Le Directeur général

[redacted]

Réf. : 236788

Monsieur le Président
ASSOCIATION LBA
1, rue de la Varenne
77000 Melun

Lyon, le 13 FEV. 2023

Objet : **Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et de la Métropole**

LRAR 1A 194 049 516 96

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L. 313-13 du CASF et L. 1345-7 et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'EHPAD Saint-Exupéry, les 28 février, 1er et 11 mars 2022, au titre du programme régional d'inspection, évaluation et de contrôle de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier, en date du 15 décembre 2022, le rapport établi par la mission comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques, ainsi que les mesures correctives que nous envisagions de prononcer, afin de remédier aux non-conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel du 14 janvier dernier.

Il est pris acte des déclarations formulées dans le cadre de la procédure contradictoire. Toutefois, aucune des mesures correctives envisagées n'a pu être levée à ce stade. Seuls trois alinéas peuvent l'être, soit un alinéa au titre d'une prescription et un autre relevant de deux recommandations.
Il convient également de souligner que certains points ne donnent pas lieu à une réponse ou pour un nombre important, seulement à une réponse partielle, y compris en termes d'éléments probants. La transmission de nombreux éléments probants n'est pas rendue en effet effective, contrairement à ce qui est annoncé et/ou attendu, en vue d'étayer les éléments déclaratifs.

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.

Cela étant, au vu du caractère majeur de certaines mesures correctives attendues et de l'absence d'une réponse satisfaisante à ce jour dans le cadre de la procédure contradictoire (ni de réponse ni réponse insuffisamment étayée), nous vous demandons de nous présenter, à l'ARS et la Métropole de Lyon, un plan d'actions précis et détaillé (en indiquant les modalités de mise en œuvre), assorti d'un calendrier de mise en œuvre, visant à répondre aux dysfonctionnements constatés, dans les délais impartis.

Sont visés par cette demande les points suivants :

- Renforcer, en votre qualité de gestionnaire, le soutien et l'appui auprès de la structure sur le poste de Direction ;
- [redacted]
- [redacted]
- Améliorer la communication interne et le climat social (sans attendre fin 2023, comme demandé). La communication doit être rendue plus fluide avec les professionnels (globale, transversale et partagée avec l'ensemble du personnel). Il revient donc à la Direction, en lien avec l'encadrement, de définir des actions en ce sens, en intégrant notamment la gestion des risques psycho-sociaux et l'instauration d'un dialogue social constructif ;
- Améliorer la lisibilité des plannings du personnel soignant (sans attendre le 3ème trimestre 2023, comme sollicité) ;
- Définir une politique de promotion de bientraitance, la formaliser et la développer auprès des professionnels.

Le délai de transmission attendue du plan d'action et du calendrier de mise en œuvre est de trois semaines, à compter de la réception du présent courrier.

Nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport, ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain CVS de l'établissement.

Par ailleurs, le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale du Rhône de l'ARS (Service personnes âgées) et la Métropole (Service Développement et accompagnement des établissements et services). Vous veillerez à leur transmettre, en réponse aux mesures prononcées, 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.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

*00001607

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 de croire, Monsieur le Président, à l'expression de nos salutations distinguées.

[redacted] Général
de l'Age[redacted]anté Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

Le directeur du pôle PA/PH-Autonomie
[redacted]

Frédéric Barthet

Copie à Mme la Directrice - EHPAD Saint-Exupéry
LRAR 1A 194 049 51702

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer des droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

*0000160

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés

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 REPONSE DE LA STRUCTUR	CLUSION

1	Concernant le PASA : 1/ Assurer le suivi de l'activité, par la traçabilité en temps réel du nombre de personnes bénéficiant de ce type de prise en charge en conformité avec son autorisation. 2/ Développer une politique de gestion de la file active du PASA, de manière à tendre vers les objectifs du cahier des charges. 3/ Mettre à jour le livret d'accueil (critères d'entrée et de sortie, mode de fonctionnement).	**E. 1** **R. 67** **R. 27**	Immédiat Immédiat ~~1 mois~~	1/ La Direction transmet, dans le cadre de la p ontradictoir n tableau de suivi d'activité (en format maque , sans app er d'explications. Cela n'atteste pas la mise en place suivi de l'ac té PASA. Au vu du manque d'éléments probants app point, celu st maintenu. 2/ L'établissement a mis en place une réunion m le direct le médecin coordonnateur, la psychologue, l'erg et l'ASG ur établir un suivi des résidents accueillis au PASA entiellem ui pourraient en bénéficier. Seuls 2 comptes-rendus smis (octo et décembre 2022). En référence à ces documer ropsycholo y participe et l'établissement est dans l'attente de poste d'un ne psychologue (janvier 2023) qui aura en charge le P alisation de P. Les comptes-rendus de ces deux réunions mensue ment un éta es lieux des entrées et sorties des résidents, ainsi c sur leur pri n charge au PASA. La file active est de 15 résidents e de 16 résid ts en décembre 2022. Une liste de résidents à bilar blie, afin d ur proposer une prise en charge au PASA. L'établissement n'a pas transmis le calendrier des nsuelles pr es à cet effet. En revanche, un tableau de suivi vie nnée 202 s EXCEL de l'activité du PASA est en place. Cet alinéa est maintenu, dans l'attente de transm programm on des réunions PASA. 3/ Le livret d'accueil du PASA nouvellement tr le cadre la procédure contradictoire, présente clairement des mod és d'entrée et de sorties, ainsi que son organisation. donc lev

				La prescription n°1 est maintenue pour les aliné[illegible] [illegible]ans l'attente [illegible] transmission des éléments visés.
2	Concernant le projet d'établissement : - Procéder à son élaboration, conformément aux exigences réglementaires (article L 311-8 du CASF), en associant l'ensemble du personnel ; - Prévoir d'intégrer le plan bleu, de manière à ce que les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique y figurent (article D312-160 du CASF).	**E. 3** **R. 28** **E. 6**	~~6 mois~~ 10 mois	La Direction a transmis, dans le cadre de la pr[illegible] [illegible]ntradictoire, [illegible] document présentant le déroulement de [illegible] [illegible]ite du pro[illegible] d'établissement », actant l'accompagnement [illegible] [illegible]le sollicite [illegible] demande de report de délai à 10 mois ; ce qui est a[illegible] [illegible] de tenir com[illegible] des différentes étapes nécessaires, déclinés dans l[illegible] [illegible]ent. **La prescription n°2 est maintenue**, dans l'attente [illegible] [illegible]ssion du pro[illegible] d'établissement aux autorités de tarification, [illegible] [illegible]adre du [illegible] d'inspection.

3	Concernant les outils institutionnels : - Mettre en place un registre légal des entrées et sorties et le tenir à jour, comme le prévoit la réglementation du CASF (articles L. 331-2 et R. 331-5) ; - Respecter la réglementation en vigueur (article R.311-13 du CASF), en matière d'approbation des documents institutionnels (règlement de fonctionnement et autres) ; - Actualiser le règlement de fonctionnement, au terme de la période prévue (5 ans), conformément à l'article R. 311-33 du CASF.	**E. 2** **E. 4** **E. 5**	Immédiat 3 mois 3 mois	Concernant le registre des entrées et sorties, la D ... dique le me ... à jour en janvier 2023, sans autre précision. Au vu ... de réponse ... la procédure contradictoire (mail du 14/01/2023), la D ... pas transm ... de copie attestant de l'ouverture du registre (réside ... au 13/01/20 ...). Pour cette raison, ce point ne peut être levé. S'agissant de la demande de respecter la réglemen ... gueur, en ma ... re d'approbation des documents institutionnels, ... on réponc ... ue l'information a été faite au CSE. Cela ne suffit p ... galement q ... es instances prévues par la réglementation approuve ... ments visés. Dans cette attente, ce point est maintenu. La Direction indique que le règlement de fonctio ... été réactuali ... le 15/12/2021 (soit plus de 5 ans après l'actualisat ... dente valide ... en conseil d'administration de décembre 2015, Cf. ... transmis d ... le cadre de la procédure contradictoire). Au vu d ... xte, ce poin ... st maintenu. **La prescription n°3 est donc maintenue dans son** ...

4	Concernant l'accompagnement des résidents : - Formaliser un projet d'accueil et d'accompagnement systématiquement pour chaque résident, conformément à la réglementation (article L311-3 du CASF) ; - Prévoir sa réévaluation suivant une périodicité prévue en interne et si besoin.	**E.M. 1**	4 mois au plus tard pour l'ensemble des résidents Immédiat	La procédure concernant les projets personnalisés t dans le cadre de la procédure contradictoire est claire, présentant de des éléments attendus (les textes de référence, principes généraux ités de diffusion, l'élaboration des projets personnalisés PP, le con du résident. La synthèse de la procédure). Sont joints à cette procé venant du PP ou contrat de séjour et une liste anonymisée et non ex une vingtaine de résidents et salariés ayant le rôle de référent des PP. Néanmoins, il est regrettable que cette procédu document très général émanant du siège et que la structure ne la onnalisée, ni ne l'ait appropriée. La liste fournie n'étant pas exhaustive pour l'ens résidents pris en charge, **la prescription n°4 est maintenue dans cett**

5	Structurer l'organisation des soins aux besoins spécifiques de la population accueillie : - Formaliser le projet général de soins et définir les objectifs stratégiques et opérationnels ; organiser leur suivi et évaluation pour réajuster une prise en charge des résidents adaptée et sécurisée (article D312-158 du CASF) ; - Planifier des temps en pluridisciplinarité pour établir des synthèses et/ou évaluation gériatrique, afin d'affiner les objectifs de la prise en soin pour chaque résident. - Formaliser pour chaque résident un projet de soins personnalisé, afin de cibler les différents accompagnements et prises en charge en soin, déterminés de façon collégiale, ainsi que le projet d'accompagnement thérapeutique individualisé pour l'accueil au PASA (article D312-155-0-1 du CASF) ; - Veiller à la gestion des différentes prises en charge au PASA avec des bilans évaluatifs réguliers et programmés et à l'organisation de la passation des tests d'évaluations cognitives et comportementales à l'entrée et lors du suivi ;	**E. 12 et R. 45** **R. 46** **E. 13, R. 47, E. 15** **R. 66** **R. 68**	~~6 mois~~ 10 mois 1 mois ~~3 mois~~ 6 mois Immédiat	Il est annoncé que la formalisation du projet géné[illegible] sera faite da[illegible] le cadre du projet d'établissement. Pour ce faire, [illegible] pplémentaire [illegible]st demandé portant à 10 mois au lieu de 6 mois (cale[illegible]tique pour le [illegible]). L'établissement n'indique pas la méthodologie [illegible]se en place pour cette élaboration avec un calendrier précis des di[illegible]tapes. Concernant la planification de temps en plur[illegible]ité, l'IDER, s[illegible]n l'établissement, les a organisés les lundis de 15[illegible]h30, mais aucune programmation de ceux-ci n'a été transmis[illegible] les modalites de fonctionnement. Les CR transmis (4) pour des r[illegible]nues entre le 25 février et le 12 décembre 2022 sont insuffisants p[illegible]ttre d'étayer cette réalité d'organisation régulière. Chaque CR ne co[illegible] un seul étage, soit le 1er, le 2ème, le 3ème et le 4ème étage, et le nombre [illegible]ns évoquées varie entre 1 et 4 résidents. Il est indiqué que le projet de soins personn[illegible]ntégré au projet personnalisé, sans transmission d'élément probar[illegible]ai supplémentaire est demandé portant à 6 mois au lieu de 3 mois, s[illegible]on du motif. Le projet d'accompagnement thérapeutique du P[illegible] mise en place de temps pour l'élaboration des plans de soins ne sor[illegible]ordés. L'établissement annonce que la psychologue a [illegible] la réalisation des différents tests pour les résidents pris en charge a[illegible]s ont été transmis en annexe pour 14 résidents. Les tests réalisés [illegible] l'évaluation des troubles du comportement par l'outil [redacted]enti[illegible]cembre 2022 et le 12 janvier 2023. Un commentaire sur chaque situ[illegible]mentionné ; ce qui montre un réel investissement. En revanche, les te[illegible]ognitifs n'ont pas été transmis.

				La prescription n°5 est maintenue, dans l'attente de ... ission d'éléments probants, notamment le plan d'action pour l'élab... du projet de soins global, des projets de soins personnalisés, l... des réunions pluridisciplinaires. Les demandes de délai suppléme... accordées
6	Assurer une bonne gestion des dossiers médicaux : - Sécuriser la confidentialité des données médicales, définir les modalités de gestion et de suivi des dossiers médicaux (article L 311-3 du CASF) ; - Veiller à la complétude des éléments médicaux sur les supports (dossiers dématérialisés et DLU) pour assurer une continuité des soins et à l'élaboration d'un DLU pour tous les résidents.	**E. 14, R. 52, R.M. 11** **R.73**	Immédiat	L'établissement évoque avoir travaillé avec le m... ordonnateur, sans donner aucune explication et élément probant. Dans ce contexte, **la prescription n°6 est mainte**... l'attente de la transmission d'éléments probants actant de la b... tion des dossiers médicaux.
7	Organiser et suivre les contentions physiques passives : - Assurer l'appropriation des différentes étapes décrites dans la procédure de la contention physique passive en veillant à respecter les recommandations de bonnes pratiques, et à analyser les bénéfices/risques de contention en équipe pluridisciplinaire (article R311-37-1 du CASF) ; - Mettre à jour les listes afférentes aux résidents sous contention.	**R. 31, E. 7 et R. 32**	3 mois Immédiat	L'établissement indique envisager en mars 2023 ... tre en place des formations flash, selon une programmation qu'il ... ransmise. Aucune précision n'est apportée sur cette démarche. Concernant la liste des résidents sous contention, l'... ment a fourni une extraction du logiciel de soins pour 35 résidents. Pa... résidents porteurs de bracelet anti-fugues y figurent. Or, ce disp... relève pas d'une contention physique passive. **La prescription n°7 est maintenue,** dans l'atte... transmission des modalités pour l'appropriation de la contention p... passive. Il est acté que la liste des personnes sous contention est en p... e logiciel de soins.

8	Concernant les professionnels intervenant dans l'EHPAD et les liens partenariaux : - Veiller à ce que le temps de travail, les missions et la qualification du médecin coordonnateur respectent la règlementation (articles D312-158 et D 312-159 du CASF) et formaliser des contrats d'intervention avec les médecins libéraux (articles L314-12 et R313-30-1 du CASF) ; - Rédiger les objectifs prioritaires au médecin coordonnateur, afin de faciliter sa prise de poste et l'évaluation régulière de son avancement ; - Mettre en place les commissions de coordination gériatrique (article D312-158 3° du CASF) ; - Mettre à jour la convention avec les HCL et l'Hôpital des Charpennes, formaliser celle avec l'équipe de soins palliatifs, les services psychiatriques et la participation à la filière gérontologique.	**E. 8, E. 9, E. 10** **R. 38** **E. 11** **R. 56, R. 57, R. 58**	Immédiat Dès que possible pour la qualification Fin 1er semestre 2023 pour les contrats 1 mois Immédiat 3 mois	L'établissement annonce la démission du méd donnateur au 31 décembre 2022 et une démarche de recruteme mmée. De plus, il informe que 30 résidents accueillis n'ont pas de traitant, rendant difficile le suivi médical et la gestion des situations De ce fait, la mise en place des commissions de c n gériatrique n est pour l'instant pas envisageable. **La prescription n°8 est maintenue,** dans l'attente d ent d'un médecin coordinateur et de la mise en place des actions at

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	REPONSE DE LA STRUCTU

1	Pour le gestionnaire : 1/ Renforcer le soutien et l'appui auprès de la structure : - - 2/ Veiller à stabiliser la direction et l'encadrement, afin de rétablir un fonctionnement normal de la structure et une cohésion de l'ensemble du personnel. 3/ Définir et porter une politique de fidélisation et d'attractivité du personnel, afin d'infléchir favorablement le constat lié au manque de personnel.	**R.M. 2** **R. 6** **R. 1** **R. 16**	Immédiat Immédiat Immédiat 3 mois	1/ La Direction déclare que des soutiens sont appo le directeur regional, les responsables du pôle soin et hôtellerie du si directrice qualité, le responsable maintenance du siège sur site et en r sio pour des points dossiers. Elle confirme, comme précisé dans le rap une interventions de l'IDEC d'appui a été mise en place pour l'accompag le tutorat de l'IDER de la résidence lors de sa prise de poste du 4 octo décembre 2021 soit 2jours ½ par semaine- Intervention sur demandes rapport de visites – Roadbook d'accueil de la directrice. Ce point est maintenu. 2/ D'après la Direction, l'équipe du CODIR est renco de visites sur site et un accompagnement de l'IDEC et de la responsabl ment est assuré par les pôles soins et hôtellerie de la direction d'exp Elle ajoute que des réunions plénières sont planifiées 2 fois par an, avec nce d'un membre du Comité stratégique du siège. Dont acte, mais ce point est maintenu. 3/ La Direction indique que la politique de fidélisatio tive existe, avec une politique de rémunération (IDE et AS au-dessus de ntion du personnel), des temps d'habillage/de déshabillage valorisés en repos, le travail du dimanche a été revalorisé, la participation aux s hébergement de l'association pour les salariés, un plan de formatio uel est formalisé et déployé, l'association met en place des temps vail collaboratifs et participatifs (conseil scientifique, LAB LBA, group vail), une politique d'accueil de jeunes professionnels est mise en place s, services civiques), l'association a déployé la plateforme Hublo ant de gérer les remplacements et recrutements de professionnels et extérieurs). Pour autant, le contexte national sur le secteur sanitai dico-social est à flux tendu avec des pénuries, des attentes des salariés s (demandes de CDD

				et non de CDI). La Direction sollicite que cette recc tion soit revue, ne disposant pas de solutions autres que celles déjà dép précisées supr Dont acte pour ces actions mises en places. Cet e vant être poursuivi, soutenu et renforcé, la demande de revoir la recon on sur ce point ne peut être acceptée. Elle est donc maintenue dans le reformulée comme suit : « Poursuivre la politique de fidélisation et d'atte du personnel, en développant d'autres actions complémen afin d'infléchir favorablement le constat lié au manque de pers **La recommandation n°1 est maintenue pour les p 2. Le point 3 est reformulé, comme vu précédemment.**

2	En matière de pilotage et de management : 1/ Pour la Direction et l'IDEC/Référente : - - - 2/ Dater l'organigramme et le revoir, de manière à identifier la nature des liens existants entre les personnels (hiérarchiques et/ou fonctionnels). 3/ Formaliser : - La continuité de la fonction de direction, reprenant les modalités d'organisation définies en interne ; - Le dispositif d'astreinte mis en place en interne, afin de tracer les modalités de tenue et d'action pour les personnes ressources mobilisables et tous les professionnels ;	**R.M. 1** **R. 42** **R.M. 8** **R. 40** **R. 41** **R. 7** **R. 2** **R. 3**	Immédiat Immédiat Immédiat Immédiat 1 mois 1 mois	2/ La Direction a transmis en PJ l'organigramme. C du 22/02/202 soit peu avant l'inspection sur site. Cet organigramm espond pas à celui présenté à la mission d'inspection, lors de son pass l'établissemen (soit le 28/02). Force est de constater que l'organigramme commu st pas actualisé à ce jour (ex. le poste de médecin coordonnateur y fi inativement alors le poste est devenu vacant depuis le 01/01/2023). Ce p donc mainten 3/ Il est rappelé que le dispositif est existant avec ette d'astreint des listes de contacts, un téléphone d'astreinte, un re virtuelle pour le personnel, et l'affichage en salle de transmissio sonnes d'astr ntes

	Et assurer sa diffusion et son appropriation auprès de l'ensemble du personnel.			(semaine et week-end), PJ : Sommaire de la mallet[illegible]reinte et listes des astreintes, les subdélégations d'astreintes en date d[illegible]2021 concernant les fonctions d'IDEC et de responsable Hébergement. Ces déclarations sont effectivement des rappels, p[illegible] correspondent aux constats établis lors de l'inspection sur site (Cf. rap[illegible] mesure corrective porte sur la formalisation du dispositif d'astreinte [illegible]'est pas fait), tout comme la continuité de la fonction de direction au[illegible]elle pas de réponse, dans le cadre de la procédure contradictoire. Le point 3 est donc reconduit.
	4/ Mettre à jour la fiche de consignes de sécurité (coordonnées téléphoniques du personnel à joindre).	**R. 4**	~~Immédiat~~	La Direction déclare l'avoir fait, mais pour des rai[illegible] confidentialité, elle estime ne pas avoir la possibilité de partager ce docu[illegible] Dont acte pour ce point. Celui-ci est levé. **La recommandation n°3 est donc maintenue** pour les [illegible] 2 et 3.

3	Assurer une vigilance particulière sur le climat social et définir des actions portant sur l'amélioration de la communication, la gestion des risques psycho-sociaux, l'instauration d'un dialogue social constructif.	**R.M. 8**	Immédiat	Il est indiqué en réponse à la procédure contrad le diagnostic des risques professionnels a été effectué en octobre 2 un IPRP (institut des préventeurs) et qu'une démarche sera engagée en 2 action de formation des directeurs sur la QVT est programmée en 2023 partagée avec les élus des professionnels. La Direction sollicite le report fin d'année 2023, afin de pouvoir déployer la démarche. Il est pris acte qu'une démarche sur les risques prof sera engagée cette année en 2023. Toutefois, il convient de souligner que la recomma se plus globalement le climat social sur lequel une attention particulière , afin qu'il devienne bon, apaisé et serein. Au vu de son caractère in sur le bien-être des professionnels et son impact sur la qualité de pris ge des résidents, le délai de mise en œuvre de cette mesure corrective être reporté à un an. L'échéance immédiate demandée par les commanc meure inchangée. **La recommandation n°3 est donc maintenue.**
4	Concernant la communication interne : - S'assurer pour la Direction d'une bonne communication globale, transversale et partagée avec l'ensemble du personnel ; - Formaliser les comptes-rendus de réunions avec les équipes, de manière à structurer le travail avec des objectifs définis, de suivre la mise en œuvre des actions et les difficultés rencontrées.	**R. 8** **R. 9**	Immédiat ~~Immédiat~~	Il est déclaré que des instances sont programmé des comptes-rendus permettant une circulation des informations, d mmunication et des échanges : réunion plénière du personnel (2 avec présence d'un représentant du comité stratégique, CODIR, COP CORSO, avec en PI des exemples de CR, suite à la tenue de ces réunions pr L'organisation de deux réunions plénières du persor n a déjà été précisée pour la recommandation n°2 relative au pilotage et ment. Dont acte pour la formalisation de comptes-rendus on (l'alinéa 2 est levé). Toutefois, cela reste bien insuffisant pour garanti onne communication globale, transversale et partagée de la Direction ave mble du personnel. **La recommandation n°4 est donc maintenue dans s** alinéa 1.

5	Concernant la gestion des ressources humaines : - Améliorer la lisibilité des plannings de personnel soignant (horaires, lieu d'affectation, etc.) - Accorder une attention particulière sur le pilotage de la gestion des ressources humaines, de manière à garantir avec exactitude un suivi de gestion des effectifs de personnel en temps réel ; - Limiter le recours aux contrats d'intérim et à durée déterminée par : 1/ La constitution ou le renforcement d'un vivier de remplacement d'AS/ASH ; 2/ La stabilité des équipes d'AS/ASH.	**R. M. 5** **R. M. 6,** **R. 14** **R. 15** **R. 16 et R.M. 7** **R. 17**	1 mois Immédiat Immédiat Immédiat	La Direction indique qu'un déploiement sur un no giciel [redacted] est en cours sur cette résidence de Lyon qui perme meilleure lecture des plannings : mise en œuvre 3ème trimestre 2023. La R ollicite un report de délai pour le 3ème trimestre 2023. Dont acte pour ce nouveau logiciel à déployer, ma tif d'amélioration de lisibilité des plannings est à mettre en œuvre, dans escrit d'un mois. Un nouveau SIRH a commencé à être déployé sur ion et le module qui sera déployé début 2023 permettra un suivi des ef tif de la masse salariale à M-1. Et pour le suivi au quotidien, le logiciel Horo ermettra de disposer du nombre d'ETP présent/jour. La Direction demar port de délai pour le 3ème trimestre 2023. Au vu du caractère impérieux que revêt le pilotag stion des ressources humaines, le suivi de gestion des effectifs de per ec exactitude et en temps réel ne peut être différé. Le délai immédiat e maintenu. Concernant la demande de limiter le recours à c ypes de contrats, la Direction estime que cette demande s'avère délic indre, d'autant que même les agences d'intérim ont du mal à répondr oins. Les viviers sont difficiles à constituer car leur engagement est vol Direction sollicite de réexaminer cette recommandation ; ce qui ne peu t. Certes, nous avons bien conscience des difficultés liées à la pénurie d oignants. Cela étant, l'impact de cette tendance peut être atténué pa en place d'actions complémentaires dans le cadre de la politique d'at et de fidélisation du personnel et par l'instauration d'un bon climat soci Pour cette raison, l'alinéa 3 est maintenu.

- Pour la Direction : 1/ S'assurer systématiquement de l'adéquation de la qualification du personnel soignant avec le poste occupé, afin de garantir une prise en charge et un accompagnement des résidents conforme aux attendus ;	**R. 19, R. 20**	Immédiat	La Direction déclare que l'établissement évolue da texte complex et volatile et fait au mieux, au vu des CV disponibles s ché du travail et le désinvestissement des salariés capables de quitter l de travail de façon inopinée. La directrice a dû se séparer de personn vesti, perturbateur, refusant d'obtempérer bien que le décret profession ose à eux et qui ont insufflé un mauvais esprit sur la résidence : comport a conduit certains salariés à démissionner. Il faut constater que le lic t récent d'une IDE semble donner un souffle nouveau à la résidenc anciens soignants repostulent. Dont acte, mais l'alinéa 1 est maintenu.
2/ Prévoir une fiche de poste personnalisée et signée pour chaque professionnel, ainsi qu'une fiche de tâches pour les postes d'AS ;	**R. 21**	~~3 mois~~	Elle ajoute que chaque contrat de travail de la résid gre la fiche de poste attachée à la fonction tenue (signée). De plus, en des organisations, formalisation et remise aux salariés de fiches de tac llées personnalisées en fonction du roulement du salarié (PJ : contrat ty emples de fiches de postes AS et ASH + exemples de 3 fiches de tâches A roulement attiré). Dont acte. Cet alinéa est levé.
3/ Mettre en place une démarche d'évaluation annuelle de l'ensemble des professionnels.	**R. 23**	Au titre de 2023	Evaluations : cette démarche est mise en place ctrice et les deux manageurs IDER et Responsable Hébergement. C ments revêtent une confidentialité qui ne permet pas de vous mettre en s documents. Vu. Il convient de souligner que les documents typ ation annuelle sont par nature, communicables. Cet alinéa est mainten
- Conduire une véritable politique de formation :	**R. 22**	Idem Idem	Pour la politique de formation, la Direction déc cette politique est conduite au niveau de l'association : un calendrier e place à partir de fin septembre, afin de réaliser toutes les étapes néce processus dont le recueil des attentes et en étape finale la présentatio ation en CSE.

	1/ Recueillir les besoins et faire des choix de formations en adéquation avec les besoins identifiés ; 2/ Réaliser systématiquement un bilan annuel des formations suivies, de manière à gagner en lisibilité sur la formation globale et individuelle des salariés.	**R. 25**	Au titre de 2023 3 mois	Le bilan est au plan associatif, avec une présentatio [illegible] de juin. Au vu des constats établis sur place par la mission, le [illegible] et 2 sont maintenus.
	- Formaliser une procédure d'accueil des nouveaux professionnels, de manière à faciliter la prise de poste du nouveau professionnel et son intégration ; - Etablir un bilan social de la structure annuellement. - Mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle, conformément aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM (recommandation relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2006).	**R. 18** **R. 24**	Au titre de 2022 Dès que possible (1er semestre 2023 au plus tard)	Il est déclaré que le bilan social est systémat[illegible] fait au niveau de l'association, celui de 2022 sera réalisé en 2023 [illegible] transmis. Donc pas d'élément nouveau apporté dans le cadre de la r[illegible] au vu des constats établis sur place par la mission d'inspection. Ce point [illegible] maintenu, dans l'attente d'éléments probants communiqués. Prévu sur 2023, d'après l'établissement, avec une re[illegible] de financement Dont acte. Dans l'attente de sa mise en œuvre et [illegible] de justification cet alinéa est maintenu. **La recommandation n°5 est maintenue, à l'exceptio[illegible] alinéa afférent aux fiche de poste/fiche de tâches.**

6	Concernant l'accompagnement des résidents : - Formaliser une procédure d'admission du nouveau résident - Recueillir les habitudes du résident nouvellement admis, en les formalisant, afin de garantir une prise en charge personnalisée, basée sur ses besoins et attentes ; - Désigner un référent pour chaque résident veillant à ses besoins et attentes et assurant un relais entre les équipes et les proches, en référence aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	**R. 26** **R. 29** **R. 30**	~~1 mois~~ ~~Immédiat~~ 3 mois	La procédure d'accueil du nouveau résident est cl[illegible] et suffisamment explicite. Les moments clés de l'organisation son[illegible]és. Les textes de référence sont cités. Les besoins et attentes des rés[illegible] évoqués. L'al[illegible]néa 1 et 2 sont levés. Concernant le rôle de référent, la Direction déc[illegible] les référents sont nommés ». Après examen des documents re[illegible] s'agit comme vu précédemment pour la prescription n°4, de référen[illegible] non de référent au quotidien pour chaque résident (visé explicitem[illegible] la présente mesure corrective). **La recommandation n°6 est donc maintenue**, dans [illegible] 3 (un référent pour chaque résident).

7	En matière de gestion de la qualité : 1/ Réaliser une enquête de satisfaction des résidents et/ou leurs familles, suivant une fréquence régulière (1 fois/an), afin de mesurer l'appréciation portée par les usagers sur divers thématiques et d'engager des améliorations sur les points faibles.	**R. 10**	Dès que possible (1er semestre 2023)	La Direction retient ce délai pour réaliser une e[illegible] de satisfactio[illegible] sans indiquer son engagement de le faire suivant une fré[illegible]gulière.
	2/ Décliner les actions du PAQ, par des indicateurs permettant d'en mesurer la réalisation.	**R. 11**	Immédiat	Aucune réponse n'est apportée sur ce point.
	3/ Définir une véritable politique de promotion de la bientraitance, notamment en formalisant un document, en l'explicitant auprès des professionnels. En assurer sa communication, de manière à garantir son appropriation par tous et la décliner dans le cadre du plan de la formation.	**R. M. 3** **R. 12**	Dès que possible (1er semestre 2023)	La Direction indique « programmer une formati[illegible] Bientraitan[illegible] qui contribuera à engager cette formalisation » (sans p[illegible] délai). Au vu de cette réponse, il convient de souligner qu[illegible]tion de politi[illegible]e de promotion de la bientraitance relève de la respons[illegible]titutionnelle ([illegible]A et Direction d'établissement). En revanche, elle [illegible] compagner p[illegible] un programme de formations, au profit des professior[illegible] de les sensibil[illegible]er et leur donner des repères sur cette thématique.
	4/ Mettre en place un dispositif opérationnel, précis et différencié de : - Recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables ; - Recueil et d'analyse des réclamations et doléances des usagers.	**R.M. 4, R. 13**	~~1 mois~~ Avril 2023	La Direction déclare qu'une nouvelle procédure est [illegible] en janvier 202[illegible] et un programme d'accompagnement est déployé a[illegible] les résidences [illegible]PJ : Programme d'intervention sur les évènements indés[illegible] Elle sollicite un [illegible]port du délai dans le cadre du programme prévu en int[illegible] [illegible]il 2023. Ce dé[illegible] est accordé. **La prescription n°7 est maintenue dans son ensemb[illegible]**

8	Concernant la prise en charge soignante : - Assurer une gestion très régulière des classeurs de soins des soignants, afin d'avoir des plans de soins et des listes de résidents (trombinoscopes) mis à jour pour une dispensation des soins de nursing réalisée de manière sécurisée ; - Elaborer des plans de soins nursing pour tous les résidents sur les 24h de prise en charge. - Organiser la réactualisation des plans de soins de nursing et techniques pour chaque résident concerné ; - Veiller à la traçabilité des actes en soin et à leur contrôle ; - Inscrire le descriptif des actes en soins dans les plans de soins techniques ; - Organiser la bonne utilisation des transmissions orales et écrites, déterminer des consignes en ce sens et assurer un suivi des pratiques avec un accompagnement à l'outil [redacted] envisager de mettre à disposition des personnels du soin, des tablettes informatiques pour faciliter le recours aux plans de soins et la réalisation de l'effectivité immédiate des actes.	**RM. 9** **RM. 10** **R. 48** **R. 47, R. 50** **R. 48** **R. 49** **R. 47** **R. 53, R. 54, R. 55** **R. 51**	Immédiat Immédiat 1 mois Immédiat Immédiat Immédiat Dès que possible	L'établissement répond sur la gestion des classeu transmission d'un classeur soignant, sans définir les modalités de suivi nt la régularité. Par ailleurs, le contenu du classeur transmis ne correspon différents plans de soins de nursing des résidents des unités avec un tro ne à jour. Concernant l'élaboration des plans de soins de nu tous les résidents, l'établissement ne transmet aucun élément attestant alisation. Il évoque les toilettes évaluatives réalisées par l'ergothérapeu cadre des chutes, ce qui ne correspond pas à un plan de soins de nurs let sur la journée et la nuit avec les différentes prises en charge en nurs ges, hygiène, repas etc.). Il répond que des rappels sont faits pour la traçab actes de soins, ans transmettre les consignes écrites. D'après l'établissement, l'inscription du descriptif do soins dans les plans de soins techniques (IDE) serait réalisée, mais auc de soins IDE n'a été transmis. L'établissement ne répond pas à l'organisation ne utilisation des transmissions. Il est évoqué une feuille d'émargeme mations [redacted] non transmise par l'établissement contrairement à ce q Concernant la mise en place des tablettes, celles- place pour les IDE dans le cadre du circuit du médicament. Sinon, l'organisation gestionnaire prévoit une ion concernant les logiciels de soins, sans présentation des étapes de la **La recommandation n°8 est maintenue**, dans de la transmission d'éléments probants

9	Concernant le management et la coordination des professionnels en interne, dans le cadre de la prise en charge des médicale et soignante des résidents : - Personnaliser les fiches de poste des 2 psychologues afin de définir les missions spécifiques de chacune, définir la notion de coordination du PASA et préciser l'importance des temps évaluatifs aux différents tests indispensables pour l'entrée au PASA et tout le temps de l'accompagnement du résident dans ce dispositif ; - Déterminer des temps d'intervention de l'ergothérapeute au PASA comme cela est évoqué dans le projet du PASA ; - Mettre à jour la fiche de tâche de l'IDE administrative, ainsi que les fiches de postes /tâches des veilleurs de nuit et veiller à prendre en compte les difficultés rencontrées par les professionnels la nuit ; - Elaborer les fiches de poste/tâches des ASG intervenant au PASA en décrivant les tâches journalières. - Inscrire dans les fiches de poste les attentes des références envisagées pour les soins et qui seront portées par les IDE et ASD. - Définir des actions pour encadrer les ASD et faisant-fonctions avec l'appui de protocoles de nursing ;	**R. 45** **R. 43, R. 69** **R. 44** **R. 59, R. 60, R. 61** **R. 70** **R. 65** **R. 62**	1 mois Immédiat 1 mois ~~3 mois~~ Immédiat 3 mois 3 mois 3 mois	L'établissement rappelle l'arrivée mi-janvier 2023 d' [illegible] psychologue, [illegible] is ne transmet pas les fiches de poste des 2 psychologue [illegible] Concernant le temps de travail de l'ergothérapeu [illegible] lissement n'a [illegible] urni qu'une extraction du logiciel avec le recueil du [illegible] la PEC en [illegible] elier (« activité sensorielle ») de 7 résidents le 17 octo [illegible] 2. Aucun doc [illegible] ment n'atteste de son temps d'intervention sur le PASA. Concernant les missions administratives des IDE, l [illegible] ce évoque le [illegible] t de partager ces missions entre toutes les IDE, sans défi [illegible] he de tâches [illegible] IDE actant ce point. Les fiches de tâches des ASD et ASH de nuit so [illegible] isées et valid [illegible] s en septembre 2022. Les fiches de tâches des ASG au PASA ne sont pas [illegible] quées. Contrairement à la réponse de l'établissement, les [illegible] du rôle en ta [illegible] que référent ne sont pas inscrites sur les fiches de post [illegible] ASH de nuit [illegible] pour celles des IDE. Seulement le temps référence est [illegible] aucune expl [illegible] tion des attentes de cette fonction. L'établissement n'apporte pas d'élément probant s [illegible] sation en plac [illegible] pour définir les encadrements des ASD et faisant-fonctio Il évoque la mise en place de réunions de régulières s [illegible] de programm [illegible] tion de celles-ci, et de la formalisation systématiqu [illegible] mptes-rendus [illegible] is à disposition des personnels. **La recommandation n°9 est maintenue,** dans [illegible] de transm [illegible] ions d'éléments probants, en dehors des fiches de [illegible] ASD et ASH [illegible] nuit formalisées en septembre 2022.

	- Mettre en place des réunions de régulation des équipes soignantes (IDE, ASD et faisant fonction) et rédiger des comptes-rendus en les mettant à disposition des personnels.	**R. 64, R. 71**	Immédiat	

10	Concernant les protocoles de soins : - Définir une démarche pour leur élaboration et révision, avec une programmation de temps d'information/formation régulière sur chaque thématique ; - Mettre à jour les différents protocoles de soins ou les formaliser pour certains et veiller à leur appropriation : 1/ Le suivi du poids mensuel, en veillant à son organisation et au suivi de la maintenance des outils de pesage ; 2/ La prévention de la déshydratation et la dénutrition, en déterminant des temps d'information/formation et veiller à adapter les outils de recueils du suivi alimentaire et hydrique ; 3/ La prise en charge de la douleur des résidents et de la fin de vie ; 4/ Les différents protocoles d'urgence nécessaires à une prise en charge optimale des situations d'urgence, en veillant à mettre en place des formations régulières ; 5/ La prévention des chutes et veiller à son organisation ; 6/ La gestion des épisodes infectieux à l'EHPAD et veiller à son organisation.	**R. 74** **R. 33, R. 34, R. 35** **R. 36, R. 37, R. 38** **R. 75 et R. 76** **R. 72, R. 77** **R. 78 et R. 79** **R. 80**	1 mois 3 mois	L'établissement ne répond pas sur la mise en place d[illegible]arche d'élabo[illegible]tion et d'actualisation des protocoles de soin et l[illegible]mation de [illegible]mps d'information et de formation des personnels. D'après l'établissement, le suivi du poids s'appuie su[illegible] d'un tableau d[illegible]uivi, mais celui-ci n'est pas transmis (la PJ indiquée n'est[illegible]nne). De plus, il est précisé qu'un contrat de maintenance de la platefo[illegible]sée a été formalisé avec le service prestataire. Ce contrat n'a pas été tr[illegible] Concernant les différents protocoles, aucun n'a été [illegible]qué. Concernant la demande de prévention des chutes, [illegible]ole complet n'a pas été élaboré par l'établissement. Les modalités de l[illegible]ion des chutes et la mise en place de leur analyse ne sont pas abordé[illegible]ablissement. Seule, l'organisation de l'évaluation des risques de chu[illegible]les actes de la vie quotidienne est proposée à l'entrée des résidents [illegible]cadre de la toilette évaluative, par l'ergothérapeute (ayant un rôl[illegible]différente « chutes »). L'établissement a transmis pour 2 résidents leu[illegible]ion formalisé par l'ergothérapeute, ainsi que le mode opératoire po[illegible]iner les facteurs de risque et les facteurs de gravité des chutes. Une d[illegible] de formation MOOC chute pour l'ergothérapeute a été transmise. L'établissement a transmis un document « stra[illegible] gestion du risque épidémique » qui ne répond pas à la gestion des épi[illegible]ctieux groupe (GEA et IRA) **La recommandation n°10 est maintenue,** dan[illegible] de transmission d'éléments probants, en dehors de l'organisation de [illegible]ion des chutes mise en place par l'ergothérapeute.