

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

La Métropole de Lyon


Président du conseil d'administration de
L'EHPAD Notre-Dame de bon secours
2, quai du Général Sarrail
69006 LYON

Réf. : 2024-PMIEC - 08

Lyon, le 08 AVR. 2024

Objet : LRAR - Notification d'injonction définitive au titre de l'article L. 313-14 du CASF suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et de la Métropole de Lyon

LRAR N° : AA 195 714 545 6

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

Madame, Monsieur,

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 Notre-Dame de bon secours les 6 juillet et 19 septembre 2023 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 16 janvier 2024 l'injonction et les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements constatés à la réglementation et aux conditions d'organisation, de fonctionnement et d'installation présentant des risques majeurs susceptibles d'affecter la qualité et la sécurité des résidents accueillis ainsi que le respect de leurs droits.

Les différents risques et manquements repérés concernaient le pilotage de l'établissement, l'organisation et le fonctionnement en matière budgétaire, comptable et financière, notamment le respect des principes comptables du plan comptable général, la sécurisation des escaliers et le respect des droits des résidents. L'injonction envisagée portait donc en particulier sur ces sujets : la gouvernance et le pilotage de l'établissement par le conseil d'administration, la sécurité, le respect des droits et des libertés des résidents et de leurs proches et la gestion budgétaire et comptable.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 22 janvier 2024 reçu le 30 janvier 2024.

Dans votre courrier, vous affirmez que certains écrits du rapport s'apparentent à de la diffamation et comportent des propos mensongers, et que le but de l'inspection était la recherche systématique de sanctions.

Nous vous rappelons que les inspections sont menées dans un objectif de protection des usagers. Les missions de contrôle de l'ARS et de la Métropole sont de vérifier la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge des résidents. Lorsque les manquements à la réglementation et aux conditions d'organisation, de fonctionnement et d'installation constatés présentent des risques majeurs susceptibles d'affecter la qualité et la sécurité des résidents accueillis ainsi que le respect de leurs droits, une injonction est envisagée, en application de l'article L. 313-14 du CASF. Les mesures correctives, prescriptions et recommandations, sont aussi l'occasion pour l'établissement de faire évoluer positivement ses conditions d'organisation et fonctionnement.

Vous écrivez que le rapport laisse apparaître beaucoup d'affirmations erronées sans être véritablement étayées, qu'il est à charge et comporte beaucoup d'interprétations. Vous précisez que soit les documents n'ont pas été réclamés, soit les explications n'ont pas été sollicitées.

Or, les inspecteurs missionnés sont formés et habilités à mener des inspections de manière impartiale et appliquent les méthodes issues du guide de bonnes pratiques de l'IGAS.

De plus, quand bien même des demandes n'auraient pas été comprises, la phase contradictoire était l'occasion de fournir les éléments probants, ce qui n'est pas le cas.

Tout au long de votre courrier, vous insistez sur le fait que l'établissement ne dispose pas des moyens suffisants pour mettre en place les mesures demandées. Vous indiquez de plus que l'EHPAD, « *certes associatif, doit disposer d'une capacité d'autofinancement, d'un fonds de roulement et d'une trésorerie capables de gérer à long terme* ». Or, la capacité d'autofinancement de l'EHPAD est de 11% en 2022 alors qu'il est préconisé une CAF de 5%, voire de 2,5% si le gestionnaire est locataire. Le fond de roulement net global atteint 252 jours en 2022 alors que 60 jours sont suffisants. Enfin la trésorerie permet de financer 317 jours de charge en 2022 pour un montant de 2 195 896 euros (1 602 866 euros en 2020 correspondant à 253 jours de charges, 1 892 704 euros en 2021 correspondant à 275 jours de charge).

Vous précisez également que vos excédents s'expliquent aussi du fait que des travaux n'ont pas été réalisés par des entreprises en temps et en heure. Il est important de préciser que les travaux ne peuvent émarginer que sur la section hébergement pour laquelle vous déclarez 100 660 euros d'excédents en 2022. Or, les sections soins et dépendance font aussi apparaître un excédent, respectivement de 124 624 euros et 35 883 euros en 2022. Les dotations octroyées n'ont cependant pas vocation à générer des excédents mais au contraire à être utilisées dans l'année au bénéfice de la prise en charge des résidents accueillis. L'EHPAD dispose donc tout à fait des moyens nécessaires à la mise en place des mesures demandées.

Concernant votre réponse à l'injonction envisagée, après examen approfondi et au terme de la procédure contradictoire, les éléments apportés ne permettent pas d'affirmer que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement actuelles de l'établissement sont conformes à la réglementation et ne présentent pas de risques majeurs susceptibles d'affecter la santé et la sécurité des personnes accueillies. C'est pourquoi, en application de l'article L. 313-14 du CASF, nous vous enjoignons définitivement de mettre en place les mesures suivantes :

Sans délai :

- autoriser les visites en journée sans restriction ;
- cesser de demander aux familles d'apporter des protections et fournir aux résidents les modèles de protection les plus adaptés à leur degré d'autonomie ;
- garantir par tout moyen probant que le linge de toilette est désormais fourni à la totalité des résidents ;
- cesser toute dépense non justifiée par les nécessités de la gestion normale de l'EHPAD ;
- assurer une comptabilité respectant les principes comptables.

Dans un délai d'un mois :

- mettre en place un pilotage stratégique effectif de l'établissement par le conseil d'administration à la hauteur de ses responsabilités en matière de contrôle de l'activité de la directrice, de respect de la réglementation et des bonnes pratiques afférentes à un EHPAD ;

- organiser, formaliser et assurer la continuité de la direction sur site ;
- nous faire connaître les mesures engagées, validées par le conseil d'administration, pour assurer la sécurisation des escaliers ;
- engager un expert-comptable externe pour assurer la présentation des comptes annuels 2023 avant le délai légal de transmission aux autorités de tarification. Vous nous transmettez le rapport et l'attestation de l'expert-comptable à la fin de sa mission ;
- présenter les modalités d'organisation d'élections du CVS pour le 1^{er} trimestre 2024. Vous nous tiendrez informés du résultat des élections et du calendrier prévisionnel des réunions.

Dans un délai de trois mois :

- présenter un plan d'action de refonte du projet d'établissement validé par le conseil d'administration.

Concernant les autres mesures correctives, au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous vous notifions les mesures définitives décrites dans le tableau 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.

Enfin, toujours en application de l'article L. 313-14 du CASF, ce courrier et ses annexes devront faire l'objet d'un affichage dans vos locaux, les modalités de cet affichage devant garantir leur visibilité immédiate par les résidents et leurs familles et par les personnels, à l'entrée de la structure, dans un format lisible. Cet affichage doit être effectif à réception de ce courrier et ce, jusqu'au constat effectué par nos services de l'extinction des risques ou manquements en cause.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de la Métropole de Lyon et du Rhône, service personnes âgées et par la Métropole de Lyon, service développement et accompagnement des établissements et services PA/PH – Unité Personnes âgées.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans les délais mentionnés.

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 [redacted] dent, l'assurance de ma considération distinguée.

Copie à Mme la directrice

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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

Nature des mesures correctives

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

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

Les recommandations visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique : dysfonctionnement source de risque(s) et/ ou manquement à 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°	INJONCTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	En matière de gouvernance et pilotage de l'établissement : - organiser, formaliser et assurer la continuité de la direction sur site - mettre en place un pilotage stratégique effectif de l'établissement par le conseil d'administration à la hauteur de ses responsabilités en matière de contrôle de l'activité de la directrice, de respect de la réglementation et des bonnes pratiques afférentes à un EHPAD - présenter un plan d'action de refonte du projet d'établissement validé par le conseil d'administration conformément aux articles L. 311-3 N°1, L. 311-8 et L. 312-158-1 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS-ANESM Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - 2008)	E 7, R 7 RM 2 RM 3 RM 4 E2, E21 R1	1 mois 1 mois 3 mois	Concernant l'organisation et la formalisation de la continuité de direction sur site, l'établissement affirme que le plan de continuité d'activité (PCA) est bien connu des personnels qu'il indique les délégations. Il demande « sur quel fondement doit-on refaire un document de délégation qui ferait double emploi avec le PCA dont le rôle est d'assurer la continuité et donc de disposer dans son écrit des délégations ». Or, un PCA n'a pas pour objet de définir l'organisation normale d'une structure mais de décliner la stratégie et l'ensemble des dispositions prévues par une organisation pour garantir la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement son fonctionnement normal. Il est donc nécessaire de formaliser par ailleurs l'organisation de la continuité de direction en situation normale, congés compris. L'établissement a transmis avec la réponse, un document daté du 19/03/2015, intitulé « continuité de fonctionnement de l'EHPAD Notre-Dame de bon secours de Troyes et délégations de pouvoirs en cas d'absence de la direction (permanence des soins, de l'administratif et de la maintenance) ». Ce document mentionne que : - l'IDE coordinatrice assurera la continuité des soins et gèrera les urgences afférentes aux résidents, du lundi au vendredi excepté le mercredi - le mercredi : il y aura une subdélégation de l'IDEC vers l'IDE en poste. Or, l'IDEC actuellement en poste est présente le mercredi mais ne travaille pas le jeudi ni le vendredi. Rien n'est prévu pour ces jours d'absence. Le document n'est donc pas à jour. Il est joint une délégation de pouvoir en cas d'absence de la directrice, datée du 19/03/2015 également. Il est mentionné : « En cas d'absence de la directrice, une délégation de pouvoir est faite à l'IDEC, afin de pouvoir prendre toute mesure nécessaire à la continuité de fonctionnement des soins dans l'EHPAD ». Il est également indiqué qu'à l'occasion de l'absence de l'IDEC, une subdélégation pour sur la partie soins est faite à l'attention des 3 IDE lorsqu'elle sont en poste. Or, ce document ne comprend ni le nom de la directrice ni celui de l'IDEC ni ceux des IDE concernées. Cette délégation non nominative n'est donc pas valable.

Concernant l'absence de la directrice le mercredi, l'établissement répond que l'organisation du temps et des missions de la directrice sont strictement légales, en sa qualité de dirigeante, dans le cadre de l'article L. 3111-2 du code du travail. Or, ni cet article ni le contrat de travail de la directrice ne prévoient la possibilité de s'absenter une journée par semaine ni d'exercer en télétravail.

De plus, l'établissement précise qu'en qualité de travailleur handicapé, la directrice a droit à un aménagement du temps du poste de travail et de son temps. Or, il n'est pas fourni de document attestant des préconisations du médecin du travail de mesures individuelles d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental de la directrice, conformément à l'article L4624-3 du code du travail.

Par conséquent, l'injonction d'organiser, de formaliser et d'assurer la continuité de la direction est maintenue.

Concernant la mise en place d'un pilotage stratégique effectif de l'établissement par le conseil d'administration à la hauteur de ses responsabilités en matière de contrôle de l'activité de la directrice, de respect de la réglementation et des bonnes pratiques afférentes à un EHPAD, l'établissement répond que le président et le CA connaissent la réglementation et les bonnes pratiques de gestion d'un EHPAD, qu'il a nommé un cadre dirigeant qui rend compte en toute transparence de ces attributions et de la gestion de la structure.

Deux membres du CA, un ancien médecin coordonnateur et la fille d'une ancienne résidente de l'EHPAD ont fourni une attestation. Le médecin assure connaître la réglementation et les bonnes pratiques relatives à la gestion d'un EHPAD et constate que l'EHPAD applique correctement les protocoles et bonnes pratiques. Selon le témoignage de ces membres, la directrice rend compte, lors des conseils d'administration, au travers de documents complets et d'un rapport de gestion scrupuleux, efficace et clair en toute transparence.

Pour autant ces attestations n'apportent pas d'éléments précis sur la nature et le contenu des documents présentés, ni sur les textes réglementaires et obligations des EHPAD.

Il n'a pas été transmis d'éléments probants (copie d'ordres du jour et de PV des CA listant les documents transmis et documents en tant que tels, outils de

			pilotage de la part du conseil d'administration prouvant le contrôle effectif du travail de la directrice...). De plus, il n'est pas joint d'attestation des autres membres du CA, notamment de la supérieure générale de Notre Dame de Bon secours de Troyes, membre de droit du CA. Il n'est pas non plus attesté que le rapport d'inspection et le courrier d'injonction envisagée ont été transmis à l'ensemble des membres du CA. Or, l'injonction et les mesures correctives envisagées nécessitaient sur la majorité des points une délibération du CA. L'établissement indique également que des membres du CA (les sœurs) ont changé et que les nouvelles représentantes n'avaient peut-être pas retrouvé rapidement tous les anciens documents de 2020, 2021 et 2022. Or, la Supérieure générale de la Congrégation, membre de droit du CA, est à ce poste depuis 2019. Par ailleurs, dans son courrier de réponse, p. 5, concernant la responsabilité de l'établissement, rappelée par la mission d'inspection, d'opérer des choix budgétaires et les répartitions de crédits qu'il estime nécessaires dans le respect de la réglementation, l'établissement répond que l'accueil dépend bien du budget et de la dotation de personnel accordés par le Département et qu'il « apparaît bien que les autorités ne donnent pas les moyens de disposer 7 jours sur 7 d'un agent d'accueil ». Or, la Métropole n'attribue pas une dotation spécifique de personnel. L'établissement précise également que l'EHPAD, « certes associatif, doit disposer d'une capacité d'autofinancement, d'un fonds de roulement et d'une trésorerie capables de gérer à long terme. Nos excédents s'expliquent aussi du fait que des travaux n'ont pas été réalisés par des entreprises en temps et en heure mais restent toujours d'actualité ». Or, les travaux émanent uniquement sur la section hébergement. L'établissement est en excédent depuis au moins 2020 sur les 3 sections tarifaires. Les dotations octroyées n'ont pas vocation à être mises en réserve, elles doivent être utilisées l'année en cours au bénéfice des résidents. L'établissement précise également qu'il est « surprenant de signifier » un tel rappel « lorsque vous ne voulez pas que le poste relatif au psychologue soit dans celui des soins et non de la dépendance ?! deux poids deux mesures ? ». Or, l'obligation de rattachement de la rémunération et des charges sociales et fiscales afférentes des psychologues à la section dépendance ne relève pas d'une volonté des autorités de tarification mais de la réglementation (article D. 232-21 du CASF).
--	--	--	---

			Ces arguments prouvent donc une méconnaissance de la réglementation de la part de l'établissement. Au sujet de l'information du président de l'inspection de la DDPP et de la transmission des courriers, l'établissement répond que la directrice a averti téléphoniquement le président dès le jour de l'inspection et que le rapport lui a été transmis dès sa réception. Or ces éléments entrent en contradiction avec les propos du président lors de son entretien téléphonique avec la mission d'inspection le 20/09/2023 qui a déclaré ne pas être informé de la tenue de cette inspection ni du courrier de la DDPP. Par conséquent, l'injonction de mettre en place un pilotage stratégique effectif de l'établissement par le conseil d'administration à la hauteur de ses responsabilités en matière de contrôle de l'activité de la directrice, de respect de la réglementation et des bonnes pratiques afférentes à un EHPAD est maintenue. Concernant la présentation d'un plan d'action de refonte du projet d'établissement (PE) validé par le conseil d'administration, l'établissement considère que, dans la mesure où le PE a été transmis aux autorités de tarification lors de l'élaboration du CPOM, il a été considéré comme accepté. Or, la validité du PE n'est pas liée à sa transmission aux autorités de tarification ni à la signature du CPOM, mais à sa conformité à l'article L. 311-8 du CASF. Or, le document ne présente pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. De plus aucun élément prouvant la consultation du CVS ni sa validation par le conseil d'administration n'a été fourni. Par conséquent, l'injonction de présenter un plan d'action de refonte du projet d'établissement validé par le conseil d'administration est maintenue.
2	En matière de droits et de sécurité des résidents : - Cesser de demander aux familles d'apporter des protections et fournir aux résidents les modèles de protection les plus adaptés à leur degré d'autonomie	EM 2	Immédiat

- autoriser les visites en journée sans restriction - garantir par tout moyen probant que le linge de toilette est désormais fourni à la totalité des résidents - présenter les modalités d'organisation d'élections du CVS pour le 1^{er} trimestre 2024. Vous nous tiendrez informés du résultat des élections et du calendrier prévisionnel des réunions. - nous faire connaître les mesures engagées, validées par le conseil d'administration, pour assurer la sécurisation des escaliers	E 17 E 19 RM 1, E 5 E 16	Immédiat Immédiat 1 mois 1 mois	supplémentaire ». Il était d'ailleurs appliqué un forfait mensuel de 54 euros et non une refacturation correspondant aux consommations détaillées de chaque résident. L'établissement précise ensuite que, suite à la venue de la DDPP, toutes les protections sont prises en charge par l'EHPAD pour les résidents reconnus médicalement incontinents, et des petites protections sont mêmes fournies gratuitement aux résidents qui ne relèvent pas de l'incontinence. Or, le document listant le type et le nombre de protections par jour par résident ne permet pas de justifier de leur achat par l'établissement. L'établissement indique par ailleurs que les résidents refusent les protections fournies par l'établissement. Or, il est de sa responsabilité de s'assurer de l'adaptation des prestations fournies aux besoins des résidents. L'injonction de fournir aux résidents les modèles de protection les plus adaptés à leur degré d'autonomie est maintenue.
conformément aux articles L. 311-3, D. 311-16 et à l'annexe 2-3-1 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM / HAS « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »			Concernant l'autorisation des visites en journée sans restriction, l'établissement répond que l'entrée donne directement sur la rue et qu'il ne dispose pas d'un temps d'agent d'accueil 7 jours sur 7. De plus, il précise que laisser des visites le matin avant 11h peut perturber la bonne prise en charge des résidents, idem pour les visites de 18h à 20h. Il va être demandé aux familles de se positionner sur ce sujet qui touche à la sécurité des résidents. Or, les termes de l'article L. 311-3 du CASF précisent que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge [...] Lui sont assurés le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ». De plus, il n'a pas été demandé à l'établissement de laisser la porte ouverte mais d'autoriser les visites en journée. Par conséquent, l'injonction d'autoriser les visites en journée sans restriction est maintenue. Concernant la fourniture de linge de toilette à l'ensemble des résidents, l'établissement répond que l'annexe au contrat de séjour l'indique. Cependant, il n'apporte pas d'autres éléments probants permettant de vérifier que l'ensemble des résidents bénéficiait bien de linge de toilette fourni par l'établissement (ex :

facture d'achat ou de location de linge de toilette).

Par conséquent, l'injonction de garantir par tout moyen probant que le linge de toilette est désormais fourni à la totalité des résidents est maintenue.

Concernant les incohérences relevées dans le document présentant les résultats des élections du CVS du 03/09/2021 :

- ■ notée comme IDEC, alors qu'elle était IDE en 2021 : l'établissement répond que l'IDEC en poste était en congé maternité et que l'IDE présente faisait fonction d'IDEC. Aucun élément probant n'a cependant été apporté
- Une suppléante des représentants du personnel n'est présente dans l'établissement que depuis le 24/03/2022 : l'établissement précise que cette dame a pris la place d'une suppléante décédée après les élections et le 1^{er} CVS de 2022, et reconnaît avoir commis l'erreur de changer le nom de la suppléante sans avoir changé la date sur le document word pour la mise à jour de la composition du CVS. Or, le PV initial signé de 2021 n'a pas été transmis. De plus, la désignation de la nouvelle représentante aurait dû se faire par élections, or aucun PV d'élections la désignant n'a été transmis.

Les incohérences subsistent donc.

Concernant l'absence de représentation de l'organisme gestionnaire au CVS, l'établissement précise que celui-ci est représenté par la directrice. Or, le CASF prévoit la participation distincte de l'organisme gestionnaire, avec voix délibérative (article D. 311-5) et de la direction de l'établissement, avec voix consultative (article D. 311-9).

Concernant la présentation des modalités d'organisation d'élections au 1^{er} trimestre 2024, l'établissement répond que des élections seront à nouveau organisées, sans préciser de date ni les modalités d'organisation.

Par conséquent, l'injonction de présenter les modalités d'organisation d'élections du CVS pour qu'elles aient lieu au 1^{er} trimestre 2024 est maintenue.

Concernant la sécurisation des escaliers, l'établissement répond qu'une

				modification doit faire l'objet d'une demande aux services de sécurité. Il demande la transmission d'un exemple de solution technique mise en œuvre dans un autre établissement et validé par le SDIS. Des éléments pourront lui être fournis par les services de la Métropole mais l'établissement doit lui-même se rapprocher des autres EHPAD de la Métropole et des sociétés de sécurisation des accès. Dans l'attente de la présentation des mesures engagées pour la sécurisation des accès aux escaliers, l'injonction est maintenue.
3	En matière de gestion budgétaire et comptable : - engager un expert comptable externe pour assurer la présentation des comptes annuels 2023 avant le délai légal de transmission aux autorités de tarification. Vous nous transmettez le rapport et l'attestation de l'expert-comptable à la fin de sa mission. - cesser toute dépense non justifiée par les nécessités de la gestion normale de l'EHPAD - assurer une comptabilité respectant les principes comptables conformément aux articles R. 314-100, R. 314-5 et R. 314-81 du CASF	E 10 EM 1, RM 5, RM 20 E 11 à 15	1 mois Immédiat Immédiat	Concernant l'engagement d'un comptable externe, l'établissement répond qu'il ne relève pas de l'obligation de mandater une personne extérieure. Or, l'article R. 314-100 du CASF précise que l'organisme gestionnaire transmet le bilan et son compte de résultat consolidés ainsi que leurs annexes, certifiés par un mandataire dûment habilité, ce qui correspond, conformément aux termes de l'article 2 de l'ordonnance N°45-2138 du 19/09/1945 portant institution de l'ordre des experts-comptables, à un expert-comptable inscrit au tableau de l'ordre et non lié par un contrat de travail à l'établissement. L'établissement précise qu'il mandatera un expert-comptable pour 2023. Dans l'attente de la transmission du rapport et de l'attestation de l'expert-comptable, l'injonction est maintenue sur ce point. Concernant les dépenses non justifiées, au sujet des déplacements de la directrice à Troyes, l'établissement répond que la directrice s'est bien rendue plusieurs fois à la congrégation y compris en 2020 et en 2021 et que les CA se tiennent aussi à Troyes et non uniquement à Lyon. Cependant, aucun élément probant n'a été transmis (échanges de mails avec la Congrégation relatifs à l'organisation des visites de la directrice, Ordre du jour et PV de CA ayant eu lieu à Troyes...). Au sujet de la charge d'un montant de 6 385 euros concernant un « fauteuil de bureau ergonomique : - pour les 3 000 euros de cette charge rattachés pour le même objet à la section soins, l'établissement répond qu'il s'agit d'achat de fauteuil pour les résidents et qu'il y a une coquille sur le mot. Or, le bon de commande et la facture permettant d'attester la nature de cette dépense n'ont pas été transmis. - pour les 3385,80 euros de cette même charge, imputés pour des frais de

péage aux comptes travaux de bâtiment et travaux de plomberie, ainsi que pour 572 euros de frais de péage imputés sur les comptes travaux de bâtiment et de désinfection, l'établissement liste les dépenses pour lesquelles la carte bancaire est utilisée (achats internet de petits outillages, nourritures pour les animaux de l'EHPAD, les petits déjeuners des soignants au titre de la qualité de vie au travail...) Or, il s'agit ici d'une dépense concernant l'achat d'un fauteuil et non de l'utilisation de la carte bancaire.

Au sujet de frais de péage réglés avec la carte bancaire, enregistrés sans contrepartie de comptes de tiers, pour un montant de 2 717,28 euros, et d'un montant total de frais de déplacements 2022 de 6 675 euros, alors que ni l'activité ni le fonctionnement de l'établissement ne nécessitent de déplacements, l'établissement répond que c'est faux et que 2 225,66 euros correspondent à des frais de transport pour principalement récupérer du matériel ou fournir des nécessaires à l'agent de maintenance pour les travaux de l'EHPAD ou pour se rendre à la déchetterie. Or, aucun élément probant n'a été fourni (document traçant l'activité de l'agent de maintenance, facture d'achat de matériel, justificatifs d'accès à la déchetterie et paiement du PASS...). De plus, aucun élément n'est apporté concernant le reste des frais (4 449,62 euros).

Concernant les informations incohérentes entre les ETP déclarés dans les annexes TER à l'ERRD et d'autres documents, relatifs aux ASG, à l'ergothérapeute et au psychomotricien, l'établissement répond que la psychomotricienne a démissionné en avril 2021 et que son ETP a été réparti entre l'ergothérapeute et le psychologue. Pour autant, les ERRD 2021 et 2022 ne prennent pas en compte cette répartition et aucun élément n'est apporté concernant la déclaration erronée d'AS en ASG.

Concernant le montant élevé des charges liées aux postes d'ergothérapeute et de psychomotricien, en décalage avec les moyennes départementales, l'établissement répond que la CCN 51 est appliquée. Or, aucun élément probant n'est apporté.

Concernant le respect des principes comptables, au sujet d'écritures d'inventaire passées au crédit, l'établissement répond qu'il ne s'agit pas d'une facture non parvenue mais d'une charge constatée d'avance. Or, aucun élément probant n'a été apporté (bons de commande, factures, attestation de service fait...).

Concernant l'enregistrement de charges enregistrées en comptes « Mission-

			réception » pour 412,65 euros et « Voyages et Déplacements » pour 2717,28 euros sans contrepartie de comptes de tiers, l'établissement répond que les frais directs par carte de crédit sont enregistrés directement en charges sans passer par un compte tiers. Or, il est rappelé que la comptabilité d'engagement doit être respectée pour toutes les opérations liées à des fournisseurs et que les charges liées à des déplacements pour le compte de l'EHPAD (y compris d'un salarié chargé de la maintenance) doivent être rattachées au compte « Voyages et déplacements ». Par conséquent, l'injonction est maintenue sur ces points. Concernant la surfacturation des protections des résidents et l'affectation du temps de psychologue à la section soins au lieu de la section dépendance, il est pris acte de la cessation de ces pratiques.
--	--	--	---

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Mettre en conformité les documents institutionnels, les présenter en CVS, les faire valider par le conseil d'administration, les transmettre à chaque résident et en assurer l'affichage : - Règlement de fonctionnement - Livret d'accueil - Contrat de séjour conformément aux articles L. 311-4, L. 311-5, R. 311-33 et R. 311-35 du CASF et à l'arrêté d'autorisation ARS N°2016-8559 / Métropole de Lyon N°2017/DSHE/DVE/EPA/01/087 du 24/02/2017	E 1, R 26 E 3, E 4, E 18 E 6 E 20	3 mois	Concernant le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, l'établissement répond qu'ils sont remis à chaque entrée aux résidents ou à sa personne de confiance, et signés par eux, « ce qui est mieux qu'un affichage ». Or l'affichage du règlement de fonctionnement est rendu obligatoire par le CASF, il en est de même pour la charte des droits et libertés de la personne accueillie et l'arrêté de désignation des personnes qualifiées. De plus, il n'est pas apporté la preuve que le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et le contrat de séjour ont bien été mis en conformité avec les points relevés dans le rapport ni que les versions à jour ont ensuite été transmises aux résidents et affichées. Il est pris note de l'engagement de l'établissement à les présenter au nouveau CVS réuni après les élections. Le PV correspondant devra être transmis aux autorités de tarification.

				Il est également pris note de l'affichage de l'arrêté d'autorisation de l'établissement. Dans l'attente des éléments probants, la prescription N°1 est maintenue.
2	Formaliser les procédures de gestion budgétaire et financière conformément à l'article R. 314-58 du CASF.	E9	1 mois	Concernant les procédures de gestion budgétaire et comptables, l'établissement répond que les procédures sont bien respectées. Au sujet des travaux de désenfumage, il indique fournir en annexe les différents échanges avec le président et les autres membres du CA, or ces documents ne sont pas joints. De plus, la décision de financement de ces travaux et du choix du prestataire auraient dû faire l'objet de délibérations du CA et non de simples échanges. L'établissement reconnaît qu'une mise en forme des documents est insuffisante et va y veiller. Dans l'attente d'éléments probants, la prescription N°2 est maintenue.
3	Disposer d'une équipe qualifiée dans le cadre d'une gestion du personnel encadrée et sécurisée : - Recruter dans la mesure du possible des AS diplômées - Mettre en place une démarche d'accompagnement à la qualification des professionnels faisant fonction d'AS - Consacrer le temps de travail de l'IDEC aux fonctions de coordination et le répartir sur les 5 jours de la semaine - Développer les formations collectives - Financer entièrement les formations liées à l'adaptation aux fonctions - Mettre en place une analyse de la pratique - Formaliser l'organisation des astreintes - Formaliser l'ensemble des fiches de poste de façon nominative, datées et signées - Tenir le registre du personnel et les	E8, R12 R 15 R9 R14 R16 R17 R 13 R11	6 mois Immédiat	Concernant la qualification des AS de jour, l'établissement répond que les missions ont eu lieu en période estivale avec prise de CP pour les personnels en CDI donc beaucoup de CDD. Or, en septembre 2023, d'après le planning et le registre du personnel : - Sur les 10 AS ou faisant fonction d'AS en CDI, 6 étaient qualifiés (4 ASD dont la gouvernante, 1 ASG, 1 AES). L'établissement n'a cependant fourni que le diplômes d'une ASD de jour sur les 6. Les 4 autres professionnels en DI au poste d'AS étaient 4 ASH ou agents de soins. - 4 à 5 personnes supplémentaires étaient mentionnées sur le planning d'AS pour lesquelles il n'a pas été possible de déterminer leur qualification ni leur type de contrat. Concernant les AS de nuit, le planning comportait, à partir du 18/09/2023, 3 ASD en CDI et une personne dont il n'a pas été possible de déterminer sa qualification ni son type de contrat. L'établissement a fourni les diplômes des 3 ASD de nuit en CDI mais pas d'informations supplémentaires sur la 4 ^{ème} AS de nuit. L'établissement n'a fourni que les diplômes d'une ASD de jour et des 3 ASD de nuit. Concernant la démarche d'accompagnement à la qualification des professionnels

documents budgétaires relatifs au personnel à jour	R 10 R 19	faisant fonction d'AS, l'établissement répond que des VAE ont été financées par l'EHPAD pour des ASH afin d'être reconnues AS, sans plus de précision ni pour autant apporter d'éléments probants. Concernant la répartition du temps de travail de l'IDEC sur la semaine, celle-ci indique dans son attestation que son temps plein est réparti sur 3 jours, du lundi au mercredi de 6h30 à 18h30 (11h) et le 1er samedi du mois de 10h à 18h30. Elle précise que cette amplitude horaire lui permet de suivre les AS et les AS faisant fonction sur la journée, de rencontrer les équipes de nuit régulièrement, d'être dans les soins infirmiers en cas d'absence d'un IDE non programmée, et, le samedi de rencontrer les familles pour faire le point sur les soins prodigués à leurs proches. Au vu de ces informations complémentaires sur cette organisation, la répartition du temps de travail de l'IDEC du lundi au vendredi en 11h et le 1^{er} samedi du mois est actée, en attirant l'attention sur le fait que l'intégration dans les soins infirmiers de l'IDEC ne doit pas être au détriment de ses fonctions de coordination. De plus, l'établissement indique dans sa réponse que l'encadrement des personnels est assuré 7 jours sur 7 : « l'infirmier présente les jeudis, vendredis et WE assure cet encadrement selon les missions réglementaires édictées par décret du poste IDE et selon le PCA de l'établissement en vigueur ». Or, comme démontré en conclusion de l'injonction N°1, le PCA n'a pas pour fonction d'organiser le fonctionnement en situation normale et n'est pas à jour par rapport aux jours d'absence de l'IDEC. De même, la délégation de pouvoir à l'IDEC et aux IDE n'est pas valable puisque non nominative, elle doit donc être refaite en citant expressément les noms et fonctions des personnes concernées et mise à jour à chaque changement de personnel. Concernant les formations collectives, l'établissement a transmis le calendrier des formations et informations de l'équipe soignante de juin à décembre 2023. Ce document liste les différents temps de formation / information et précise s'ils sont assurés en interne (infirmière hygiéniste, médecin coordonnateur) ou par des intervenants extérieurs (pompiers, SODHEV, pompes funèbres, association Albatros, équipe mobile d'hygiène hospitalière...). Ces temps concernent les bonnes pratiques de soins, conduite à tenir en cas d'incendie, formation plaies et cicatrisation, bons gestes bucco-dentaires, prise en charge des défunts, en soins palliatifs, accidents d'exposition au sang...) Plusieurs dates sont parfois proposées.
--	--------------	--

			Ce document démontre une attention portée à la qualité des soins et à la formation continue des soignants, en lien avec les partenaires de l'établissement. L'établissement a également transmis un plan de formation pluriannuel présenté dans le cadre du CPOM entre 2022 et 2026. Cependant, pour les formations passées, il n'est pas présenté de documents attestant de la tenue de ces formations, du nombre et de la fonction des participants. Concernant le financement des formations d'adaptation à la fonction, l'établissement répond qu'il n'a pas été demandé à l'IDEC d'utiliser son compte personnel de formation. Dans l'attestation qu'elle a fournie, l'IDEC, indique que « dans le cadre de ma fiche de poste d'infirmière coordinatrice en mars 2023, je me suis inscrite volontairement dans un organisme de certification. En juillet 2023, la directrice me propose un DU qualité pour 2025. Malgré la proposition de la directrice, je souhaite suivre en octobre 2023 une certification IDEC afin d'acquérir rapidement les connaissances spécifiques à la prise de poste d'IDEC. Je décide donc de financer la certification en partie avec mon CPF et cela de ma propre volonté. La directrice m'a soutenu dans ma démarche en décidant de me payer les jours d'absence durant ma formation ». Or, l'adaptation immédiate à l'emploi fait partie des formations obligatoires pour les salariés et obligatoirement financées par l'employeur, donc sans mobilisation du CPF. Elles sont considérées comme des heures de travail, elles doivent être rémunérées en tant que telles et dispensées pendant le temps de travail. La certification IDEC aurait donc dû être financée par l'établissement. Par ailleurs, un DU qualité ne correspond pas à une formation d'adaptation immédiate à la fonction d'IDEC, de plus, il n'est proposé de le financer que plus tard, en 2025. Concernant la mise en place d'une analyse de la pratique, l'établissement répond que « la mission reconnaît que des temps de paroles sont organisés avec le psychologue et les soignants et de l'analyse de la pratique professionnelle est faite en évoquant des situations professionnelles qui ont pu être rencontrées et ressenties comme difficiles ». Or ces éléments ne correspondent pas aux termes écrits dans le rapport d'inspection : « Des groupes de paroles peuvent toutefois être organisés avec le psychologue, à la demande, sur des situations difficiles ». Cependant, l'établissement a transmis un document « Planning de janvier - février 2023 » présentant :
--	--	--	---

- Une date en janvier 2023 de réflexion sur la pratique » pour une équipe de 5 personnes et une date en février pour une autre équipe de 6 personnes - Une date en janvier 2023 de Groupe de parole pour une équipe de 4 personnes et une date en février pour une autre équipe de 5 personnes.		Le document précise que « la réflexion sur la pratique peut se faire au travers d'une situation vécue avec un résident. Le groupe de parole se fait à partir d'un thème proposé par le psychologue ou l'équipe. Le thème peut être en lien avec une problématique actuelle ». Pour autant, le planning du reste de l'année 2023 et de 2024 n'a pas été transmis. Il n'est donc pas prouvé que ces temps de réflexion sur la pratique ont bien lieu régulièrement et ce pour l'ensemble des personnels. Concernant la formalisation des astreintes, l'établissement demande en réponse sur quels moyens financiers pourrait-il rémunérer les astreintes. Or, l'établissement dispose d'excédents récurrents. De plus, c'est à lui de répartir les crédits en fonction des besoins (cf. supra). L'établissement n'apporte pas d'éléments, hormis ceux relatifs à l'encadrement infirmier assurés 7 jours sur 7 et défini dans le PCA.		Concernant la formalisation de l'ensemble des fiches de poste de façon nominative, datées et signées, l'établissement répond que les fiches de poste sont dans un classeur dédié au personnel et remises lors du contrat, et précise qu'elles seront désormais envoyées par mail à chaque employé. Il indique enfin que les fiches n'ont pas été demandées par la mission. Or, les fiches de poste : IDEC, médecin coordonnateur, IDE, AS, agent de nuit figurent bien dans la liste des documents à transmettre à la mission, liste qui a été remise en mains propres à la directrice le 1^{er} jour de l'inspection (cf. annexe du rapport d'inspection). Aucune fiche de poste n'a été transmise avec la réponse de l'établissement.		Concernant la tenue du registre du personnel et les documents budgétaires relatifs au personnel à jour, l'établissement indique que le registre du personnel est informatisé via le logiciel de paie et que, donc, il est automatiquement mis à jour. Il précise également que la comptable qui était à disposition de la mission n'a pas	
--	--	---	--	--	--	--	--

			eu de demande à ce sujet. Or, le 1^{er} jour de l'inspection, la coordinatrice de la mission d'inspection a demandé expressément l'édition du registre du personnel à la comptable. Celle-ci lui a demandé de quoi il s'agissait et a proposé d'éditer la liste des personnels issue du logiciel de paie, ce que la coordinatrice a accepté. Le 2^{ème} jour de l'inspection, la liste des personnels remise était également issue du logiciel de paie. Or, des erreurs ont été constatées par la mission sur ces listes (cf. rapport). Il n'a pas été apporté d'éléments prouvant que celui-ci avait été mis à jour, de même que les documents budgétaires relatifs aux ETP et que la cohérence entre l'ensemble des documents concernant les ETP était assurée. Par conséquent, la prescription N°3 est maintenue sur l'ensemble des points, hormis sur la répartition du temps de travail de l'IDEC sur 3 jours et un samedi par mois, sous réserve de mise à jour de la délégation de pouvoir.
4	Mettre en place la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 3° du CASF	E 22	6-mois L'établissement répond que plusieurs datent sont fixées mais que les médecins traitants ne se déplacent pas pour cette réunion et que des convocations sont faites. L'établissement a transmis un courrier du 22 janvier 2024 fixant une CCG le 8 ou 22 avril 2024 précisant l'ordre du jour dont l'organisation des soins et le RAMA. Les signatures de la directrice et du médecin coordonnateur figurent sur ce courrier. La prescription N°4 est levée en considérant que l'établissement veillera à maintenir la réalisation de la CCG au moins une fois par an.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Garantir la transparence des informations communiquées aux résidents et à leurs familles en : - Affichant et transmettant les documents relatifs au CVS (règlement intérieur du	R 2, R 3 E 6	3 mois	Concernant l'adoption du règlement intérieur du CVS en séance du 20/01/2022, l'établissement répond que ce compte rendu de séance n'a pas été demandé dans le cadre de l'inspection. Le rapport d'inspection est donc modifié en ce sens. Pour l'autant l'établissement n'a pas transmis ce document avec sa réponse à la

	CVS, résultat des élections, composition et coordonnées des membres, comptes rendus de réunions) Transmettant des informations justes et sincères en réunion de CVS	R 4	décision envisagée. Concernant l'affichage et la transmission des documents relatifs au CVS, l'établissement répond que les rapports sont envoyés aux familles et qu'ils se trouvent dans un classeur sur la borne d'accueil. Ce classeur contient aussi un document datant de l'ouverture de l'établissement qui précise que c'est au secrétariat que les familles peuvent avoir la composition du CVS. Or, il n'est pas apporté la preuve que les familles ont connaissance de l'existence de ce classeur ni de son contenu ni que les PV de CVS leur sont envoyés. Aucun élément relatif au CVS ne figure dans le mail envoyé lors de l'admission aux familles comportant les documents d'admission. L'établissement précise également que les réunions sont rappelées aux familles par mail et à l'accueil avant les 8 jours de la date prévue de réunion. Aucun élément probant n'a été fourni. Concernant la sincérité des informations transmises en CVS, l'établissement répond que les propos n'ont rien de mensongers ni d'inexactes. Au sujet des budgets accordés par les autorités de tarification et des choix budgétaires qui relèvent de la responsabilité de l'établissement, il précise que l'accueil dépend bien du budget et de la dotation de personnel accordés par le Département et qu'il « apparaît bien que les autorités ne donnent pas les moyens de disposer 7 jours sur 7 d'un agent d'accueil ». Or, la Métropole n'attribue pas une dotation spécifique de personnel. De plus, l'établissement, de statut privé non lucratif, donc n'ayant pas vocation à faire des bénéfices, est en excédent depuis au moins 2020 sur les 3 sections tarifaires. Il dispose donc des moyens pour financer un temps supplémentaire à l'accueil et les protections les plus adaptées aux résidents. Par conséquent, la recommandation N°1 est maintenue.
2	Renforcer la qualité et la gestion des risques en : - Formant régulièrement les personnels à la déclaration et au traitement des événements indésirables - Mettant en place et formalisant un dispositif opérationnel et transparent de recueil, traitement et analyse des	R 5 R 6	6 mois Concernant la formation régulière des personnels à la déclaration et au traitement des événements indésirables, l'établissement répond qu'une politique de déclaration et de traitement des EI existe depuis 2010. « Les déclarations sont faites aux autorités lorsque ces événements relèvent de cette déclaration. Lors d'épidémie par exemple, ces déclarations sont bien remontées ». Or, la dernière déclaration d'EI auprès des autorités de tarification date de 2020 et concerne une épidémie de gastro entérale. Aucune autre épidémie n'a été déclarée depuis. De plus, aucune déclaration d'erreur d'administration médicalement n'a été

réclamations

conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ((HAS-ANESM Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - 2008)

effectuée auprès de l'ARS alors qu'une fiche d'évènement indésirable (EI) non datée présente dans le classeur des EI de l'établissement fait état de l'administration d'un traitement pendant 3 mois au lieu d'1, due à une erreur de la part de la pharmacie alors qu'il s'agit d'un motif de déclaration obligatoire. De même, concernant l'ouverture de la porte donnant sur la terrasse, l'établissement précise que la terrasse donne accès sur le parc qui n'est pas sécurisé et que plusieurs infractions ont été réalisées, des personnes étrangères au site s'introduisent dans le parc. Or, ces infractions auraient également dû faire l'objet d'une déclaration auprès des autorités de tarification conformément à l'article L. 331-8-1 du CASF (évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées).

L'établissement précise que le traitement des EI est protocolarisé. Un protocole « Procédure de signalement d'évènement indésirables / graves » est joint à la réponse, daté du 19/12/2023. Il décrit l'objectif et les modalités de déclaration des EI et indique que l'ensemble des fiches est analysé par le directeur, le cadre de santé et le médecin coordonnateur. Les modalités de suivi et de retour au déclarant ne sont pas précisées, ni les modalités d'information de l'existence de ce protocole auprès des personnels.

L'établissement indique également que le personnel est au courant de cette politique et que l'inspection a eu lieu durant les congés d'été des soignants, remplacés par des CDD. Or la mission n'a interrogé que des personnels en CDI. De plus, les CDD doivent être informés des modalités de déclaration d'EI de l'établissement.

Enfin, la liste des formations transmises avec la réponse de l'établissement ne mentionne pas de points relatifs à la déclaration et au traitement des EI, ce qui permettrait pourtant de s'assurer régulièrement de la compréhension et de la mise en œuvre par tous de la politique de déclaration et de traitement des EI.

Concernant la mise en place et la formalisation d'un dispositif opérationnel et transparent de recueil, traitement et analyse des réclamations, l'établissement répond qu'un recueil des fiches d'EI est aussi à la disposition des familles dans le classeur situé sur la borne d'accueil. Or, la mission a demandé à consulter le registre des réclamations les deux jours de l'inspection, mais celui-ci ne lui a pas été remis.

				Par conséquent, la recommandation n°2 est maintenue.
3	Renforcer la sécurisation des espaces : - Faciliter l'accessibilité de la terrasse - Organiser les espaces de stockage de façon sécurisée pour les personnels	R 22 R 23	6 mois	Concernant l'accessibilité à la terrasse, l'établissement répond que l'accès à la terrasse doit être surveillé car beaucoup de résidents sont très dépendants psychologiquement. Or, le maniement d'une porte lourde ne constitue pas un dispositif de surveillance. L'établissement précise également que la terrasse donne accès sur le parc qui n'est pas sécurisé (plusieurs infractions ont été réalisées, des personnes étrangères au site s'introduisent dans le parc). Dans ce cas, une sécurisation de l'accès entre la terrasse et le jardin doit être installée. De plus, une déclaration d'El aurait dû être faite aux autorités de tarification (cf. ci-dessus). Concernant l'organisation des espaces de stockage de façon sécurisée pour les personnels : l'établissement répond que les locaux sont exigus et qu'il est demandé aux personnels concernés de veiller à ranger convenablement ces espaces. Aucun élément probant n'a cependant été transmis. Par conséquent, la recommandation N°3 est maintenue.
4	Organiser et formaliser les modalités de l'admission et de l'accompagnement en : - Formalisant la procédure d'admission - Mettant en place une organisation structurée des dossiers des résidents - Actualiser annuellement les projets personnalisés de tous les résidents Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM/HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » décembre 2008)	R 24 R 25 R 27	6 mois	Concernant l'organisation et la formalisation des modalités d'admission et de l'accompagnement, l'établissement précise que tout cela existe déjà et que la procédure d'admission n'a pas été demandée. Elle n'a effectivement pas été demandée puisque lors des entretiens, il a été dit à la mission qu'elle n'existait pas. De plus, elle n'est pas transmise avec la réponse de l'établissement. Concernant la structuration des dossiers des résidents, l'établissement répond que c'est faux mais aucun élément probant en ce sens n'a été transmis. Le protocole PAP transmis, révisé le 12/10/2023, prévoit une révision des PAP tous les un an et demi, ce qui dépasse l'annualité. Il précise qu'il peut être révisé à la demande du résident, des soignants ou des familles et cela à chaque fois que nécessaire. Par conséquent, la recommandation N°4 est maintenue.

5	Veiller au respect de l'amplitude maximale du jeûne nocturne en proposant systématiquement une collation le soir conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée" - 2007)	R 34	Immédiat	La réponse de la structure évoque la mise à disposition d'une caisse à disposition des veilleuses afin de pouvoir donner une collation aux résidents en ayant besoin. Le tableau de suivi de la caisse des collations de nuit a été transmis sans explication des collations listées (stock en place pour combien de jours ?...). Par ailleurs, il n'est pas apporté de preuve précisant comment les résidents sont identifiés comme ayant besoin d'une collation la nuit afin de respecter l'amplitude maximale du jeûne nocturne, de tracer ce qui a été distribué, afin de faire le contrôle régulier de ces situations. Par conséquent, la recommandation N°5 est maintenue.
6	Formaliser un réel projet d'animation élaboré en pluridisciplinarité et doté d'un budget propre	R 35	6 mois	Concernant la formalisation d'un réel projet d'animation, l'établissement répond qu'il existe et qu'il est « évalué annuellement (fait partie des docs du rapport d'activité) ». De plus, l'animatrice atteste qu'une évaluation trimestrielle est effectuée avec la directrice et lors des commissions d'animation avec les résidents. Or, si des éléments relatifs à l'animation figurent effectivement dans le rapport d'activité, il n'existe pas de projet d'animation annuel ou pluriannuel formalisé. Un projet d'animation ne consiste pas uniquement en un rapport d'activité, il doit définir des objectifs en rapport avec les attentes, les besoins et l'état de santé des résidents, en visant le maintien et le développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle et cohérents avec le reste du projet d'établissement et le projet de soins. De même, aucun document prouvant l'établissement d'un budget propre à l'animation n'est fourni (budget prévisionnel permettant la réalisation des objectifs et actions déterminés dans le plan d'action, budget réalisé...). Par conséquent, la recommandation N°6 est maintenue.
7	Elaborer des plans de soins pour les IDE afin de planifier leur organisation en soins quotidienns permettant d'assurer la traçabilité des soins.	R 28	1 mois	L'établissement répond que les plans de soins sont existants. Les 2 plans de soins spécifient des soins IDE a priori inscrits par le sigle « SI » : - l'acte glycémie capillaire à faire tous les jours le matin et le midi sur des horaires non à jeun, mais la notion de traitement insulinaire n'est pas notée, et la démarche de surveillance de la glycémie n'est pas explicitée - la mise en place de collaire, mais sans précision du traitement - la distribution de médicament de nuit de 20h à 6h, sans que cela ne corresponde

				à des temps de présence IDE -la surveillance poids tous les premiers jours de tous les mois, sans précision du jour pour suivre cette mesure Concernant l'administration de traitements 3 fois par jour, il n'est indiqué de soins SI. Ces actes manquent de précision sur les attendus et ne permettent pas à eux seuls de constituer une réelle planification des soins IDE. La recommandation N°7 est maintenue.
8	Mettre en place un plan de soins nursing unique, efficient, sur un support opérationnel au choix de l'établissement, afin de supprimer tous les documents qui s'apparentent à des outils où sont inscrits des soins de nursing mais qui sont incomplets, insuffisamment suivis et mis à jour, sans certitude d'être le plus exhaustif sur les particularités individuelles et les souhaits des résidents.	R 29 R 30 R 31	3 mois	L'établissement répond que le plan de soins de nursing existe par [REDACTED] Et qu'une formation est prévue 3 jours en janvier. Cependant, ni les objectifs de la formation, ni les personnels concernés ne sont précisés. Par ailleurs la réactualisation des plans de soins de nursing pour s'assurer qu'ils soient complets, uniques, qu'ils servent d'outils de planification des soins fiables et permettent de noter l'effectivité des actes faits, n'est pas démontrée. La recommandation N°8 est maintenue, en l'absence de démonstration que les plans de soins de nursing sont complets et uniques pour planifier les soins de nursing.
9	Mettre en place une formalisation de la planification des douches afin d'équilibrer la charge en soins	R 32	3 mois	L'établissement précise que les plans de soins montrent bien la réalisation des douches qui sont données systématiquement du lundi au jeudi en fonction des besoins des résidents ou demande des résidents en supplément d'un jour fixe. L'analyse des 2 plans de soins transmis montre pour les 2 résidents la coexistence de deux actes pour la douche et shampoing, ce qui ne facilite pas l'information des soignants de ce qui est à faire. Pour une résidente, il est indiqué : de 12h à 12h30 la douche et shampoing tous les mercredis à partir du 3/6/23, et de 6h à 10h le même acte tous les lundi, mardi, mercredi jeudi à partir du 16/01/2024. Pour l'autre résident, il est noté : de 6h à 10h la douche et shampoing tous les mardis à partir du 24/5/2023, et de 6h à 10h le même acte tous les lundi mardi mercredi jeudi à partir du 16/01/2024. Ces indications ne précisent pas que le jour fixe est privilégié ni comment la douche est décidée pour les 4 jours notés. Le libellé sur ces plans est peu explicite sur les

					attendus des douches et surtout leur planification. Il est rappelé qu'un plan de soins est une aide pour les professionnels de planification des actes de nursing à faire. Par ailleurs la douche programmée entre 12h et 12h30 interroge sur sa réalisation alors qu'il s'agit de l'horaire du repas.
					La recommandation N°9 est maintenue dans l'attente d'une planification des douches explicite.
10	Planifier les changes des résidents sur tout support opérationnel, et assurer la mise à jour régulière des besoins identifiés	R 33	1 mois		L'établissement répond que la planification est faite. Il a transmis 2 plans de soins de nursing pour un résident où le change est noté 2 fois à 8h30 et à 20h en spécifiant le type de protection, sans noter de contrôle en dehors de ces 2 horaires. Pour l'autre plan de soins seul le change complet nuit est indiqué et rien sur les autres horaires du nycthémère. Aucun plan de changes de l'ensemble des résidents n'a été transmis permettant de justifier une planification afin d'avoir une dotation conforme aux besoins identifiés des résidents. La recommandation N°10 est maintenue dans l'attente de la transmission d'une planification globale des changes.
11	Compléter les DLU avec l'ensemble des informations indispensables à une prise en charge optimale des résidents en cas de transfert dans un établissement de santé ou d'intervention médicale	R 37	3 mois		La réponse de l'établissement indique que cela est revu avec le logiciel de soins afin de compléter les items manquants. Aucune procédure d'édition des DLU précisant les items à cocher n'a été transmise ni de DLU complétés. La recommandation N°11 est maintenue, en l'absence de transmission d'éléments de preuve.
12	Finaliser et compléter les protocoles de soins relatifs à la dénutrition, aux chutes, aux contentions et aux escarres selon les référentiels existants en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles afin de sécuriser les pratiques	R 38	6 mois		L'établissement répond que les protocoles existaient et que le nouveau médecin coordonnateur les réévalue. Le protocole de chute de septembre 2023 transmis est très succinct. Il présente les modalités d'intervention du professionnel en cas de chutes avec et sans gravité. Il n'est pas abordé leur déclaration afin d'analyser en pluridisciplinarité les chutes pour mettre des mesures correctives. Par ailleurs le protocole de prévention des chutes n'a pas été élaboré, précisant notamment la recherche des causes le repérage des résidents à risque de chute.

			Le protocole contention est très généraliste et reprend des données de littérature. Il reste insuffisant et n'est pas approprié à la structure en définissant les moyens de contention physique passive utilisés sur la structure et les modalités pratiques de mise en œuvre et de surveillance. Par contre le référentiel de pratique est listé sur les points d'attention spécifique dans la mise en œuvre. Le protocole escarre de décembre 2023, présente les mesures préventives pratiques avec les éléments de surveillance, l'identification des patients à risques est définie. Par contre le traitement des 4 stades des escarres n'est pas protocollisé. Le protocole dénutrition de décembre 2023 ne reprend pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS de novembre 2021 pour les critères de diagnostic, ni les modalités de prises en charge. La recommandation N°12 est maintenue, dans l'attente de finalisation de certains protocoles et de leur appropriation au fonctionnement de la structure.			
13	Actualiser le protocole relatif à la douleur en définissant les modalités de passation des différentes échelles de l'évaluation de la douleur et assurer la mise en place d'une incitation des professionnels à leur utilisation	R 41	6 mois	L'établissement répond que les protocoles existaient et que le nouveau médecin coordonnateur les réévalue. Le protocole « douleur » actualisé en novembre 2023 présente le contexte général pour faire face à la douleur d'un résident. Il reste très insuffisant et ne répond pas à la recommandation N°13 à savoir qu'aucune échelle de la douleur n'est privilégiée ni annexée ni de démarche formalisée pour inciter à leur utilisation et alerter le médecin et/ou l'IDE pour mettre en œuvre un traitement. La recommandation N°13 est maintenue.		
14	Organiser et suivre la réévaluation des résidents sous contention physique passive et procéder systématiquement, pour chaque résident concerné, au renouvellement régulier et planifié de la prescription de contention	R 39	Immédiat	L'établissement répond que le suivi des contentions est effectif et qu'il suffisait de demander à l'IDEC. Or, dans la liste de documents à remettre à la mission, figurait le document permettant de contrôler la périodicité de ces vérifications. Celui-ci n'a pas été fourni. De même, aucun élément n'a été transmis avec la réponse de l'établissement pour en attester. La recommandation N°14 est maintenue.		

15	Mettre en œuvre, pour chaque résident, la mesure mensuelle du poids et sa traçabilité; et formaliser l'organisation de cette démarche ainsi que le contrôle de l'effectivité	R 40	1 mois	L'établissement répond que le suivi du poids est effectif et qu'il suffisait de demander à l'IDEC. Or, il a bien été demandé. Cependant l'IDEC a répondu qu'il n'existait pas de document récapitulatif de suivi du poids de tous les résidents et que celui-ci figurait uniquement dans chaque dossier individuel. L'établissement a transmis le recueil du poids de 51 résidents pour janvier 2024, sans transmettre de document présentant l'organisation de ce suivi et notamment du contrôle. Le protocole dénutrition mentionne un relevé du poids tous les mois à l'entrée et au retour d'hospitalisation à chaque changement significatif de l'état de santé. La recommandation N°15 est maintenue en l'absence de document formalisant le suivi du contrôle de l'effectivité et de la démarche en place sur les unités.
16	Mettre en place le suivi du contrôle régulier de la vérification des dates de péremption de la dotation d'urgence et du matériel ainsi que le fonctionnement de ce dernier	R 42	Immédiat	L'établissement a transmis un protocole « utilisation du chariot d'urgence » révisé en décembre 2023, il précise la constitution d'un sac d'urgence dans le local pharmacie. Les modalités de son utilisation sont précisées ainsi que la vérification des péremptions. La commande et le remplacement du contenu est précisé. La liste de la dotation médicamenteuse avec la quantité, la date de vérification et l'indication du professionnel effecteur a été transmise. Seul le matériel d'aspiration y figure. Un tableau de programmation mensuelle du contrôle du chariot d'urgence et des dates de péremption a été transmis. A noter que ce document évoque soit un sac soit un chariot d'urgence ce qui ne clarifie pas ce qui est existant. Les autres matériels ne sont pas listés comme le DAE, la bouteille d'oxygène, l'extracteur d'oxygène, et l'AMBU. La recommandation N°16 est levée sous réserve de compléter la liste des matériels en place pour faire face aux urgences vitales.
17	Mettre en place une politique de participation active à la filière gériatrique	R 18	6 mois	Concernant la participation de l'établissement à une filière gériatrique, l'établissement répond que les différents partenariats établis montrent qu'il est bien dans une filière gériatrique et transmet la liste des structures et professionnels intervenant à ou pour l'EHAD. Il ne cite cependant pas de noms

				de filière gérontologique, ne mentionne pas de participation de l'établissement aux réunions de la filière ni fournit d'éléments probants relatifs à sa participation active au sein de la filière. La recommandation N°16 est maintenue.
--	--	--	--	---