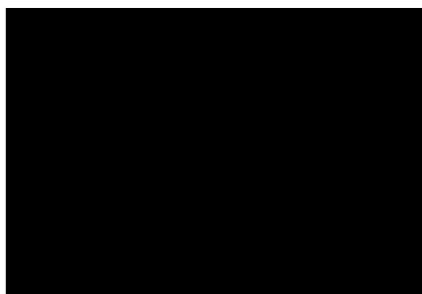
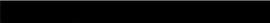


La Directrice générale

Le Département de la Drôme




Directeur général
Colisée France
Immeuble Le Ravezie
20/28, allée de Boutaut
33070 BORDEAUX

Lyon, le - 3 NOV. 2025

Ref: 2025 PVICE 46

Objet : **Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et le Département de la Drôme – EHPAD La Maison des Buis 26400 GRANE**

LRAR 2C 156 947 0874 0

PJ : 1 Mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur général,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD La Maison des Buis à Grâne le 14 novembre 2024 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024).

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier le 21 juillet 2025, les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux **non-conformités et dysfonctionnements constatés notamment des défauts majeurs de sécurité qui compromettent la sécurité des résidents.**

Vous nous avez adressé par mail et par courrier votre réponse accompagnée de pièces justificatives, le 4 septembre 2025. Au terme de la procédure contradictoire, et après examen approfondie de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier les mesures définitives dans le tableau en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision. En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures correctives au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

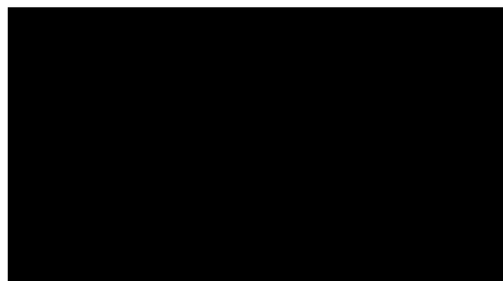
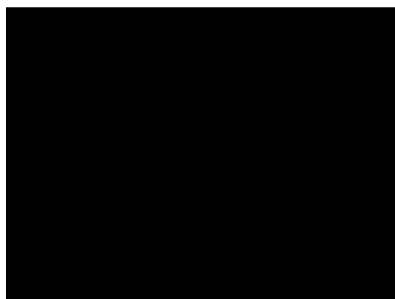
2503 472

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué conjointement par la délégation départementale de la Drôme, service autonomie et par les services du Conseil départemental de la Drôme.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappelons enfin que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le directeur général, l'expression de notre considération distinguée.



Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

Nature des mesures correctives

Les **injonctions et prescriptions** se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

Les **injonctions** sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

Les **recommandations** visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique (dysfonctionnement source de risque(s) mais non fondé sur un texte précis et / ou manquement à référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple).

Maintien / levée des mesures correctives

Les mesures correctives envisagées lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux)

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI retenu	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Conformément à l'article L 311-3 du CASF, garantir la sécurité des résidents et mettre en œuvre les mesures nécessaires et notamment : - Procéder à la réparation des serrures de portes et fenêtres ; - Sécuriser les salles dites de soins aux étages, la sécurisation de l'accès au matériel de cuisine ; - Installer des protections contre le soleil sur la terrasse du rez-de-chaussée ; - S'assurer de la maintenance continue des locaux et aux contrôles des défibrillateurs conformément à l'article R5212-25 du code de santé publique ; - Garantir l'ouverture des volets dans les parties de vie commune.	Ecart Majeurs n°1 et n°2 Ecart n°3 et n°4 Remarque n°12 n°13	Immédiat	L'établissement déclare avoir remplacé toutes les serrures et poignées de portes et a adressé 2 photos de portes en exemple. L'absence de facture ne permet pas de justifier ces changements en ce qui concerne les portes et les fenêtres du rez de chaussée. La sécurisation des salles de soins et l'accès au matériel a été effectué. Une note de service indique la marche à suivre pour l'utilisation des cuisines thérapeutiques. Une pergola a été commandé pour le RDC (devis à l'appui). L'absence de facture ne garantit pas de son installation effective. Une fiche de contrôle du défibrillateur a été transmise ainsi qu'une note pour l'ouverture des volets sur l'ensemble des secteurs. Compte tenu de ces éléments la prescription n°1 est maintenue concernant les réparations de l'ensemble des serrures et fenêtres de la structure et l'installation de la pergola.
2	Mettre en place l'annexe au contrat de séjour prévu aux articles L 311-4-1, R 311-0-7 et annexe 3-9-1 du CASF pour garantir les droits des résidents	Ecart n°1	3 mois	L'établissement déclare avoir mis en place l'annexe relative à la liberté d'aller et venir en octobre 2024 pour les nouveaux résidents entrants. Deux annexes signées en date de juillet et aout 2025 ont été transmises. Compte tenu de ces éléments, la prescription

				n°2 est maintenue dans l'attente de la transmission d'un tableau indiquant la mise à jour des annexes signées pour les résidents concernés. L'établissement a transmis un protocole fausse route et la photo de son affichage en salle à manger. Concernant le protocole de gestion des urgences, a été transmis un document de l'ARS IDF à destination des IDE Aide-Soignante en EHPAD comprenant 20 fiches symptômes et conduite à tenir. Il est indiqué la diffusion de ce document à l'ensemble des salariés en juin 2025 sans en apporter la preuve. De la même manière, l'établissement déclare avoir réalisé plusieurs sessions de sensibilisation pour la conduite à tenir en cas de fausse route fin 08 et début 09/2025 sans en apporter la preuve. Compte tenu de ces éléments, la prescription n°3 est maintenue.
4	Elaborer un protocole de gestion des urgences médicales conformément à l'article R4311-14 CSP et s'assurer de sa diffusion et de son appropriation par les équipes ainsi qu'un protocole de conduite à tenir en cas de fausse route.	Ecart n°2, Remarque n°19	3 mois	
5	Elaborer la procédure d'admission et veiller à ce que le médecin coordonnateur donne des avis médicaux lors des admissions conformément à l'article D 312-158 du CASF.	Ecart n°5	3-mois	L'établissement indique travailler avec un nouveau médecin gériatre en télé coordination qui participe aux admissions. Transmission d'exemples de validations de dossier d'admission par le médecin et la Direction. La prescription n°4 est levée

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI retenu	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de :				
1	Formaliser la continuité de la fonction de direction afin de sécuriser les fonctions de direction.	Remarque n°4	3 mois	L'établissement a transmis une fiche d'organisation en binôme en cas d'absence de la Directrice avec la Direction de La Baume de Transit, une fiche gestion de crise avec le téléphone du Directeur Régional à contacter en cas d'absence de la Directrice, un planning d'astreintes du mois d'Aout 2025 et une attestation de délégation de signature de la Directrice non signé par son délégataire. La recommandation n°1 est levée.
2	Garantir un taux d'encadrement de nuit identique chaque soir quel que soit la période afin que la nuit soit couverte par deux professionnels y compris durant les deux heures de pauses.	Remarque n°5	3 mois	L'établissement déclare que lorsqu'un personnel de nuit sur les trois est absent (AS ou ASH), leur temps de travail est de 12h en continu et a transmis l'organisation type en mode « essentiel » (dégradé), sans apporter la preuve de cette organisation. La recommandation n°2 est maintenue dans l'attente de la transmission des plannings de septembre 2025 prévisionnels et réalisés
3	Développer une véritable politique de gestion des risques conformément et notamment : -élaborer une procédure opérationnelle de traitement, d'analyse et de suivi des événements indésirables grave ; - donner accès à l'ensemble des agents au logiciel en s'assurant auparavant que les professionnels soient tous formés ; -organiser des retours d'expérience auprès des équipes ; -mettre en place un dispositif de recueil des réclamations	Remarques n°1 n°2 et n°3	3 mois	L'établissement a transmis une fiche récap Politique Bientraitance du groupe pour la mise en place d'un comité bientraitance et d'une charte bientraitance au sein de l'EHPAD. Une procédure de traitement d'analyse des EIG du groupe Colisée a été transmise. Une charte d'incitation à la déclaration des EI a été affichée au sein de la structure. L'établissement n'apporte pas la preuve que l'ensemble des salariés soit informé et formé au

	et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions du CVS.			logiciel permettant de déclarer les EI/EIG. La structure indique pratiquer une présentation et une analyse des EI/EIG sans en apporter la preuve. Les REX énoncés par la structure ne sont pas transmis. Compte tenu de ces éléments, la recommandation n°3 est en partie maintenue
4	Formaliser et sécuriser l'organisation des équipes : -mettre en place des plannings de nuit, -se doter d'une politique de remplacement des professionnels et anticiper la gestion des plannings pour pallier le risque de désorganisation du service auprès des résidents, -se doter des diplômes pour les agents de nuit. -garantir l'acculturation à la méthode MONTESSORI.	Remarques n° 6, n°8, n°9, n°15	3 mois	La structure précise avoir déjà mis en place des plannings comprenant l'équipe de nuit mais n'apporte pas la preuve d'une organisation et sécurisation des professionnels et résidents, durant la pause de l'un d'eux. Le planning transmis ne permet pas de mesurer la capacité de la structure à pourvoir de façon réactive aux éventuels remplacements à opérer. La structure avance le fait que le personnel de nuit présente des qualifications sans en apporter la preuve. La structure a entrepris une démarche d'acculturation de la méthode Montessori avec une session de formation pour 12 salariés, prévue en septembre 2025. La recommandation n°4 est maintenue
5	Réorganiser les temps de transmission actuels entre salariés pour garantir la continuité de prise en charge et sa sécurisation.	Remarque n°10	3 mois	La structure indique mettre en place des transmissions quotidiennes matin et soirs en présence des IDE et AS. Les AS et IDE travaillent en 12h. Des comités thématiques en plus des transmissions matin et soir ont lieu tous les jours en semaine en début d'après-midi. La recommandation n°5 est levée
6	S'assurer de la traçabilité de la remise des fiches de	Remarque n°	3 mois	L'établissement indique avoir mis à jour les fiches de

	postes et de tâches aux salariés et de leur appropriation (y compris CDD et intérimaire).	7		taches sans en apporter la preuve. Le livret d'accueil transmis comporte bien une check-list indiquant la remise des fiches de tâches aux salariés embauchés depuis juin 2025, mais ne garantit pas la prise de connaissance pour chaque salarié de l'établissement de sa fiche de poste. La recommandation n°6 est maintenue
7	Mettre en place une signalétique adaptée aux difficultés des résidents accueillis.	Remarque n° 14	6 mois	Une amorce de réflexion concernant la signalétique est initiée et un projet de personnalisation des espaces privatifs est en cours. La recommandation n°7 est maintenue
8	Intégrer dans les plans de soins de nursing l'ensemble des données pour s'assurer de leur complétude.	Remarque n° 16	3 mois	Les plans de soins des AS sont détaillés et font apparaître les soins de nursing La recommandation n°8 est levée
9	Elaborer pour chaque résident un plan de soin technique IDE complet.	Remarque n° 17	1 mois	La structure a transmis un plan de soins IDE pour un seul habitant ce qui ne permet pas de garantir que tous les plans de soin technique soient réalisés. La recommandation n°9 est maintenue
10	Elaborer un plan des douches ou bains hebdomadaire pour tous les résidents retraçant leurs particularités et réfléchir d'une manière collective à la gestion des refus des résidents.	Remarque n° 18	1 mois	La structure n'est pas en mesure d'établir un planning de douche ou bains stabilisé, mettant en avant le profil des habitants. Les plans de soins des AS tracent la réalisation des douches réalisées. La preuve n'est pas apportée d'une réflexion collective de la structure face aux refus. La recommandation n°10 est maintenue
11	Intégrer les données concernant le suivi médical dans chaque DLU, s'assurer de leur complétude et former l'ensemble du personnel à son extraction.	Remarque n° 20	Sans délai	Un DLU a été transmis. Le suivi médical est intégré au DLU ainsi que les examens effectués et les événements survenus sur une période récente pour le résident. Cet échantillonnage n'est pas suffisant

				pour vérifier la complétude des DLU de l'ensemble des résidents. La recommandation n°11 est maintenue
12	Formaliser les protocoles d'évaluation et de suivi de la douleur et assurer sa bonne appropriation par les équipes.	Remarque n° 21	6 mois	La procédure transmise est datée du 21/05/2024. La feuille d'émargement présentée laisse apparaître des dates antérieures et ne permet donc pas de confirmer s'il s'agit d'un émargement concernant la dernière procédure en vigueur qui viendrait remplacer les précédentes. La recommandation n°12 est maintenue
13	Elaborer une procédure de suivi et de contrôle des médicaments de la dotation d'urgence, et lister les médicaments présents	Remarque n° 22	1 mois	La procédure est présente ainsi que la liste des médicaments. Les documents transmis permettent de confirmer d'un contrôle mensuel. La recommandation n°13 est levée
14	Adhérer et participer aux travaux de la filière gériatrique du territoire.	Remarque n°11	3 mois	La structure n'a pas adhéré à la filière gériatrique de façon formelle. La recommandation n°14 est maintenue

