

**DIRECTION GENERALE**  
**Département Inspection Contrôle**

Mél. : [ars-pdl-dg-dic@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-dg-dic@ars.sante.fr)  
Réf à rappeler : LENVOI\_RF/M2023\_00468

Madame la directrice  
EHPAD LES 3 MOULINS  
Rue des Rochettes  
44440 RIAILLE

Nantes, le 8 février 2024

Madame la directrice,

Dans les suites de l'inspection qui a eu lieu dans votre EHPAD le 24 octobre 2023, vous m'avez fait part par mail daté du 12 janvier 2024 de vos observations relatives au rapport initial d'inspection et aux demandes de mesures correctives envisagées dans le cadre de la procédure contradictoire.

Compte tenu de l'absence de transmission de pièces justificatives permettant de confirmer la programmation ou la mise en œuvre d'actions correctives pour répondre aux écarts à la réglementation et aux remarques à fort enjeu constatés par la mission, je vous informe qu'aucune demande de mesure corrective n'a pu être levée.

Vous voudrez bien trouver ci-joint le rapport final de contrôle assorti des demandes de mesures correctives définitives. Les délais commenceront à courir à compter de la date de réception du présent document. Je vous demande de transmettre au Département Inspection Contrôle ( [ars-pdl-dg-dic@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-dg-dic@ars.sante.fr) ) dans un délai de 6 mois, l'état d'avancement et de réalisation des demandes de mesures correctives en vue de la réalisation du suivi de cette inspection.

Je me permets de vous assurer que nous ne méconnaissons nullement les difficultés évoqués dans votre réponse du 12 janvier, notamment en terme de ressources humaines et financières. Les services de l'ARS œuvrent pour accompagner les établissements les plus en difficultés et prennent toutes les mesures pour améliorer l'attractivité des métiers.

Et il n'y a aucune contradiction, comme vous le soulignez, avec la mission d'inspection/contrôle que nous déployons sur l'ensemble des EHPAD de la région, les rapports devant servir aux chefs d'établissements pour améliorer leurs procédures et le fonctionnement de leurs établissements. Les inspectants assurent leur mission dans un contexte sanitaire certes très sensible, mais avec respect et bienveillance à l'égard aussi bien des résidents accueillis que des équipes qui les accompagnent au quotidien, ce qui a été le cas dans le cadre de votre structure.

Enfin, je tiens à vous indiquer que je regrette fortement vos propos concernant les professionnels de santé de l'ARS, qui, par leurs compétences et leur engagement, sont des acteurs essentiels de la politique de santé publique permettant de préserver et améliorer l'état de santé des citoyens, de protéger la population des menaces sanitaires et de garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé. Ces propos sont peu adaptés aux relations avec mes services.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice, l'expression de ma considération distinguée.

P/ Le directeur général de l'ARS,  
Le Directeur de Cabinet

#### ####

# TABLEAU DES MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES DEMANDEES

## EHPAD LES 3 MOULINS - RIAILLE

N°	Mesures correctives définitives demandées	Niveau de priorité <sup>1</sup>	Echéancier de réalisation proposé
<b>1- Organisation des soins</b>			
1.	Recruter un médecin coordonnateur dont le temps de service est conforme à la réglementation en vigueur ( <a href="#">art D 312-156 et D312-157 du CASF</a> )	1	6 mois
2.	Dès recrutement du médecin coordonnateur, garantir un avis médical systématique en pré-admission en EHPAD et en UPAD ( <a href="#">art D 312-156 du CASF</a> ).	1	6 mois
3.	Veiller à la formalisation et la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée au décours de l'admission du résident (article D 312-158 du CASF).	1	6 mois
4.	Garantir l'utilisation du logiciel de soins et d'aide à la prescription médicale, par les médecins libéraux : prescriptions médicales informatisées ; traçabilité des observations médicales.	1	Dès réception du rapport
5.	Dans le cadre de l'élaboration des plannings, garantir la sécurisation et la supervision des pratiques soignantes par la constitution de binômes systématiques AS/ FFAS	1	Dès réception du rapport
6.	Structurer périodiquement des temps de réunions et d'échanges pluridisciplinaires (en présence du médecin coordonnateur, de l'ergothérapeute, de la psychologue) en vue de la supervision des pratiques professionnelles, et de la déclinaison du projet de soins et du projet de service spécifique UPAD.	1	6 mois
7.	Formaliser et mettre en œuvre des temps périodiques d'analyse de la pratique.	2	1 an
8.	Compléter les données manquantes des DLU (EGS, observations médicales) afin de garantir la continuité des soins en cas d'hospitalisation du résident.	1	6 mois
9.	Intégrer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux dans le cadre du programme pluriannuel de formation.	2	1 an
10.	Mettre en œuvre le repérage et le suivi des résidents dénutris ainsi que la mise en œuvre des projets personnalisés de nutrition pour les résidents le nécessitant, en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur.	1	6 mois
11.	Veiller au respect d'un délai de jeûne nocturne inférieur à 12h et à la formalisation des collations dans le plan de soins du résident, et proposées en fonction des besoins.	1	Dès réception du rapport
12.	Formaliser le protocole d'accompagnement des résidents en fin de vie et en assurer l'appropriation par les soignants.	2	1 an
13.	Réaliser le repérage standardisé des risques psychologiques et troubles du comportement lors de l'admission et systématiquement en UPAD.	1	6 mois

<sup>1</sup>**Priorité 1** : l'écart/la remarque à fort enjeu présente un **enjeu majeur** en termes de qualité et de sécurité de la prise en charge des usagers

**Priorité 2** : l'écart/la remarque à fort enjeu présente un **enjeu significatif** en termes de qualité et de sécurité de la prise en charge des usagers

# TABLEAU DES MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES DEMANDEES

## EHPAD LES 3 MOULINS - RIAILLE

N°	Mesures correctives définitives demandées	Niveau de priorité <sup>1</sup>	Echéancier de réalisation proposé
14.	Engager une réflexion sur la « sur » capacité actuelle de l'UPAD, au regard des besoins requis sur le secteur ; veiller au pilotage du projet de service spécifique de l'UPAD, et au soutien de l'équipe et à l'expertise requise en cas de situations complexes et troubles du comportement.	1	6 mois
15.	Formaliser et systématiser le repérage standardisé des risques de chute au décours de l'admission.	1	Dès réception du rapport
16.	Formaliser, développer les partenariats avec les experts en psychogériatrie du secteur géographique, et notamment l'appui de l'EMG conformément à la convention de coopération de territoire,	1	6 mois
<b>2- Circuit du médicament</b>			
17.	Intégrer la formation continue de l'équipe (jour/ nuit) au circuit du médicament et aux bonnes pratiques d'administration, dans le cadre du programme pluriannuel de formation.	1	6 mois
18.	Garantir l'adaptation des prescriptions médicamenteuses aux impératifs gériatriques, au décours de l'admission du résident et périodiquement, dès recrutement du médecin coordonnateur (article D 312-158 du CASF).	1	6 mois
19.	Sécuriser l'aide à l'administration des médicaments par les AS, conformément à la réglementation concernant les médicaments dont l'administration est assimilée à un acte de la vie courante (Art 313-26 du CASF) : protocoles adaptés ; habilitation et formation des agents avant leur prise de poste ; supervision des pratiques professionnelles par les IDE/IDEC.	1	Dès réception du rapport
20.	Cesser toute retranscription ou recopiage de prescriptions médicales par les IDE sur un support intermédiaire (actes professionnels relevant de la compétence IDE ; art L. 372, L. 473 et L. 761 du CSP),	1	Dès réception du rapport
21.	Mettre en place le contrôle systématique ultime par le soignant lors de l'administration du médicament : concordance entre prescription médicamenteuse, doses préparées et identité du résident (articles R 4311-7 ; R 4311-5 ; R 4311-4 CSP et L 313-26 du CASF)	1	Dès réception du rapport
22.	Mettre fin aux réserves de stocks de médicaments non nominatifs, constitués avec des médicaments non utilisés des résidents.	1	Dès réception du rapport
<b>3 – Prévention des infections associées aux soins</b>			
23.	Dans les suites du DARI, et en collaboration avec le RTH (CORHYLIN), élaborer un plan d'actions de maîtrise du risque infectieux,) avec l'équipe soignante.	2	1 an

<sup>1</sup>**Priorité 1** : l'écart/la remarque à fort enjeu présente un **enjeu majeur** en termes de qualité et de sécurité de la prise en charge des usagers

**Priorité 2** : l'écart/la remarque à fort enjeu présente un **enjeu significatif** en termes de qualité et de sécurité de la prise en charge des usagers