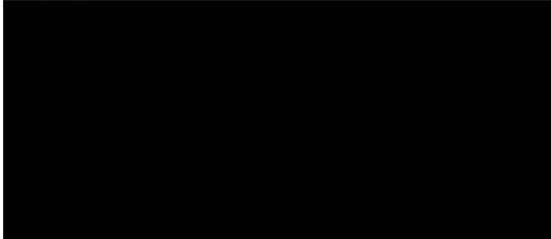


L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Affaire suivie par :



Madame la Directrice
CH DE GIVORS
22, rue du Docteur Roux
69700 GIVORS

Lyon, 14 JAN. 2025

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

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

Madame la Directrice,

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 DU CH DE GIVORS, les 6 et 8 février 2024, 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 du 10 septembre dernier, 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 le 10 octobre dernier.

Nous prenons bonne note de vos deux observations formulées au regard de la filière gériatrique et de la convention collective. Des modifications sur ces points ont donc été apportées dans le rapport d'inspection. Le rapport ainsi modifié vous est communiqué en pièce jointe de la présente décision définitive.

Pour un certain nombre de mesures correctives visées, il n'y a pas eu de réponse apportée. Peu de pièces ont été transmises en annexe, au titre d'éléments probants, à l'appui de vos réponses.

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 et vous attacherez en particulier à :

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03

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).

- Intégrer dans le projet d'établissement, notamment la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, ainsi qu'un projet général de soin et un plan bleu (délai 3 mois) ;
- Inclure systématiquement la politique de bienveillance au fonctionnement de l'EHPAD afin de garantir pleinement la protection des résidents accueillis (délai immédiat) ;
- Adapter le nombre d'IDE, ASD et ASH au nombre et aux besoins des personnes prises en charge et recruter un médecin coordonnateur (délai dès que possible) ;
- Optimiser la gestion des EI et EIG, avec la maîtrise de la définition juridique par la Direction et les référents qualité, le repérage et le traitement des EIG et leur déclaration systématique à l'ARS et à la Métropole de Lyon et l'information du CVS de chaque EIG, dysfonctionnement et événement survenu, en précisant les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à la situation et en éviter la reproduction (délai immédiat) ;
- Améliorer l'accompagnement des résidents, avec l'élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement pour chacun, intégrant le recueil systématique des habitudes de vie et en veillant au partage des informations recueillies avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que des professionnels investis du rôle de référent (délai immédiat à 3 mois, suivant les points visés) ;
- Revoir la prise en charge médicale, en garantissant le respect de la liberté de choix du médecin traitant au résident, l'établissement d'un plan de soins individuel et l'élaboration/la révision/la mise à jour des protocoles de soins et des conduites à tenir (délai immédiat à 3 mois, suivant les points visés).

De plus, il convient de souligner, comme déjà précisé en conclusion du rapport d'inspection, qu'une démarche de structuration du pilotage opérationnel, de l'accompagnement à la prise en charge individualisée du résident, doit être engagée. Cela étant, cet objectif ne peut être atteint qu'en priorisant la stabilisation des équipes (y compris médicale), et dans l'attente, en offrant aux nouveaux professionnels arrivants, un accompagnement et un cadrage de leurs activités pour faciliter leurs prises de poste et garantir la sécurisation des prises en charge.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport d'inspection, ainsi que les mesures notifiées au prochain CVS de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon – Pôle Personnes âgées et la Métropole de Lyon.

Il vous revient de leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires, à l'issue des différents délais. La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

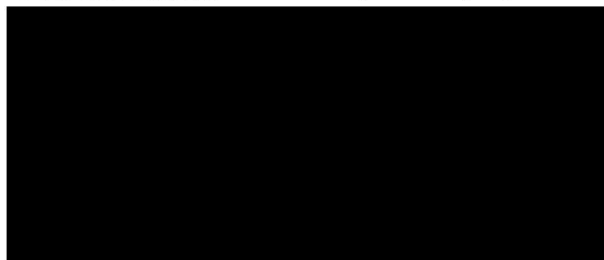
Nous vous rappelons enfin que cette décision, accompagnée du rapport d'inspection, fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de notre considération distinguée.

La directrice générale de l'ARS



Pour le Président de la Métropole de Lyon,



Copie à la Direction adjointe de l'EHPAD DU CH DE GIVORS

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 par suite du 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)	DELA	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Concernant les documents institutionnels : 1/ Veiller à intégrer : - Dans le projet d'établissement (article L311-8 du CASF), après formalisation, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, un projet général de soin, un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins et un plan bleu (article D. 312-160 du CASF et arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique) ; - Systématiquement la politique de bienveillance au fonctionnement de l'EHPAD (règlement intérieur, plan de formation, revues de pratiques dédiées), afin de garantir pleinement la protection des résidents accueillis. 2/ Mettre en place un registre légal des entrées et sorties des résidents, unique et le tenir à jour en temps réel, conformément à l'article L. 331-2 du CASF. 3/ Revoir le règlement de fonctionnement, afin de mettre en conformité son	E.M.1 E.M.7 E.7 R.M.2 E.1 E.3	3 mois Immédiat Immédiat Levé 3 mois	1/ Le gestionnaire déclare que le projet d'établissement de l'EHPAD est en cours de révision et intégrera cette politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance et les procédures en cas de perturbation de l'organisation des soins. Il en est pris bonne note. Toutefois, aucun engagement n'est pris concernant le projet général de soin et le plan bleu. Il en est de même concernant le 2^{ème} alinéa relatif à la politique de bienveillance à intégrer systématiquement au fonctionnement de la structure. Dans l'attente de transmission de l'ensemble des éléments probants sur ce point, celui-ci est maintenu dans sa globalité. 2/ Le gestionnaire indique que les entrées et sorties sont consignées en temps réel sur le logiciel de gestion administrative de l'établissement et ajoute que l'extraction est disponible et jointe à la présente réponse. Il en est donc pris acte. Ce point est donc levé. 3/ Aucune réponse n'est fournie sur ce point. Celui-ci est donc

	contenu au regard des exigences réglementaires (articles R311-37-1 du CASF).			maintenu en l'état.	La prescription n°1 est donc maintenue dans ses points 1 et 3 et levée dans son point 2.
2	Concernant l'effectif en personnel : 1/ Adapter le nombre d'infirmiers, ASD et ASH au nombre et aux besoins des résidents (article L. 312-1 II du CASF) ; 2/ Lancer une démarche de qualification des professionnels occupant un poste d'aide-soignant, sans le diplôme requis, en vertu de l'article L312-1 II du CASF ; 3/ Recruter un médecin coordonnateur (0.80 ETP attendu), conformément à la réglementation (article D312-155-0 du CASF).	E.M. 2 E.M. 3 E. 6	Dés que possible Dés que possible Levé Dés que possible	L'établissement annonce avoir procédé à des recrutements afin de pourvoir aux postes vacants, sans transmission d'éléments probants pour étayer cette déclaration (ex. une nouvelle extraction du registre du personnel). Il déclare également que 4 agents sont en cours de formation d'aide-soignant en 2024. Ce nombre devrait permettre à l'établissement d'atteindre son taux cible d'AS diplômés en cas de réussite de l'ensemble des candidats. L'établissement indique aussi la publication d'un appel à candidature pour un médecin coordonnateur, mais sans résultat. Il convient de souligner sur ce point que la recherche ainsi entreprise doit être poursuivie en continu. Au vu de cette réponse, la prescription n°2 est maintenue pour les points 1 et 3 (le 2 étant levé), dans l'attente de transmission d'éléments probants justifiant d'une part, les recrutements déjà réalisés pour pourvoir aux postes vacants et d'autre part, le recrutement du médecin coordonnateur lorsqu'il sera effectif.	
3	Concernant la gestion des EI/EIG : - Maîtriser la définition juridique d'EI et EIG par la direction et les référents qualité ; - Assurer le repérage et traitement de tout EIG et le déclarer systématiquement à l'ARS et à la Métropole de Lyon, en application des articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 du CASF ;	R.M. 3 E.M. 4	Immédiat Immédiat	En l'absence de réponse de l'établissement apportée à la prescription n°3, celle-ci est maintenue.	

	- Informer systématiquement le CVS de chaque EIG, dysfonctionnement et événement survenu, affectant l'organisation ou le fonctionnement de la structure et des dispositions prises ou envisagées par la structure, pour remédier à la situation et en éviter la reproduction, conformément à l'article R. 331-10 du CASF.	E. 5	Immédiat	
	Concernant l'admission : - Assurer la remise systématique du livret d'accueil et la charte des droits et libertés, ainsi que le recueil par écrit de la désignation d'une personne de confiance, conformément à l'article L311-4 et L311-5-1 du CASF ; - Respecter les dispositions spécifiques relatives au contrat de séjour (articles R314-149 et D311 du CASF et décret n°2022-734 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des ESMS), en prévoyant : 1/ notamment des avenants ou modifications, en cas de changements des termes initiaux du contrat de séjour 2/ et la possibilité d'accès à internet dans les chambres.	E.M. 5 R. 14 E. 8 E. 9	Immédiat 1/ Levé 2/ Immédiat	Le gestionnaire indique qu'un document est cours d'élaboration afin de pouvoir tracer informatiquement la remise du livret d'accueil, la charte des droits et libertés, ainsi que le recueil par écrit de la désignation d'une personne de confiance, à l'entrée de chaque résident. Le point est ainsi maintenu, dans l'attente de la transmission de ce document. Il est précisé par le gestionnaire que la possibilité de modification du contrat de séjour par avenant est prévue dans le contrat de séjour revu en décembre 2023. Ce point est donc levé. Il est toutefois attendu de l'établissement que cette possibilité soit réellement mise en œuvre à chaque modification des termes du contrat de séjour. Le gestionnaire déclare que le contrat de séjour est en cours de révision pour prendre en compte la possibilité d'accès à internet dans les chambres. Ce point est maintenu, dans l'attente de la transmission du contrat de séjour ainsi révisé. La prescription n°4 est donc maintenue dans sa globalité, hormis l'alinéa 2, point 1/ relatif à la possibilité de modification du contrat de séjour par avenant.

Concernant l'accompagnement des résidents : - Elaborer systématiquement un projet d'accueil et d'accompagnement pour chaque résident et prévoir son évaluation en équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne accueillie, de manière périodique et au besoin (article L. 311-3 du CASF) ;	E.M. 6	Immédiat	Le gestionnaire déclare avoir démarré l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés en 2020 et que la démarche se poursuit à raison d'une programmation de 3 projets par semaine afin d'assurer une démarche pluridisciplinaire, de qualité, associant le résident et sa famille. Ce point est maintenu, dans l'attente de la transmission d'une liste actualisée des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) élaborés et/ou actualisés et d'un calendrier prévisionnel des PAP à réaliser/actualiser.
- Veiller au recueil systématique des habitudes de vie de la personne et au partage des informations recueillies avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ;	R.M. 6	Immédiat	Il répond également que les habitudes de vie sont recueillies lors des PAP et qu'un travail est en cours avec les équipes afin de mettre en place un recueil des habitudes de vie à chaque entrée de résident, en vue de favoriser son intégration. Ce point est donc maintenu, dans l'attente de la communication d'éléments probants, de nature à contribuer au partage des informations recueillies avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.
- Formaliser le rôle de référent auprès du résident ;	R. 15	3 mois	Aucune réponse n'a été, à ce stade, apportée par l'établissement. Pour cette raison, ce point est maintenu.
- S'assurer de la désignation effective d'un professionnel référent auprès de chaque résident, en vue de faciliter son intégration et garantir un accompagnement au quotidien de qualité ;	Idem	3 mois	Aucune réponse n'est apportée par le gestionnaire sur le point relatif à la désignation de référent et à leur rôle. Celui-ci est donc maintenu dans sa globalité.
- Prévoir d'accompagner les professionnels dans leur rôle de référent ;	Id.	3 mois	
- Réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et/ou leurs familles, comme le prévoit la réglementation (article D311-15 du	E. 4	Immédiat	Le gestionnaire déclare que les enquêtes de satisfaction sont réalisées. Les résultats de l'enquête 2023 ont été présentés au CVS du 5 mars 2024. Le contenu de l'enquête de satisfaction 2024 a été validé lors du CVS du 8 octobre.

CASF), en vue d'apprécier les améliorations attendues et d'engager les mesures correctives pour y parvenir.			Dans l'attente de transmission des comptes-rendus de réunions des deux CVS visés, ce point est maintenu. Ainsi, la prescription n°5 est maintenue dans son ensemble.
Concernant la prise en charge médicale :	E. 10	Immédiat	Le gestionnaire déclare que cette modification fait partie de la révision du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement en cours. Il est pris acte de cet engagement. Dans l'attente de la transmission de ces documents revus (contrat de séjour et règlement de fonctionnement), dans le cadre du suivi de l'inspection, ce point est maintenu.
- Veiller à établir un projet de soins individuel qui sera par la suite coordonné et évalué par le médecin coordonnateur, une fois recruté, conformément aux dispositions de l'article D 312-158 1° du CASF ;	E.M. 8	Immédiat	Ce point n'a pas donné lieu à une réponse du gestionnaire. Il est donc maintenu.
- Elaborer les protocoles de soins et conduites à tenir manquants pour les différents risques médicaux ;	E.M. 9	3 mois	Idem.
- Etablir un protocole des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie et revoir l'implication des résidents et familles dans le choix des niveaux de soins et clarifier leur rôle en cas de directives anticipées ;	R. 28	3 mois	Id.
- Revoir le protocole général du CH de Givors, daté de 2014, en prévoyant la prise en charge de la douleur et pas seulement son évaluation ;	R. 27	3 mois	Id.
- Revoir le protocole de prise en charge nutritionnelle, daté de 2022, de manière à intégrer les recommandations de	R. 29	3 mois Levés	Le gestionnaire précise qu'un protocole intitulé « Dénutrition dépistage prise en charge », non communiqué à la mission, lors de

l'HAS du 10 novembre 2021 sur la partie dépistage « diagnostic de la dénutrition de la PA de 70 ans et plus », ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge optimale ; - Mettre à jour le protocole IRA en EHPAD ; - Prévoir pour chacun des protocoles établis un processus de validation, en mentionnant la fonction et le service d'appartenance des personnes signataires et accompagner régulièrement les personnels dans l'appropriation des protocoles de soins et conduites à tenir ; - Engager un travail sur la prévention des chutes, en intégrant un suivi des chutes et une analyse des causes ; - Réunir une fois par an minimum la Commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prises en charge auprès des résidents de l'EHPAD, en vertu de l'article D 312-158 du CASF.	R. 30	3 mois	Aucune réponse n'est apportée sur ce point. Il est donc maintenu.	l'inspection sur site, mais transmis au terme de la procédure contradictoire, a été revu par les diététiciennes en avril 2023. Il est bien pris note que ce protocole intègre les recommandations de l'HAS du 10 novembre 2021. Ce point peut donc être levé.
R. 26	3 mois	Idem.	Il est déclaré qu'un outil a été mis en place sur ORBIS pour la déclaration des chutes afin d'assurer un suivi : le travail est en cours, piloté par l'APA, pour l'analyse des causes et la prévention. Des relèves « chutes » seront mises en place avant la fin de l'année de manière mensuelle sur chaque secteur pour analyser les causes des chutes déclarées et mettre en place des mesures de prévention. Il est pris acte de ces actions. Ce point est donc levé. En réponse, le gestionnaire indique qu'en dehors des intervenants rééducateurs, il n'y a pas de professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD. Des points sont organisés régulièrement avec l'équipe pluridisciplinaire sur l'accompagnement des résidents. Ces indications ont déjà été prises en compte dans le cadre des constats établis dans le rapport d'inspection. A souligner qu'elles ne sont pas en lien direct avec la prescription édictée. Celle-ci est donc maintenue dans son dernier point.	La prescription n°6 est donc maintenue, hormis les alinéas 6 (portant sur le protocole dénutrition dépistage et prise en

				charge) et 9 (en lien avec la prévention des chutes) qui sont levés.
7	Concernant la prise en charge médicamenteuse des résidents : Veiller à ce que l'écrasement des médicaments relève de la compétence des IDE (article L 313-26 du CASF) et que le recours au mode dégradé reste exceptionnel.	E.M. 10 et R. 34	Immédiat Levé	Le gestionnaire déclare que l'écrasement par les aides-soignants reste exceptionnel, en cas d'absence totale de l'IDE. Cette solution a été choisie afin d'assurer l'efficacité du principe actif. Il est pris acte de cet engagement qui doit se poursuivre durablement. Une vigilance particulière est requise sur ce point. La prescription n°7 est levée.
8	Concernant la Direction : - Fournir une copie du diplôme de la Directrice adjointe, en vue de justifier de la qualification requise pour le poste occupé ; - Formaliser les modalités organisationnelles du temps de présence sur la structure de la Directrice et de la Directrice adjointe, compte-tenu de leurs fonctions sur deux sites.	E. 2 R. 2	Immédiat Levé Immédiat	En réponse, le gestionnaire indique que la Directrice adjointe est D3S titulaire, nommée par le CNG. Ses qualifications ont été vérifiées préalablement à son inscription au concours et ses compétences validées par sa titularisation, à la suite de sa formation à l'EHESP. Il n'existe pas de diplôme de D3S. Il est pris acte de cette information complémentaire. Ce point est donc levé. Les modalités organisationnelles du temps de présence de la directrice et de la directrice adjointe, compte-tenu de leurs fonctions sur les deux sites, s'organisent comme suivant : 4 jours par semaine à Givors et 1 jour à Chaponnay pour la directrice adjointe. La directrice générale est toute la semaine à Givors et intervient à Chaponnay sur instances et si de besoin. Cette organisation peut être révisée en fonction des modalités conjoncturelles. A relever que ces éléments de réponse avaient déjà été mentionnés dans le cadre du rapport d'inspection. A cette date, les modalités organisationnelles ne sont toujours pas formalisées à cette date. Dans l'attente de transmission des modalités organisationnelles formalisées, la prescription n°8 est maintenue dans son alinéa 2, le 1^{er} étant levé.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Concernant l'admission : 1/ Actualiser la procédure d'admission, en intégrant la réglementation afférente à la blanchisserie du linge et l'actualisation du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour et en prévoyant la remise du livret d'accueil et veiller à sa stricte application ; 2/ Veiller à la complétude la fiche de renseignements prévue par la procédure d'admission et son classement dans les dossiers de résidents.	R.M. 4 R. 12 R. 13	3 mois Immédiat Levé	Le gestionnaire indique que la procédure d'admission est en cours de révision. Le point 1 est donc maintenu, dans l'attente de la transmission de la procédure d'admission révisée. Il est déclaré que la fiche de renseignements est complétée à chaque visite de pré-admission et conservée scannée par le bureau des admissions. Il est pris acte de la réponse de l'établissement. Le point 2 est donc levé. La recommandation n°1 est donc maintenue dans son point 1 uniquement.
2	Concernant la prestation restauration : - Permettre aux résidents et leurs familles de partager des temps collectifs de repas ; - Veiller à prendre en compte systématiquement les aversions alimentaires (en proposant notamment un plat de remplacement) et à adapter la texture des repas aux besoins des résidents.	R.M. 5 R.M. 8	Immédiat Immédiat Levé	Le gestionnaire explique que les familles ont la possibilité de partager les temps de repas des résidents en commandant des repas en qualité d'«accompagnants». Il ajoute qu'une révision de la procédure d'admission est en cours et que l'interdiction de la présence des familles en salle à manger sera supprimée. Ce point est donc maintenu dans l'attente de la transmission de la procédure d'admission révisée. Le gestionnaire confirme que les principales aversions alimentaires sont prises en compte et qu'à défaut, le plat de remplacement est une purée reconstituable. Il ajoute que les textures sont régulièrement révisées. Il n'en demeure pas moins que l'équipe d'inspection avait mis en avant sur site que faute de matériel, tous les plats ne pouvaient pas systématiquement être déclinés dans

				toutes les textures. Toutefois, il est pris bonne note qu'une attention est portée au remplacement des aversions et à l'adaptation des textures, rendant ainsi les écarts rares. Ce point est ainsi levé. La recommandation n°2 est maintenue en son point 1 et levée en son point 2.
3	Concernant l'organisation des soins :			
	- Assurer une gestion optimale et sécurisée des contentions passives et facilement accessible ;	R.M. 7	Immédiat	Aucune réponse n'est apportée sur ce point. Il est donc maintenu.
	- Assurer de manière sécurisée la traçabilité :			
	1/ Des actes prescrits, en validant systématiquement au lit du malade les actes à réaliser ;	R.M. 10	Immédiat	Idem.
	2/ Du plan de soins sur le logiciel ORBIS (soins de nursing, en supprimant la version papier, les pansements et soins cutanés) ;	R.M. 11 R. 23	Immédiat	Id.
	- Constituer un dossier médical complet, en regroupant l'observation initiale, les prescriptions, le projet de soins, etc. et en y intégrant le DLU, afin d'assurer la transmission de toutes les informations concernant le résident, notamment en cas de transfert en urgence ;	R. 24	Immédiat	Id.
	- Contrôler régulièrement le contenu du chariot d'urgence ;	R. 25	Immédiat	Id.
	- Mettre à disposition une salle d'examen médical pour le médecin à chaque étage.	R. 35 R. 20	Immédiat Dès que possible	Le gestionnaire déclare, sans éléments probants joints, que le contrôle d'urgence est vérifié régulièrement. Le contrôle du contenu est tracé et conservé. Dans l'attente de transmission de ces éléments justificatifs, ce point est maintenu. Il est précisé par le gestionnaire qu'il existait auparavant des salles d'examen. Celles-ci n'étaient pas utilisées, les résidents préférant être examinés dans leur chambre comme lors d'une visite à domicile.

				A défaut d'en avoir à tous les étages, c'est bien de disposer au moins d'une table d'examen voire d'un fauteuil d'examen dans un lieu défini, afin que certains examens cliniques puissent se faire dans de bonnes conditions. C'est au médecin de décider si son examen clinique pouvant requérir certains gestes techniques peut se faire dans de bonnes conditions avec une installation de la personne sur une table d'examen. Le point est donc reformulé comme suit : Mettre à disposition du médecin au moins une table d'examen voire un fauteuil d'examen dans un lieu défini. La recommandation n°3 est maintenue pour les alinéas 1, 2, 3, 4 et modifiée en son alinéa 5, comme susvisée.
			R.M. 1 3 mois	Le gestionnaire déclare tenir à disposition des personnels, via ENNOV, une procédure de gestion des absences inopinées du personnel non médical. Cette procédure n'a pas été transmise à la mission. Ce point 1 est donc maintenu, dans l'attente de sa transmission.
4	Concernant la gestion des ressources humaines : 1/ Formaliser par la Direction une procédure de remplacement, en définissant les modalités de remplacement des personnels absents et une procédure de fonctionnement en mode dégradé, afin de garantir une prise en charge des résidents sécurisée ; 2/ Engager l'inscription et la réalisation de la formation de la professionnelle occupant, sans la qualification requise, la fonction de cadre de santé à l'UHA	R.M. 9 En 2024		Sur ce point, le gestionnaire indique que la question de l'inscription, dès septembre 2024, de Mme dans une démarche de préparation au concours d'entrée d'école des cadres en septembre 2025 a été discutée avec l'intéressée. Face au constat du refus de l'intéressée de s'inscrire dans cette démarche, un nouveau projet professionnel lui sera proposé. Le recrutement d'une cadre diplômée est en cours actuellement. Il en est pris bonne note. Dans l'attente d'information communiquée dans le cadre du suivi d'inspection, sur la suite donnée à cette démarche de recrutement, ce point est reformulé comme suit : Pourvoir le poste de responsable de l'UHA, par un professionnel justifiant de la qualification attendue pour occuper cette fonction (diplôme de cadre de santé ou

	3/ Elaborer une fiche de poste datée, personnalisée et signée, pour chaque professionnel (y compris pour la Directrice adjointe, le médecin salarié et l'encadrante de l'UHA/nuît); 4/ Revoir l'organigramme de l'établissement en le datant, en présentant tous les postes, avec la quotité de travail et la nature des liens (hiérarchique et/ou fonctionnel), de manière à rendre le fonctionnement général et précis aux professionnels, notamment nouvellement arrivés ; 5/ Pour mieux accompagner les nouveaux professionnels de l'EHPAD : - Formaliser une procédure d'accueil, afin de garantir le respect et l'application de bonnes conditions d'accueil et faciliter la prise de poste du nouveau professionnel et son intégration ; - Elaborer un livret d'accueil spécifique de l'EHPAD, en vue de présenter la structure comme un établissement médico-social distinct du CH de Givors. 6/ Etablir un bilan social spécifique à l'EHPAD, en incluant le suivi d'indicateurs clés (absentéisme, turn-over, ...), de manière à l'utiliser comme outil stratégique et pertinent d'analyse et de pilotage des ressources humaines, et de repérer ainsi les difficultés et d'engager	R. 3 R. 8 R. 18 R. 22	3 mois	formation de coordination).
	4/ Revoir l'organigramme de l'établissement en le datant, en présentant tous les postes, avec la quotité de travail et la nature des liens (hiérarchique et/ou fonctionnel), de manière à rendre le fonctionnement général et précis aux professionnels, notamment nouvellement arrivés ;	R. 4	1 mois	Idem.
	- Formaliser une procédure d'accueil, afin de garantir le respect et l'application de bonnes conditions d'accueil et faciliter la prise de poste du nouveau professionnel et son intégration ;	R. 10	3 mois	Id.
	- Elaborer un livret d'accueil spécifique de l'EHPAD, en vue de présenter la structure comme un établissement médico-social distinct du CH de Givors.	R. 11	3 mois	Id.
	6/ Etablir un bilan social spécifique à l'EHPAD, en incluant le suivi d'indicateurs clés (absentéisme, turn-over, ...), de manière à l'utiliser comme outil stratégique et pertinent d'analyse et de pilotage des ressources humaines, et de repérer ainsi les difficultés et d'engager	R. 7	Fin 2024	Le gestionnaire indique que le bilan social est commun au CH et à l'EHPAD, tout en ajoutant que les indicateurs clés sont spécifiquement suivis pour les budgets H et E, afin d'engager les actions d'amélioration nécessaires. Le point 6 est donc maintenu.

les actions correctives nécessaires ; 7/ Etablir un plan annuel de développement des compétences spécifique à l'EHPAD, avec un nombre suffisant de formations et répondant aux besoins identifiés.	R. 9	Fin 2024	Le gestionnaire précise sur ce point que l'EHPAD est rattaché au CH, le budget formation et le plan de formation sont mutualisés. D'après lui, les besoins spécifiques à l'EHPAD sont pris en compte à travers les demandes de formation exprimées par les agents, lors de leurs entretiens annuels. Des formations spécifiques de l'EHPAD sont organisées chaque année. Des thématiques communes sont également identifiées avec les agents des autres services. Au vu de la teneur de la réponse, le point 7 est donc maintenu.
8/ Pourvoir au poste vacant de médecin salarié ;	R 21	Dès que possible	Un recrutement a été lancé, mais le poste n'est pas encore pourvu. Le point 8 est donc maintenu.
9/ Concernant le médecin salarié (Dr [REDACTED]) : - Renvoyer le contrat de travail, daté du 29 juin 2023, de manière à préciser la répartition des temps de travail entre les 3 secteurs (EHPAD, court séjour et SSR) et sa hiérarchie, en vue de garantir un temps de travail suffisant à l'EHPAD et une affectation lisible ;	R. 17	1 mois	Le gestionnaire affirme que le médecin concerné par ce contrat a toujours été affecté à temps plein à l'EHPAD, au même titre que le médecin recruté récemment pour le remplacer. Ainsi, le contrat à échéance au 31 août 2024, n'était pas en conformité avec le fonctionnement annoncé. Le contrat du nouveau médecin n'ayant pas été transmis à la mission, il n'est donc pas possible de vérifier si l'affectation du médecin à l'EHPAD est mentionnée. Dans l'attente de transmission de ce document, ce point est maintenu.
- Regagner du temps médical en confiant les tâches administratives à un secrétariat médical.	R. 19	Dès que possible	Sur le second point, le gestionnaire indique partager le constat de l'ARS sur l'utilité d'un secrétariat médical pour libérer du temps médical. Il prévoit une demande à la Métropole pour le financement de ce poste. Il en est pris bonne note. Le point est maintenu. La recommandation n°4 est donc maintenue dans son ensemble.

5	En termes de capacité : Pourvoir les lits conformément à l'autorisation.	R. 1	Immédiat	Le gestionnaire déclare que suite aux efforts engagés, l'EHPAD a retrouvé un taux d'occupation de 97%. Dont acte. Toutefois, dans l'attente de transmission d'éléments probants, dans le cadre du suivi d'inspection, la recommandation n°5 est maintenue.
6	Concernant la communication interne : - Instaurer des temps d'échange institutionnalisés, périodiquement, avec les personnels de nuit, en référence à la recommandation de l'ANESM : la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – juin 2008 ; - Formaliser systématiquement un compte-rendu pour chaque réunion interne tenue.	R. 5	Immédiat Levé	Le gestionnaire déclare que des temps d'échange avec la nuit sont organisés avec la cadre de service et la directrice adjointe. Une rencontre a eu lieu en mars et une deuxième sera programmée avant la fin de l'année afin de permettre un temps d'échange institutionnel. Il en est pris bonne note. Cet effort doit être poursuivi. Ce point est levé. Aucune réponse n'a été apportée sur ce point. Celui-ci est donc maintenu. La recommandation n°6 est maintenue dans son alinéa 1.
7	Concernant l'animation : Prévoir, dans le cadre du bilan annuel qualitatif d'animation, une analyse des résultats, en vue de porter une appréciation sur le suivi des activités proposées et d'apporter des réajustements, si nécessaire.	R. 16	Fin 2024	Le gestionnaire indique que des commissions d'animation réunissant des professionnels, résidents et familles, organisées annuellement, permettent de porter une appréciation sur les animations et d'y apporter des améliorations. Il précise aussi que le nombre de participants à chaque activité est suivi afin de pouvoir réajuster les programmes si nécessaire. La recommandation n°7 est maintenue , dans l'attente de la transmission d'éléments probants, de type comptes-rendus de commission d'animation, bilan annuel qualitatif.
8	S'agissant des partenariats : - Revoir les protocoles avec la structure des urgences (nuit et jour), datés de septembre 2023, de manière à mentionner les fonctions et services	R. 31	3 mois	Aucune réponse n'a été apportée sur ce point. Celui-ci est donc maintenu.

	de rattachement des signataires ;	R. 32	6 mois	Idem.
-	Etablir un protocole avec le service de médecine gériatrique et l'EMSP ;			
-	Etablir une convention avec le CHS Saint-Jean-de-Dieu, ainsi que le CMP de secteur ;	R. 32	6 mois	Id.
-	Conclure des conventions avec des établissements et/ou de services médico-sociaux de son environnement.	R. 32, R. 33	6 mois	Le gestionnaire indique qu'il existe des partenariats entre le CH de Givors et les autres établissements médico-sociaux de l'environnement, ainsi qu'avec le CCAS de Givors. Par ailleurs, il ajoute qu'il travaille actuellement sur un projet de CRT en lien avec d'autres établissements dans le cadre de la filière gérontologique. Il en est pris bonne note, mais ces partenariats ne sont pas formalisés à cette date, comme le relève le rapport d'inspection. Dans l'attente de la transmission des conventions de partenariats formalisées, ce point est maintenu. Ainsi, la recommandation n°8 est maintenue dans son ensemble.

