

**DIRECTION GENERALE**

Département Inspection Contrôle

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

Et : ##### #####

[ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr)

Réf. : M2024\_PDL\_00154

Madame #####, Directrice générale CH,

EHPAD St Nicolas  
14 rue de l'Abbaye  
49100 ANGERS

En copie : Monsieur #####, Directeur  
EHPAD.

Nantes, le mardi 23 juillet 2024

Madame la directrice,

J'ai l'honneur d'accuser réception des observations que vous avez formulées, dans le cadre de la procédure contradictoire, relatives au rapport initial de contrôle et aux demandes de mesures correctives envisagées.

Vous voudrez bien trouver, ci-joint, le rapport final de contrôle assorti des demandes de mesures correctives définitives. Les délais de mise en œuvre de ces mesures commenceront à courir à compter de la date de réception du présent document.

Enfin, je vous demande de transmettre dans un délai d'un an l'état final de réalisation des demandes de mesures correctives auprès du Département Inspection Contrôle (ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr) en vue de l'instruction du suivi de ce contrôle sur pièces.

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

P/ Le Directeur Général,  
Le Directeur de Cabinet

##### #####

**Contrôle sur pièces le 05/04/2024**

Nom de l'EHPAD	EHPAD CHR ANGERS ST NICOLAS		
Nom de l'organisme gestionnaire	CHR ANGERS		
Numéro FINESS géographique	490002268		
Numéro FINESS juridique	490000031		
Commune	ANGERS		
Statut juridique	EHPAD Public	Hospitalier	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	<b>318</b>		
	HP	318	296
	HT		
	PASA	14	NC
	UPAD	28	27
	UHR		
PMP Validé	209		
GMP Validé	741		
<b>Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial</b>			
	<b>Priorité 1</b>	<b>Priorité 2</b>	<b>Total</b>
Nombre de prescriptions	3	3	6
Nombre de recommandations	12	18	30
<b>Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final</b>			
	<b>Priorité 1</b>	<b>Priorité 2</b>	<b>Total</b>
Nombre de prescriptions	3	3	6
Nombre de recommandations	12	16	28

**Instruction du rapport de contrôle :** ##### ##### - Chargée de contrôle/Personne qualifiée

**Signature du rapport de contrôle :** ##### ##### - Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES

N° de question	Demandes de mesures correctives	Prescription		Recommendation		Injonction	échéance (dès réception, 6 mois, 1 an)	Réponse EHPAD contradictoire	Réponse ARS	Mesures correctives retenues
		Priorité niveau 1	Priorité niveau 2	Priorité niveau 1	Priorité niveau 2					
<b>1 - GOUVERNANCE</b>										
1.10	Formaliser un projet de service spécifique à l'unité dédiée.			1			1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.11	Organiser des réunions de l'équipe de direction				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.13	Structurer les temps d'échange des professionnels et les formaliser (comptes rendus, planning prévisionnel...)				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.14	Formaliser des fiches de poste pour l'ensemble des agents.				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.15	Formaliser des fiches de tâches				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.16	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement.				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.24	Proposer une formation spécifique à l'encadrement aux cadres de santé non titulaires d'un diplôme d'encadrement.			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.25	Formaliser un protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance et organiser son appropriation par le personnel.			1			6 mois	L'établissement transmet le formulaire utilisé pour la déclaration des EIG auprès des autorités, et précise, que " le document prévoit les situations de maltraitance (cas n°8)." Il est pris acte du formulaire existant. Cependant celui-ci ne correspond pas à l'attendu soit, une procédure précisant les modalités de signalement (conduite à tenir) et de traitement des situations de maltraitance par un professionnel ainsi que les démarches relevant de la direction. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		Mesure maintenue
1.32	Elaborer le rapport d'activité en y intégrant des éléments sur l'état d'avancement sur la démarche qualité (Art. D 312-203 §1 du CASF).		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.33	Réaliser des enquêtes de satisfaction globales, au moins tous les deux ans, y compris auprès des familles.			2			1 an	Les documents relatifs aux enquêtes de satisfaction 2022 et 2023, comprenant les rapports d'enquête, sont transmis. A noter que le questionnaire précise que le proche est amené à répondre pour le résident si celui ce ne peut répondre en veillant à ne remplir qu'un seul questionnaire par résident.	Il est pris acte de la réalisation régulière d'enquêtes de satisfaction. Néanmoins, il apparaît que le recueil de la satisfaction des proches/familles n'est pas réalisé de façon distincte de celui des usagers. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
1.35	Formaliser et actualiser le DUERP en y intégrant un volet relatif à la prévention des risques psycho-sociaux.		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
<b>2 - RESSOURCES HUMAINES</b>										
2.3	Renforcer la couverture infirmière en vue de garantir la continuité et la sécurité des soins			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
2.9	Veiller à la présence d'un binôme comportant au moins un agent diplômé la nuit ( AS, AMP, AES).			1		Dès réception du présent rapport		L'établissement déclare que la présence d'un agent diplômé la nuit est probante sur les documents transmis. Il est précisé que des compétences IDE (non obligatoire) et AS sont systématiquement présentes chaque nuit, et qu'il n'y a pas d'ASH de nuit. Par ailleurs, 1 IDE est présente sur l'EHPAD. L'établissement déclare par ailleurs que "veiller à la présence d'un binôme dans chaque résidence mènerait à créer des postes qui ne sont pas financés." L'établissement précise que "compte tenu du niveau de dotation soins allouée ", il "demande un accompagnement budgétaire supplémentaire". Il est pris acte de cette déclaration. Cependant, comme indiqué en phase initiale, il n'a pas été transmis de planning lisible permettant de contrôler plus précisément cet item. Par ailleurs, l'établissement ne remet pas en cause le constat effectué que des agents diplômés assurent seuls les soins la nuit dans certains pavillons. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective étant précisé que cette recommandation est systématiquement notifiée aux EHPAD qui ne garantissent pas 100% de nuits avec un binôme comportant au moins un agent diplômé.		Mesure maintenue
2.11	Veiller à la présence d'un binôme en permanence dans chaque unité protégée.			1		Dès réception du présent rapport (obligation de moyens)		L'établissement déclare veiller à la présence d'un binôme en permanence dans chaque unité protégée dans ses maquettes organisationnelles. Concernant l'absentéisme inopiné, l'établissement indique recourir "au pool, aux missions internes HUBLO ou à l'intérieur." Il est déclaré "possible de ne pas trouver de remplacement de dernière minute." Il est pris acte que l'établissement positionne un agent diplômé en permanence à l'UPAD. Pour autant, le fait qu'il ne soit pas systématiquement composé d'un binôme est un facteur de risque pour les résidents. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		Mesure maintenue
2.15	Structurer un plan pluriannuel de formation.			2			1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
2.16	Poursuivre les actions de formation sur la bientraitance destinées à tout le personnel.			2			1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
2.17	Poursuivre les actions de formations sur les troubles psycho-comportementaux à destination prioritairement du personnel de soin.			2			1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
<b>3 - ADMISSION ET ACCOMPAGNEMENT</b>										
3.2	Veiller à l'organisation d'une visite de la personne à son domicile ou dans l'établissement de santé où elle est hospitalisée.			2			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.4	Formaliser les critères d'admission (admission et sortie pour les unités pour personnes désorientées).			2			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.5	Formaliser et réaliser une évaluation gériatrique standardisée lors de l'admission du résident, de façon pluridisciplinaire en vue du repérage des risques de perte d'autonomie et de l'élaboration du projet de soins du résident (procédure EGS à formaliser)- Art D 312-158 du CASF.	1					6 mois	L'établissement a transmis 2 documents complémentaires qui décrivent le contenu des évaluations qui sont réalisées, la trame d'observation, les tests effectués ainsi que leur actualisation. L'établissement précise qu'il a récemment choisi de développer l'outil porté par l'OMS (I-COPE). Il est pris acte des nouveaux éléments transmis. Cependant, il n'est pas fait état de la formalisation d'une procédure permettant la réalisation de l'EGS. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		Mesure maintenue
3.6	Réaliser une évaluation standardisée des risques psychologiques au décours de l'admission (tests neuropsychologiques).			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.7	Réaliser une évaluation standardisée des risques de chute, au décours de l'admission.			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.8	Réaliser une évaluation standardisée des risques bucco-dentaires, au décours de l'admission.			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.9	Préciser dans le règlement de fonctionnement les modalités d'accès au dossier administratif et médical.			2			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.10	Formaliser une annexe au contrat de séjour pour les personnes ayant des restrictions à leur liberté d'aller et venir, conformément aux dispositions des Art. R 311-0-5 à R 311-0-9 du CASF	1					6 mois	L'établissement déclare que "de nouveaux avenants ont été signés, renouvelés ou sont en cours de signature". Le fichier de suivi des annexes au contrat de séjour actualisé à début juillet pour l'EHPAD est transmis. Il est relevé 59 avenants (12 avenants déclarés en avril dernier). Concernant les résidents en UPAD, il est déclaré qu'un avenant spécifique a été joint initialement précisant les objectifs d'accompagnement. Il est pris acte des nouveaux éléments transmis. Il est à noter que l'établissement n'a pas transmis de déclaration concernant le nombre de résidents effectivement concernés par cette annexe. De plus, le tableau de suivi des annexes ne fait pas état des 28 résidents de l'UPAD, et il n'a pas été apporté d'élément de preuve permettant d'attester de la mise en œuvre effective et du suivi des annexes au contrat de séjour pour les résidents de l'UPAD. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		Mesure maintenue
3.11	Formaliser des projets personnalisés pour la totalité des résidents (Art. L 311-3,7° du CASF) et les réactualiser annuellement.	1					6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue

3.13	Formaliser un avenant annuel au contrat de séjour reprenant les principaux objectifs du projet personnalisé (Art. L311-3-7 <sup>e</sup> CASF et D 311-8 <sup>e</sup> du CASF).		2			1 an	L'établissement transmet la modification du document initialement transmis et l'a intitulé "avenant au contrat de séjour". L'établissement déclare qu'un "avenant au contrat de séjour est bien signé."	Il est pris acte de la modification du document de synthèse du PAP contractualisé en document intitulé "avenant au contrat de séjour". Cependant, ce dernier ne fait pas référence aux dispositions du contrat de séjour. Par ailleurs, il n'a pas été transmis de tableau de suivi permettant d'attester de la mise en oeuvre de cet avenant à l'ensemble des résidents disposant d'un PAP. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.14	Formaliser une procédure d'élaboration des plans de soins.			2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.15	Formaliser des plans de change.			2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.16	Proposer une douche ou un bain au moins une fois par semaine.		1		Dès réception du présent rapport	L'établissement déclare qu'il a été rappelé la nécessité de tracer systématiquement les informations liées aux douches. Il est précisé que l'établissement partage l'objectif d'une douche hebdomadaire (sauf refus du résident).	Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective en l'attente d'une amélioration de la traçabilité des douches réalisées.		Mesure maintenue
3.19	Proposer davantage d'animation aux résidents le matin et le weekend.			2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.21	Mettre en place une commission animations ouverte à tous les résidents souhaitant y participer.			2		1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.25	Avoir une réflexion institutionnelle afin de réduire le délai de jeûne.		1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.26	Proposer aux résidents une collation nocturne et la formaliser dans le plan de soins		1		Dès réception du présent rapport	L'établissement déclare que les équipes apportent une vigilance particulière à cette collation et indique qu'"une recommandation de niveau 1 ne semble pas adaptée."	La mission renvoie aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur, s'agissant d'une prise alimentaire qui vise à pallier les risques liés à un jeûne nocturne trop long. Les éléments transmis ne constituent pas un élément de preuve de la proposition, distribution et traçabilité au plan de soin de collations nocturnes. Il ne peut donc pas être attesté de sa mise en œuvre. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		Mesure maintenue