

La directrice générale

Monsieur le Président
ITINOVA
TOUR PART DIEU
129 rue Servient
69003 LYON

Lyon, le **28 NOV. 2024**

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé

LRAR ..2c 166 947 08160

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président ,

Une inspection diligentée à mon 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 Notre Dame des Roches à ANJOU le 5 février 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 d'inspection, je vous ai fait parvenir par courrier du 12 août 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux manquements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier réceptionné le 20 septembre dernier.

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier mes 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 et vous attacherez en particulier à :

- A élaborer le projet d'établissement et projet général de soin,
- A sécuriser l'organisation médicale et paramédicale,
- A engager et présenter votre réflexion sur l'organisation ou non d'une unité de vie Alzheimer.

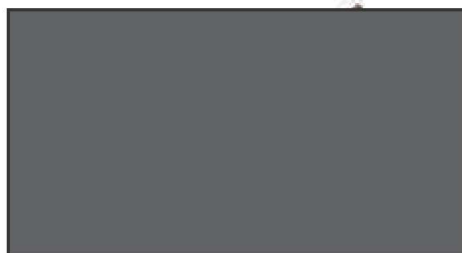
En outre, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Isère, service Grand Age. Vous veillerez à lui 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

Je vous rappelle 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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.



Copie à M. le directeur de transition

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous, et après analyse et prise en compte des réponses de la structure inspectée.

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) et/ou manquement à un 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 ET CONCLUSIONS
1	Sécuriser l'accès à l'établissement, l'infirmerie, les espaces de stockage et définir et utiliser un espace extérieur non fumeur spécifique hors espace de vie/restauration pour les résidents afin de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 CASF	E14 E15 E16 RM7 R12	1 mois	La réponse mentionne le changement de la serrure de la porte menant au balcon, le rappel aux équipes par voie d'affichage l'obligation de tenir fermée la porte de l'infirmerie et le local d'entretien ainsi que le rangement du local d'infirmerie. Ces réalisations pourront faire l'objet d'une vérification lors d'une visite sur site. Une réflexion est en cours pour définir les espaces fumeurs extérieurs. Par ailleurs, c'est l'ensemble des espaces de stockage qui nécessitait une sécurisation de leur accès. Par conséquent, la prescription n°1 est modifiée en ses termes « Sécuriser l'accès aux espaces de stockage et définir et utiliser un espace extérieur non fumeur spécifique hors espace de vie/restauration pour les résidents afin de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 CASF ».
2	Mettre en conformité le stockage des DASRI (articles R.1335-5 et R.1335-6 du CASF).	E18	1 mois	L'organisme gestionnaire indique avoir supprimé les DASRI dans les lieux de stockage non dédié. La sécurisation du lieu de stockage des DASRI est en cours (devis). La prescription n°2 est maintenue.
3	Mettre en place un système d'appels malade permettant une réponse rapide des professionnels conformément l'article L311-3 CASF.	E20	1 mois	Les actions sont en cours (audit par DSL + achat de médaillons supplémentaires). La prescription n°3 est maintenue.

4	Présenter aux autorités un projet sur l'utilisation optimale des locaux de l'établissement dans le but de garantir la dignité et la sécurité des résidents et permettant de répondre aux exigences d'accès à un espace extérieur pour les résidents de l'unité protégée conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF.	E19 RM4	9 mois	L'arrêté du 13 janvier 2020 portant cession de l'autorisation au profit de l'association Santé-Bien Etre mentionne une autorisation pour une unité protégée de 10 places. Par ailleurs, lors de la visite et des entretiens, la mission a constaté un accompagnement différent pour cette unité (porte d'accès à maintenir fermée, suppression des médaillons d'appel malade, cordon de sécurité pour éviter la déambulation, activités uniquement proposées dans l'unité...). Si le gestionnaire ne souhaite pas le maintien de l'UVP, un arrêt modificatif va être pris dans ce sens par les autorités. Il convient au préalable d'en faire la demande en précisant les mesures prises pour intégrer les résidents du 2nd étage dans la vie de l'établissement (retrait de la consigne de maintenir la porte fermée, réflexion sur la prise de déjeuner avec les autres résidents, inclusion des résidents dans les animations proposées en rez-de-chaussée...) Par conséquent, la prescription n°4 est maintenue.
5	Mettre à jour le registre des entrées et sorties conformément à l'article L.331-2 du CASF.	E1	15 jours	Le gestionnaire a transmis dans sa réponse l'extraction du logiciel de la liste des résidents au 12/09/24. Cette liste ne répond pas aux obligations réglementaires de tenue d'un registre des entrées et sorties. Par conséquent, la prescription n°5 est maintenue.

6	Elaborer les documents institutionnels réglementaires : -le projet d'établissement afin de se mettre en conformité avec l'article L311-2 du CASF, -le projet général de soins conformément à l'article D.312-158-1 du CASF, -le règlement de fonctionnement qui devra être conforme à l'autorisation et inclure les mesures relatives à la sûreté des biens et des personnes conformément aux articles L.311-7 et L.311-35 du CASF.	E2 E24 E3, E4, R1	9 mois	Le gestionnaire a transmis les CR des COPIL qualité de l'année 2023 abordant le sujet du renouvellement des documents institutionnels. Lors de l'inspection, le Directeur n'a pas connaissance de cette démarche. Le planning d'élaboration des documents internes et institutionnels ne mentionne pas le travail à mener sur la rédaction du nouveau projet d'établissement et du projet de soins. La prescription n°6 est maintenue.
7	Concernant l'unité protégée conformément à l'article L312-1 II 4ème alinéa du CASF.: -Assurer un accompagnement spécifique et adapté répondant aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles des résidents accompagnés, -Sécuriser la prise en charge soignante en disposant d'au moins un personnel qualifié sur l'horaire 11h45 à 12h45. -Sécuriser les entrées et sorties. -Disposer d'un accès à un espace extérieur direct conformément aux recommandations de bonnes pratiques.	RM1 RM2 E11 RM3 RM4	6 mois 1 mois 9 mois	L'arrêté du 13 janvier 2020 portant cession de l'autorisation au profit de l'association Santé-Bien Etre mentionne une autorisation pour une unité protégée de 10 places. Par ailleurs, lors de la visite et des entretiens, la mission a constaté un accompagnement différent pour cette unité (porte d'accès à maintenir fermée, suppression des médaillons d'appel malade, cordon de sécurité pour éviter la déambulation, activités uniquement proposées dans l'unité...). Si le gestionnaire ne souhaite pas le maintien de l'UVP, un arrêt modificatif va être pris dans ce sens par les autorités. Il convient au préalable d'en faire la demande en précisant les mesures prises pour intégrer les résidents du 2nd étage dans la vie de l'établissement (retrait de la consigne de maintenir la porte fermée, réflexion sur la prise de déjeuner avec les autres résidents, inclusion des résidents dans les animations proposées en rez-de-chaussée...) Par conséquent, la prescription n°7 est maintenue.

8	Améliorer la communication de l'établissement vis-à-vis des résidents et de leur famille et s'assurer du respect de leurs droits notamment en : -organisant le Conseil de la Vie Sociale conformément à l'article D311-16 et D311-20 du CASF, -disposant de contrat de séjour signé pour chacun des résidents (art. L311-4 CASF), -remettant systématiquement au résident lors de son admission l'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir (article R.311-0-7 du CASF), -affichant le règlement de fonctionnement (article R.311-34 du CASF), et définissant les modalités de communication avec les familles, -fournissant un livret d'accueil avec toutes ses annexes aux résidents en vertu de l'article L 311-4 CASF	E6 E7 E21 E5 E14 R2	3 mois	Le gestionnaire a transmis les PV signés par la Présidente des 2 CVS organisés en 2024 et un 3^{ème} CVS est programmé le 03/10/2024. Les autres mesures sont planifiées sur le dernier trimestre 2024. La prescription n°8 est modifiée : « Améliorer la communication de l'établissement vis-à-vis des résidents et de leur famille et s'assurer du respect de leurs droits notamment en : -disposant de contrat de séjour signé pour chacun des résidents (art. L311-4 CASF), -remettant systématiquement au résident lors de son admission l'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir (article R.311-0-7 du CASF), -affichant le règlement de fonctionnement (article R.311-34 du CASF), et définissant les modalités de communication avec les familles, -fournissant un livret d'accueil avec toutes ses annexes aux nouveaux résidents en vertu de l'article L 311-4 CASF. »
9	Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité en : - acculturant de façon continue l'ensemble des professionnels au dispositif de signalement des événements indésirables (l'article L331-8-1 du CASF). -formalisant le dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations.	E9 R3	6 mois	La référente qualité a programmé des temps de sensibilisation sur l'utilisation de [REDACTED] (justificatifs transmis). Ces temps doivent être réguliers et concerner l'ensemble des agents afin de toucher un maximum de professionnels tous les ans. Les statistiques des déclarations 2023 ont été transmises avec 43 EI déclarés. L'organisme gestionnaire prévoit la formalisation du dispositif de recueil des réclamations fin 2024. La prescription n°9 est modifiée et transformée en recommandation n°9 : « Développer la démarche

				d'amélioration continue de la qualité en formalisant le dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations ».
10	Organiser et formaliser la continuité de la direction en proposant le cas échéant les sub-délégations nécessaires conformément à l'article D315-68 du CASF et questionner les modalités d'organisation de l'astreinte de direction à un niveau territorial et non local.	E10 R4 R8	1 mois	La délégation de pouvoirs à la direction de pôle a été transmise. Pour autant les modalités de remplacement sur des périodes de congés de la direction ne sont institutionnalisées et validées par l'organisme gestionnaire. Le gestionnaire indique une réflexion en cours sur les subdélégations aux IDEC/cadres de santé. La réponse n'aborde pas la question des astreintes. La prescription n°10 est maintenue.
11	Concernant les ressources humaines : -Veiller à disposer de professionnels présentant les qualifications requises ou s'assurer de leur engagement dans un processus de formation diplômante. -Définir et formaliser la procédure de remplacement spécifique à l'établissement, -Organiser le soutien des professionnels par la mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques. -Organiser des temps d'échanges spécifiques avec l'équipe de nuit concernant l'organisation de la nuit et contrôler l'activité la nuit. -Rédiger et décliner une fiche de poste propre au poste d'aide-soignant de nuit. - Désencombrer et aménager les locaux du personnel afin de minimiser le risque de chute dans ces espaces. Conformément aux articles L312-1 II 4ème alinéa et L.312-1 II du CASF.	E11 E12 E13 R5 R10 RM5 R6 R16	6 mois	Au regard des éléments transmis et des engagements pris sur certaines actions, la prescription n°11 est modifiée : « Concernant les ressources humaines : -Veiller à disposer de professionnels présentant les qualifications requises ou s'assurer de leur engagement dans un processus de formation diplômante. -Définir et formaliser la procédure de remplacement spécifique à l'établissement, -Organiser le soutien des professionnels par la mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques. -Organiser des temps d'échanges spécifiques avec l'équipe de nuit concernant l'organisation de la nuit et contrôler l'activité la nuit. -Rédiger et décliner une fiche de poste propre au poste d'aide-soignant de nuit. - Désencombrer et aménager les locaux du personnel

				afin de minimiser le risque de chute dans ces espaces. Conformément aux articles L312-1 II 4ème alinéa et L.312-1 II du CASF.
	Concernant l'organisation médicale et paramédicale : -Mettre en conformité avec l'article D312-156 du CASF, le temps de service du médecin coordonnateur. - Elaborer le projet général de soins (article D.312-158-1 du CASF). - Réunir à la fréquence réglementaire (1 fois/an) la commission de coordination gériatrique (article D.312-158-3 du CASF). - Sécuriser la distribution des médicaments sur le temps du déjeuner par le personnel IDE ou par délégation aux aides-soignants diplômés (article R.4311-4 du CSP). -Formaliser l'organisation de l'accompagnement en fin de vie. -Formaliser et suivre la liste du matériel d'urgence/dispositifs faisant partis de la dotation d'urgence. -Afficher la conduite à tenir en cas d'urgence médicale dans les salles de soins. -Formaliser les protocoles à suivre en cas de fausse route et en cas de traitement des escarres selon chaque stade clinique. -Formaliser les protocoles pour faire face aux principaux risques médicaux notamment aux infections groupées et aux situations d'urgence gériatrique.	E23 E24 E25 E22	9 mois pour le projet general de soins 3 mois pour les autres mesures correctives	L'établissement ne fait aucune réponse concernant les mesures relatives aux écarts (E23, E24, E25, E22), c'est à dire au temps de service du médecin coordonnateur, à l'obligation d'élaborer un projet général de soins, à la tenue réglementaire annuelle de la commission de coordination gériatrique ainsi qu'à la sécurisation de la distribution des médicaments par des AD en collaboration avec les IDE. L'établissement a transmis un protocole d'accompagnement de fin de vie mis à jour en juillet 2024, présentant les différents points de surveillance et de prises en charge de la personne (alimentation, hydratation, soins de bouche etc....) de manière succincte. L'accompagnement des proches est évoqué ainsi que l'accompagnement des soignants notamment en lien avec l'EMSP. Un protocole sur la CAT face à la fausse route (R24) a été formalisé. Concernant les CAT pour faire face aux urgences gériatriques l'établissement a transmis un tableau recensant les protocoles élaborés en juillet 2024 il manque certains risques comme l'épilepsie. Concernant les infections groupées GEA et IRA, l'établissement signale les avoir rédigés, or cela sera effectif en septembre 2024 selon le tableau (pièce 14) qui recense la programmation des actions en termes de formalisation de protocoles et celui relatif

			au traitement des escarres sera élaboré en décembre (R31). Aucun élément de preuve n'a été adressé. Il n'est pas répondu : -à la mesure relative à la remarque R34, sur la formalisation du matériel pour faire face aux urgences, disponible, afin d'en assurer le contrôle. - à l'affichage de la conduite à tenir pour faire face à l'urgence médicale (R9) La prescription n°12 est modifiée : Concernant l'organisation médicale et paramédicale : -Mettre en conformité avec l'article D312-156 du CASF, le temps de service du médecin coordonnateur. - Elaborer le projet général de soins (article D.312-158-1 du CASF). - Réunir à la fréquence réglementaire (1 fois/an) la commission de coordination gériatrique (article D.312-158-3 du CASF). - Sécuriser la distribution des médicaments sur le temps du déjeuner par le personnel IDE ou par délégation aux aides-soignants diplômés (article R.4311-4 du CSP). -Formaliser l'organisation de l'accompagnement en fin de vie. -Formaliser et suivre la liste du matériel d'urgence/dispositifs faisant partis de la dotation d'urgence. -Afficher la conduite à tenir en cas d'urgence médicale dans les salles de soins. -Formaliser les protocoles à suivre en cas de fausse
--	--	--	--

				route et en cas de traitement des escarres selon chaque stade clinique. -Formaliser les protocoles pour faire face aux principaux risques médicaux notamment aux infections groupées et aux situations d'urgence gériatrique.
13	Auditer et mettre en place l'organisation des soins adaptés, conformément à l'article L312-1 II 4ème alinéa du CASF afin : * de veiller à la présence d'un personnel qualifié au sein de l'unité protégée sur l'horaire 11h45-12h45. * de garantir une aide au repas pour les résidents prenant leurs plateaux en chambre. * d'établir les missions de l'ASD de nuit conformément aux compétences des ASD. * d'exclure les tâches d'entretien des locaux des postes d'aide-soignant de nuit et contrôler la saturation des protections la nuit. * de s'assurer de la transmission des informations essentielles aux personnels remplaçant. * de s'assurer du respect du rythme des résidents.	E11 RM6 R7 R5 R21 R18	6 mois	L'arrêté du 13 janvier 2020 portant cession de l'autorisation au profit de l'association Santé-Bien Etre mentionne une autorisation pour une unité protégée de 10 places. Par ailleurs, lors de la visite et des entretiens, la mission a constaté un accompagnement différent pour cette unité (porte d'accès à maintenir fermée, suppression des médaillons d'appel malade, cordon de sécurité pour éviter la déambulation, activités uniquement proposées dans l'unité...). Si le gestionnaire ne souhaite pas le maintien de l'UVP, un arrêt modificatif va être pris dans ce sens par les autorités. Il convient au préalable d'en faire la demande en précisant les mesures prises pour intégrer les résidents du 2nd étage dans la vie de l'établissement (retrait de la consigne de maintenir la porte fermée, réflexion sur la prise de déjeuner avec les autres résidents, inclusion des résidents dans les animations proposées en rez-de-chaussée...) Le gestionnaire prévoit la révision de la fiche de poste des ASD de nuit en fin d'année 2024. La prescription n°13 est maintenue.

14	Arrimer la bouteille d'O2 conformément à l'Autorisation de Mise sur le Marché	E28	15 jours	La photo attestant de l'arrimage de la bouteille d'oxygène a été transmise en pièce (N°36). La prescription n°14 est levée.
----	---	-----	----------	--

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE ET CONCLUSIONS
	Je vous recommande de :			
1	Formaliser une procédure d'admission précisant le rôle et la place de chaque agent dans le processus d'admission.	R17	1 mois	La procédure a été réalisée en juillet 2023. Le gestionnaire doit veiller à son application. La recommandation n°1 est levée.
2	Formaliser et évaluer les partenariats existants à échéance régulière	R11	6 mois	Planification semaine 50. La recommandation n°2 est maintenue.
3	Aménager la signalétique extérieure et intérieure afin de faciliter le repérage et l'accès à l'établissement	R15	6 mois	Le gestionnaire prévoit une mise à jour des affiches courant septembre. Une réflexion globale de la signalétique s'appuyant sur le rapport et associant le CVS doit être menée. La recommandation n°3 est maintenue.
4	Concernant la prévention et la lutte contre la dénutrition : -Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de la 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. -Planifier et réaliser des pesées mensuelles pour chaque résident. -Mettre à jour le protocole relatif à la dénutrition en ce qui concerne les critères de diagnostic de la dénutrition conformément aux recommandations de bonnes pratiques.	R23 R28 R27	6 mois 1 mois 3 mois	L'établissement n'a pas répondu à la réorganisation du service des repas pour éviter d'avoir un jeune long pour les résidents. Concernant la pesée des résidents mensuelle, il est précisé que l'IDEC doit veiller au respect de l'application de la procédure pour des pesées mensuelles, celui-ci propose un calendrier selon les mois pour 2 équipes sans précision de leur composition ni des unités concernées. Les modalités et le matériel utilisé pour la pesée sont précisés. Une extraction des poids pour septembre 2024 concernant 71 résidents a été transmise. Il est à noter que

			des résidents présentent des erreurs de poids selon le delta affiché qui n'ont pas été contrôlées (de + 21,2 kg à moins 9,9kg) Concernant la mise à jour du protocole dénutrition elle est programmée la semaine 48. La recommandation N° 4 est maintenue dans l'attente de transmission d'éléments probants, sauf pour la mesure relative à la remarque N° 28 qui peut être levée, en veillant à maintenir sur le long terme la démarche de mesure mensuelle du poids des résidents mais aussi à signaler au médecin les variations de poids et à contrôler le poids en cas d'écart important au précédent poids mesuré. La recommandation n°4 est modifiée : concernant la prévention et la lutte contre la dénutrition : -Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de la 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. -Planifier et réaliser des pesées mensuelles pour chaque résident. -Mettre à jour le protocole relatif à la dénutrition en ce qui concerne les critères de diagnostic de la dénutrition conformément aux recommandations de bonnes pratiques.
--	--	--	--

5	Concernant la prévention du risque de chutes et la contention : -Formaliser un protocole sur la prévention des chutes identifiant les causes, les facteurs de risque et l'évaluation des risques conformément aux recommandations de bonnes pratiques. -Mettre à jour le protocole relatif aux contentions en mentionnant le descriptif des contentions utilisées. -Formaliser l'organisation de la réévaluation régulière des résidents sous contention incluant la mention des supports de suivi. -Mettre à jour les prescriptions de contention dès réévaluation de celle-ci.	R26 R29 R30	3 mois	L'établissement selon le calendrier des travaux envisagés pour l'élaboration et la mise à jour des protocoles de soins, répond que ceux concernant les chutes et la contention le seront respectivement la semaine 42 et 43. Concernant l'organisation et la réévaluation des contentions ce sera la semaine 45. La recommandation n° 5 est maintenue dans l'attente de l'envoi d'élément probant.
6	Concernant la prise en charge de la douleur, mettre à jour le protocole "prise en charge de la douleur" en mentionnant : -la conduite à tenir retenue par l'établissement, -les modalités de passation des échelles d'évaluation, -la traçabilité attendue sur [REDACTED]	R33	3 mois	Concernant la mise à jour du protocole dénutrition elle est programmée la semaine 46 La recommandation n° 6 maintenue dans l'attente de transmission d'élément de preuve
7	Aménager la salle d'animation afin d'offrir des conditions d'accueil optimales aux personnes accueillies, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS	R13	1 mois	L'établissement a procédé au retrait du mobilier non nécessaire. Néanmoins, deux lits sont toujours présents. Un projet de réaménagement de la salle d'animation est en cours en lien avec un appel à projets. La recommandation n° 7 maintenue dans l'attente de transmission d'élément de preuve

8	Réaliser et tracer le nettoyage régulier des réfrigérateurs des espaces de vie et s'assurer de l'absence de biens des personnels	E17 R14	45 jours	L'établissement a transmis une fiche de traçabilité de l'entretien d'un des réfrigérateurs. L'entretien est réalisé une fois par mois depuis janvier 2024. Un rappel des consignes aux équipes a été fait par l'IDEC. La recommandation n°8 est levée et pourra fait l'objet d'une vérification lors d'une visite sur site ultérieure.
---	--	------------	-------------	--

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Notre Dame des Roches à Anjou - 05/02/2024

