

**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\_00161

EHPAD Marie Morna  
CH LAYON-AUBANCE  
12 RUE COLONEL PANAGET  
MARTIGNE-BRIAND  
49540 TERRANJOU

Madame #####, Directrice.

Nantes, le jeudi 7 novembre 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 Responsable du Département  
Inspection-Contrôle

##### #####

**Contrôle sur pièces le 15/04/2023**

Nom de l'EHPAD	EHPAD MARIE MORNA		
Nom de l'organisme gestionnaire	CH LAYON AUBANCE		
Numéro FINESS géographique	490536166		
Numéro FINESS juridique	490000429		
Commune	TERRANJOU		
Statut juridique	EHPAD Public	Hospitalier	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	<b>72</b>		
	HP	62	56
	HT	10	4
	PASA		
	UPAD		
	UHR		
PMP Validé	165		
GMP Validé	767		
<b>Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial</b>			
	<b>Priorité 1</b>	<b>Priorité 2</b>	<b>Total</b>
Nombre de prescriptions	3	5	8
Nombre de recommandations	6	15	21
<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	5	13	18

**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>										
1.12	Réunir le Conseil de la Vie Sociale trois fois par an conformément à la réglementation. (article D 311-16 du CASF)		2				6 mois	L'établissement certifie que le CVS se réunira 3 fois par an à compter de l'année 2024. Il est précisé que la première réunion du Conseil de Vie Sociale s'est tenue le 13 juin 2024, et que les deux prochaines réunions sont programmées pour le 08 novembre 2024 et le 13 décembre 2024. Le compte rendu du CVS du 13 juin 2024 a été transmis.	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective, dans l'attente de sa réalisation effective.	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
1.16	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement.				2		6 mois	L'établissement transmet la facture de décembre 2023 et les émargements correspondant à 3 séances d'ADP réalisées sur le site de Brissac en 2023. L'établissement déclare que les séances d'ADP sont organisées par série (3 en 2023 pour le site de Brissac et le prochain sera le site de Thouarcé) au rythme d'un suivi sur 1 site par an.	Il est pris acte des éléments transmis. Les agents ne bénéficieront de séances d'ADP que tous les 3 ans. Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
1.29	Prévoir un dispositif opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et orales des usagers et des familles.				2		6 mois	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	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.35	Actualiser le DUERP.		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
<b>2 - RESSOURCES HUMAINES</b>										
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 certifie avoir mis en place une organisation prévoyant automatiquement un binôme composé d'au moins un agent diplômé chaque nuit. Il est précisé qu'à la date du contrôle, " la structure est soumise à d'importantes contraintes associées aux ressources humaines (absentéisme, turn-over) ce qui ne permet pas toujours de répondre favorablement à cette exigence."	Il est pris acte de la déclaration de l'établissement. Il est cependant proposé de maintenir la recommandation eu égard aux risques liés aux glissements de tâches. Il convient de préciser 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
2.16	Poursuivre les actions de formation sur la bientraitance destinées à tout le personnel.				2		1 an	L'établissement transmet un compte rendu de réunions flash en lien avec des temps de réflexions courts en équipe sur la bientraitance (sans précision sur la structure concernée).	Il est pris acte des éléments transmis. Les réunions flash permettent aux équipes de s'interroger sur les pratiques mais relèvent d'actions de sensibilisation. Les sessions de formations attendues doivent avoir une durée à minima de 1 à 2 jours pour être jugées significatives. Il est donc proposé de maintenir la recommandation.	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								
3.1	Formaliser une procédure d'accueil prévoyant notamment l'organisation de la journée d'arrivée.			2		6 mois	Pas de document transmis.	
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.	
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	Pas de document transmis.	
3.6	Réaliser une évaluation standardisée des risques psychologiques au décours de l'admission (tests neuropsychologiques).		1			6 mois	L'établissement transmet des copies d'écran des EBM utilisées pour les évaluation des risques psychologiques (MNS, NPIES).	Il est pris acte que les évaluations des risques psychologiques prévoient des tests standardisés. Le tableau récapitulatif des évaluations relatives à l'EGS indique la réalisation d'évaluation des risques psychologiques pour moins de la moitié des résidents (42%). Il est donc proposé de maintenir la demande de mesure corrective.
3.8	Réaliser une évaluation standardisée des risques bucco-dentaires, au décours de l'admission.		1			6 mois	L'établissement transmet des copies d'écran de l'outil de repérage des risques bucco-dentaires utilisé.	Il est pris acte que les évaluations des risques bucco-dentaires réalisées prévoient des tests standardisés. Néanmoins, le tableau récapitulatif des évaluations relatives à l'EGS indique la réalisation un repérage des risques bucco-dentaires pour 23 % des résidents. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.
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 transmet le formulaire de l'annexe au contrat de séjour pour les personnes ayant des restrictions à leur liberté d'aller et venir.	Il est pris acte du document. Néanmoins, il n'a pas été transmis d'élément attestant de son effectivité (nombre de résidents éventuellement concernés). Dans l'attente de sa mise en œuvre effective, il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.
3.11	Formaliser des projets personnalisés pour la totalité des résidents (Art. L 311-3,7° du CASF).	1				6 mois	L'établissement certifie que la démarche de formalisation des projets personnalisés pour l'ensemble des résidents du site de Martigné Briand est effective. Il est précisé qu'au mois d'avril 2024, la proportion de PAP ayant moins d'un an était de 20% et est de 50 % au 07/10/2024.	Il est pris acte des éléments transmis. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de la formalisation et/ou de la mise à jour des projets personnalisés pour la quasi-totalité des résidents (seuil 80%).
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	L'établissement certifie avoir modifié la procédure organisant le PAIR (Projet d'Accompagnement Individualisé du Résident) et annexe désormais ce document au Contrat de séjour une fois réalisé et signé par le résident et/ou son représentant légal.	Il est pris acte de la modification de la procédure. Néanmoins, l'attenu porte sur la formalisation d'un avenant au contrat de séjour et non sur un projet personnalisé contractualisé. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.
3.14	Formaliser une procédure d'élaboration des plans de soins.			2		6 mois	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.	
3.17	Professionnaliser la fonction d'animateur.			2		1 an	Pas de document transmis.	
3.19	Proposer davantage d'animation aux résidents le matin et le weekend.			2		6 mois	Pas de document transmis.	
3.21	Mettre en place une commission animations ouverte à tous les résidents souhaitant y participer.			2		1 an	Pas de document transmis.	
3.24	Mettre en place une commission des menus ouverte à tous les résidents souhaitant y participer.			2		6 mois	Pas de document transmis.	
3.26	Proposer aux résidents une collation nocturne et la formaliser dans le plan de soins		1		Dès réception du présent rapport	L'établissement certifie que la traçabilité des collations nocturnes est désormais effective sur chacun des sites du Centre Hospitalier Layon Aubance : les professionnels tracent l'ensemble de ces informations dans le dossier de soins à l'aide d'une cible spécifique créée.	Il est pris acte des modifications apportées pour la traçabilité des collations nocturnes. Eu égard à une mise en œuvre récente, il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	