

Direction générale  
Département : inspection/contrôle

Nantes, le  
24 juillet 2022

Affaire suivie par : ##### #####

Monsieur le Directeur  
EHPAD Ile de Nantes  
Groupe ORPEA  
8, rue René Viviani  
44200 NANTES

Réf. : DG\_DIC/M2022\_00017

Affaire suivie par : ##### #####

Monsieur le Directeur,

Nous avons l'honneur d'accuser réception le 23/05/2022 des observations que vous avez formulées, dans le cadre de la procédure contradictoire, relatives au rapport initial d'inspection et aux demandes de mesures correctives envisagées.

Nous avons pris acte des premières actions mise en place.

Après analyse de vos observations par la mission, nous vous demandons de mettre en place les mesures correctives retenues, dont vous trouverez le détail dans le tableau ci-joint, assorties de niveaux de priorité et de délais.

Les délais commenceront à courir à compter de la date de réception du présent document.

Nous vous rappelons qu'en cas de situation générant des risques importants impactant les soins et l'accompagnement des résidents, il vous appartiendra de prendre les mesures nécessaires, notamment en termes de régulation des admissions, en particulier au sein des USA et de l'UGD.

Enfin, nous vous informons qu'un suivi sera réalisé à 6 mois. Dans cette attente, nous vous demandons de transmettre **pour le 30 septembre 2022** l'état de réalisation des demandes de mesures correctives auprès du Département Inspection Contrôle ( ) et du Conseil Départemental de Loire-Atlantique ( ), en lien avec la délégation territoriale ARS. La mission sera particulièrement attentive aux mesures liées au renforcement du management de l'équipe soignante et à la stabilisation des équipes.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Président du Département,  
Le Directeur Autonomie

Le Directeur général,

##### #####

##### #####

**TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES ENVISAGEES**

**EHPAD Ile de Nantes (ORPEA)**

N°	Demandes de mesures correctives envisagées	Niveau de priorité <sup>1</sup>	Echéancier de réalisation proposé
<b>1- LES CONDITIONS D'INSTALLATION</b>			
1.	Améliorer la signalétique des couloirs (couleurs, marquages au sol...) pour répondre aux besoins des résidents en perte d'autonomie.	2	Dès réception du présent rapport
2.	Afficher la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (arrêté du 8 septembre 2003).  Afficher le règlement de fonctionnement (Article R. 311-34 du CASF).	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
3.	Veiller à maintenir fermés à clé les locaux de ménage, linge et soins.	1	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
4.	Mettre en place une signalétique adaptée à l'usage des locaux de service en fonction de leur usage et les sécuriser lorsqu'ils comportent des produits dangereux pour les personnes âgées dépendantes.	1	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
5.	Pour les lavabos, limiter le débit d'eau côté chaud en réglant une butée au niveau du mitigeur afin que la température au point d'usage soit inférieure ou égale à 50°C.	1	Dès réception du présent rapport
<b>2- LES CONDITIONS D'ORGANISATION</b>			
6.	Formaliser un projet de service spécifique aux 2 USA (Unités de Soins Adaptés) en développant les techniques de prise en charge non médicamenteuse des résidents atteints de troubles psychocomportementaux.	1	6 mois
7.	Formaliser un projet de service spécifique à l'Unité Grands Dépendants (UGD).	1	6 mois
8.	Améliorer le contenu du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) en intégrant notamment les actions issues de la politique de prévention des risques infectieux et pharmaceutiques, ainsi que des enquêtes de satisfaction.	2	1 an

<sup>1</sup>Priorité de niveau 1 : l'écart constaté présente un enjeu fort en termes de qualité et de sécurité  
Priorité de niveau 2 : l'écart constaté présente un enjeu significatif

9.	Préciser dans le rapport annuel d'activité l'état d'avancement du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (Art. D 312-203 §1 du CASF).	2	1 an
10.	Mettre en place un dispositif opérationnel de signalement des événements indésirables.	1	6 mois
11.	Veiller à l'appropriation par les professionnels des procédures d'urgence et des enjeux du protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance.	1	6 mois
12.	Apporter les modifications suivantes au règlement de fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer, dans les visas du règlement, les avis du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et des instances représentatives du personnel ;</li> <li>• Rappeler que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires (art R311-37 CASF) ;</li> <li>• Préciser le droit de formuler une réclamation ;</li> <li>• Porter le règlement de fonctionnement à la connaissance du personnel, des usagers ou de leurs tuteurs (art R 311-34 CASF).</li> </ul>	2	6 mois
13.	Garantir l'organisation de trois réunions du CVS et la formalisation du suivi des décisions (D 311-16 du code de l'action sociale et des familles). Fournir les coordonnées des membres du CVS aux familles et aux résidents. Mettre en place une boîte à idées, à suggestions à la disposition des résidents et des familles.	2	Dès réception du présent rapport
14.	Elaborer une procédure spécifique relative à l'enregistrement et au traitement des réclamations orales et écrites. Veiller à la traçabilité de celles-ci et des suites qui leurs sont apportées.	2	6 mois
15.	Procéder au recrutement d'un(e) Directeur(rice) à temps plein, titulaire d'un diplôme de niveau II inscrit au répertoire national des certifications professionnelles, requis pour exercer la fonction de Directeur au sein d'un EHPAD, conformément à l'article D 312-176-6 du CASF.	1	Dès réception du présent rapport
16.	Pendant les périodes d'absence du Directeur, publier, par note de service, les modalités de son intérim, en indiquant les attributions précises des professionnels le remplaçant.	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
17.	Veiller à harmoniser les pratiques professionnelles entre les équipes et les co-équipes / contre-équipes soignantes.	1	6 mois
18.	Adapter l'organisation pour permettre à l'ensemble de l'équipe IDE de réguler les pratiques professionnelles, de repérer celles qui sont inappropriées et de veiller à la bonne application des plans de soins.	1	Dès réception du présent rapport
19.	Organiser, à échéances régulières, des temps de réunion institutionnelle pour l'ensemble des agents.	2	6 mois

20.	Organiser des réunions régulières de l'équipe de direction, de l'équipe IDE, de l'équipe de nuit, ainsi que des réunions pluridisciplinaires spécifiques aux Unités de Soins Adaptés (USA) et à l'Unité de Grands Dépendants (UGD).	2	Dès réception du présent rapport
21.	Systématiser la rédaction de comptes-rendus / relevés de conclusions informatisés pour les réunions.	2	Dès réception du présent rapport
22.	Veiller à la formalisation d'un temps de transmission entre les professionnels soignants de l'équipe de jour et l'Aide-Soignant(e) de nuit intervenant au sein des USA.	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
23.	Afficher un organigramme hiérarchique et nominatif dans l'établissement.	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
24.	Formaliser des fiches de poste pour l'ensemble des agents, ainsi que des fiches de tâches (fiches « heurées ») pour tous les postes le permettant.	2	Dès réception du présent rapport
25.	Développer le contenu du rapport annuel d'activité (typologie de la population accueillie, données et indicateurs sociaux, activité de la psychologue, animation, état d'avancement de la démarche qualité - art. D 312-203 §1 du CASF) et du bilan social annuel (données et indicateurs sociaux avec des éléments d'analyse).	2	1 an
26.	Elaborer un plan d'actions pour stabiliser les effectifs.	1	Dès réception du présent rapport
27.	Formaliser des outils et/ou une procédure permettant une communication régulière entre les 2 équipes de nuit.	2	Dès réception du présent rapport
28.	Engager une démarche de clarification de la ligne managériale, des rôles hiérarchiques et fonctionnels de chacun, ainsi que de répartition des tâches associées.	2	Dès réception du présent rapport
29.	Mettre en œuvre les mesures permettant de garantir l'appropriation des documents institutionnels, procédures et protocoles par les professionnels intervenant au sein de l'établissement, ainsi que l'harmonisation des pratiques professionnelles. Veiller notamment à une appropriation du protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance par l'ensemble des agents.	1	6 mois
30.	Veiller à une adéquation des qualifications et formations des agents avec leurs attributions, notamment pour les agents faisant fonction d'Aide-Soignant(e).	1	6 mois
31.	Assurer une supervision hiérarchique des nouveaux professionnels et des agents faisant-fonction d'Aide-Soignant(e), y compris en service de nuit.	1	Dès réception du présent rapport

32.	Affecter une équipe soignante dédiée au sein de chacune des 2 Unités de Soins Adaptés (USA), composée systématiquement d'au moins un agent diplômé (AS/AMP/AES/ASG), incluant les plages horaires de 7h30 à 8h et de 20h à 20h30.	1	Dès réception du présent rapport
33.	Renforcer de façon pérenne le planning de l'Unité de Grands Dépendants (UGD) par la présence de 2 binômes soignants composés à minima de 2 Aides-Soignant(e)s diplômé(e)s.	1	Dès réception du présent rapport
34.	Mettre en place des entretiens professionnels pour les agents au moins tous les 2 ans.	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
35.	Compléter les dossiers administratifs avec les bulletins n° 3 du Casier Judiciaire National, en application de l'article L 133-6 du CASF, et avec les diplômes des agents, ainsi qu'avec les fiches de postes signées, dès leur recrutement.	1	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
36.	Former des référents bientraitance et communiquer leurs attributions auprès des équipes.	2	6 mois
37.	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement.	1	6 mois
38.	Inscrire dans les actions de formations prioritaires, pour l'ensemble des professionnels de l'établissement, l'accompagnement des personnes ayant des troubles psycho-comportementaux, la bientraitance / la prévention de la maltraitance et les soins palliatifs pour les personnels soignants.	1	6 mois
39.	Assurer un suivi administratif du plan de formation.	2	6 mois
40.	Organiser un accompagnement individualisé pour les professionnels engagés dans un parcours de Validation des Acquis de l'Expérience professionnelle (VAE), ainsi qu'une information relative à la VAE à destination de l'ensemble des équipes.	1	Dès réception du présent rapport
41.	Réexaminer l'état d'avancement du plan d'actions issues du volet prévention des risques psycho sociaux du DUERP, en lien avec les représentants du personnel. Dans ce cadre, réaliser une enquête de satisfaction auprès des professionnels de l'EHPAD.	1	6 mois

3 – L'ADMISSION ET L'INDIVIDUALISATION DES ACCOMPAGNEMENTS			
42.	Mettre en place de façon effective une commission d'admission pluridisciplinaire.	1	6 mois
43.	Améliorer l'organisation de l'accueil des nouveaux résidents auprès des équipes de soins.	2	6 mois
44.	Veiller à rechercher et à recueillir le consentement du résident sur son accueil au sein de l'EHPAD, en traçant cette information, et faire signer le contrat de séjour par le résident ou son représentant légal.	2	6 mois
45.	Intégrer, dans le contrat de séjour, l'ensemble des dispositions prévues par l'article L 314-10-1 du CASF. Formaliser une annexe au contrat de séjour pour les résidents ayant une restriction de leur liberté d'aller et venir (articles R 311-0-5 à R 311-0-9 du CASF), notamment ceux accompagnés en USA.	2	6 mois
46.	Veiller à délivrer aux nouveaux résidents une information concernant les directives anticipées.	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
47.	Prévoir, dans les outils institutionnels, les modalités d'accès aux dossiers administratifs des résidents.	2	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
48.	Formaliser une évaluation de l'intégration des nouveaux résidents dans le mois suivant leur arrivée.	2	6 mois
49.	Formaliser un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident.	1	6 mois
50.	Individualiser davantage les prestations afin de mieux tenir compte du rythme de vie des résidents.	1	6 mois
51.	Développer la participation des bénévoles aux animations.	2	6 mois
52.	Favoriser l'exercice du droit de vote des résidents, en organisant notamment un transport pour amener les résidents qui souhaitent voter au bureau de vote.	1	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>

#### 4 – LES SOINS

53.	Renforcer le management de l'équipe soignante.	1	Dès réception du présent rapport
54.	Formaliser et mettre en œuvre la supervision des pratiques soignantes au quotidien.	1	Dès réception du présent rapport
55.	Recruter un médecin coordonnateur (art D312-158 du CASF) et dédier un temps de service adapté au contexte sensible de l'établissement.	1	Dès réception du présent rapport
56.	Organiser la sensibilisation des professionnels de santé libéraux et salariés aux recommandations de bonnes pratiques gériatriques.	1	6 mois
57.	Réunir la commission de coordination gériatrique (art D 312-158 du CASF).	1	6 mois
58.	Garantir l'utilisation du logiciel de soins et de prescription médicale informatisée par les médecins libéraux (art D 312-158 du CASF). Cesser les retranscriptions de prescriptions médicales.	1	Dès réception du présent rapport
59.	Réaliser l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) pour toute nouvelle admission de résident ; formaliser le rythme de la réévaluation de cette EGS en EHPAD, aux USA, à l'UGD et en cas d'aggravation de l'état de santé du résident.	1	Dès réception du présent rapport
60.	Procéder à la réalisation systématique d'un bilan bucco-dentaire lors de l'admission du résident.	1	Dès réception du présent rapport
61.	Mettre en œuvre la prévention du risque iatrogène lié aux prescriptions médicamenteuses, dès l'admission, en lien avec les médecins prescripteurs et le pharmacien référent.	1	Dès réception du présent rapport
62.	Veiller à l'application des plans de soins et de change du résident en tant qu'outils de référence garantissant, quel que soit le roulement de soignants, l'harmonisation des pratiques soignantes, la continuité et l'individualisation de la prise en charge du résident.	1	Dès réception du présent rapport
63.	Garantir les bonnes pratiques de contention : prescription médicale, recueil du consentement du résident ou de sa famille, suivi des contentions et validation des tâches sur le plan de soin du résident.	1	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
64.	Garantir la mise en œuvre des bonnes pratiques de repérage et de prise en charge de la dénutrition.	1	6 mois

65.	Garantir l'application des bonnes pratiques de prévention et de traitement des escarres.	1	Dès réception du présent rapport
66.	Veiller à ce que chaque résident dispose d'un Dossier de Liaison d'Urgence actualisé ; compléter les informations médicales garantissant la continuité des soins en cas d'urgence.	1	6 mois
67.	Actualiser la convention de partenariat avec les établissements de santé du secteur ; inscrire l'établissement au sein de la filière gériatrique de proximité.	2	6 mois
68.	Sécuriser le dispositif de Préparation des Doses à Administrer (PDA) par l'officine de proximité.	1	Dès réception du présent rapport
69.	Réaliser l'audit circuit du médicament en collaboration avec un prestataire extérieur ; formaliser un plan d'actions pour sécuriser l'ensemble des étapes du circuit du médicament, depuis la prescription jusqu'à l'administration du médicament.	1	Dès réception du présent rapport
70.	Sécuriser la livraison des médicaments par le pharmacien d'officine : veiller à la traçabilité de la réception du stock par l'IDE.	1	<b>Demande levée dans le cadre de la phase contradictoire</b>
71.	Former l'équipe soignante aux bonnes pratiques d'administration du médicament.	1	Dès réception du présent rapport
72.	Garantir l'application de l'article 312-26 CASF relatif au libellé de la prescription médicale qui permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer si l'aide à la prise des médicaments constitue ou non un acte de la vie courante	1	Dès réception du présent rapport
73.	Renforcer le rôle du pharmacien référent sur la maîtrise des risques liés au médicament, en collaboration avec le médecin coordonnateur.	1	6 mois
74.	Formaliser un plan d'actions de maîtrise du risque infectieux priorisant l'identification et la formation de référents en hygiène positionnés comme « relais » au sein de l'équipe soignante.	1	6 mois
75.	Formaliser une convention de partenariat avec les experts en hygiène de proximité du Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIas).	1	6 mois
76.	Veiller à l'appropriation et l'application des protocoles de prévention en hygiène et à la prévention du risque épidémique.	1	6 mois
77.	Dans le cadre de l'accompagnement des nouveaux professionnels recrutés, formaliser un temps de sensibilisation aux bonnes pratiques professionnelles et à la gestion des risques (prévention en hygiène, prise en charge médicamenteuse, bientraitance, sécurité du médicament).	1	6 mois