

Direction Inspection Contrôle Audit

Dijon, le 08 AVR. 2024

Le directeur général de l'Agence régionale de santé
Bourgogne-Franche-Comté
à

Monsieur le Directeur général de DOMIDEP
18 rue du Creuzat
38080 L'ISLE-D'ABEAU

AR N° 2C 182 939 7426 7

Objet : mesures définitives

PJ : tableau des mesures définitives

Une inspection a été menée au sein de l'EHPAD « Camille Claudel » situé à Sennecé-les-Mâcon le 7 décembre 2023. Par courrier du 20 février 2024, je vous ai adressé le rapport d'inspection ainsi que la liste des mesures correctives envisagées à mettre en œuvre. Dans le cadre de la procédure contradictoire et en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, un délai de 15 jours vous a été accordé afin de me faire connaître vos observations sur le rapport et les mesures.

A la suite de l'examen par la mission d'inspection des observations et des éléments que vous m'avez adressés via la plateforme collecte-pro le 21 mars 2024, je vous notifie les injonctions, prescriptions et recommandations figurant sur les tableaux joints en annexe, classées par ordre de priorité de mise en œuvre, afin de vous amener à rétablir au sein de votre établissement les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents.

Je vous rappelle l'importance d'assurer la mise en œuvre dans votre établissement des injonctions et des prescriptions dans les délais fixés et la prise en compte des recommandations qui participent à la démarche d'amélioration continue de la qualité pour l'EHPAD.

ARS Bourgogne-Franche-Comté
Le Diapason, 2 Place des Savoirs, CS 73535, 21035 Dijon cedex
Tél. : 0808 807 107 - Site : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr



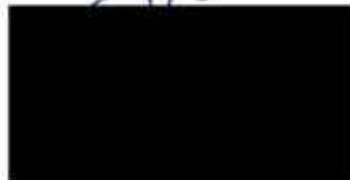
Elles feront l'objet d'un suivi par :



La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois :

- d'un recours gracieux à mon attention,
- d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet <http://www.telerecours.fr>

Le directeur général,



Copie à :

Madame la Directrice
EHPAD Camille Claudel
24 impasse du Couvent
71000 SENNECE-LES-MACON

**Tableau des mesures définies
Injections**

Date de mise à jour
des mesures : 25/03/2024
Coordonnateur : [REDACTED]

Nom établissement : DHFAD Camille Claudel
Adresse : 24 impasse du Coisvent
Code postal : 71000
Commune : SENECE-LES-MACON

Injections									
N°	2	Objet	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport EJK	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		Sécuriser l'accès aux escaliers entre le res-de-chaussée et le 1er étage pour prévenir les risques de chutes.	L. 311-3 CASP	2 semaines pour devis 2 mois pour installation	Devis agréé. Factures acquittées des travaux. Photos des papiers sécurisés.	E 13	N		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
2		Pour définir et piloter une politique de prévention et de gestion des risques impliquant l'ensemble des professionnels de l'établissement, en déployant une culture du signalement des événements indésirables (associés aux soins ou non) et de traitement des réclamations conforme aux exigences légales et réglementaires : 1° Mettre en place une communication active en interne sur les obligations de signaler et les droits des agents à la protection. 2° Assurer une formation continue des équipes à la gestion des événements indésirables et à la gestion des risques. 3° Intégrer dans un document à destination des professionnels le cadre de signalement et de protection du signalant. 4° Assurer l'analyse des événements indésirables avec définition et mise en place des actions correctives adaptées. 5° Tenir des réunions de retour d'expérience pluridisciplinaires autour des dysfonctionnements graves pour faire évoluer les pratiques professionnelles.	L. 335-8-1 CASP L. 315-24 CASP Instruction n° DGS/PP1/DDO/PP2/OCCS/2A/2017/58 du 17 février 2017	6 mois	Tout élément permettant d'attester la réalisation de la formation des professionnels à la procédure de gestion des risques (noms et fonction des salariés, date des temps de présentation et supports de formation utilisés). Tout document institutionnel intégrant le cadre de signalement et de protection des professionnels et modalités de diffusion. CR du CVS de présentation du dispositif. CR du CDVINS 1er trimestre 2024. Tout document justifiant de la mise en place de RETEX autour des dysfonctionnements graves et modalités de diffusion des mesures issues des RETEX.	E 3 E 4 E 5	N		La mission prend note de la démarche institutionnelle qui va être impulsée autour de la qualité et de la gestion des risques permettant à la fois, de renforcer le repérage et l'attention portée aux événements indésirables par le développement d'une culture du signalement mais également, de définir les conduites à tenir en cas d'incident grave avec l'organisation d'une chaîne de responsabilités et la diffusion auprès des personnels des suites données. Le recours au REQUA en appui de cette sensibilisation des professionnels et de structuration du dispositif est recommandé par la mission. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.

Tableau des mesures définies
Prescriptions

Date de mise à jour des mesures : 25/05/2024		Nom établissement : EHPAD Camille Claudel		Adresse : 24 Impasse du Couvent		Code postal : 70000		Commune : SENNECEY-LES-MACON	
Prescriptions									
N°	SI	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/M	Levée Q(N)/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		S'assurer de disposer d'un système d'appel malade adapté pour les résidents accueillis, accessible et opérationnel sur l'ensemble de l'établissement.	L. 851-3 CASP	2 mois	Tout élément justifiant de l'opérationnalité du système d'appel malade. Facture acquittée pour la mise en service des nouveaux médaillons.	E 14	Non		La mission prend acte du devis signé le 21/02/2024 pour la commande de 8 médaillons, pour ceux manquants pour des résidents présents le jour de l'inspection. Elle prend note également de la réalisation d'un audit mensuel par l'ODEC et l'ajout de maintenance du système d'appel malade. Dans la fiche de [REDACTED] avec un fonctionnement valide et un fonctionnement. Les éléments fournis ne permettent pas d'attester de l'opérationnalité du système malade pour l'ensemble des résidents présents dans l'EHPAD. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités. La mission sollicite également la facture acquittée pour les 8 médaillons commandés.
2		Systématiser et tracer la mise à disposition d'une collation la nuit pour chaque résident.	L. 811-3 D. 312-158-2 CASP Annexe 2-3-1 CASP	1 mois	Tout document indiquant la mise en place systématique de cette collation et de sa traçabilité. Protocole collation actualisé	E 18	Non		La mission prend bonne note des actions initiées depuis l'inspection (intégration de la collation nocturne au plan de soins, traçabilité sur le DSI de sa prise effective, liste de résidents concernés). Cependant, elle met l'accent sur la nécessité de réviser le protocole "collation de nuit" datant du 21/09/2022 : - systématiser la proposition de collation à tout résident dont l'amplitude du jeûne entre le dîner et le petit-déjeuner est de 12h ou plus, comme recommandé par la SFN et le dernier plan d'actions semaine nationale nutrition 2023 (pas de ciblage sur les seuls diabétiques). - la proposer soit à 22h soit après minuit (selon le cycle de sommeil du résident et/ou sa dialysothérapie pour les MND) ; - intégrer à la fiche de tâches horaires de l'équipe de nuit). La liste de résidents devant bénéficier de collation sera à ajuster en fonction, en prévoyant son actualisation régulière sur la base de la traçabilité des horaires et prises alimentaires du dîner et du petit-déjeuner. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
3		Afin de garantir la continuité d'une prise en charge adaptée par les équipes soignantes : 1° Faire intervenir uniquement des personnels soignants qualifiés pour les soins auprès des résidents sur chacun des secteurs de l'établissement, et veiller à ne confier aux ASH que les activités et tâches prévues par la réglementation. 2° Assurer la présence continue d'au moins un(e) AS diplômé(e) de nuit, d'une part pour les secteurs "classiques" et d'autre part spécifiquement pour l'UVP. 3° Organiser l'échange d'informations entre les professionnels au changement d'équipe du soir et du matin, avec des temps dédiés à la relève orale y compris pour l'équipe de l'UVP. 4° Mettre en place des réunions communes entre les deux équipes soignantes et travailler avec elles à la mise à plat de leurs deux roulements flexes qui ne favorisent pas l'harmonisation de leurs pratiques professionnelles.	L. 811-3 CASP D. 312-155-0 CASP R. 4312-35 CSP R. 4311-5 CSP R. 4312-41 CSP	2 mois pour les actions 1° à 2° de la prescription 6 mois pour l'action 4°	Planning de jour des équipes soignantes des 2 premiers trimestres, pour chacun des secteurs dont l'UVP. Planning de nuit AS des deux premiers trimestres 2024, pour les secteurs "classiques" et pour l'UVP. CR des réunions d'équipes et engagement de la direction à réviser la maquette organisationnelle.	E9 E10 E11 E12 E13 E16	Non		La mission prend note des premiers éléments de réponse sur les 4 points de la prescription, notamment l'augmentation déclarée de salariés diplômés AS et ASJ/AMP, le projet de formation diplômante IFSI 2 ans de 2 ASH PP d'AS la nuit avec modification de la gestion du linge nuit/jour, et la mise en place de réunions d'équipes. Cependant, elle relève que : - Le tableau (non daté) de composition d'équipe transmise fait mention en journée de [REDACTED] - Ce tableau ne permet pas de s'assurer que chacun des trois secteurs classiques bénéficie en journée d'ASJ/AMP diplômés, et que la nuit il y ait au moins 1 AS diplômée pour l'UVP et 1 autre pour les 3 secteurs classiques ; - Les temps de relève au changement d'équipe matin et soir, déclarés mis en place à E15 et J09, sont à concilier par leur intégration aux IOP et fiches de tâches des salariés (3 es jour : via consultation du logiciel), tant pour les secteurs classiques que pour l'UVP ; - Le travail de mise à plat des deux roulements d'équipe (maquette organisationnelle) reste à engager. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
4		S'assurer de la saisie des prescriptions médicales sur le logiciel de soins par les médecins traitants munis de leur codes d'accès, afin de ne pas placer les IDE en situation d'exercice illégal de la profession de médecin	L. 4161-1 CSP R. 4311-7 CSP	3 mois	Note de service interne rappelant cette règle. Courrier aux médecins traitants.	E 21	Abandonnée		La mission prend acte que, contrairement aux déclarations de différents salariés entendus, les IDE ne sont pas amenés à saisir des prescriptions de médecins traitants à leur place avec leurs codes d'accès sur le logiciel TITAN. La consultation des dossiers ne permettait pas de déterminer si les prescriptions y figurant étaient bien saisies par les MD traitants ou par les IDE munis de leurs codes d'accès. La mission tient à préciser que cela ne doit pas plus être réalisé par le MedCo (chronophage au détriment de ses 14 missions définies par l'art. D 312-158 du CASP, source d'erreurs, et faisant endosser par le MedCo la responsabilité de l'acte prescrit par le médecin traitant). La prescription envisagée est abandonnée.

Prescriptions									
Nb	Titre	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport L/R	Levée Q/R/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
5		De manière à assurer une stabilité du pilotage et de l'animation du collectif de travail de l'établissement : 1° Revue les modalités de délégation et de signature de la directrice de l'établissement pour vérifier le partage des responsabilités avec le gestionnaire et faire mention des 4 items réglementaires. 2° Organiser un dispositif des atteintes partagées sur l'établissement. 3° Mettre en place de manière programmée des réunions de service animées par la directrice permettant la circulation des informations significatives, des échanges avec l'équipe et leur implication dans les réflexions.	D. 310-176-5 CASP RBFP : La bientraitance; définition et réguler pour la mise en œuvre, HAS, 2008	3 mois	Délégation de pouvoir et signatures revues. Tableau des atteintes 2024. Note de service atteinte de direction et mode de diffusion. Programmation des réunions de service et du personnel sur 2024.	E 6 E 1 E 2	Non		Sur la 1°. La mission prend note du cadre de gouvernance en place entre l'établissement et le gestionnaire (président de la société gestionnaire / directrice d'exploitation et directeur régionale sur les fonctions support). Elle relève que le document unique de délégation transmis dans le cadre du contrôle est signé entre [REDACTED] Sur la 2°. La mission prend note que le dispositif d'atteinte repose sur la directrice seule, sans implication d'autres professionnels de l'établissement pour une atteinte administrative partagée, avec le total signé d'un autre directeur remplaçant ou du DR en son absence. Les éléments transmis ne permettent pas de vérifier sur l'année l'organisation du dispositif et le porté à la connaissance des personnels. Sur la 3°. La mission prend acte du cadre fixé pour l'organisation de deux réunions par an avec le personnel et de deux réunions de service par an, avec mise en place et suivi d'un plan d'actions. La notion de service n'est pas précisée. La mission relève dans les CR transmis que sont ciblés les secteurs suivants : restauration, animation, UVR, IDE, ASH. Il n'est pas fait mention de réunions avec le personnel soignant. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente : - de la délégation de pouvoir et de signature complète signée du président représentant l'OG, - du tableau des atteintes sur 2024. La mission sollicite également une note de service sur l'organisation du dispositif d'atteinte diffusée au personnel. - de la programmation des réunions de service et du personnel sur 2024. La mission sollicite également la composition de ces réunions de service.
6		Sur la base d'une démarche participative organisée (résidents/familles/professionnels/partenaires), élaborer un projet d'établissement décliné dans ses différents composants (projet de soin, projet de vie, projet d'animation, projet architectural, projet RH et social, projet GRC et qualité, projet éthique et SI) ; - en détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ; - en présentant la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Intégrer un volet relatif à sa mise en œuvre et à son évaluation.	L. 311-8 CASP D. 311-38-3 CASP D. 312-160 CASP R. 311-38-1 CASP Instruction interministérielle n° DGS/VSSJ/OCCS/SO3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD RBFP : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service HAS, 2010	3 mois (éléments de présentation de la démarche) 12 mois (PE actualisé et validé)	Note de présentation de la démarche d'élaboration du PE avec calendrier des travaux Constitution des groupes de travail interdisciplinaires Projet d'établissement formel Compte-rendu du CVS et des instances du personnel formalisant leur avis. Tout document attestant des modalités de diffusion en interne et aux partenaires	E 7 E 8 E 16	Non		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités. La mission attire l'attention sur la nécessité de prendre en compte les nouvelles dispositions réglementaires prévoyant le contenu du projet d'établissement (décret n°2024-186 du 29/02/2024 relative au projet d'établissement ou de service des établissements et de services sociaux et médico-sociaux – article D. 311-38-3 CASP / arrêté du 13 février 2024 fixant la liste des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles - article R. 311-38-1 CASP).
7		Clarifier la politique d'admission de l'établissement en formalisant une procédure permettant d'identifier les différentes étapes (pré-admission / admission / pré-accueil / accueil).	L. 311-3 CASP L. 311-4 CASP D. 312-158 CASP	3 mois	Procédure d'admission médico-sociale administrative finalisée et validée par la direction. Exemple de document formalisant la décision du résident à l'admission.	E 7 E 14 E 15	Non		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
8		Développer et formaliser les coopérations avec les partenaires de la filière gériatrique, tant avec les professionnels de soins libéraux qu'avec l'établissement de santé pivot et ses équipes spécialisées : 1° Proposer et signer un contrat de coordination avec l'ensemble des médecins traitants et des kinésithérapeutes intervenant dans l'EHPAD. 2° Élaborer et formaliser des conventions avec l'ES privé (CH de Mâcon), pour la prise en charge des résidents en urgence ou en programmé dans la filière gériatrique, et le recours à son EMS, à ses équipes de psychiatrie, à l'HAD, et à l'EGH. 3° Mettre en place une organisation spécifique pour l'accompagnement de la fin de vie, notamment par le partenariat formalisé avec les équipes spécialisées (EHPF et HAD).	L. 314-17 CASP D.312-153-0 ainsi que 5 CASP D. 312-158-11° CASP	3 mois pour l'action 1° 9 mois pour les actions 2° et 3°	Contrats de coordination signés avec les médecins traitants et les kinésithérapeutes. Conventions de partenariat signées.	E 20 E 23 E 24	Non		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.

Prescriptions									
N°	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport EPH	Levée G(N)/ Abandonnée	Date de la levée	Observations	
9	Optimiser le système de chauffage qui présente des dysfonctionnements en matière de régulation et de sécurité pour les résidents (usage de chauffage d'appoint), avec la réalisation d'études techniques et le choix d'un devis.	L. 311-3 CASF	3 mois	Devis retenus avec la prestation technique et délai de réalisation. Factures acquittées. Plan d'actions global et échéancier.	E 12	NS		La mission prend acte de la réalisation d'un audit par la société de maintenance [REDACTED]. Elle relève que le document d'état des lieux établi par chambre n'est pas daté et libellé au nom de la société et lui référence ainsi à 82 chambres pour 81 chambres normalement proposées. Les éléments transmis ne permettent pas de visualiser le plan d'actions retenus pour remédier aux défauts/dysfonctionnements relevés, par ordre de priorité. Les devis signés fin 2023 se limitent à deux chambres, sans attester d'une réalisation. La mission sollicite ainsi un plan d'actions global pour les remplacement identifiés d'équipement (régulateur, actionneur, vane, ventilateur), avec un échéancier associé. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente sur la base du plan d'actions global des devis retenus et des factures acquittées.	
10	Mettre en conformité le cadre d'organisation et de fonctionnement du CVS avec la nouvelle réglementation en vigueur (composition et mandat, périmètre de missions, obligation).	D. 311-3 à D. 311-20 CASF	4 mois	Règlement intérieur révisé.	E 8	NS		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.	
11	Procéder à la mise à jour des outils relatifs aux droits des usagers adaptés au cadre de fonctionnement de l'établissement et en assurer la mise en œuvre effective par : - la complétude du règlement de fonctionnement, - la mise à jour des modèles type de contrat de séjour distinct pour THP et PHT, - l'actualisation du livret d'accueil présentant les prestations proposées (loches / facturées).	Règlement de fonctionnement : L. 311-4, L. 311-7, R. 311-55 à R. 311-57-1 CASF Contrat de séjour : L. 311-4 et L. 311-4-1, L. 311-6-1, D. 311-0-4, R. 311-0-5 et R. 311-0-8 CASF Livret d'accueil : L. 311-4 CASF Prestations : L. 311-2, L. 311-2 et annexe 2 à L. V 2° CASF	4 mois	Règlement de fonctionnement révisé, avec avis des instances. Contrats de séjour type mis à jour. Livret d'accueil mis à jour.	E 2 E 16 E 18 E 17	NS		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.	
12	En appui du projet social, sur la base d'un recueil des besoins de formation, formaliser un plan de développement des compétences (PDC) pluriannuel intégrant des actions individuelles et collectives adaptées pour l'ensemble des professionnels et permettant une adaptation des pratiques professionnelles au quotidien d'intervention auprès des personnes accueillies et une montée en compétences des salariés. Intégrer des formations sur les interventions non médicamenteuses pour l'équipe.	L. 312-1 à L. 312 CASF D. 312-155-0 CASF	4 mois (1°) 8 mois (2°)	1° Procédure d'élaboration du PDC. 2° Projet formel de plan pluriannuel de développement des compétences dans le cadre du futur CPGM.	E 10 E 8 E 9	NS		La mission prend acte de la validation du PDC 2024, avec la planification des formations et la signature de conventions avec l'organisme prestataire. Elle souligne que les formations flash proposées par la MEDCO doivent figurer au plan global de formation des professionnels, participant de l'adaptation des pratiques professionnelles. La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités. Le délai pour la transmission d'un projet de plan de développement des compétences pluriannuel est porté à 8 mois.	
13	Dans le cadre de la stratégie d'aide aux aidants, structurer l'activité d'hébergement temporaire : - en formalisant les critères d'admission et de suivi d'accompagnement, - en définissant des objectifs d'accompagnement incluant des axes de prévention et en travaillant un plan de préparation du retour à domicile, - en renforçant les partenariats au titre des parcours domicile-hébergement et transition-domicile des personnes accueillies et l'articulation avec la plateforme d'accompagnement et de suivi de l'Alzheimer. Intégrer l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement.	L. 313-1 CASF L. 313-4 CASF L. 311-8 CASF D. 313-9 CASF Note d'information n°DGCS/SDSA/18/CNSA/DSEMS/002/ES du 15 mars 2021 concernant le cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répit et à l'accueil temporaire.	6 mois	Convention de partenariat formalisée avec les acteurs du domicile (SSAD-EJA-SAAD-futurs services autonomes / AJ-MT / OAC) définissant les modes de travail opérationnels (amont, pendant et post-MT). Projet d'accueil spécifique formel incluant le plan de retour à domicile intégré au projet d'établissement. Règlement de fonctionnement actualisé intégrant l'HT. Plan de communication partenariaux. Livret d'accueil actualisé.	E 1 E 7 E 12 E 13	NS		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.	
14	Veiller à la réalisation de toutes les missions attendues du médecin coordonnateur, notamment l'élaboration du projet général de soins et le développement de liens de travail formalisés tant avec les acteurs de la filière gériatrique du territoire qu'avec les professionnels de santé libéraux.	D. 312-158 CASF	6 mois	Fiche de poste du MedCo mise à jour. Projet général de soins formalisé. Document du MedCo proposant à la direction les modalités de travail avec les partenaires de la filière gériatrique locale, en vue des concertations.	E 19	NS		La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.	

Tableau des mesures définitives
Recommandations

Date de mise à jour des mesures : 25/03/2024		Nom établissement : EHPAD Camille Claudel		Adresse : 34 impasse du Couvent		Commune : SENNECEY-LES-MACON
Coordonnateur :				Code postal : 71000		
Recommandations						
N°	4	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport I/R	Observations	
1		Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement à travers un organigramme tenu à jour et des fiches de postes et de tâches actualisées et connues des professionnels, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	RBPP : La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 3 R 7	La mission prend note de la révision en cours des fiches de poste et des fiches de tâches. Elle souligne que les temps de relève orale aux changements d'équipe jour/nuit et nuit/matin devront y être intégrés. L'organigramme transmis daté du 4/03/2024 ne permet pas de distinguer les effectifs soignants de l'UVF et d'identifier au sein des [REDACTED] d'AS-AES de jour, les professionnels qualifiés des professionnels qualifiés faisant fonction (hors remplacement de professionnel en formation qualifiante ou VAE). La recommandation est maintenue.	
2		Mettre en place annuellement des formations interdisciplinaires relatives à la promotion de la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance et veiller à ce que l'ensemble des salariés y participent à fréquence régulière et en tant que de besoin, en lien avec leur entretien annuel d'évaluation conformément aux bonnes pratiques professionnelles.	RBPP : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 10	La mission prend acte d'une formation bientraitance intégrée au PDC 2024 et programmée, avec un principe de reconduction tous les deux ans. Elle relève qu'elle concerne sur l'année un groupe limité [REDACTED] salariés de profil IDE-AS-AES-ASH. Cette formation n'est pas suffisante en termes de fréquence et de ciblage. La mission s'interroge sur le positionnement de la psychologue et le rôle (s'il est effectif) des deux référents bientraitance nommés début 2023 pour soutenir une réflexion collective sur la bientraitance, avec un plan d'actions et des outils adaptés à l'exemple de la charte bientraitance. Elle rappelle que le cadre de pilotage de la démarche bientraitance par la direction doit être explicité dans le projet d'établissement conformément aux nouvelles dispositions réglementaires (cf. référence prescription n° 6), pour une culture partagée autour de définitions communes et de repérage des risques. La recommandation est maintenue.	
3		A l'appui d'une démarche de prévention des risques et de QVCT (qualité de vie et des conditions de travail) basée sur une actualisation de la cartographie des risques professionnels, formaliser un dispositif de soutien psychologique du personnel dans l'établissement dans le respect des bonnes pratiques professionnelles.	RBPP : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008 RBPP : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008	R 11 R 12	La mission prend acte des réflexions engagées pour mettre en place, à échéance non définie, des séances d'analyse de la pratique professionnelle par un tiers professionnel extérieur au bénéfice des équipes. Elle souligne la nécessité parallèlement : - de mettre à jour le DUEP de manière à actualiser la cartographie des risques professionnels et à identifier les actions de prévention engagées à conforter et/ou à développer ; - d'intégrer ce dispositif de soutien dans une démarche plus globale de QVCT à structurer au sein de l'établissement. La recommandation est maintenue.	
4		Optimiser la qualité de la restauration (saveurs, variété des menus, quantités servies) et la traçabilité des prises alimentaires, afin de contribuer à l'effectivité des apports nutritionnels requis de chaque résident.	RBPP HAS : Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne / 2022	R 17	La mission prend bonne note des actions engagées, notamment la participation du chef cuisinier au CODIR et le recueil "en vie réelle" des avis des résidents par la directrice et l'animatrice déjeunant régulièrement sur place. L'enquête de satisfaction restauration réalisée en juillet 2023 est à renouveler avec une fréquence pluriannuelle ; elle est à promouvoir pour maximiser le nombre de résidents répondants (un taux de réponse de moins de 20% comme en 07/2023 n'est pas significatif ; à relever en qualitatif la demande de variété et de température des plats). La mission insiste sur la traçabilité des prises alimentaires aux différents repas, permettant d'alerter avant la perte de poids sur une perte d'appétit (recherche de causes) et de s'assurer de l'effectivité des apports nutritionnels requis. L'alimentation est un soin à part entière, pour prévenir la dénutrition et ses impacts délétères (chutes, baisse de l'immunité, retards de cicatrisation, risque escarre). La recommandation est maintenue.	
5		Intégrer les grenouillères aux moyens de contention physique passive devant bénéficier d'une prescription médicale réévaluée comme les autres moyens de contention.	RBPP HAS : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée/ octobre 2000	R 18	La mission prend acte du protocole de surveillance de la contention physique passive (CFP) par grenouillère, daté du 14/03/2024 et diffusé aux équipes pour mise en œuvre. La mission rappelle la référence à suivre en matière de bonnes pratiques professionnelles, pour limiter les risques de CFP chez la personne âgée : RBPP ANAES/HAS d'octobre 2000. L'effectivité et la bonne appropriation par les équipes du nouveau protocole interne daté du 14/03/2024 sont à suivre par le MedCo, avec le CODIR.	