégation accordée à la direction - article D. 312-176-5 du CASF, dysfonctionnements et événements indésirables – article L. 331-8-1 du CASF) ; - Des réunions régulières et une information transparente sur le fonctionnement de la structure et les conditions de prise en charge ; - Des enquêtes de satisfaction régulières.	E1 – E7 – E8 – E11 R3 – R18	3 mois Sur la durée	L'établissement indique que le Conseil de la Vie Sociale a été recomposé selon la nouvelle législation en vigueur, ainsi que le règlement de fonctionnement validé par le CVS. La première réunion de l'année a été menée le 31 mai 2023, en l'absence de direction, par l'équipe d'encadrement. Les autres seront menées par la direction sur la 2e partie de l'année. L'établissement devra communiquer la composition du nouveau CVS ainsi que les comptes rendus de séance pour l'année 2023. La prescription s'inscrivant sur la durée est maintenue.
10	Rédiger le projet d'établissement (articles L. 311-8, D. 311-38, D. 344-5-5 du CASF). Formaliser le projet général de soins, notamment pour définir les objectifs opérationnels de la coordination des soins. Elaborer une politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie, inscrite dans le projet d'établissement.	E4 – E32 R2	1 an	Le gestionnaire indique que ces projets seront menés lors de l'arrivée de la directrice et sollicite un délai d'un an pour les réaliser. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.
11	Actualiser et afficher le règlement de fonctionnement (articles L. 311-4, R. 311-33 et R. 311-34 du CASF). Veiller à ce que ses dispositions correspondent au fonctionnement réel de la structure pour permettre l'exercice effectif des droits des résidents. Mettre en conformité à la réglementation les modalités de facturation après décès du résident (article L. 314-10-1 du CASF).	E1 – E2 – E3	4 mois	Il est pris acte de l'engagement formulé d'actualiser le règlement de fonctionnement afin de correspondre au fonctionnement réel de la structure. Ce travail sera mené dès l'arrivée de la nouvelle direction, ainsi que l'actualisation du contrat de séjour. Les modalités de facturation seront remises en conformité avec la législation dans les 4 mois. Ces documents devront être communiqués aux autorités de contrôle. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.

12	Compléter annuellement les indicateurs des tableaux de bord visés aux articles R. 314-18 du CASF et les utiliser comme outils de pilotage interne.	E9	Sur la durée	Il est indiqué que les indicateurs seront complétés et analysés sur le long terme lors de l'arrivée de la direction. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.
Sur la prise en charge des résidents :				
13	Veiller à la qualification des professionnels assurant la prise en charge des résidents : vérification des diplômes, recrutement de professionnels qualifiés et mise en place d'une démarche de professionnalisation en interne, notamment par la validation des acquis de l'expérience (articles L. 312-1 II et L. 311-3 3° du CASF).	E13 – E14 R27	Immédiat	Au vu de la réponse apportée, il est pris acte de la mise à jour des dossiers du personnel, avec l'intégration des diplômes. L'établissement indique chercher à recruter du personnel qualifié, dans un contexte difficile. La situation est effectivement tendue, et l'établissement devra justifier de sa démarche auprès des autorités de contrôle, intégrant des formations professionnalisantes pour les agents en place. La prescription est maintenue.
14	Veiller à stabiliser les équipes soignantes pour sécuriser les prises en charge (article L. 311-3 du CASF).	E15	Sur la durée	Il est pris acte des améliorations apportées (plus de contrat de très courte durée et plusieurs stagiairisations ont eu lieu). La prescription s'inscrivant sur la durée est maintenue.
15	Organiser les temps de pause des professionnels afin d'assurer la sécurité des résidents par une présence continue dans les services (article L. 311-3 du CASF).	E19	Immédiat	La réponse du gestionnaire est la suivante : Les équipes ont été informées de la nécessité de remettre en place les temps de pause, et sont partie prenante à propos de cette réorganisation. Cependant, les temps de pause, intéressant directement les organisations, nécessitent d'être adoptées au comité social territorial, qui se tiendra à l'Automne. Il convient, sans délai, de veiller à ce que les résidents ne soient pas sans surveillance du fait de pauses concomitantes par le personnel, comme la mission a pu le constater lors de sa visite. La position du comité social territorial sera ensuite communiquée aux autorités avec l'organisation arrêtée. La prescription est maintenue.

16	Formaliser une procédure portant sur l'élaboration et l'actualisation des projets d'accueil personnalisés (PAP) des résidents. Rédiger et actualiser régulièrement les projets d'accueil personnalisés des résidents (articles L. 311-3 et D. 312-155-0 du CASF). Désigner des référents des projets de vie afin de favoriser la réalisation, le suivi et l'actualisation des PAP. Préciser les missions et accompagner les professionnels dans ces fonctions.	R54 E23 R55	9 mois	Il est pris acte de la désignation de référents (un AS/AST soin ainsi qu'un IDE) dans le cadre des projets personnalisés et du suivi des plans de soins. La procédure reste en cours de réalisation. A la demande de l'établissement, le délai de 9 mois est pris en compte pour élaborer un PAP pour tous les résidents, en adéquation avec leurs besoins. Les projets personnalisés seront réalisés en réunion d'équipe pluridisciplinaire (as, ide, cadre de santé, psychologue, etc.). La procédure sera à communiquer aux autorités de contrôle, ainsi qu'un tableau d'avancement de la réalisation des projets. Ceux-ci seront ensuite à réactualiser régulièrement. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.
17	Assurer au résident une prise en charge et un accompagnement individualisé adapté à ses besoins (article L. 311-3 du CASF), en particulier par une adaptation dans les rythmes de la journée. Veiller en particulier à adapter les horaires du petit-déjeuner afin de ne pas excéder un jeûne nocturne supérieur à 12h. Prévoir également des collations le soir.	E24 R56		La réponse apportée précise que ces problématiques ont été pointées en réunion pluridisciplinaire. Les équipes de nuit proposent des collations nocturnes. Les réorganisations envisagées permettront de réadapter la plage horaire du petit-déjeuner afin de diminuer le jeûne nocturne, et sont actuellement à l'essai, comme mentionné auparavant. Il est pris acte de ces améliorations, et sous réserve de leur pérennisation dans le cadre de la nouvelle organisation, la prescription est levée.
18	Formaliser et mettre en place une procédure d'admission et d'accueil des nouveaux résidents permettant de garantir leurs droits et la qualité de leur prise en charge (articles L. 311-4 et L. 311-5 du CASF). Définir notamment les critères spécifiques pris en compte dans le processus de décision.	E20 R52	3 mois	Il est indiqué que la procédure d'admission est en cours de rédaction, en lien avec le médecin coordonnateur. Elle sera à communiquer aux autorités de contrôle. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.

19	Garantir l'exercice des droits des usagers par : - La mise à jour des documents prévus à l'article L. 311-4 du CASF (livret d'accueil et ses annexes réglementaires) et assurer leur communication systématique à l'entrée dans l'établissement ; - Des conditions d'accueil et de séjour conformes aux dispositions du contrat de séjour signé par le résident ; - La formalisation d'un document attestant de la réalisation d'un état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie du résident (article L. 311-7-1 du CASF).	E21 – E22 R53	4 mois Immédiat La réponse du gestionnaire est la suivante : Les documents réglementaires sont remis systématiquement dès l'admission du résident. Cependant, n'ayant pas été remis à jour depuis plusieurs années, ils seront actualisés lors de l'arrivée de la nouvelle direction et présentés au Conseil d'Administration pour validation. Le document attestant de la réalisation d'un état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie du résident était déjà existant. Les documents actualisés devront être transmis aux autorités de contrôle. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.
En particulier s'agissant des soins :			
20	Sécuriser et encadrer l'intervention du médecin coordonnateur et les liens partenariaux : - Veiller à ce que le temps de travail, les missions et la qualification du médecin coordonnateur respectent la réglementation, indiquer dans sa fiche de poste ses missions et formaliser dans son contrat de travail les modalités de l'exercice de ses missions (articles D. 312-156, D. 312-157, D. 312-158, D. 312-159-1 du CASF). - Mettre en place les commissions de coordination gériatrique et formaliser les contrats pour l'intervention des médecins libéraux (article D. 312-158 du CASF). - Formaliser une convention avec un établissement de santé notamment dans le cadre des urgences (articles D. 312-158 et D. 312-155 du CASF).	E25 – E26 – E27 – E28 E29 E35	4 mois 4 mois 1 mois L'établissement indique que le contrat de travail du médecin coordonnateur, titulaire d'une capacité de gériatrie, propose un temps à 0,30 ETP, sans transmission de ce document. Ce temps reste toujours inférieur à la réglementation. Sur ce point, le plan d'actions communiqué indique qu'une fiche de poste du médecin coordonnateur doit être rédigée, et évoque une négociation du temps de travail du médecin coordonnateur en télétravail. L'établissement veillera à organiser un temps régulier en présentiel pour s'articuler avec les équipes soignantes, ainsi qu'à formaliser la programmation précise des missions du MEDEC selon ces deux modalités, et notamment pour le télétravail, l'organisation avec l'équipe soignante, les conditions d'accès au dossier de soins sécurisé, ainsi que les prescriptions. Le gestionnaire annonce que les commissions de coordination gériatriques seront « formalisées une fois par an », et que les contrats des médecins libéraux ont été présentés et refusés par l'ensemble de ces professionnels. Concernant la formalisation de la convention avec le CHU de Clermont-Ferrand, l'établissement a fait une demande auprès du CHU et reste en attente d'une réponse. La prescription est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre et de la transmission des éléments justificatifs.

Définir et formaliser l'organisation des soins, son analyse et son suivi et les spécificités des prises en charge : - Réaliser annuellement le rapport d'activité médicale pour évaluer et suivre la santé du public accueilli ainsi que la qualité de la prise en charge en soins et définir les objectifs opérationnels pour l'année suivante afin de remédier à certains constats (article D. 312-155-3 du CASF). - Définir un projet de soins spécifique pour l'accueil des résidents en unité de vie protégée, et formaliser les modalités d'accueil en les indiquant dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. - Formaliser les critères d'entrée et de sortie des personnes accueillies en unité de vie protégée en lien avec les évaluations neurocognitives, ainsi que la programmation d'activités régulières adaptées à ce public, afin d'améliorer leur condition de vie. - Elaborer un projet de soins personnalisé pour chaque résident notamment pour ceux accueillis en unité de vie protégée (article D. 312-155-0-1 du CASF). - Elaborer des plans de soins techniques (IDE) permettant une planification horaire des actes en soins et rédiger des plans de soins de nursing au plus près des caractéristiques individuelles, en assurant une actualisation autant que de besoin. Veiller à la traçabilité des actes en soins et en nursing, centraliser les outils pour le suivi des soins et les homogénéiser sur l'ensemble des unités d'accueil.	E33	Sur la durée	L'établissement annonce différents objectifs : - la réalisation du RAMA est prévue annuellement. Il est relevé que celle-ci ne figure pas dans le plan d'actions transmis ; - l'élaboration du projet de soins spécifique à l'UVP est envisagée dans les prochains mois. Une première version des critères d'entrée et de sortie de l'UVP a été formalisée (fiche du 19 juillet 2023 - pièce N° 21) avec en annexe la présentation de l'évaluation NPI¹ de l'HAS. Cette fiche est en attente de la validation du médecin coordonnateur ; L'établissement informe de l'actualisation des plans de soins IDE par les infirmières, en adéquation avec les soins réellement faits. Pour autant, aucun document n'est transmis à l'appui de cette réponse (ex : 1 ou 2 plans de soins IDE actualisés). La réponse évoque la complexité des plans de soins de nursing qui sont retravaillés actuellement. Il en est pris acte, sachant que ce point n'est pas évoqué dans la prescription. Il est également précisé dans la réponse apportée que des contrôles sont effectués afin de vérifier la bonne traçabilité des actes de soins, et que le logiciel Cédi'Acte est utilisé au mieux malgré son manque d'efficacité, afin d'éviter les supports secondaires. La programmation des étapes pour la réalisation de ces différentes mesures est à formaliser dans le cadre du plan d'action attendu. Dans l'attente de la transmission des éléments justificatifs attestant de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.
	E40 R68 – R69	3 mois	
	E40	3 mois	
	R70 – R71 R78 – R80	3 mois	

22	Définir l'organisation des soins palliatifs : - Elaborer une politique relative aux soins palliatifs et fin de vie, inscrite dans le projet d'établissement (article D. 311-38 du CASF) ; - Protocoller la prise en charge des soins palliatifs et fin de vie ainsi que celle de la douleur et de son évaluation et favoriser leur appropriation dans le cadre de temps de formation/information des professionnels sur cette thématique ; - Organiser des synthèses cliniques pour travailler en pluridisciplinarité la décision et la mise en œuvre de cette prise en charge et définir les liens partenariaux avec l'équipe mobile de soins palliatifs pour accompagner la gestion des situations relevant de ce cadre.	E34 R72 – R73 R74 – R75	3 mois 3 mois Immédiat	L'établissement est en attente de formalisation de convention avec l'EMSP, il annonce des objectifs à mettre en œuvre : - formation des professionnels aux soins palliatifs, - sensibilisation des médecins, - et l'inscription dans le projet d'établissement de la politique relative aux soins palliatifs. Aucune réponse concrète n'est apportée sur les éléments formalisés dans la prescription afin d'organiser les soins palliatifs. Dans l'attente de la transmission des éléments justificatifs attestant de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.
23	Organiser et sécuriser les données médicales pour garantir la continuité des soins : - Stocker les dossiers médicaux actifs et d'archivage de manière sécurisée (article R. 4127-45 du CSP, article 45 du code de déontologie médicale, article L. 311-3 du CASF) ; - Veiller à faire renseigner par tous les acteurs du soins concernés les éléments indispensables à la constitution des dossiers de soins et à élaborer un DLU pour chaque résident (article L. 311-3 du CASF).	E36 - E37 – E38 – E39	Immédiat	Il est annoncé qu'en septembre 2023 commencera la remise en conformité liée aux archives, qui s'étalera sur plusieurs mois. Par ailleurs, les intervenants extérieurs sont tous sollicités et accompagnés pour établir leurs prescriptions médicales et observations paramédicales dans le logiciel de soins. Cependant la problématique de l'absence de saisie des traitements sur l'informatique demeure. La complétude des dossiers médicaux et de soins reste partielle. Aucun élément de réponse n'est fait sur la constitution des DLU. Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription est maintenue.

Sécuriser les différentes étapes du circuit du médicament : - Elaborer la liste des médicaments à utiliser préférentiellement (D. 312-158 6° du CASF et L. 5126-6 du CSP) ; - Sécuriser le stockage des bouteilles d'oxygène (autorisation de mise sur le marché et règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public) ; - Formaliser la démarche d'élimination des traitements périmés et non utilisés ainsi que sa gestion (articles L. 4211-2 et R. 5132-36 du CSP) ; - Formaliser la conduite à tenir en cas d'écart de température de conservation des médicaments soumis à la chaîne du froid ; - Sécuriser la préparation des traitements en mettant à disposition des supports sécurisés notamment pour les traitements hors PDA, en veillant à la concordance entre la prescription et les traitements préparés et en vérifiant et mettant à disposition une liste des traitements écrasables et/ou des gélules à ouvrir ; - Indiquer la date d'ouverture des traitements multi-doses sur l'emballage.	E41 – E42 – E43 R92 – R93 – R94 – R95 - R96	1 mois Immédiat	L'établissement a élaboré la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, sa transmission l'atteste (pièce N° 24). Sa mise à jour date du 17 juillet 2023. Cette liste permet aussi de suivre les dates de péremption des médicaments (ce qui répond à l'écart 4.1). Mais le stockage des bouteilles d'oxygène n'est pas encore sécurisé (réflexion en cours sur l'emplacement à retenir). L'établissement a transmis la formalisation de la gestion des périmés (pièce N° 24) et évoque le contrôle mensuel des dates de péremption (ce qui répond à l'écart 4.1). La procédure pour faire face aux écarts de températures de l'enceinte réfrigérée est formalisée avec la liste des médicaments et les recommandations de chaque laboratoire (pièce N° 24). Il est pris acte que la liste OMEDIT des traitements écrasables a été transmise aux professionnels lors de l'inspection et que les dates d'ouverture des traitements multi-doses est inscrite sur l'emballage. L'isolement des traitements PDA sous CEDIACTE ne peut être fait et donc édité, on rappelle que le support utilisé pour leur préparation est bien à sécuriser (double vérification par exemple). La prescription est maintenue dans l'attente de la sécurisation de l'entreposage des bouteilles d'oxygène.
---	---	-------------------------------	--

25	Mettre en œuvre la surveillance et la prise en charge des risques gériatriques (article L. 311-3 du CASF) : - Veiller à définir une démarche pour l'élaboration et révision des protocoles de soins et programmer des temps d'information/formation régulière afin de partager les bonnes pratiques professionnelles ; - Organiser et formaliser des protocoles de soins et assurer leur appropriation pour : • La gestion des épisodes d'infection groupée, • La prévention de la dénutrition et l'organisation du suivi mensuel du poids et de son contrôle pour chaque résident, • La prévention et la prise en charge des chutes ainsi que la procédure de l'utilisation de la fiche de déclaration des chutes sur le logiciel de soins, • La mise en place et le suivi des contentions en spécifiant le matériel utilisé et ses risques et la surveillance régulière des contentions en place ; - Formaliser une convention avec le réseau bucco-dentaire UFSBD, dans le cadre de la prévention et bilan en vue de soins dentaires à prodiguer.	E majeur 4 R59 – R60 – R61 – R62 – R63 – R64 – R65 – R66 – R67	3 mois	L'établissement assure mettre à jour la liste des protocoles de soins au fur et à mesure dans le classeur. Il indique que des protocoles ont été formalisés et sont en attente de validation par le médecin coordonnateur, certains ont été travaillés avec l'Equipe Mobile d'Hygiène. Mais aucun élément de réponse n'est apporté sur la démarche d'information/formation et d'appropriation par les professionnels. Le protocole relatif à la dénutrition sera rédigé dans les 3 prochains mois, comme le protocole sur la prévention et la prise en charge des chutes. Le suivi des contentions selon l'établissement est réalisé par l'ergothérapeute et les IDE, mais aucun document ne formalise la démarche. Il est noté que ce point ne figure pas dans le plan d'actions transmis. Le contact avec l'UFSB a été fait par mail (pièce N°20) en vue de la formalisation d'une convention. Selon la réponse de l'établissement, seule la procédure « déclaration des chutes » du 17 juillet transmise (pièce N° 25) a été rédigée. Elle expose clairement les modalités de cette déclaration sous [REDACTED] Concernant la « saisie des poids » un calendrier a été proposé et selon chaque jour une unité est inscrite (photographie du calendrier annuel (pièce N° 25). Il est précisé que le contrôle du poids est fait le jour de la douche. La prescription est levée concernant la procédure de déclaration des chutes et la planification des pesées, elle est maintenue pour tous les autres aspects dans l'attente de l'avancement des travaux et la transmission des pièces justificatives.
26	Formaliser les conventions avec les intervenants libéraux au sein de la structure (articles L. 314-12 et R. 313-30-1 du CASF).	E31	4 mois	L'établissement indique son intention de formaliser des conventions avec l'ensemble des professionnels de santé et relève le refus objectif des médecins dans le passé. La prescription est maintenue.

Sur la gestion des ressources humaines :				
27	Mettre en place une véritable politique de formation : - Formaliser le plan de formation prévisionnel et réalisé, précisant les thématiques, le nombre de professionnels concernés, leur nom et leur catégorie professionnelle ; - S'appuyer pour cette démarche sur des entretiens d'évaluation annuels des professionnels ; - Veiller à mettre en place des actions de formation régulière portant sur la prévention de la maltraitance ; - Prévoir des formations spécifiques pour les agents exerçant au sein de l'unité protégée ; - Inclure dans ce cadre la contribution du médecin coordonnateur conformément à ses missions (article D. 312-158 8° du CASF).	E18 R24 – R25 – R26 – R28	1 an	La réponse apportée indique que la nécessité de remettre en place une véritable politique de formation a été perçue, dès son arrivée, par la nouvelle responsable RH, qui a déjà commencé à mettre en place des actions avec des organismes de formation notamment pour les recyclages obligatoires. Elle développera un véritable plan de formation, en relation avec les agents et leurs responsables ; ce plan sera soumis pour avis au comité social territorial. Dans l'attente de sa réalisation et de la transmission d'un plan de formation intégrant les différents aspects de cette mesure, la prescription est maintenue.
28	Assurer systématiquement avant l'embauche d'un salarié la vérification de son casier judiciaire conformément à l'article L. 133-6 du CASF, et conserver la traçabilité de cette vérification.	E16	Immédiat	L'établissement indique que les casiers judiciaires ont été demandés suite à l'arrivée de la responsable RH et seront vérifiés systématiquement chaque année. Il est pris acte des améliorations apportées. La prescription s'inscrivant sur la durée, est maintenue.
29	Transmettre au conseil de l'ordre des infirmiers la liste du personnel infirmier de l'établissement afin de vérifier leur inscription au tableau de l'ordre des infirmiers (article D. 4311-52-2 du CSP).	E17	1 mois	La réponse indique que la liste sera transmise, sans en préciser le délai. La prescription est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous recommandons de :				
Sur la gouvernance de l'EHPAD				
1	Formaliser l'organigramme afin de définir clairement le positionnement hiérarchique des professionnels.	R9	Immédiat	Il est indiqué que l'organigramme sera défini prochainement et sera présenté aux membres du CST à l'Automne. Dans l'attente de la transmission du document validé, la recommandation est maintenue.
2	Clarifier dans les missions des professionnels de l'EHPAD le temps dédié aux activités du CCAS et du réseau d'assistantes maternelles (RAM). Adapter les fiches de poste et les ETP en conséquence, ainsi que le budget de l'EHPAD.	R12	1 mois	Le gestionnaire indique que le temps dédié au CCAS et au relais Petite Enfance sera réévalué dès la rentrée. Il précise que ce temps est rémunéré sur les budgets CCAS et REP et non sur le budget de l'EHPAD. L'établissement devra communiquer auprès des autorités de contrôle ces temps dédiés, ce qui permettra d'apprécier les ETP pour l'EHPAD et les financements correspondants. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
Sur la prise en charge des résidents				
3	Améliorer la gestion des plannings par : - Une validation permettant d'assurer une cohérence globale et une présence continue dans l'ensemble des services ; - Une actualisation afin qu'ils reflètent les agents réellement présents ; - Une formalisation qui permette de visualiser aisément les professionnels présents dans chaque service ;	R32 – R33 - R34 – R35	3 mois	La réponse indique qu'une validation globale des plannings sera assurée par la direction lors de son arrivée, afin de garantir un fonctionnement et une cohérence globale entre tous les services. Cette organisation une fois définie sera à communiquer aux autorités de contrôle. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
4	Développer les réunions d'échange interprofessionnels pour améliorer la communication interne et la qualité de la prise en charge des résidents.	R17	Immédiat	Il est indiqué que des réunions ont déjà été organisées entre les différents professionnels et reprendront dès la rentrée. Pour autant, aucun compte rendu n'a été transmis. La recommandation reste maintenue.

5	Organiser des temps d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de l'HAS/ANESM.	R31	Sur la durée	La réponse mentionne « A terme, des temps d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles seront réalisées » sans préciser le délai de mise en œuvre. Celui-ci sera à mentionner dans le cadre du plan d'actions. La recommandation est maintenue.
6	Remettre à disposition des résidents l'espace Snoezelen, permettant d'améliorer l'accompagnement des résidents, notamment ceux atteints de troubles cognitifs.	R39		Il est indiqué qu'un état des lieux de la salle a été réalisé, ainsi que le recensement des professionnels déjà formés, pour une reprise dès Septembre. Les soins d'aromathérapie ont été repris par l'équipe et les professionnels reformés et réinformés à ce soin. Sous réserve de sa mise en œuvre effective en septembre (à formaliser dans le cadre du plan d'actions), la recommandation est levée.
7	Etre attentif aux températures ressenties par les résidents et veiller à leur confort.	R38	Immédiat	La réponse indique qu'il est prévu d'acheter des thermomètres afin d'effectuer des relevés de température et de les tracer au sein d'un registre. Dans l'attente de la mise en œuvre et du suivi de cette mesure, la recommandation est maintenue.
8	S'agissant des repas, prendre en compte les attentes des résidents, formulés notamment lors de la commission des menus. Améliorer l'organisation du travail de l'équipe de cuisine et l'associer au fonctionnement de l'établissement, par des procédures formalisées et validées, des échanges avec les autres professionnels, un pilotage et une coordination de l'alimentation des résidents.	R57 – R58	Immédiat	Selon la réponse apportée, le recueil des préférences alimentaires est réalisé à l'entrée, et mis à jour au besoin par l'équipe. En cuisine, un récapitulatif des aversions alimentaires est déjà en vigueur. Il n'existe, pour le moment, aucune procédure, mais le lien est fait entre la cuisine et l'équipe soignante au sujet des changements de texture et de régime par le biais de messages via Cédiacte. Cependant, au vu des constats de la mission (absence de procédure formalisée et validée, rareté des réunions entre l'équipe de cuisine et les autres professionnels de l'établissement, absence de pilotage et de coordination pour tout ce qui relève de l'alimentation, commissions de menus retraçant peu de débats, pas d'évaluation formelle de la satisfaction des résidents) des améliorations restent à apporter sur le sujet des repas. La recommandation est maintenue.

9	Formaliser les procédures et les dispositifs de traçabilité permettant de s'assurer des bonnes conditions d'hygiène des locaux. Poursuivre la réorganisation et la coordination de l'équipe en charge de l'entretien des locaux. Veiller à un entretien correct des lieux de ménage et de stockage.	R41 – R42	3 mois	L'établissement fait part du rangement des lieux de stockage. Il indique que les procédures sont déjà existantes et mises à disposition des agents dans des classeurs, sur chaque chariot ménage, néanmoins ces documents n'ont pas été communiqués à l'appui de la réponse. Selon les constats de la mission, la traçabilité des activités n'est pas assurée par l'ensemble des AST et aucune procédure de vérification de l'entretien n'est mise en œuvre (hormis nettoyage à blanc des chambres). La réponse n'apporte pas d'indication sur ce point. La recommandation est maintenue.
10	Formaliser les procédures et les dispositifs de traçabilité concernant le traitement du linge. Veiller au respect des bonnes pratiques préconisées par le guide relatif à la méthode RABC et sensibiliser les professionnels à ces pratiques.	R45 – R46	3 mois	La réponse apportée indique que des formations sont envisagées pour la lingère à propos de la méthode RABC. Il n'y a pas d'indication sur la formalisation des procédures et la traçabilité concernant le traitement du linge. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
En particulier s'agissant des soins :				
11	Structurer le travail des soignants en dotant les professionnels du soin, d'outils informatiques adaptés pour une traçabilité des soins.	R76	6 mois	L'établissement évoque des changements de poste informatique effectués dans 3 bureaux (infirmierie, salle de transmissions, 3ème étage), aucune réponse n'est apportée sur le possible équipement en scannettes et tablettes. La recommandation est maintenue.
12	Organiser des formations au logiciel de soins [REDACTED] pour les professionnels afin d'assurer la bonne connaissance de ses fonctionnalités et d'éviter de créer des outils supplémentaires (comme pour la surveillance glycémique sous Excel).	R82 – R83 – R89	6 mois	L'établissement prévoit des formations en interne sur le logiciel. Aucune programmation n'est cependant transmise. Le plan d'actions prévoit le retrait des doubles supports. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
13	Mettre en place des temps en pluridisciplinarité clinique pour faire des synthèses cliniques pour chaque résident en tenant compte de l'évaluation gériatrique et des approches thérapeutiques envisagées.	R77	Sur la durée	L'établissement précise l'impossibilité de mettre en place des réunions pluridisciplinaires en lien avec le peu de disponibilité des professionnels de santé et envisage de réévaluer cette situation. Le plan d'actions indique dans ses objectifs, la réorientation de certaines transmissions vers un travail pluridisciplinaire (le mercredi en présence du médecin). La recommandation est maintenue.

14	Formaliser les consignes sur les attendus des transmissions orales. Inciter les professionnels à le faire quotidiennement, notamment concernant les décisions prises sur les usagers.	R84	Immédiat	L'établissement indique que des points ont été faits sur les attendus des transmissions orales dès janvier 2023, sans toutefois transmettre de consignes écrites ou autre formalisation afin d'étayer ces points. La recommandation est maintenue.
15	Organiser le planning des veilleurs de nuit et des personnels de jour afin de réaliser les transmissions orales tous les jours.	R85	1 mois	La réponse apportée mentionne que « des groupes de travail sont prévus pour l'automne avec l'équipe de direction, les agents concernés et les membres du conseil d'administration pour une entrée en vigueur au 1 ^{er} janvier 2024. » Les objectifs particuliers sur les attentes de ce travail ne sont pas précisés. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
16	Déterminer le calendrier des réunions de fonctionnement et de l'organisation des soins et rédiger systématiquement leurs comptes rendus.	R86	Sur la durée	L'établissement indique qu'il « va tendre à programmer des réunions sur du long terme » sans étayer par la formalisation de calendrier et des modalités de l'organisation des réunions. La recommandation est maintenue.
Sur la gestion des ressources humaines :				
17	Définir et formaliser la politique de remplacement du personnel.	R22	3 mois	La réponse apportée « Plateforme Hublo et interim pour remplacer le personnel absent, ainsi que des réorganisations en interne » est peu explicite, notamment compte tenu d'une gestion des congés à réorganiser. La recommandation est maintenue.
18	Sécuriser les modalités d'accompagnement des nouveaux professionnels (fiches de tâches actualisées, accompagnement par un titulaire qualifié, programmation des soins fiable, rédaction d'une procédure d'accueil des nouveaux arrivants, communication d'un règlement intérieur).	R29	Immédiat	Il est pris acte des améliorations apportées (« les fiches de tâches ont été actualisées, et continuent d'évoluer en fonction des organisations. Tout nouveau professionnel intervenant dans la structure est doublé par un personnel titulaire et qualifié durant plusieurs jours. Les plans de soins sont actuellement retravaillés »). Néanmoins aucune procédure d'accueil des nouveaux arrivants, ou des consignes formalisées pour la prise de poste, n'ont été communiquées. La recommandation est maintenue.

19	Formaliser le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).	R30	6 mois	Il est indiqué que « le DUERP sera formalisé dans un délai non quantifiable à ce jour ». Ce document est obligatoire et sa réalisation doit être précisée dans le plan d'action attendu. La recommandation est maintenue.
20	Veiller à la prévention des risques psycho-sociaux, pouvant impacter la prise en charge des résidents, par un diagnostic interne et des actions adaptées et suivies.	R16	6 mois	La réponse mentionne qu'il est prévu d'avoir une campagne sur la prévention des risques psycho-sociaux sur le 1er semestre 2024. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
21	Assurer un suivi des indicateurs liés aux ressources humaines (absentéisme, turn-over...) dans le cadre d'un bilan social ou document équivalent.	R23	1 an	Le bilan social est en cours de construction. Le suivi des indicateurs de l'absentéisme est mis en place. Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
22	Concernant le dialogue social : - Veiller à une information transparente des salariés de l'établissement, contribuant à un climat social de qualité ; - Organiser conformément à la réglementation les réunions des instances représentatives du personnel.	R3 - R7 – R21	Sur la durée	Il est pris acte des améliorations apportées depuis l'arrivée d'une responsable des ressources humaines : le dialogue social est plus serein, des points sont faits régulièrement avec les membres du personnel. Il est indiqué que deux réunions ont déjà eu lieu depuis janvier 2023 avec les instances représentatives du personnel. Les comptes rendus n'ont cependant pas été transmis à l'appui de la réponse. La recommandation s'inscrivant sur la durée, est maintenue.
Sur les locaux :				
23	Veiller à désencombrer les espaces de circulation du matériel ou mobilier pouvant constituer un risque de chute.	R40	immédiat	Il est indiqué que les espaces de circulation ont été désencombrés, mais que, faute d'espace de stockage dans les étages, les lèves- malades et verticalisateurs restent entreposés dans le couloir. La recommandation est maintenue, dans la mesure où elle peut être éventuellement impactée par un programme d'aménagement des locaux.
24	Envisager un programme de rénovation des locaux, du mobilier et des équipements (ex : salles de bains communes) et en informer les autorités de contrôle. Inclure dans cette réflexion l'isolation du bâtiment.	R36 – R37	6 mois	Le gestionnaire indique qu'un plan de rénovation de l'établissement avait été formalisé dans le cadre d'un PPI et transmis aux autorités de contrôle en 2019. La pandémie et les problématiques de fonctionnement internes ont stoppé le projet. Il est précisé que de nouvelles propositions d'aménagement seront étudiées sur le dernier trimestre 2023. La recommandation reste maintenue.