

La délégation départementale
de la Drôme

Directeur général Groupe DOMUSVI
46-48 rue Carnot
92150 Suresnes

Lyon, le **25 MARS 2025**

Ref: 2025-PMIEC-9

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et Département de la Drôme – EHPAD Le Clos Rousset, 26320 Saint Marcel Les Valence

LRAR 2C 156 947 0854 2

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 (CASF) et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD LE CLOS ROUSSET à SAINT MARCEL LES VALENCE le 11 octobre 2024 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan de contrôle des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en 2 ans » (2022 – 2024).

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 23 janvier 2025 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel du 21 février 2025. Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

Au terme de la procédure contradictoire, et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant 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 et vous attacherez en particulier au développement de la culture qualité au sein de la structure et à la mise en place d'une organisation permettant de réduire le temps de réponse aux appels-malades.

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 par la délégation départementale de la Drôme de l'ARS, service personnes âgées et le Conseil départemental de la Drôme.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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 la direction de l'EHPAD LE CLOS ROUSSET

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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	Se conformer à l'arrêté d'autorisation n° 2024-14-0014 concernant les places d'hébergement permanent	E1, E2, E3	3 mois	S'agissant de la prescription n°1, l'établissement a transmis un relevé des résidents présents (pas de date mentionnée). On décompte 74 résidents en hébergement permanent et 3 résidents en hébergement temporaire. L'autorisation est donc respectée. Au vu de ces éléments, la prescription n° 1 est levée.
2	Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité en: - formalisant une procédure unique de déclaration des événements indésirables conformément aux articles L. 331-8-1, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP permettant : - la déclaration par le professionnel ayant constaté l'EI, - un traitement complet des événements indésirables survenus, - la déclaration de tous les EI / EIG(S) à déclaration obligatoire aux autorités administratives compétentes, - de s'assurer de son appropriation et de sa mise en œuvre par l'ensemble du personnel - formalisant le dispositif de recueil et d'analyse des réclamations.	E4, R2	6 mois	Concernant la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement a transmis un PPT de présentation des événements indésirables et des fiches « Je Signale », réalisé par DomusVi le 19/02/2025. Il reprend la définition des EI/EIG, les modalités de déclaration, les fiches déclaratives, le processus de traitement complet y compris un registre des EI/EIG(S) et une fiche type Retex. L'établissement a transmis un formulaire d'aide à la déclaration d'un EIGS sur le portail national. Un PPT concernant la sensibilisation des plaintes et réclamations a aussi été transmis et réalisé par DomusVi le 19/02/2025. Il est complet et décrit le process et les outils de déclaration. La procédure de déclaration des EI/EIG en interne a été transmise et mise à jour en 02/2025. Des temps de formation/sensibilisation sont prévus en mars 2025 puis en juin et octobre 2025 auprès des professionnels, pour l'appropriation de ces outils.

					La prescription n°2 est maintenue dans l'attente de la transmission des éléments de preuves concernant les sessions de formation prévues en mars et juin 2025 pour l'ensemble des professionnels. Délai : 6 mois.
3	Poursuivre pour le directeur en poste au jour de l'inspection sa démarche de formation qualifiante et transmettre le diplôme attestant qu'il bénéficie du niveau requis, conformément à l'article D. 312-176-6 / D. 312-176-7 du CASF. + Produire les diplômes de la personne devant prendre en charge la direction de l'établissement au départ de M. initiales fin 2024, permettant d'attester de la qualification de celle-ci pour le poste.	E5	4 mois	S'agissant de la qualification du directeur, l'établissement répond qu'une nouvelle directrice est en poste depuis le 13/12/2024 et transmet une copie du diplôme attestant qu'elle bénéficie du niveau requis pour exercer des fonctions de direction. Au de ces éléments, la prescription n°3 est levée. L'établissement veillera cependant à transmettre aux autorités de tarification les qualifications de la personne arrivant en tant que nouvelle directrice fin mars.	
4	Aménager le parcours de déambulation des unités de vie protégées afin qu'ils ne présentent plus de risques de chutes pour les résidents. Article L 311-3 du CASF	E6	6 mois	S'agissant de l'aménagement extérieur des unités de vie protégée, l'établissement déclare prévoir une étude spécifique sur le sujet. Dans un premier temps, les marches présentes seront retirées. L'établissement ne mentionne pas de délai, ni ne transmet de devis. Au vu de ces éléments, la prescription n°4 est maintenue. Délai : 6 mois	
5	Permettre un accès libre des résidents de l'UASA à leur chambre afin de respecter la liberté d'aller et venir prévue à l'article L.311-3 et à l'annexe 2-3-1 du CASF.	E7	immédiat	Concernant le libre accès des résidents de l'UASA à leur chambre, l'établissement a transmis le compte-rendu d'une réunion d'informations générales rappelant ce principe et le fait que des exceptions sont acceptées si elles sont inscrites dans le PAP du résident concerné (PAP de Mme [REDACTED] transmis). Au vu de ces éléments, la prescription n°5 est levée.	

6	Mettre en place une organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel malade afin d'assurer la sécurité des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF. + Assurer le suivi des délais de réponse	E8	Immédiat 6 mois	Concernant la demande de réduction du temps de réponse à l'appel malade, l'établissement déclare que des points de sensibilisation ont été menés auprès des équipes. Aussi, une étude technique est en cours pour envisager le remplacement du système en intégrant des bracelets anti-fugue. Aucun élément de preuve n'est transmis. La prescription n°6 est donc maintenue. Délai : 6 mois
7	Concernant les projets d'accueil personnalisé des résidents : - Formaliser pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de vie et un projet de soin, suffisamment détaillé, en associant les personnels concernés et prévoir sa réévaluation annuelle, conformément aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Formaliser pour tous les PAP le recueil des habitudes de vie, les attentes conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement". - Définir le mode de « référencement » mis en place (professionnel référent, ...) afin de veiller aux besoins et attentes de chaque résident, assurer le relais entre les équipes et les proches et élaborer et	E9 R12 R13	6 mois	La Direction indique une progression dans la formalisation des PAP et la mise en place d'une sensibilisation faite par la psychologue lors des relèves. Une réflexion sur la clarification des temps de rencontres résidents et sur le support du recueil des habitudes de vie va être menée avec une formation en interne non planifiée à ce jour. L'ensemble des éléments de preuves seront à transmettre. La prescription n°7 est maintenue. Délai 6 mois.

	suivre le projet personnalisé, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles HAS/ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé"			
8	Mettre en conformité le temps de service du médecin coordonnateur avec l'article D312-156 du CASF (0,60 ETP contre 0,50 ETP)	E11	3 mois	S'agissant de la mise en conformité du temps de service du médecin coordonnateur, l'établissement indique qu'un recrutement est en cours, et que des cabinets de recrutement ont été mandatés pour accompagner l'établissement. Aucun document de preuve n'est transmis. La prescription n°8 est maintenue. Délai 3 mois. Concernant l'écart n° 12, l'établissement indique avoir annulé une commission de coordination gériatrique prévue le 16/01/2025 faute de participants. Elle sera reportée en mars ou avril 2025 ; Concernant l'écart n°13, l'établissement déclare qu'en l'absence de médecin coordonnateur sur la structure, la RAMA n'a pas été rédigé. L'établissement déclare aussi qu'il compte prendre l'attache d'un médecin coordonnateur d'un autre établissement pour pouvoir avancer sur ces sujets d'organisation des soins. Concernant de l'écart n°14, aucune réponse n'est apportée. Concernant la remarque n°17, l'établissement indique avoir présenté le projet général de soins au personnel de la structure lors de la réunion d'information générale du mois de février 2025.
9	Concernant l'organisation des soins, conformément aux articles D.312-158- (5) du CASF et L.1110-4 du CSP: - Réunir régulièrement à la fréquence réglementaire (1 fois/an) la commission de coordination gériatrique - Elaborer chaque année le rapport d'activité médicale - Sécuriser le stockage des dossiers médicaux - Sensibiliser le personnel au projet général de soin	E12 E13 E14 R47	Immédiat	Au vu de ces éléments, la prescription n° 9 est maintenue sauf pour la remarque n° 17. Délai : 6 mois

10	Formaliser une conduite à tenir en cas de fausse route et s'assurer de sa bonne connaissance par le personnel. Article. L. 311-3 du CASF	E10	1 mois	La Direction a transmis la procédure en cas de fausse route qui est complète. 7 agents hôteliers ont été formés aux gestes et soins d'urgences de niveau 1 en novembre 2014 (Attestations jointes). La prescription n° 10 est levée , il est cependant important de poursuivre régulièrement la sensibilisation des équipes aux gestes à effectuer en cas de fausse route.
11	Arrimer les bouteilles d'oxygène conformément aux consignes de sécurité définies par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et dans le règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public Article L. 311-3 du CASF	E15	Immédiat 1 mois	Concernant l'arrimage des bouteilles d'oxygène, l'établissement indique qu'elles sont maintenues à la verticale avec une chaîne de maintien pour éviter tout basculement. Un pictogramme est apposé sur la porte de l'infirmierie. Aucun élément de preuve n'est transmis. La prescription n°11 est maintenue. Délai : 1 mois

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de:				
1	Concernant la continuité de direction :			
	- Organiser la continuité de la gestion de l'établissement lors des absences de direction en formalisant une délégation de signature au personnel administratif ou soignant de l'EHPAD	R3		S'agissant de la recommandation n°10, l'établissement indique seulement qu'un plan d'action spécifique doit être mené sur l'ensemble des sujets relatifs à la continuité de direction.
	- Vous approprier la procédure DOMUSVI « organisation des permanences en l'absence de la direction » afin que les salariés disposent de l'information sur les dispositions mises en place dans l'établissement	R4	3 mois	Au vu de ces éléments, la recommandation n°1 est donc maintenue. Délai : 3 mois
2	- Elaborer une procédure sur le dispositif des astreintes de direction précisant les conduites à tenir en cas de situations particulières et les modalités de recours à la personne d'astreinte permettant de sécuriser les professionnels dans leur pratique.	R7		
	Formaliser des consignes permettant d'encadrer la prise de poste des personnels remplaçants en définissant les modalités du fonctionnement de l'établissement et les conduites à tenir spécifiques pour garantir la bonne prise en charge des résidents	R6	3 mois	Idem pour la recommandation n°2, l'établissement déclare seulement qu'un groupe de travail va être mené afin de travailler sur les sujets relatifs à l'intégration des nouveaux collaborateurs. La recommandation n°2 est donc maintenue. Délai : 3 mois

3	Se rapprocher de [REDACTED] pour adhérer au dispositif IDE de nuit.	R9	3 mois	L'établissement indique que ce point sera traité à compter de l'arrivée de la nouvelle direction prévue en avril 2025. La recommandation n° 3 est maintenue. Délai : 3 mois
4	Concernant les conventions de partenariats : - Communiquer à la mission la convention passée avec un établissement sanitaire pour la prise en charge des résidents dans le cadre de l'urgence et des hospitalisations programmées ou bien mettre en place cette convention. - Actualiser les conventions de partenariats précisant les modalités d'intervention de l'HAD et de l'EMSP	R10 R22	3 mois	L'établissement a transmis la convention signée avec le CH de Valence le 14/12/2012 portant sur la prise en charge des résidents dans le cadre des hospitalisations et dans le cadre de l'urgence. Cette convention assez ancienne gagnerait à être actualisée L'actualisation des conventions de partenariats HAD et EMSP sera effectuée à l'arrivée de la nouvelle direction en avril 2025. La recommandation n°4 est maintenue Délai : 3 mois.
5	Distinguer les plans de soins techniques IDE des plans de soins de nursing des AS pour éviter une possible confusion des tâches entre les différents professionnels soignants.	R14	3 mois	Concernant la recommandation n°5, l'établissement indique que les plans de soins IDE sont bien distincts des plans de soins AS. Un exemple est transmis en élément de preuve. Par conséquent, la recommandation n° 5 est levée.
6	Mentionner dans les plans de changes l'accompagnement aux toilettes à heures fixes, en sus des accompagnements sur demande, pour les résidents continents ou partiellement continents.	R15	3 mois	Concernant la recommandation n°6, l'établissement indique que les accompagnements aux toilettes à heure fixe sont indiqués dans les plans de soins et non dans les plans de change (exemple transmis). Il est pris acte de cette information ; néanmoins, l'inscription dans les plans de change reste nécessaire.

				La recommandation n° 6 est maintenue. Délai : 3 mois
7	Formaliser une organisation et des outils de recueil pour assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique et la mise à jour des prescriptions médicales.	R20	3 mois	Concernant la recommandation n°7 et la formalisation d'une organisation et des outils de recueil pour assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique, l'établissement déclare qu'une organisation sera formalisée par le prochain médecin coordonnateur. La recommandation n° 7 est donc maintenue. Délai : 3 mois
8	Concernant les protocoles de soins : - S'approprier de manière générale les procédures DOMUSVI notamment le protocole prévention et traitement des chutes, les présenter aux professionnels et assurer leur mise en œuvre - Concernant le protocole de gestion des urgences médicales, le diffuser à l'ensemble du personnel et s'assurer de leur appropriation pour garantir une prise en charge sécurisée des résidents. - Détailler le protocole et les outils relatifs à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur chez les résidents pour qu'il constitue un outil de pratique quotidienne à l'usage des soignants - Actualiser et compléter le protocole sur la prévention et le traitement des escarres (échelles utilisées pour l'évaluation du risque d'escarre, recommandations de traitements en fonction des différents stades cliniques des escarres notamment).	R18 R8 R23 R21	3 mois 1 mois 3 mois 3 mois	Concernant les protocoles de soins, l'établissement indique qu'ils existent mais qu'ils nécessitent désormais une appropriation des équipes. La mise à disposition de ces protocoles sera effective à compter du mois de mai dans un classeur à l'infirmerie. La recommandation n° 8 est maintenue dans sa globalité. Délai : 1 mois pour la remarque n°8 concernant le protocole de gestion des urgences médicales. Délai : 3 mois pour les autres remarques.

9	S'assurer que la prise en charge et le suivi nutritionnel des résidents soient rigoureusement effectués en mettant à disposition des soignants différents outils (suivi des courbes de poids et des analyses biologiques, suivi alimentaire et aide aux repas, enrichissement des repas et apport de CNO en lien avec la diététicienne). Formaliser les consignes données.	R19	3 mois	S'agissant de la prise en charge et du suivi nutritionnel des résidents, l'établissement indique que le travail est en cours et que les procédures vont être retravaillées avec le médecin coordonnateur, ainsi que le prochain professionnel qui le remplacera. L'IDEC a effectué un rappel auprès des équipes concernant ces sujets et ce sera un sujet mis à l'ordre du jour de la prochaine commission de coordination gériatrique. La recommandation n° 9 est maintenue. Délai : 3 mois
10	Revoir l'organisation du temps de repas dans la salle de restauration principale afin qu'au moins un professionnel soit présent pour l'accompagnement des résidents les moins autonomes (aide au repas, incitation à manger).	R16	1 mois	La direction indique qu'un professionnel est présent lors des repas quand l'équipe est au complet, sans apporter la preuve de cette organisation. La recommandation n°10 est donc maintenue dans l'attente d'éléments probants sur cette organisation (plannings). Délai : 1 mois
11	Mentionner le mode d'accueil des résidents dans le registre des entrées et sorties	R4	Immédiat	S'agissant de la recommandation n° 11, l'établissement indique que désormais le mode d'accueil est mentionné dans le registre des entrées et sorties et que les équipes administratives ont été sensibilisées sur ce point. Vu les éléments de preuve apportés, la recommandation n° 11 est levée.
12	Attester de la présence de lève-personnes dans l'établissement et de leur localisation	R11	Immédiat 1 mois	L'établissement déclare posséder des lève-personnes au sein de l'EHPAD (pas de photo transmise). Il réfléchit actuellement à identifier des espaces de stockage adaptés et connus de tous. La recommandation n° 12 est maintenue dans l'attente de l'identification des espèces de stockage. Délai : 1 mois.

13	Communiquer à la mission le diplôme de J ■, noté dans le planning des aides-soignants	R5	Immédiat	Le diplôme d'aide-soignant de la professionnelle ■ a été transmis par l'établissement. La recommandation n° 13 est donc levée.
----	---	----	----------	--

