

DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

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

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

EHPAD La Forêt
Avenue de la forêt
85160 ST JEAN DE MONTS

Madame #####, Directrice.

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00176

Nantes, le jeudi 8 juin 2023

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 27/03/2023			
Nom de l'EHPAD	EHPAD LA FORET		
Nom de l'organisme gestionnaire	CCAS DE ST JEAN DE MONTS		
Numéro FINESS géographique	850003302		
Numéro FINESS juridique	850012949		
Commune	ST JEAN DE MONTS CEDEX		
Statut juridique	EHPAD Public Territorial		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	80		
	HP	80	81
	HT		
	PASA	12	
	UPAD		
	UHR		
PMP Validé	187		
GMP Validé	680		
Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial			
		Priorité 1	Priorité 2
Nombre de prescriptions		4	2
Nombre de recommandations		8	15
Demandes de mesures correctives retenues -			
		Priorité 1	Priorité 2
Nombre de prescriptions		3	1
Nombre de recommandations		7	15

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

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

TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES

N° de question	Demandes de mesures correctives	Préconisation				Injonction	échéance (dès réception, 6 mois, 1 an)	Réponse EHPAD contradictoire	Réponse ARS	Mesures correctives retenues
		Priorité niveau 1	Priorité niveau 2	Priorité niveau 3	Priorité niveau 2					
1- GOUVERNANCE										
1.13	Structurer les temps d'échange des professionnels et les formaliser (comptes rendus, planning prévisionnel...)			2		6 mois	L'établissement déclare disposer de temps d'échanges planifiés et donnant lieu à des réunions : "chaque mardi et vendredi à 9h30, une réunion pluridisciplinaire "flash info" et chaque lundi et jeudi une réunion hôtelière à 14h40. La 3ème se traduit par le remplissage d'un formulaire "Info" (est gardé en archive environ 6 mois) et la seconde retrace les décisions ou questions dans un cahier "hébergement". Ces documents sont disponibles dans la salle du personnel. Les réunions de l'équipe de nuit sont limitées pour des raisons évidentes de rythme de travail et de vie : en revanche, beaucoup d'échanges par mails groupés via le logiciel NetSoins. Les réunions de service s'organisent s'il y a besoin."	Il est pris acte des précisions apportées et des informations relatives aux différents temps d'échanges des équipes de jour. Pour autant, même s'il est évoqué la tenue en nombre limité des réunions des équipes de nuit, aucun document complémentaire n'a été transmis. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
1.14	Formaliser les fiches de poste pour l'ensemble des agents.			2		6 mois	L'établissement déclare que le directeur n'a pas de fiche de poste mais un DUD. Le chef cuisinier n'a pas de fiche de poste : sa mission est définie par son employeur Sodexo, avec lequel l'établissement a conclu un marché public d'assistance en restauration collective.	Il est pris acte des précisions apportées. Pour autant, il n'a pas été transmise la fiche de poste de l'ergothérapeute. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
1.15	Formaliser les fiches de tâches			2		6 mois	Pas de document transmis.			
1.16	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement.			2		6 mois	L'établissement souhaite des précisions concernant les séances d'ADP : combien de séances d'analyse de la pratique sont recommandées, pour combien de salariés et sur quelle durée.	Il est pris acte des précisions apportées. L'absence d'analyse de la pratique est constatée au jour du contrôle. Les modalités de mise en œuvre de l'ADP ne font pas l'objet de recommandations à l'exception de la réalisation de ces séances idéalement par un psychologue extérieur à l'établissement. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
1.25	Formaliser un protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance et organiser son approbation par le personnel.		1			6 mois	L'établissement déclare souhaiter la transmission du protocole type attendu.	Il est pris acte de la demande de l'établissement. Il appartient pas au service inspection contrôle de communiquer des documents types. Les principaux attendus ont été précisés dans le libellé de la demande de mesure corrective. L'enjeu repose principalement sur le degré d'approbation par l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
1.26	Mettre en place une procédure écrite de signalement et de traitement des événements indésirables et s'assurer de son approbation par le personnel.		1			6 mois	L'établissement déclare souhaiter la transmission d'une procédure type.	Il est pris acte de la demande de l'établissement. Il n'appartient pas au service inspection contrôle de communiquer des documents types. A noter que des outils méthodologiques peuvent être proposés par des réseaux existants (ex : fédérations) ainsi que par les SRAE. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
1.28	Organiser une traçabilité et une analyse des EI incluant des RETEX			2		6 mois	L'établissement déclare souhaiter la transmission d'une grille d'analyse type qui convienne.	Il est pris acte de la demande de l'établissement. Pour rappel, les deux seuls EI communiqués sur la période du 29/08/2021 au 01/07/2022 ne comportaient aucun volet d'analyse de causes. Des outils méthodologiques, tels que l'arbre des causes, peuvent être notamment proposés par les SRAE qualité (ex : QualiEL). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
1.30	Formaliser un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et procéder à son actualisation au moins chaque année.			2		1 an	Pas de document transmis.			
1.31	Désigner un correspondant qualité au sein de l'établissement.			2		6 mois	L'établissement déclare que pour "désigner" un référent qualité, il faut au minimum former une personne en interne (c'est-à-dire l'ôter de sa mission principale) ou recruter à l'extérieur (problématique budgétaire) ou contracter avec des éditeurs de logiciel (problématiques de temps de formation et budgétaires). L'établissement pose la question d'un référent qualité mutualisé avec l'ARS.	Il est pris acte des précisions apportées et des difficultés dans le contexte actuel pour désigner un référent qualité. Il est proposé de maintenir la recommandation tout en prenant bonne note que les conditions ne sont pas actuellement réunies pour identifier cette fonction. En termes de modalité de mise en œuvre de la recommandation, un référent qualité (qualicité) peut, en effet, être mutualisé notamment avec d'autres EHPAD en fonction des missions qui lui sont confiées.		
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.			
2- RESSOURCES HUMAINES										
2.1	Elaborer une procédure relative aux modalités d'accompagnement des nouveaux salariés et des stagiaires			2		6 mois	Pas de document transmis.			
2.2	Formaliser une procédure d'accompagnement des nouveaux agents précisant l'organisation de plusieurs jours de doublette (tutage).			2		6 mois	L'établissement demande la transmission d'une procédure type.	Il est pris acte de la demande de l'établissement. Il n'appartient pas au service inspection contrôle de communiquer des documents types. A noter que des outils méthodologiques peuvent être proposés par des réseaux existants (ex : fédérations). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
2.5	Stabiliser les effectifs en veillant notamment à diminuer la proportion de personnels non-titulaires dans l'établissement			2	Dès réception du présent rapport (obligation de moyens)		L'établissement déclare que la présence sur un planning de 66,66% de contractuels aides-soignants n'indique pas une instabilité des effectifs mais l'obligation de réussite au concours de la Fonction Publique Territoriale pour devenir titulaire. L'établissement demande à ce que cette recommandation soit enlevée.	Il est pris acte des précisions apportées quant à la nécessité de réussir un concours pour intégrer la fonction publique territoriale, et donc des contraintes réglementaires de l'établissement. Néanmoins, le constat effectué d'une proportion d'agent contractuel élevée (y compris comparativement aux autres EHPAD fonction publique territoriale) ne peut être modifiée. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective étant précisé qu'il s'agit d'une obligation de moyens.		
2.16	Mettre en place un plan de formation pluriannuel intégrant des formations sur la bientraitance destinée à tout le personnel.			2		1 an	L'établissement déclare que si la formation-sensibilisation animée par la psychologue et une ASG ne convient pas, il demande à ce qu'il soit indiqué le format (contenu et durée) d'une formation bientraitance type à faire suivre par tous les personnels.	Il est pris acte des précisions apportées. Cependant, sans méconnaître l'intérêt des actions de formation interne, les sessions de formations attendues doivent avoir une durée à minima de 1 à 2 jours pour être jugées significatives. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
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 depuis le début de l'année, aucune des formations anticipées (inscriptions des agents dans les plannings etc...) avec le CNPFT n'a pu se réaliser : cause absentéisme des formateurs. La gestion des reports est un casse-tête managérial.	Il est pris acte des précisions apportées. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de la réalisation effective des formations.		
3- ADMISSION ET ACCOMPAGNEMENT										
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 que le document probant, signé par le médecin coordonnateur de l'établissement est clair sur les outils que sont l'examen clinique et les prises de connaissance des documents associés au patient. L'article D 312-158 du CASF ne fait pas référence à une "évaluation gériatrique standardisée", "merci de me transmettre cette évaluation". Il serait utile de noter un réel événement indésirable s'agissant de la prise en charge médicale des résidents : le refus des médecins de ville de suivre leurs patients depuis la crise sanitaire. Cette situation, maintes fois communiquée à l'ARS, au Département etc... n'a jamais fait l'objet d'un retour vers l'établissement.	Il est pris acte des précisions apportées et notamment de l'examen clinique réalisé. La demande de mesure corrective s'appuie sur l'article D 312-158 - 6° du CASF. Cette disposition réglementaire vise un optimum qui confère au MEDCO une fonction de coordination de l'EGS. Néanmoins, l'établissement n'a pas transmis l'outil / check-list permettant de formaliser les EGS. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure correction.		
3.6	Réaliser une évaluation standardisée des risques psychologiques au décours de l'admission (tests neuropsychologiques).		1			6 mois	L'établissement déclare que si "l'évaluation standardisée des risques psychologiques" est l'obligation pour chaque résident, au moment de l'admission, de réaliser la batterie de tests (MMMS, NPIES etc...), il ne respectera pas ce "standard". La psychologue adapte bien évidemment sa pratique selon le résident, selon le moment de son séjour et selon la nécessité de "qualifier" formellement une fragilité.	Il est pris acte des précisions apportées et de la position de l'établissement. Il est proposé de maintenir la recommandation qui répond aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.		
3.7	Réaliser une évaluation standardisée des risques de chute, au décours de l'admission.		1			6 mois	L'établissement déclare ne plus savoir quoi répondre à cette échelle d'évaluation "standardisée" de risques, tant cela lui donne l'impression que la pratique quotidienne des professionnels d'un EHPAD n'est pas connue des instances. Il pose les questions : "Qui protège t-on ? Les résidents ou le risque de plainte et de procès ?".	Il est pris acte des précisions apportées et de la position de l'établissement. Il est proposé de maintenir la recommandation qui répond aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et qui s'inscrivent dans une démarche de prévention des risques.		
3.8	Réaliser une évaluation standardisée des risques bucco-dentaires, au décours de l'admission.		1			6 mois	L'établissement déclare qu'il y a quelques années, un bilan bucco-dentaire avant l'admission était fortement recommandé : la réalité est qu'aucun dentiste ne s'est senti concerné.	Il est pris acte des précisions apportées et des difficultés connues par l'établissement. La proposition de maintenir la recommandation est motivée par la non-effectivité du repérage des risques bucco-dentaires ; l'établissement disposant de la procédure ad hoc.		
3.9	Préciser dans le règlement de fonctionnement les modalités d'accès au dossier administratif et médical.			2		6 mois	Pas de document transmis.			
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.			
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 déclare qu'il existe une organisation et qu'il est demandé d'en indiquer une autre si celle-ci ne convient pas.	Il est pris acte des précisions apportées. La proposition de maintenir la recommandation est motivée par le fait que la totalité des résidents ne disposent pas d'un PAP, à minima réévalué annuellement. Les modalités organisationnelles reviennent à l'établissement. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.		
3.13	Formaliser un avenant 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.			
3.16	Proposer une douche ou un bain au moins une fois par semaine.			1		Dès réception du présent rapport	Pas de document transmis.			
3.21	Mettre en place une commission animations ouverte à tous les résidents souhaitant y participer.			2		1 an	L'établissement déclare que ce qui est important c'est que les résidents soient associés : le format "commission" n'est pas adapté. Il indique qu'il est déjà très difficile de trouver des créneaux de libre pour les CVS et les "commissions restauration" car des activités, animations ou sorties sont planifiées régulièrement du lundi au samedi et les résidents sont "trop occupés" (dixit eux-mêmes). Par ailleurs, le profil des résidents plus dépendants n'est pas compatible avec cette recommandation de réunion ouverte à tous.	Il est pris acte des précisions apportées. A l'instar de la commission restauration, la commission animation a pour objectif d'être une instance d'expression collective des usagers sans formalisme particulier (à l'exception de la production d'un compte rendu). Elle ne peut bien évidemment réunir la totalité des résidents. Il est proposé de maintenir la recommandation.		
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 être d'accord pour écrire une transmission ponctuelle sur le dossier du résident lorsqu'une collation nocturne est servie. En aucun cas, il ne fera une proposition systématique ou régulière inscrite dans un plan de soins individuel. La formalisation n'est pas nécessaire : les veilleurs de nuit ont à disposition de quoi proposer cette collation pour répondre aux besoins ponctuels.	Il est pris acte des propositions apportées. Il résulte de l'opposition des différentes missions d'inspections que si la collation nocturne est uniquement donnée aux résidents en effectuant la demande, sa mise en œuvre est très restreinte et ne permet pas d'apporter une rapidité et une meilleure opérationnalité. Il faut limiter l'impact d'un décal de jeûne trop long. La rapidité est une bonne pratique organisationnelle permettant une meilleure transmission aux équipes de jour et vecteur de sécurisation de la prise en charge des résidents. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de sa mise en œuvre.		