

La directrice générale


Président
Habitat et Humanisme Soin
69 chemin de Vassieux
69 300 Caluire et Cuire

Lyon, le 30 JUIN 2025

Ref. 2025-PMIEC.27

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et Département de la Drôme

LRAR AA 210 334 3621 5

PJ : 1 Mesures correctives définitives

Monsieur,

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 Saint Joseph à Lorient le 19 septembre dernier 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 du 13 juin 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis, le tableau de réponse renseigné ainsi que des pièces justificatives, par voie dématérialisée le 31 octobre 2024. Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous prenons bonne note de vos engagements et des actions déjà mises en œuvre.

Vous trouverez les mesures correctives définitives détaillées dans le tableau en annexe du présent courrier.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

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

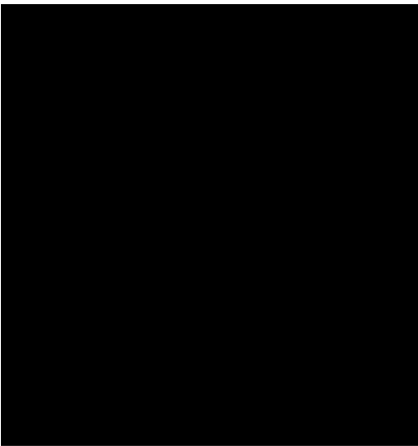
Dans ce cadre, vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai défini par leur soin par voie dématérialisée aux adresses suivantes : ARS-DT26-GRAND-AGE@ars.sante.fr et poa@ladrome.fr

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, l'expression de notre considération distinguée.



Par délégation de la Présidente
du Conseil départemental



Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES ENVISAGEES ET REPONSES

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	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Etablir un registre des entrées et des sorties des résidents tel que prévu à l'article L331-2 du CASF.	Ecart n°1		L'établissement a transmis le registre des entrées et des sorties des résidents 2023 et 2024. Ces registres sont matérialisés. En conséquence la prescription n°1 est levée.
2	Régulariser la capacité d'accueil conformément à l'arrêté d'autorisation	Ecart n°2 et 3		L'établissement indique respecter l'autorisation de 69 lits en hébergement permanent et 3 en hébergement temporaire. En conséquence, la prescription n°2 est levée.
3	Conformément à l'article L311-8 du CASF, élaborer le projet d'établissement de manière concertée et partagée avec le personnel et en intégrant notamment les projets de services (HT et UPV), la politique bientraitance, le projet d'animation et le projet de soin.	Ecart n°4, n°5, n°6 et Remarque n°1	6 mois	L'établissement indique avoir entrepris un travail de révision du Projet d'Etablissement avec l'ensemble des salariés. Le Projet sera livrable fin du premier semestre 2025. En conséquence la prescription n°3 est maintenue.
4	Procéder à l'élaboration du règlement intérieur du CVS et organiser 3 CVS dans l'année conformément au décret n°2022-688 du 25/04/2022 et aux articles D311-16 et suivants du CASF	Ecart n°7 et 8	6 mois	Le règlement intérieur a été élaboré et devait être proposé pour approbation au CVS de novembre 2024. L'établissement a transmis les CR de CVS de 12/23, 03 et 06/24. En conséquence, la prescription n°4 est maintenue en attendant la transmission de la version finalisée du règlement intérieur approuvée par le CVS.
6	Afin de garantir la déclaration des événements et dysfonctionnements prévus à l'art L.331-8-1 du CASF, mettre en place une procédure unique de déclaration des événements indésirables graves et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. La déclaration doit être remplie par celui ayant constaté l'EIG.	Ecart n°9		L'établissement a transmis une procédure de déclaration des événements et dysfonctionnements ainsi qu'un compte rendu de réunion de Staff IDE de 01/2024 qui traite de la procédure. Il convient de poursuivre l'appropriation au sein des équipes de cette démarche. En conséquence, la prescription 6 est levée.
7	Formaliser des partenariats avec les acteurs du territoire de santé qui interviennent effectivement dans l'établissement et définissant les modalités d'interventions conformément à l'article D312-155-0 du CASF.	Ecart n°10	Dès que possible	L'établissement a transmis les conventions EMH, soins palliatifs et HAD. Ces conventions sont cependant anciennes (respectivement 2011, 2016 et 2016) et n'ont pas été réactualisées La convention avec l'équipe mobile de psychiatrie est en cours de

				signature. En conséquence, la prescription 7 est maintenue dans l'attente de la transmission des éléments probants (conventions actualisées et convention nouvelle).
8	Actualiser le règlement de fonctionnement (art. R.311-33 à R.311-37 et L.315-12-11 du CASF) après avoir consulté le CVS.	Ecart n°11 et Remarque n°13	6 mois	L'établissement indique avoir actualisé le règlement de fonctionnement et a transmis ce document. Il était prévu une présentation au CVS en novembre 2024. En conséquence, la prescription n°8 est maintenue dans l'attente de la transmission du document après consultation du CVS.
9	Elaborer un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé pour chaque résident, formaliser une procédure spécifique et y associer l'ensemble des salariés conformément à la réglementation en vigueur (articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF)	Ecart n°12 et Remarque 14	12 mois	L'établissement a transmis un PAP vierge et indique que tous les résidents ont un projet sans en apporter la preuve. Pas de transmission de procédure d'élaboration des PAP. En conséquence, la prescription n°9 est maintenue.
10	Recruter un médecin coordonnateur en vertu de l'art D312-155-0 du CASF et proposer un temps de service de 0,60 ETP	Ecart n°13 et 14	Dès que possible	L'établissement apporte la preuve de sa recherche d'un médecin coordonnateur par la diffusion d'offre d'emploi, toujours en cours. En conséquence, la prescription 10 est maintenue.
11	Etablir un projet de soins qui sera par la suite coordonné et évalué par le médecin coordonnateur, art D 312-158-1 CASF	Ecart n°15	Dès que possible	L'établissement indique que le projet de soins sera intégré au projet d'établissement à la fin du premier semestre 2025 et que le médecin coordonnateur actualisera celui-ci. En conséquence, la prescription 11 est maintenue.
12	Réunir une fois par an minimum la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prise en charge auprès des résidents de l'EHPAD en vertu de l'article D312-158 CASF .	Ecart n°16	Dès que possible	L'établissement indique que la commission de coordination se réunira dès l'embauche du nouveau médecin coordonnateur. En conséquence, la prescription 12 est maintenue.
13	Assurer la rédaction du rapport d'activité médicale annuel conformément à l'article D312-158 CASF, cette tâche pouvant être assumée par l'IDEC dans l'attente du recrutement du MEDEC.	Ecart n°17	Dès que possible	L'établissement indique que le RAMA est effectué par le cadre de santé en l'absence de médecin coordonnateur. Dès son embauche, celui-ci sera réalisé. En conséquence, la prescription 13 est maintenue.
14	Réaliser le GMP sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement conformément à l'art R232-18 CASF.	Ecart n°18	Dès que possible	L'établissement indique être en négociation CPOM en 2025 et que la coupe pathos sera réalisée à ce moment-là. En conséquence, la prescription 14 est maintenue.

15	Formaliser un protocole de la mise sous contention avec les modalités de mise en place et de suivi pour limiter les risques éventuels pour le résident en vertu de l'article R311-8-7 CASF	Ecart n°19	L'établissement a transmis un protocole complet de mise sous contention, datant de 2018. En conséquence, la prescription 15 est levée
16	Equiper l'établissement d'un aspirateur à mucosité, d'un défibrillateur, d'insufflateur et de masque.	Ecart n°20	L'établissement indique être en possession de deux aspirateurs à mucosité, d'un DAE et d'un insufflateur à oxygène sans apporter d'éléments probants. En conséquence, la prescription 16 est maintenue.
17	Stocker les bouteilles d'oxygène, conformément aux conditions prévues par l'AMM et le règlement contre l'incendie des ERP.	Ecart n°21	L'établissement indique que les bouteilles d'oxygène sont fixées au mur de l'infirmier sans en apporter la preuve (photo par exemple). En conséquence, la prescription 17 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de :			
1	Conduire une réflexion collective avec les équipes concernant la restriction d'aller et venir des usagers pendant la journée et mettre en place un protocole formalisant les règles relatives à la limitation des déplacements des résidents au sein de l'EHPAD	Remarque 2	L'établissement indique avoir mené une réflexion collective sur la restriction d'aller et venir dans le cadre de l'évaluation HAS qui s'est déroulée en octobre 2024, sans apporter d'éléments probants. En conséquence, la recommandation 1 est maintenue.
2	Mettre en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions de CVS.	Remarque 3	L'établissement a transmis une procédure de traitement et de suivi des plaintes et réclamations datée de 05/2023. Elle ne fait pas référence à la présentation de ces réclamations en CVS. Un registre des réclamations a été instauré sans en apporter la preuve. En conséquence, la recommandation 2 est maintenue.
3	Formaliser une politique de remplacement des professionnels afin d'anticiper la gestion des plannings même si cela est réalisé dans les faits.	Remarque 5	L'établissement a transmis une procédure de travail en mode dégradé ainsi qu'un document de politique de remplacement. En conséquence, la recommandation 3 est levée.
4	Prévoir des temps de relève et de transmission entre les équipes de nuit et de jour matin et soir afin d'assurer le	Remarque 6	L'établissement a transmis une fiche de transmission entre les équipes de jour et de nuit ainsi que les

	passage d'informations et de garantir la continuité des soins.			plannings qui prévoient les temps de relève entre les équipes. En conséquence, la recommandation 4 est levée.
5	Formaliser la gestion des urgences médicales afin de mettre à disposition des professionnels les conduites à tenir et acculturer les professionnels au protocole de la gestion des urgences.	Remarque 7	3 mois	L'établissement a transmis les preuves de formation 2024 pour 5 agents en AFGSU 1 et 2 ainsi que le protocole de conduite à tenir en cas d'urgence médicale, s'agissant de la procédure d'appel. Cependant, aucune conduite à tenir pratique devant une situation d'urgence (ACR, fausse route, perte de connaissance, crise convulsive etc.. n'a été transmise. En conséquence, la recommandation 5 est maintenue.
6	Etablir un plan de formation au profit des professionnels et de leurs besoins au vu des publics accueillis dans l'établissement, ce qui permettra d'assurer une prise en charge adaptée des résidents.	Remarque 8		L'établissement a transmis le plan de formation 2024. En conséquence, la recommandation 6 est levée.
7	Accompagner les démarches de qualification des professionnels non qualifié de l'établissement.	Remarque 9	6 mois	L'établissement a transmis un contrat d'apprentissage pour une qualification d'une salariée en tant qu'aide-soignante. Poursuivre ce processus pour les autres professionnels non qualifiés. En conséquence, la recommandation 7 est maintenue.
8	Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels autres que le temps de transmission afin de les laisser échanger sur leurs pratiques en vue de leurs améliorations.	Remarque 10	1 mois	L'établissement indique que des séances d'analyse de la pratique professionnelle sont prévues au plan de formation 2025 à raison d'une heure et demie par mois. Transmettre les plannings d'organisation des séances d'APP pour 2025 et le nombre de participants. En conséquence, la recommandation 8 est maintenue.
9	Améliorer la signalétique de l'espace du rez-de-chaussée.	Remarque 11	Sans délai	L'établissement indique avoir repensé la signalétique. En l'absence de fourniture des éléments probants, la recommandation n° 9 est maintenue.
10	Organiser le recueil des attentes, besoins et habitudes de vie à l'ensemble des résidents, afin d'élaborer les projets de vie	Remarque 12	6 mois	L'établissement a transmis une fiche de synthèse « Entrée du résident » qui est rempli à l'entrée des résidents. Cette fiche est partielle quant aux souhaits

				et habitudes de vie et ne peut en elle-même suffire au recueil des attentes des résidents. En conséquence, la recommandation n°10 est maintenue.
11	S'assurer de la traçabilité de l'attestation de remise du livret d'accueil et de la désignation de la personne de confiance pour l'ensemble des dossiers des résidents.	Remarque 13	Sans délai	L'établissement indique que la remise du livret d'accueil est tracée dans les dossiers ainsi que le formulaire de recueil du consentement. Toutefois, les éléments transmis ne permettent pas d'en attester. Poursuivre la remise et la traçabilité des documents. La recommandation n°11 est maintenue.
12	Intégrer dans les plans de soins infirmiers la totalité des dossiers des soins.	Remarque 15		L'établissement indique que tous les dossiers de soins sont intégrés dans NetSoins. La recommandation n°12 est levée.
13	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 16	1 mois	L'établissement n'a pas transmis de véritable plan de douches pour l'ensemble des résidents, mais une suite d'extractions des dossiers individuels, ce qui ne constitue pas un document de planification à l'échelle de la structure. Une réflexion collective sur les refus de soins est prévue en réunion d'équipe sans apporter d'éléments probants. La recommandation n°13 est maintenue.
14	Intégrer les modalités et la traçabilité de l'accompagnement aux toilettes dans le plan de change.	Remarque 17		L'établissement a transmis une fiche de planification journalière des changes pour l'ensemble des résidents. La recommandation n°14 est levée
15	Soumettre les repas au cadre de santé/ IDEC pour avis afin de s'assurer de l'équilibre des repas proposés.	Remarque 18		L'établissement indique que les repas sont élaborés par un prestataire externe qui dispose d'une diététicienne. La recommandation n°15 est levée
16	Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de collation afin de ne pas espacer de plus de 12h deux repas, en vertu des bonnes pratiques visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées.	Remarque 19		L'établissement indique avoir changé les horaires de repas en instaurant une proposition de collation systématique à 22h30. La recommandation n°16 est levée.

17	Intégrer les données concernant le suivi médical dans chaque DLU et former l'ensemble du personnel à son extraction.	Remarque 20	3 mois	Le protocole d'extraction des DLU a été transmis. Les données sont directement implémentées dans chaque DLU mais l'établissement ne précise pas si les médecins traitants remplissent les observations cliniques dans [REDACTED] ce qui permettrait d'alimenter le DLU. La recommandation n°17 est maintenue
18	Finaliser la rédaction du plan bleu en y intégrant la maîtrise du risque infectieux.	Remarque 21		L'établissement a transmis le plan bleu et l'annexe relative à la maîtrise du risque infectieux. La recommandation n°18 est levée.
19	Signer et actualiser le protocole de prévention et de prise en charge des chutes en intégrant les modalités relatives à une analyse collective de l'ensemble des chutes ainsi qu'aux actions correctives à mettre en place	Remarque 22		L'établissement a transmis le protocole de prévention et de prise en charge des chutes, qui intègre les modalités d'analyse collective. La recommandation n°19 est levée.
20	Formaliser un protocole sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition détaillée et assurer sa bonne appropriation par le personnel.	Remarque 23	6 mois	L'établissement a fourni un protocole « alimentation du résident », datant de 2023, qui traite de la prévention de la dénutrition mais n'intègre pas suffisamment précisément la surveillance de l'état nutritionnel (calcul de l'IMC) i la prise en charge de la dénutrition, et serait donc à compléter. En conséquence, la recommandation n°20 est maintenue.
21	Formaliser un protocole de prévention et de traitement des escarres insufflant une vraie politique de prévention dans la structure, et s'assurer de son appropriation par les professionnels.	Remarque 24	3 mois	L'établissement a fourni un protocole « soins d'escarre » ainsi qu'un document informel de présentation de l'échelle de Norton, mais le protocole n'est pas complété d'un volet prévention. En conséquence, la recommandation n°21 est maintenue.
22	Formaliser les protocoles d'évaluation et de suivi de la douleur et de fin de vie et assurer sa bonne appropriation par les équipes.	Remarque 25		L'établissement a fourni un protocole de gestion de la douleur et de soins d'une personne en fin de vie. Ces protocoles sont toutefois assez succincts, il est rappelé ici la nécessité de réactualisation des conventions avec l'HAD et l'EMSP afin que l'établissement progresse dans ce domaine. La recommandation n°22 est levée.

26	Rédiger la fiche de vérification du chariot d'urgence qui énonce la liste du matériel et des médicaments qui le composent	Remarque 26		La liste transmise de composition du chariot d'urgence et de vérification des dates de péremption est correcte. La recommandation n°26 est levée.
----	---	-------------	--	--

