RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

isère LE DÉPARTEMENT

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La Directrice Générale

[redacted]

Le Département de l'Isère

Fondation Partage et Vie
[redacted]
Directrice Générale
11 rue de la Vanne
92120 Montrouge

Réf. : 2024-PrIEC-S

Lyon, le / 2 AVR. 2024

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du conseil Départemental de l'Isère

LRAR n° 1A 195 744 5138 8

Madame,

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 Ramée à Allevard le 21 septembre 2023 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 19 décembre 2023 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 8 février 2024.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et notamment à la prise en compte de nos remarques relatives à la sécurisation de l'unité protégée la nuit.
Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier nos décisions définitives, 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.

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 l'Isère, service Grand Age ars-dt38-grand-age@ars.sante.fr ainsi que le service inspection du département de l'Isère : Service.inspection@isere.fr

Vous veillerez à 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 prions d'agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

[redacted]

Copie à M. le Directeur de l'EHPAD La Ramée

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES 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 réponse de la structure et conclusion
1	Garantir la qualité et la sécurité de prise en charge dans l'établissement par la formalisation du fonctionnement existant : - Formaliser un projet d'établissement répondant aux différents attendus légaux prévus aux articles L311-8 et D311-8 CASF, et le présenter aux différentes instances. - Protocoliser la continuité de direction en cas d'absence imprévue du directeur	E1 RM 1	6 mois 1 mois	L'établissement a engagé des réunions de travail relatives à l'élaboration d'un projet d'établissement. Les deux premiers CR sont joints à la réponse. Le projet d'UVP est finalisé et devra être transmis à la direction départemental 38 ainsi qu'aux services du conseil départemental. Le protocole de continuité de direction a lui été transmis. **Ainsi la prescription n°1 est maintenue dans l'attente de la réception du projet d'établissement finalisé qui est attendu d'ici la fin de l'année 2024.**
2	Sécuriser le fonctionnement et l'organisation de la salle de soins : - Arrimer les bouteilles d'O2 conformément à l'AMM et améliorer le suivi et traçabilité de la dotation urgences (AMM) - Organiser la gestion du contrôle et suivi de la dotation urgences	E9 R27 E8	1 mois	L'établissement informe arrêter le contrat avec le fournisseur d'oxygène. Or il était demandé seulement d'arrimer les bouteilles d'oxygène afin qu'elles ne tombent pas. La nécessité de disposer de bouteilles d'oxygène sur la structure est à déterminer avec le médecin coordonnateur (selon dotation d'urgence une bouteille est en place). Concernant le contrôle et le suivi de la dotation d'urgence, il a été transmis une liste présentant l'inventaire du matériel disponible pour faire face aux urgences vitales : -le DAE et l'appareil à ECG, les matériels pour établir des diagnostics, pour l'hygiène et les soins stériles et matériel de perfusion/injection, de ventilation/inhalation pour faire les sutures et pansements et sondage urinaire ainsi que les médicaments. La date de ce document est le 25 janvier 2024 avec la mention des dates de péremption et de la quantité des produites et dispositifs. Il n'a pas été transmis l'organisation en place pour le suivi régulier ni les modalités de remplacements des produits

	- Sécuriser l'accès aux dossiers médicaux des résidents (art. L311-3 CASF)			périmés et manquants. L'armoire contenant les dossiers médicaux est fermée à clé et un protocole pour veiller à la sécurisation permet de définir les modalités en place dont le suivi de la traçabilité de toute ouverture fermeture. **Ainsi, la prescription n° 2 est maintenue dans l'attente d'arrimer la bouteille d'oxygène en place dans la salle de transmissions selon la dotation d'urgence transmise et de formaliser le suivi de la dotation d'urgence (modalités fréquence...).**
3	Conformément à l'article L.311-3 du CASF, garantir la sécurité des résidents en : - Assurant une vigilance renforcée sur l'UPG, en particulier la nuit en augmentant la fréquence des passages des personnels - Garantissant la sécurité des accès aux escaliers dans les étages - S'assurant que l'organisation des espaces de circulation permette le déplacement sécurisé des résidents et l'utilisation pratique du matériel	E5 E4 R7	~~1 mois~~	L'établissement a revu l'organisation de l'équipe de nuit : modification des fiches de tâches avec des passages renforcés en unité protégée ; installation d'un système d'appel malade centrale dans l'unité protégée. L'établissement indique avoir sécurisé l'accès aux escaliers par des indications sur les portes (photos transmises). Les espaces de circulation ont effectivement été revus avec un rangement différent des aides techniques. **Au regard des éléments transmis, la prescription n°3 peut-être levée. L'attention du directeur est appelée sur le maintien d'une organisation sécurisante pour les résidents accueillis compte tenu du bâti de l'EHPAD.**
4	S'assurer de la qualité de l'accompagnement apporté aux résidents en garantissant la qualification des professionnels et recruter du personnel diplômé.	E2 E3 R3 R4	6 mois	L'établissement indique que tout est fait pour favoriser le recrutement de personnels qualifiés ainsi que des formations en interne. **Sans remettre en cause le travail de direction effectué pour remédier à l'absence de personnels qualifiés, la prescription n°4 est maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments permettant de confirmer un effectif diplômé suffisant auprès des résidents.**

6	Garantir la mise en œuvre de l'ensemble des missions propres au médecin coordonnateur telles que définies à l'article D.312-158 du CASF : - Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur selon la quotité de travail prévue dans la réglementation -mettre en œuvre la rédaction d'un projet général de soins -faire signer le CR de la CCG par le médecin coordonnateur et la direction et formaliser	E6 E7 R18	3 mois 6 mois 1 mois	L'établissement indique que le médecin coordonnateur pourrait voir augmenter son temps de travail mais que la dotation financée ne permet pas son financement. Il est de la responsabilité de l'établissement de garantir le temps de présence légal du médecin coordonnateur. La dotation soins versée à l'établissement doit permettre le financement de ce temps de travail. Il est pris note que le projet général de soins est en cours d'écriture en cohérence avec les travaux relatifs au projet d'établissement et sera transmis en même que ce dernier d'ici la fin de l'année 2024. Le CR de la CCG signé a été transmis ; ce point est abandonné de la prescription. **Ainsi, la prescription n°6 est maintenue dans l'attente de l'augmentation effective du temps de travail du médecin coordonnateur conformément à la quotité prévue dans la réglementation et à la transmission du projet général de soins.**

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	REPONSE DE LA STRUCTURE
	Nous recommandons de :			
1	Améliorer la gestion du risque dans l'établissement : - Afin de garantir la déclaration des évènements indésirables prévue à l'art. L331-8-1 CASF, mettre en place une procédure de définition des évènements indésirables graves et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. - Afin de garantir un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et doléances des usagers, mettre à disposition des usagers des fiches spécifiques de réclamations.	R1 R2	6 mois	L'établissement indique démarrer des groupes de travail afin de répondre à la recommandation n°1. **Ainsi, la recommandation n°1 est maintenue dans l'attente de la transmission des procédures sollicitées.**
2	Améliorer la prévention du risque de dénutrition et sécuriser la prise des repas : - Sécuriser la prise en charge des repas en formalisant une conduite à tenir en cas de fausse route. - Améliorer la prise en compte des besoins nutritionnels des résidents - Réaliser la mesure du poids mensuelle des résidents	R17 R15 R16 R22	1 mois	L'établissement a pris en compte la recommandation et organise un groupe de travail relatif aux risques de dénutrition et sécurisation des repas. Des procédures seront transmises. La mesure du poids mensuelle des résidents est indiquée comme désormais suivie. L'établissement a transmis l'extraction [redacted] du suivi pondéral des résidents. Toutefois, l'étude du mois de décembre 2023, objective pour 8 résidents une absence de mesure de poids et cela depuis plusieurs mois 1 depuis avril, 1 depuis mai, 4 depuis juillet, et 2 depuis août. Aucune explication n'est mise en regard pouvant expliquer cette absence de mesure de poids. **Ainsi la recommandation n°2 est maintenue dans l'attente de la transmission des procédures relatives à la prévention et conduite à tenir en cas de fausse route ainsi que des éléments confirmant le suivi mensuel du poids de l'ensemble des résidents.**

3	Garantir la prise en compte des besoins personnalisés des résidents en formalisant les supports et améliorer le cadre de vie de ces derniers Plus précisément : - Compléter les plans de change par rapport aux accompagnements aux WC des résidents - Réajuster les plans de soins techniques notamment sur la distribution des traitements et les traitements locaux cutanés - Actualiser les plans de soins nursing aux besoins spécifiques des résidents - Mettre à jour les tableaux de planification des douches en indiquant les noms et prénoms et numéro de chambre des résidents et les spécificités individuelles - Planifier sur le plan de soins nursing le jour des douches et les spécificités pour l'accompagnement des résidents	R8 R14 R9 R10 R11 R12	1 mois	L'établissement a transmis les plans de changes du 3ème étage à jour, pour lesquels il précise avoir fait une mise à jour sur les autres étages sans transmission de document l'attestant. La date de mise à jour est du 12/12/2023, pour un document édité au 8/02/2024. Il est difficile de s'assurer de la mise à jour effective, de plus les autres étages ne sont pas transmis ni la liste des résidents au 8/2/2024. Il ne répond pas à la demande de faire figurer les accompagnements au WC pour les résidents continents et incontinents. Concernant les 2 plans de soins techniques modifiés l'un d'eux inscrit la distribution des médicaments aux 3 temps de la journée ainsi que l'indication du traitement cutané à appliquer. Pour le 2ème la vérification et l'administration des médicaments sont indiquées aux 3 temps de distribution. Par contre pour le pansement cutané, la crème utilisée n'est pas indiquée. Les plans de soins de nursing ne présentent pas les besoins spécifiques individualisés. Le jour de douche ne figure pas sur les plans de nursing. Le plan des douches a été modifié il fait apparaitre le nom et le numéro de chambre du résident et des pictogrammes sont apposés sur les aides humaines et techniques nécessaires pour l'accompagnement du résident. La date de mise à jour figure sur le plan de douches. **Ainsi, la recommandation n°3 est maintenue dans l'attente de la transmission des plans de changes des étages indiquant l'accompagnement aux WC notamment des résidents continents, et des plans de soins de nursing modifiés.**
4	Améliorer la planification et l'organisation des actes de soins et s'assurer d'un suivi régulier des besoins des résidents Plus précisément : - Mettre à jour les plans de change régulièrement notamment lors des mouvements des résidents - Formaliser la démarche d'évaluation de la douleur	R13 R26	3 mois	L'établissement indique mettre à jour régulièrement les plans de change. Concernant les autres éléments (formalisation évaluation de la douleur, protocole relatif à la dénutrition, au contention et la gestion et suivi des contentions physiques l'établissement transmettra les documents dans 3 mois **Ainsi, la recommandation N° 4 est maintenue dans l'attente de la transmission des documents élaborés.**

	- Elaborer un protocole sur la prévention et le traitement de la dénutrition en lien avec les RBBP - Mettre à jour le protocole relatif à la contention notamment sur l'inscription de la recherche d'alternatives et de la mesure du bénéfice/risque, ainsi que le rappel des recommandations ANSM de 2020 - Organiser la gestion des contentions dont le renouvellement des prescriptions de manière rigoureuse	R21 R23 R24		
5	Mettre à jour et formaliser les procédures et protocoles de conduite à tenir en se basant sur les RBPP et s'assurer de leur mise en œuvre et leur appropriation par les professionnels : - Formaliser les conduites à tenir pour faire aux urgences gériatriques - Réactualiser les protocoles relatifs aux chutes et à la prévention et traitement des escarres	R19 R20 R25	3 mois	L'établissement annonce envoyer sous trois mois les protocoles sur les conduites à tenir pour faire face aux urgences gériatriques et ceux relatifs aux chutes et prévention et traitement des escarres. **Ainsi, la recommandation N° 5 est maintenue dans l'attente de la transmission des éléments formalisés.**
6	Améliorer le cadre de vie des residents en favorisant les espaces transitionnels et en garantissant l'accès aux installations de l'établissement à l'ensemble des residents	R5 R6	6 mois	L'établissement évoque l'aménagement de la salle de bain commune. Le maintien dans celle-ci des aides techniques à la toilette ne semble effectivement pas poser de difficulté. En revanche, au-delà de l'aménagement de la salle de bain, la recommandation évoque l'aménagement des espaces communs permettant aux résidents de mieux investir les espaces de vie de l'EHPAD. **Ainsi, la recommandation n°6 est maintenue.**