



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



La directrice générale

Réf. 24-PIEC-7

Présidente de l'Association des
Foyers de Province
31 rue Saint Sébastien
13006 Marseille

Lyon, le / 4 AVR. 2024

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

LRAR 1A 195 714 5139 5

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Madame la Présidente,

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 LA PERONNIERE, situé au 976, Rue de La Péronnière, 42320 La Grand-Croix, le 16 octobre 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, je vous ai fait parvenir par courrier daté du 14 février 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courriel du 14 mars 2024.

Je prends bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

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.

En outre, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et 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 Loire.

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, Madame la Présidente, l'assurance de ma considération distinguée.

Le directrice générale de l'ARS



Copie à Mme la directrice de l'EHPAD

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 définitives	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Effectuer des actes de maintenance et d'entretien du bâtiment afin d'assurer la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF relative aux prestations minimales d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'article L311-3 CASF. Mener une réflexion globale sur les évolutions possibles, notamment architecturales, afin d'accueillir dans les conditions requises de qualité et de sécurité une population véritablement dépendante. Dans ce cadre, conduire une réflexion en vue d'accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, conformément aux RBPP de la HAS/ANESM de février 2009 relatives à l'accompagnement de ce public (unités de petites tailles, chambres individuelles).	Ecart majeur n°1, Remarque majeure n°1, Remarque 14 Remarque n°2 et n°3	Immédiat et sur la durée 6 mois	Notre établissement est pavillonnaire. La construction a été réalisée en 1986 pour 60 studios, puis une construction d'un bâtiment pour une augmentation de capacité de 12 lits a été faite en 1998, et le conventionnement EHPAD des 72 lits en 2002. Notre GMP est de 643 au 29/02/2024, et notre PMP validé par vos instances en 2019 est de 220 Ces studios de 35 m² sont très appréciés par les résidents et leurs familles car ils recréaient un peu la vie à domicile dans un espace plus réduit et sécurisé. Cela leur permet d'apporter leurs effets/meubles personnels et de se sentir chez eux. C'est la force de l'établissement. Les enquêtes de satisfaction le reflètent. <i>(Annexe 1.1, 1.2 et 1.3)</i> Les résidents apprécient de se déplacer dans les jardins et quand ils ne peuvent le faire seul, ils sont accompagnés par le personnel. Un système de déplacement en golfette électrique est en place depuis la validation conjointe de l'ARS et du CD 42 pour la Convention tripartite en 2007. Nous disposons à ce jour de deux véhicules de 4 places. Sur l'ensemble des établissements pavillonnaire du Groupe afp (5 EHPAD pour 365 lits) nous n'avons jamais été destinataire de quelconques plaintes ou insatisfactions sur les déplacements à l'extérieur. Sur le bâtiment « Panoramic » il y a 10 chambres doubles et 2 chambres simples soit 22 places, pour accueillir des personnes à troubles cognitifs avancés. Actuellement l'établissement s'est déjà engagé dans une politique de nouvelle répartition des lits augmentant le nombre de cohabitation en UVO pour favoriser un accueil en chambre simple dans l'UVP. Aujourd'hui celle-ci accueille non pas deux mais 4 résidents en chambre simple, notre objectif étant de limiter l'UVP à 14 résidents contre 22 aujourd'hui. Cela se fera progressivement par le

			non-remplacement des décès ou des départs volontaires. Le delta des places sera réaffecté sur le secteur EHPAD classique avec 10 chambres en cohabitation ou pour des couples. Nous accueillons aujourd'hui 3 couples. Concernant les bâtiments : la salle de restaurant a été refaite en janvier 2024, les studios sont rénovés à chaque départ. Un plan de réhabilitation a été planifié. L'agent de maintenance de la résidence, accompagné par des artisans locaux réalise des travaux de rafraîchissement des locaux, et des parties communes. <i>(Annexe 1.4)</i> Dans l'attente de sa réalisation complète, la prescription est maintenue.		non-remplacement des décès ou des départs volontaires. Le delta des places sera réaffecté sur le secteur EHPAD classique avec 10 chambres en cohabitation ou pour des couples. Nous accueillons aujourd'hui 3 couples. Concernant les bâtiments : la salle de restaurant a été refaite en janvier 2024, les studios sont rénovés à chaque départ. Un plan de réhabilitation a été planifié. L'agent de maintenance de la résidence, accompagné par des artisans locaux réalise des travaux de rafraîchissement des locaux, et des parties communes. <i>(Annexe 1.4)</i> Dans l'attente de sa réalisation complète, la prescription est maintenue.
2	Conclure avec l'ensemble des professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD un contrat portant sur les conditions d'exercice conformément à l'article L314-12 du CASF.	Ecart n°2	3 mois	L'ensemble des médecins intervenants sur la structure ont été sollicités pour signer une convention le 25 octobre 2023. Seuls quelques-uns ont répondu. Vous en trouverez la liste en PJ. Une relance sera effectuée avec la convocation à la prochaine CCG qui aura lieu le 2 mai prochain. <i>(Annexe 1)</i> Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission de justificatifs, la prescription est maintenue.	L'ensemble des médecins intervenants sur la structure ont été sollicités pour signer une convention le 25 octobre 2023. Seuls quelques-uns ont répondu. Vous en trouverez la liste en PJ. Une relance sera effectuée avec la convocation à la prochaine CCG qui aura lieu le 2 mai prochain. <i>(Annexe 1)</i> Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission de justificatifs, la prescription est maintenue.
3	Garantir la sécurisation de l'accès aux locaux techniques et de stockage, conformément à l'article L311-3 CASF. Maintenir une organisation des espaces de circulation permettant le déplacement sécurisé des résidents et l'utilisation pratique des chariots et autres matériels.	Ecart n°3, Remarque n°13	Immédiat	L'ensemble des locaux techniques a été équipé de poignées sécurisées à digicode, la signalétique a été modifiée afin de mieux les identifier. Le manque d'espace induit un stockage des fauteuils roulants dans les circulations notamment lorsque pour répondre à leur bien-être, des résidents sont installés en sieste dans les fauteuils confort du salon d'animation et lors des repas au restaurant. Dont acte. Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission de justificatifs, la prescription est maintenue.	L'ensemble des locaux techniques a été équipé de poignées sécurisées à digicode, la signalétique a été modifiée afin de mieux les identifier. Le manque d'espace induit un stockage des fauteuils roulants dans les circulations notamment lorsque pour répondre à leur bien-être, des résidents sont installés en sieste dans les fauteuils confort du salon d'animation et lors des repas au restaurant. Dont acte. Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission de justificatifs, la prescription est maintenue.
4	Veiller à l'application des protocoles d'hygiène et d'entretien des locaux afin d'éviter le risque d'infection et assurer la qualité générale des locaux,	Ecart n°4	Immédiat et sur la durée	Une session de formation dispensée par la société [REDACTED] a eu lieu les 5 et 6 juin 2023, une autre s'est déroulée les 14 et 15 février dernier. <i>(Annexe 2)</i> Un audit annuel est réalisé par notre prestataire [REDACTED] pour l'hygiène locale. Des audits qualité sont réalisés mensuellement. <i>(Annexe 3)</i>	Une session de formation dispensée par la société [REDACTED] a eu lieu les 5 et 6 juin 2023, une autre s'est déroulée les 14 et 15 février dernier. <i>(Annexe 2)</i> Un audit annuel est réalisé par notre prestataire [REDACTED] pour l'hygiène locale. Des audits qualité sont réalisés mensuellement. <i>(Annexe 3)</i>

	conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF.				Dont acte. La prescription s'inscrivant sur la durée, est maintenue. Un système de rideaux occultant va être installé dans les chambres afin de permettre une séparation et garantir l'intimité pendant les temps de nursing ou de soin. Le matériel à déjà été acheté.
5	Mettre en place un système de séparation dans les chambres doubles afin d'assurer l'intimité des résidents, conformément à l'article L311-3 CASF et l'annexe 2-3-1 du même code.	Ecart n°5	3 mois		Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission de justificatifs, la prescription est maintenue. Contrat de séjour, règlement de fonctionnement ont été actualisés en décembre 2023 puis le 15 mars 2024 par notre siège et remis à jour pour notre établissement. Quant au livret d'accueil la réactualisation a eu lieu en 2021 par notre siège, et il est réactualisé à chaque changement au sein de notre résidence. Toutes les annexes au contrat de séjour et règlement de fonctionnement sont à jour. L'annexe 6 de sur la liberté d'aller et venir a été mise dans le contrat de séjour depuis le 15/03 2024. Mise en place d'une liste récapitulative des documents remis à l'entrée dans le dossier administratif du résident avec traçabilité. (Annexe 4)
6	Fournir aux nouveaux résidents un livret d'accueil et un contrat de séjour avec toutes les annexes, actualisées, conformément à l'article L311-4 du CASF	Ecart n°6, Remarque n°4	3 mois et sur la durée		Dont acte. Les documents institutionnels actualisés seront à transmettre aux autorités compétentes. La prescription s'inscrivant sur la durée, et en absence de justificatifs, est maintenue. En l'absence de psychologue, la mise en place des PVI est plus difficile, nous sommes cependant en recherche active de recrutement. Dans cette attente, le Médecin Coordonnateur aura à charge de relancer la procédure. D'ores et déjà un planning de réalisations a été élaboré pour l'année à venir. (Annexe 5) Le recueil des données (l'histoire de vie et habitudes) auprès des résidents et ou de la famille, sera réalisé par le référent soignant en poste sur le secteur ou par l'IDE à l'entrée d'un nouveau résident.
7	Formaliser pour chaque résident un véritable projet d'accompagnement personnalisé, en associant les personnels concernés et prévoir une réévaluation annuelle de ce PAP, conformément aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF.	Ecart n°7 et n°8, Remarque 16	6 mois et sur la durée		

				Un temps en équipe est programmé pour tracer le projet sur TITAN
	Désigner un professionnel référent, en particulier pour les premières semaines après l'arrivée du résident afin de l'aider à prendre ses repères, et pour contribuer lors de son séjour à une prise en charge individualisée.			L'organisation sectorisée « tournante » ne permet pas de mettre totalement en œuvre cette mesure. Cependant et afin d'en assurer l'objectif, nous avons donc fait le choix d'afficher le nom des professionnels référents par secteur à l'accueil. Cet affichage sera mis à jour à chaque changement. Par ailleurs, le nom du référent sera mentionné dans le support d'accueil déposé en chambre à chaque entrée. (<i>Annexes 6 et 7</i>) Dans l'attente de sa réalisation complète et s'inscrivant sur la durée, la prescription est maintenue.
8	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0,60 ETP, conformément à l'article D152-156 CASF, et informer vos correspondants en délégation territoriale des démarches menées en ce sens.	Ecart n°9	1 mois	Notre médecin coordonnateur intervient déjà sur 2 autres structures, il ne lui sera donc pas possible d'augmenter son temps de travail. Nous allons donc ouvrir un recrutement sur le 0.20ETP manquant sur notre plateforme partenaire [REDACTED] ainsi qu'auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Loire. Pour alléger aussi les missions du Medco, des apports réguliers sont fait sur les établissements par le directeur médical et l'infirmière coordinatrice nationale du Groupe afp. (Sensibilisation, commissions, ...) (<i>Annexe 8</i>) Dont acte. Dans le cadre de ce recrutement, un contrat et des fiches de poste permettant de fixer les objectifs de chacun et leur articulation devront être élaborés. Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission des justificatifs, la prescription est maintenue.

9	Réunir une fois par an au 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°10	En 2024 et sur la durée	2 Commissions gériatriques par an sont organisées, cependant l'absence totale de médecins traitants nous a régulièrement contraint à les annuler. La dernière en date du 8/12/2023 a pu cependant être maintenue, elle a été animée par le Directeur de la Politique Médicale du Groupe afp, le docteur [REDACTED]. Vous trouverez en PJ la feuille d'émargement. (Annexe 9) La prochaine aura lieu le 2 mai 2024 Dans l'attente de la transmission de l'ordre du jour et du compte-rendu de la prochaine commission de coordination gériatrique, la prescription est maintenue. Elle sera à poursuivre dans la durée. Vous trouverez en PJ la convention signée avec le CHdG, lequel a été sollicité en date du 16 novembre 2023 pour une réactualisation. A ce jour nous sommes toujours sans réponse. Nous disposons aussi d'un partenariat avec la société [REDACTED] pour la prise en charge De l'HAD. Vous trouverez en PJ les conventions. (Annexes 10, 10-1 et 11) Dans l'attente de sa réalisation complète, et de la transmission des justificatifs, la prescription est maintenue.
10	Formaliser les conventions avec l'HAD et L'EMSP en spécifiant les modalités d'intervention.	Ecart n°11	3 mois	L'armoire dans laquelle sont stockés les dossiers médicaux, est fermée à clé, la clé est stockée dans un boîtier à code à l'infirmerie. Seuls les IDE, le Medco et la Direction disposent du code. Dont acte. La prescription est levée.
11	Veiller à sécuriser le local où sont rangés les dossiers médicaux, afin de préserver la confidentialité des données (article L. 1110-4 du CSP).	Ecart n°12	Immédiat	En suite du changement de partenariat pharmacie, une nouvelle procédure a été élaborée en concertation avec le Medco. Elle est opérationnelle depuis janvier 2024. Une procédure interne fixe les modalités de remplacement des médicaments périmés ou manquants. Cette procédure a été diffusée aux Ide lors d'un point médical hebdomadaire. (Annexe 12) La prescription est maintenue.
12	Mettre en place un chariot ou sac d'urgence opérationnel, compléter la dotation d'urgence pour le petit matériel et les matériels/dispositifs, et indiquer les modalités pour le remplacement des médicaments périmés ou manquants pour garantir la sécurité des résidents (article L311-3 1°).	Ecart n°13, Remarque n°31	1 mois	

N°	RECOMMANDATIONS définitives	Cf. remarque(s)	DELAI	REPONSE DE LA STRUCTURE
	Je vous recommande de :			
1	Engager une réflexion globale sur la capacité d'accueil de l'EHPAD, en lien avec les autorités d'autorisation et de contrôle, afin de sécuriser la prise en charge des résidents.	Remarque n°1	6 mois	Voir point 1 ci-dessus. Page 5 Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
2	Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et de suivi 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 des CVS.	Remarque n°5 et n°6	3 mois	La Procédure de recueil des plaintes et réclamations, a été mise à jour selon le nouveau référentiel de l'HAS et présentée au CVS le 7 mars dernier. Les formulaires sont à disposition des familles, résidents, et tout visiteur, à proximité de l'accueil, une boîte aux lettres a été dédiée pour le dépôt. (Annexe 13) Une formation par la Direction Médicale et Qualité est programmée le 12 mars pour les membres du CODIR et les 18 et 19 mars pour l'ensemble des professionnels. Dont acte. Dans l'attente des justificatifs, la recommandation est maintenue.
3	Formaliser la procédure garantissant la continuité de la fonction de direction.	Remarque n°7	1 mois	Il existe un classeur de gestion de crise qui regroupe l'ensemble des conduites à tenir en cas de dysfonctionnements. Il contient aussi 2 tableaux récapitulatifs des nom et coordonnées des directeurs d'astreinte (Etablissements et Siège) Celui-ci a été représentée à l'Equipe lors de la réunion du personnel de janvier. Un annuaire des numéros d'astreinte est affiché dans les deux infirmeries. (Annexe 14)

				Absence de transmission d'annexe 14. En absence de justificatifs, la recommandation est maintenue. Les fiches de postes sont renommées afin de correspondre aux intitulés utilisés dans le logiciel de planning PlanExpert. Un plan de continuité de l'activité est en place, l'établissement utilise aussi l'application [REDACTED], une plateforme de remplacements urgents à destination du médico-social. <i>(Annexe 15)</i> Il est attendu que les plannings prévisionnels présentent l'affectation des professionnels. La recommandation est maintenue dans l'attente de sa réalisation, et à poursuivre sur la durée. La sensibilisation du personnel est essentiellement réalisée en réunion du personnel. Une fois par semaine, durant les temps de relève, le médecin coordonnateur ou l'infirmière Référente font le rappel d'un protocole. Un rappel a été fait sur le protocole des urgences existant pour une bonne application. Un rappel régulier sera fait par l'IDEC sur ce sujet.
4	Préciser l'unité d'affectation des professionnels intervenant auprès des résidents sur les plannings prévisionnels. Formaliser une politique de remplacement des professionnels afin d'anticiper la gestion des plannings.	Remarque n°8 et n°9	Immédiat 3 mois	La formation incendie est réalisée deux fois par an par notre organisme de formation [REDACTED]. Une formation dédiée au maniement de la centrale incendie a lieu 1 fois par an, dispensée par notre partenaire [REDACTED]. Il existe un classeur de gestion de crise qui regroupe l'ensemble des conduites à tenir en cas de dysfonctionnements. Dont acte. La recommandation est levée.
5	Acculturer les professionnels au protocole de gestion des urgences.	Remarque n°10	3 mois	
6	Compléter le plan de formation au profit des professionnels et de leurs besoins au vu des publics accueillis dans l'établissement, en particulier par des actions portant	Remarque n°11	En 2024 et sur la durée	Notre organisme de formation [REDACTED] propose des sessions de e-learning selon un programme en lien avec le public accueilli (Alzheimer, démence, prévention de la maltraitance, bientraitance).

	spécifiquement sur l'accompagnement des personnes vulnérables, ce qui permettra d'assurer une prise en charge adaptée des résidents.		Les professionnels disposent d'un ordinateur mis à leur disposition sur l'établissement, ils ont aussi la possibilité de se connecter au site de chez eux. En 2023, 15 d'entre eux, toutes fonctions confondues, ont profité de cet outil de formation. De plus l'établissement accompagne 2 professionnels en parcours de VAE, une 3^{ème} entrera en IFAS à la prochaine rentrée. Le Plan de formation a été actualisé pour 2024 le 15 janvier dernier. (Annexe 16) En absence de garantie que les professionnels d'accompagnement bénéficient effectivement de formations spécifiques en lien avec le public accueilli, la recommandation est maintenue, et à poursuivre sur la durée.
7	Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels, autres que les temps de transmission, afin de favoriser une amélioration des pratiques.	Remarque n°12	L'établissement a débuté en février la démarche bientraitance, les questionnaires ont été distribués, un référent Bientraitance a été nommé. Nos prestataires interviennent régulièrement pour effectuer des "recyclages" sur les bonnes pratiques : [REDACTED] pour l'utilisation des protections, [REDACTED] sur l'utilisation des aides techniques... L'EMH intervient 2 à 3 fois par an sur les précautions standards, l'hygiène des mains, la vaccination grippe... Le recrutement d'un psychologue reste toujours une priorité. Une Revue de Morbi Mortalité a lieu une fois par trimestre, elle rassemble les Idec, Medco et Directeurs pour échanger sur une thématique en s'appuyant sur un cas concret intervenu dans un des établissements du Groupe. Cette réunion est animée par le Directeur Médical du Groupe. Tous les 15 jours, un Téléstaff rassemble les Idec du Groupe pour un temps d'échange sur les pratiques professionnelles. Cette réunion est aussi animée par la Direction Médicale du Groupe. (Annexes 17 et 18) Dont acte. Pour autant, au vu de la réponse, hormis les personnels d'encadrement mentionnés ci-dessus, aucun élément ne permet de constater que les autres professionnels intervenant auprès des résidents bénéficient également de temps d'échange sur leurs pratiques professionnelles. La recommandation est maintenue.

8	Actualiser et compléter le protocole d'admission des résidents, et s'assurer de son appropriation par les professionnels concernés.	Remarque n°15	6 mois	Le protocole d'admission a été mis à jour en novembre 2023 et validé par l'audit interne de la démarche qualité du Groupe. Les professionnels concernés (CODIR) en ont connaissance. Il n'existe pas de procédure de priorisation des entrées, celles-ci étant forcément déterminées par l'architecture pavillonnaire. En effet, en fonction de la localisation du studio libre, c'est forcément le niveau d'autonomie qui orientera le choix du dossier qui sera rappelé. Les demandes sont principalement issues de Via trajectoire, plateforme sur laquelle l'établissement dispose d'une liste d'attente Le contrat de séjour rappelle qu'en cas d'altération des troubles cognitifs, l'équipe médicale pourra être amenée à proposer une mutation sur l'Unité de Vie Protégée. Tel que mentionné dans la remarque 15, il est également recommandé de préciser les modalités de réorientation au sein de l'EHPAD, quel qu'en soit le motif (évolution dépendance, troubles cognitifs, autre, ...). En absence de transmission du protocole actualisé, la réponse ne permet pas de s'assurer que la recommandation est prise en compte. La recommandation est maintenue.
9	Renseigner les plans de soins de nursing afin qu'ils contiennent tous les actes décidés pour le résident de manière complète et personnalisée et ajouter notamment les accompagnements aux différents repas et la surveillance nocturne.	Remarque n°17	2 mois	Le choix de rédiger des plans soin synthétique a été fait dans le but d'être avant tout efficient pour les professionnels. Cependant et pour répondre à cette remarque, nous les avons complétés des éléments demandés. Ainsi y ont été ajoutées l'aide au repas et la collation nocturne. <i>(Annexe 19)</i> Par ailleurs, le projet de digitaliser les plans de soin est en cours. (Mise à disposition de tablettes) Dont acte. La recommandation est levée, en considérant que l'établissement veillera à élaborer les plans de soins en respectant, les particularités individuelles de manière systématique.

10	Afficher les menus tous les jours pour donner l'information aux résidents et famille.	Remarque n°18	Immédiat	Les menus sont affichés chaque jour à proximité de l'accueil, ils sont aussi quotidiennement déposés sur chaque table. Il existe aussi sur la porte d'entrée du restaurant, un affichage des menus à la semaine. Le tableau ardoise manuscrit en salle est donc supprimé. La recommandation est levée.
11	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 n°19	1 mois	Des collations sont régulièrement proposées aux résidents, notamment sur l'UVP. Cette pratique sera formalisée par l'ajout dans tous les plans de soin. (Annexe 19) La collation nocturne est proposée par l'équipe de nuit pour tous les résidents. La recommandation est levée.
12	Organiser la diffusion du projet général de soins afin de favoriser la bonne connaissance et son appropriation par l'ensemble des personnels.	Remarque n°20	2 mois	Dans le cadre de la rédaction d'un nouveau Projet d'établissement, le projet de soin va être retravaillé en équipe. Il prendra en compte les axes définis par la prochaine Evaluation Externe (28 et 29 mars 2024). Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
13	Compléter les DLU notamment sur les actes techniques IDE, les régimes et textures et les aides de nursing de la vie quotidienne, afin d'avoir un document suffisamment informatif lors d'un transfert éventuel dans le cadre de l'urgence.	Remarque n°21	2 mois	Le DLU paramétré dans le logiciel Titan n'est pas modifiable pour prendre en compte ces éléments. L'utilisation de la fiche de transfert est plus complète et pourrait répondre à cette demande. (Annexe 20) Il sera malgré tout privilégié en ciblant les informations utiles et paramétrées. La recommandation est levée.
14	Organiser la démarche d'information et d'appropriation des différents protocoles mis à disposition des personnels.	Remarque n°22	2 mois	Les protocoles font l'objet d'une présentation à chaque réunion du personnel. Concernant les protocoles Soins, un rappel a été fait aux équipes sur le classeur les réunissant et plusieurs ont déjà été représentés en relève. (Annexe 21) La recommandation est levée.

15	Mettre à jour selon les référentiels le protocole relatif aux chutes notamment pour faire l'évaluation du risque de chute.	Remarque n°23	1 mois	L'établissement va appliquer un protocole interne qui vient d'être rédigé par la direction médicale et qui sera mis en place fin mars 2024. Un tableau de suivi des chutes est en place. Le bilan 2023 a été réalisé. Il sera joint au RAMA. L'analyse des chutes est assurée régulièrement par l'ergothérapeute. L'ensemble des résidents a bénéficié d'une évaluation ■■■■■ à fin 2023. Dans l'attente de de la transmission du protocole relatif aux chutes, la recommandation est maintenue. La Direction Médicale du Groupe est en cours de rédaction de protocoles sur : - le repérage et l'évaluation de la dénutrition, - une stratégie de prise en charge nutritionnelle. Dès leur transmission, ils seront présentés aux équipes et mis en application. Nous adaptons les textures au besoin des résidents. Les cuisiniers travaillent à une présentation soignée des mixés, ce n'est pas « juste posé » dans l'assiette. Certains résidents de l'UVP bénéficient du "manger-main ». En interne, un tableau de suivi des mesures d'enrichissement est en place, sa réévaluation est réalisée tous mois. L'établissement a signé en 2023, une convention avec l'association ■■■■■ pour le suivi dentaire. Il s'est aussi doté d'une caméra intra-buccale pour permettre un dépistage en télé-dentisterie. (1 IDE formée et référente) ■■■■■ est intervenu le 7/03/2024. (Annexe 22) Un rappel est programmé sur TITAN les jours de pesée, visible de tous. En cas d'alerte, le médecin traitant est informé. Dans l'attente de l'élaboration des protocoles, et de la formalisation d'une organisation afin de s'assurer de la réalisation mensuelle de la mesure pondérale des résidents, la recommandation est maintenue.
16	Actualiser le protocole relatif à la dénutrition selon les référentiels disponibles (HAS novembre 2021) et inscrire notamment les modalités d'enrichissement alimentaire selon la sévérité de la dénutrition. Veiller à organiser et suivre la mesure pondérale de chaque résident et à informer le médecin.	Remarque n°24 et n°25	2 mois	Il existe un protocole Groupe, qui a été réadapté en interne en février 2024. (Annexes 23 et déclinaisons)
17	Compléter le protocole « contention » en décrivant les modalités d'utilisation des	Remarque n°26 et	2 mois	

	différents matériels de contention (au fauteuil, porte fenêtre et porte chambre...) utilisés sur l'EHPAD en définissant leurs risques et les éléments de surveillance. Formaliser des protocoles individuels sur les contentions mises en place à l'UVP (porte chambre et porte fenêtre) en définissant les modalités précises, dont les éléments de surveillance et leur fréquence, au plus proches de certaines caractéristiques individuelles.	n°27		Le tableau actuel de suivi des contentions sera complété des éléments cités, lors de la prochaine commission. La recommandation est levée, en veillant à ce que les protocoles transmis sur les contentions soient validés et datés.
18	Annexer au protocole de prévention des escarres, l'échelle d'évaluation du risque d'escarre de manière détaillée pour un usage efficient, et rédiger le protocole sur la prise en charge thérapeutique des escarres selon les 4 stades cliniques.	Remarque n°28 et n°29	2 mois	Les échelles d'évaluation Norton et Braden ont été ajoutées en annexe des protocoles. Le protocole Groupe Gestion des pansements plaies et escarres a fait l'objet d'une mise à jour en 03/2022. Vous trouverez en PJ la liste des protocoles mis à jour. <i>(Annexe 24)</i> La mesure liée à la remarque n°28 est levée. La mesure liée à la remarque n°29 est maintenue, dans l'attente de la transmission du protocole sur la prise en charge thérapeutique des escarres.
19	Ajouter sur le protocole relatif à la douleur le descriptif des échelles d'évaluation utilisées et les modalités pratiques.	Remarque n°30	1 mois	Les échelles d'évaluation ont été annexées au protocole existant. <i>(Annexes 24)</i> La recommandation est levée, en soulignant l'importance de définir les échelles d'évaluation de la douleur à utiliser préférentiellement sur la structure.

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD « LA PERONNIERE » à GRAND-CROIX (42) - (16 octobre 2023)