

**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\_0022

EHPAD CHI Lys Hyrome  
6 RUE ST GILLES  
49120 CHEMILLE EN ANJOU

Monsieur ####, Directeur.

Nantes, le jeudi 16 mai 2024

Monsieur le directeur,

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 **rappor final de contrôle** assorti du des mesures correctives retenues qui vous sont demandées. 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](mailto:ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr)) en vue de l'organisation du suivi de ce contrôle sur pièces.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.

P/ Le Directeur Général,  
Le Directeur de Cabinet

##### #####

**Contrôle sur pièces le 04/03/2024**

Nom de l'EHPAD	EHPAD CHI LYS HYROME		
Nom de l'organisme gestionnaire	CHI LYS HYROME		
Numéro FINESS géographique	490536133		
Numéro FINESS juridique	490007689		
Commune	CHEMILLE EN ANJOU		
Statut juridique	EHPAD Public	Hospitalier	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	Autorisée	Installée	
Capacité Totale	105	82	
	HP	105	82
	HT		
	PASA		
	UPAD	14	12
	UHR		
PMP Validé	182		
GMP Validé	668		
<b>Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial</b>			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	4	1	5
Nombre de recommandations	7	13	20
<b>Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final</b>			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	3	0	3
Nombre de recommandations	4	7	11

**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		Recommandation		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>										
1.16	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement.				2		6 mois	L'établissement déclare que les formations gestion de l'agressivité / Alzheimer permettent aux équipes de faire des analyses de leurs pratiques avec un professionnel extérieur à l'établissement. La Direction a le souhait de relancer la démarche des analyses de pratiques avec un psychologue extérieur à l'établissement.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de sa mise en œuvre.	Mesure maintenue
1.33	Réaliser des enquêtes de satisfaction globales, au moins tous les deux ans, y compris auprès des familles.				2		1 an	L'établissement déclare que les dernières enquêtes n'avaient pas pu avoir lieu après le Covid-19. Une nouvelle enquête est en cours. Il a été transmis le courrier transmis aux résidents, le questionnaire mis à jour et le tableau d'avancement de l'enquête.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective en l'absence d'enquête de satisfaction en direction des familles.	Mesure maintenue
<b>2 - RESSOURCES HUMAINES</b>										
2.16	Mettre en place des actions de formation sur la bientraitance destinée à tout le personnel.				2		1 an	L'établissement déclare que 30 agents ont été formés en "Relation triangulaire" depuis 2022, 24 agents ont été formés en "Gestion des agressions en milieu de santé" depuis 2021. Plusieurs formations ne sont pas intitulées « bientraitance », mais comportent des objectifs en ce sens comme la gestion de l'agressivité, la relation triangulaire, humanitude... Des actions de sensibilisation sont régulièrement mises en place par l'établissement. Il a été transmis le document "L'ÉTABLISSEMENT LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE EN SON SEIN" diffusé les 8, 9 et 10 novembre 2023 dans les services.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est constaté que 54 agents ont bénéficié d'une formation à thématique "bientraitance" sur les trois dernières années, soit 16% du personnel. Néanmoins, la proportion de personnel formé est trop faible pour répondre au référentiel de contrôle (80% sur les 3 dernières années). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
2.17	Poursuivre les actions de formations sur les troubles psycho-comportementaux à destination prioritairement du personnel de soin.				2		1 an	L'établissement déclare que des formations vont se poursuivent sur les années à venir.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de sa mise en œuvre effective.	Mesure maintenue
<b>3 - ADMISSION ET ACCOMPAGNEMENT</b>										
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 déclare être en réflexion afin d'harmoniser les pratiques sur les différents sites et d'assurer la traçabilité de cette évaluation.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de sa mise en œuvre effective.	Mesure maintenue
3.7	Réaliser une évaluation standardisée des risques de chute, au décours de l'admission.			1			6 mois	L'établissement déclare que 19 résidents ont bénéficié d'un test de Tinetti depuis leur arrivée, soit 28 %. Il a été transmis la liste des 19 résidents ayant bénéficié d'une évaluation standardisée des risques de chute.	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, la proportion de résidents ayant bénéficié d'une évaluation standardisée des risques de chute au décours de l'admission ne permet pas de répondre au référentiel de contrôle (au moins 50%). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.8	Réaliser une évaluation standardisée des risques bucco-dentaires, au décours de l'admission.			1			6 mois	L'établissement déclare que l'évaluation des risques bucco-dentaires sera intégrée à l'évaluation gériatrique d'entrée standardisée.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de sa mise en œuvre effective.	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 a transmis l'annexe 38 du contrat de séjour concernant la liberté d'aller et venir.	Il est pris acte du document transmis. Néanmoins, il est constaté l'absence de précision quant à sa mise en œuvre au sein de l'établissement et au nombre de résidents concernés. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.11	Mettre en place une organisation permettant à chaque résident de bénéficier d'un projet personnalisé réactualisé annuellement. (L.311-3,7° du CASF)	1					6 mois	L'établissement a transmis un tableau récapitulatif des projets personnalisés de moins d'un an. 42 résidents (sur les 82 résidents accueillis) ont un projet de moins d'un an soit 51 %.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective, l'ensemble des résidents ne bénéficiant pas d'un PAP de moins d'un an.	Mesure maintenue
3.14	Formaliser une procédure d'élaboration des plans de soins.				2		6 mois	L'établissement déclare que les droits accordés à chaque professionnel dans le paramétrage du DPI définissent les responsables de chaque item du plan de soins. Les IDE doivent "assurer la bonne tenue et la mise à jour des dossiers patients", selon leur fiche métier. L'établissement déclare qu'il constate la mise à jour régulière des plans de soins selon les besoins évalués par l'équipe pluri-professionnelle ; par conséquent, il se questionne sur la pertinence de la formalisation d'une procédure d'élaboration des plans de soins.	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, le plan de soins est un outil organisationnel important qui structure le travail du soignant. La formalisation d'une procédure permet de définir qui est chargé d'élaborer, d'actualiser et de valider le plan de soins, en l'articulant avec le projet de soin individualisé du résident (volet du PAP). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	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 que les bâtiments sans douche individuelle par chambre ne facilitent pas la réalisation d'une douche hebdomadaire. Le Pathos validé à 182 ne permet pas d'avoir des effectifs soignants adaptés à la charge en soins. Il a été transmis une fiche de suivi des douches montrant la régularité et le fait que les refus sont tracés (service des Jardins du Théâtre).	Il est pris acte des précisions apportées. Il a été transmis un document sur lequel la douche est tracée de façon manuscrite et pour les seuls résidents du JDT. Il convient de souligner que la réalisation de douches à une fréquence moyenne hebdomadaire relève également d'autres paramètres que le budget alloué (conditions architecturales, organisation des soins) L'équation tarifaire est la même pour toutes les structures EHPAD et la proposition d'une douche hebdomadaire est possible dans la plupart des EHPAD. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.18	Elaborer/Actualiser le projet d'animation et formaliser le suivi des activités.			2	6 mois	Il a été transmis le bilan annuel des animations 2023.	Il est pris acte du document transmis. Ce document présente le bilan des actions d'animations réalisées en 2023. Néanmoins, ce document ne constitue pas un projet d'animation. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue	
3.19	Proposer d'avantage d'animation aux résidents le matin.			2	6 mois	L'établissement déclare que les animations en matinée ou les week-ends peuvent être proposées par les soignants directement et ne pas faire l'objet d'une programmation dans le planning. Elles sont faites aussi en fonction des envies des résidents et des opportunités. Il a été transmis la NEWSLETTER d'avril 2022 qui présente la participation de résidents au Carnaval le dimanche 14/04/2024.	Il est pris acte des précisions apportées et de l'engagement de l'établissement. Les fiches de tâches des soignants prévoient un temps d'animation l'après-midi de 15 h à 16 h (du lundi au dimanche). Néanmoins, le document transmis et la seule déclaration de l'établissement ne permettent pas d'attester de l'organisation d'animations le matin. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue	
3.25	Avoir une réflexion institutionnelle afin de réduire le délai de jeûne.			1	6 mois	L'établissement déclare que la distribution de collations est institutionnalisée. Il a été transmis une extraction des plans de soins qui recense les collations données aux résidents. Dans la nuit du 3 au 4 mars, 5 résidents ont reçu une collation nocturne.	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, l'établissement n'apporte pas la preuve d'une réflexion institutionnelle afin de réduire le délai de jeûne (ex: réunion nutrition/dénutrition). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue	