

DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

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

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

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00210

EHPAD CHI Lys Hyrôme
70 rue Nationale
Vihiers
49310 LYS HAUT LAYON

Monsieur ####, Directeur

Nantes, le vendredi 11 août 2023

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 **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'organisation du suivi de ce contrôle sur pièces.

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

P/ Le Directeur Général,
Le Directeur de cabinet

#####

Contrôle sur pièces le 26/04/2023

Nom de l'EHPAD	EHPAD CHI LYS HYROME		
Nom de l'organisme gestionnaire	CHI LYS HYROME		
Numéro FINESS géographique	490002425		
Numéro FINESS juridique	490007689		
Commune	LYS HAUT LAYON		
Statut juridique	EHPAD Public	Hospitalier	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	140		
	HP	130	126
	HT	10	6
	PASA		
	UPAD	12	NC
	UHR		
PMP Validé	668		
GMP Validé	162		
Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	5	2	7
Nombre de recommandations	8	17	25
Demandes de mesures correctives retenues -			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	4	1	5
Nombre de recommandations	7	13	20

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					
1 - GOUVERNANCE										
1.10	Formaliser un projet de service spécifique à l'unité dédiée.			1			1 an	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
1.19	Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le MEDCO doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordinateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'Art. D312-157 du CASF.	1					6 mois	L'établissement déclare que son organisation médicale en inter site fonctionne avec un praticien hospitalier à 0,20 ETP et un praticien hospitalier à 0,90 ETP en qualité de médecin coordinateur (MEDCO). Il dispose de ces professionnels compté tenu de la conjoncture actuelle. Il a été transmis les diplômes d'un des 2 MEDCO. L'établissement indique que le second MEDCO sera inscrit en formation et que l'attestation sera fournie ultérieurement.	Il est pris acte des précisions apportées. Il a été transmis les DU en soins palliatifs, en thérapeutiques neurologiques, en neurogériatrie de l'un des 2 MEDCO. En l'attente de transmission de diplôme pour le second MEDCO, il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
1.28	Organiser une traçabilité et une analyse des EI incluant des RETEX				2		6 mois	L'établissement déclare que la traçabilité et les analyses des EI en CREX (+RETEX) existent et ont été fournies. Il est transmis l'analyse des causes et actions de correction d'une FEI EHPAD ainsi que la procédure 164 formalisant le fonctionnement du CREX. L'établissement indique que c'est un établissement sanitaire et médico-social avec une cellule qualité mutualisée pour les deux secteurs.	Il est pris acte des précisions apportées. Il a été transmis la procédure de fonctionnement du CREX et un CREX concernant une "erreur d'administration" du 05/01/2021. Néanmoins, le tableau d'enregistrement et de suivi ne permet pas de valider si une analyse de la cause de l'EI ou EIG a été systématiquement effectuée.	Mesure maintenue
1.33	Réaliser des enquêtes de satisfaction globales, au moins tous les deux ans, y compris auprès des familles.				2		1 an	Pas de document transmis.	Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
2 - RESSOURCES HUMAINES										
2.16	Poursuivre les actions de formation sur la bientraitance destinée 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
3 - ADMISSION ET ACCOMPAGNEMENT										
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	L'établissement déclare que des visites au domicile du futur résident ou dans l'établissement de santé dans lequel il est hospitalisé sont organisées au maximum par les cadres de santé. La crise sanitaire et ses recommandations pour la protection des personnes fragiles et les difficultés RH qui ont suivi, ont eu un impact majeur sur l'organisation.	Il est pris acte des précisions apportées. Il a été transmis la procédure "prémission/admission en EHPAD-USLD" qui intègre la visite au domicile du futur résident ou sur son lieu d'hospitalisation. Néanmoins, il n'est pas fait état de sa mise en œuvre au sein de l'établissement, étant rappelé qu'il est considéré comme étant des bonnes pratiques régionales d'effectuer une visite pour chaque nouveau résident. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	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	Il a été transmis les diplômes du MEDEC.	Il est pris acte des documents transmis qui ne répondent pas à l'attente d'une procédure formalisée de réalisation d'une 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	Il a été transmis les diplômes du MEDEC.	Il est pris acte des documents transmis qui ne répondent pas à l'attende du référentiel de contrôle. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.7	Réaliser une évaluation standardisée des risques de chute, au décours de l'admission.			1			6 mois	Il a été transmis les diplômes du MEDEC.	Il est pris acte des documents transmis qui ne répondent pas à l'attende du référentiel de contrôle. 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	Il a été transmis les diplômes du MEDEC.	Il est pris acte des documents transmis qui ne répondent pas à l'attende du référentiel de contrôle. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.9	Préciser dans le règlement de fonctionnement les modalités d'accès au dossier administratif.				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	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.11	Formaliser des projets personnalisés pour la totalité des résidents (Art. L 311-3,7° du CASF)	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° CASF et D 311-8° du CASF)	2					1 an	Pas de document transmis.		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 que les douches sont planifiées à la semaine. Il existe une procédure qui permet de garder le dimanche pour proposer de nouveau une douche hebdomadaire si un patient n'a pu ou a refusé sa douche en semaine. Les douches sont tracées de même que le refus et son report.	Il est pris acte des précisions apportées. Il a été transmis une liste de soins avec des pourcentages de réalisation par catégorie professionnelle. Néanmoins, ce document ne répond pas à l'attende du référentiel de contrôle : la validation des plans de soins des douches planifiées permettant d'atteindre de l'effectivité d'une proposition de douche à minima hebdomadaire à l'ensemble des résidents. Par ailleurs, la déclaration initiale de l'établissement indique une douche sur une moyenne de 9 jours. Il est 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 projet de service UPHA 2022-2026, ainsi que le relevé statistique de participation des résidents aux animations du mois d'avril 2023.	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, il apparaît en p7 du projet de service les axes de travail de l'animation. Ce document ne constitue pas un projet d'animation permettant d'avoir une vision concrète des animations proposées selon les thématiques choisies. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.19	Proposer d'avantage 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	L'établissement déclare que les résidents sont invités à participer aux commissions animation comme ils participent à des temps de paroles avec les équipes de la restauration. Leur participation est d'ailleurs notée dans le règlement de fonctionnement. Les CR de 2022 transmis font état de ces actions et du retour des groupes de paroles (qui pourraient correspondre aux attentes du contrôle 3,24). La première commission de restauration de 2023 a eu lieu après le contrôle (15/06/2023).	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, il n'a pas été transmis de document probant tel qu'un compte rendu de réunion animation mentionnant le nom des résidents participants. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.24	Mettre en place une commission des menus ouverte à tous les résidents souhaitant y participer.				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.25	Avoir une réflexion institutionnelle afin de réduire le délai de jeûne.			1			6 mois	L'établissement déclare que la réflexion institutionnelle pour réduire le délai de jeûne est effectivement un sujet d'actualité depuis de nombreuses années. L'établissement déclare avoir mis à disposition des buffets pour les résidents au sein de leur unité d'hébergement, leur permettant de pouvoir se restaurer au besoin et à volonté. Cette action s'inscrit également dans l'aide au maintien de l'autonomie. Pour les personnes en plus haute dépendance, les collations sont notées et validées via les transmissions ciblées.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective, la proposition de collations nocturnes étant l'une des modalités institutionnelle de réduction du délai de jeûne.	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 son organisation est basée sur une distribution de la collation systématique par les équipes de nuit. Elle est aussi travaillée en fonction des capacités des patients à se servir eux-mêmes, d'où l'existence de buffets dans certaines unités. La collation est systématique dans l'établissement : élément de preuve fiche de tâche. Si un problème lors de la collation a lieu, l'équipe de nuit la trace dans les transmissions ciblées (donc traçabilité dans le plan de soins uniquement si une difficulté a été rencontrée).	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective, la traçabilité étant une bonne pratique organisationnelle permettant une meilleure transmission aux équipes de jour et vecteur de sécurisation de la prise en charge des résidents.	Mesure maintenue