



La délégation départementale
de la Drôme

Affaire suivie par :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Mission Inspection évaluation contrôle - DIJU

Conseil départemental de la Drôme

Mission Inspection

Lyon, le 15 FEV. 2024

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

LRAR

Madame la Directrice régionale,

Une inspection diligente 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 Résidence de la Tour à La Baume de Transit le 25 septembre dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 5 décembre 2023 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non conformités, carences et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 12 janvier 2024.

Nous notons tout d'abord que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission. Le rapport qui vous a été transmis le 5 décembre 2023 est donc inchangé.

Nous prenons bonne note de l'ensemble des éléments de réponse que vous avez apportés pour remédier aux dysfonctionnements objectifs.

Toutefois, nous remarquons que votre réponse est encore peu approfondie sur les mesures concrètes que vous allez mettre en œuvre et sur le calendrier de réalisation. Elle est sur certains points insuffisante pour répondre aux prescriptions et recommandations formulées au regard des constats établis dans le rapport d'inspection et qui touchent aux droits et à la sécurité des résidents.

Au terme de la procédure contradictoire, 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. Nous attirons tout particulièrement votre attention sur les mesures nécessitant une mise en œuvre immédiate. Les défauts constatés notamment dans les conditions matérielles d'accueil (état médiocre des fontaines à eau, vitre cassée, ménage insuffisant...) et en matière de soins sur l'insuffisance de rigueur dans le suivi mensuel des poids des résidents, doivent faire l'objet d'un traitement sans aucun délai.

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 et les services du Département de la Drôme.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives.

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, Madame la Directrice régionale, l'expression de notre considération distinguée.

La directrice générale  de l'ARS



Cécile COURREGES

Par délégation de la Présidente
Pour la Présidente et par délégation
La Directrice générale adjointe



Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD Résidence de la Tour

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES ENVISAGEES ET REPONSES

Les mesures correctives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

Nature des mesures correctives

Les **injonctions et prescriptions** se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

Les **injonctions** sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

Les **recommandations** visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique (dysfonctionnement source de risque(s) mais non fondé sur un texte précis et / ou manquement à référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple).

Maintien / levée des mesures correctives

Les mesures correctives envisagées lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux).

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Projet de prise en charge de l'établissement				
1	<p>Elaborer un projet d'établissement répondant aux différents attendus légaux et réglementaires et contenant un projet animation, ainsi qu'un projet de soins tenant compte des besoins spécifiques des personnes accueillies dans l'établissement (PA souffrant de maladies neurodégénératives).</p> <p><i>Articles L311-8 et D311-8 du CASF : projet d'établissement</i> <i>Article D312-158-1° du CASF : projet de soins</i></p>	E1, E11	6 mois	<p>Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant que « le projet d'établissement a été terminé en novembre 2023 » et qu'il sera présenté au CVS. Toutefois le document transmis comme projet d'établissement 2023-2028 (PE) ne paraît pas être la version définitive puisqu'il est indiqué que certains points sont à revoir avec l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Le planning de travail communiqué comprend la présentation du PE aux salariés en janvier 2024 ainsi que 9 dates de réunions sur les axes de travail relatifs aux différentes thématiques (soins et accompagnement du résident et place des proches, environnement hôtelier architectural et restauration, place du PAP et activités, projet de soins, bientraitance, formation du personnel, qualité et sécurité).</p> <p>Sans avoir procédé à une instruction détaillée du document transmis, il apparaît que celui-ci nécessite effectivement un approfondissement et une réflexion collective pour être véritablement opérationnel, en distinguant par exemple la situation actuelle (points forts/points faibles) et les actions à mener dans les cinq ans à venir.</p> <p>De manière générale, ce document ne tient pas compte des constats de l'inspection pour fixer des points d'amélioration du fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge qualitative des résidents sur les différents aspects (animation, alimentation, soins, entretien des locaux, sécurisation des espaces...).</p>

				<p>Sur la forme ce document nécessite également des améliorations (coquilles, absences de mise à jour de nombreux points : données démographiques, offre médico-sociale, éléments du SRS 2023-2028 de l'ARS ARA, évolution de la réglementation sur fréquence des évaluations, convention tripartite...).</p> <p><u>Prescription maintenue jusqu'à élaboration d'un document finalisé définissant les objectifs de l'établissement conformément aux attendus de la loi (article L. 311-8 CASF), et consultation du CVS sur un document abouti.</u></p>
Droits des usagers				
2	<p>Veiller à faire signer le contrat de séjour tel que prévu par la réglementation par la personne accueillie ou son représentant légal.</p> <p><i>Articles L.311-4 et D.311 du CASF</i></p>	E6	immédiat	<p>L'établissement fait part de la difficulté à remplir cette obligation du fait du profil des résidents accueillis et de ce fait, de la signature du contrat par la personne de confiance ou l'accompagnant. Il indique "engager la discussion sur les modalités de protection juridique".</p> <p>La réponse n'est pas suffisante pour garantir la vigilance de l'établissement à respecter les dispositions prévues par le CASF sur le contrat de séjour, dans les meilleurs délais après l'admission.</p> <p>(pour rappel le contrat non signé dans les formes prévues, dont il est question dans le rapport d'inspection, concerne un résident entré le 24/10/2022 soit 11 mois avant le constat fait par l'inspection).</p> <p><u>Prescription maintenue</u></p>

3	<p>Appliquer les dispositions relatives au socle minimal des prestations d'hébergement telles qu'elles doivent l'être depuis le 01/01/2023, et en tenir compte dans les documents de l'établissement : contrat de séjour et avenant, livret d'accueil, règlement de fonctionnement...</p> <p><i>Annexe 2-3-1 du CASF</i></p>	E7, E8, E9 R31	immédiat	<p>Il est pris acte de la révision des documents (règlement de fonctionnement et livret d'accueil) pour intégrer la prestation de blanchisserie et de marquage du linge fournie par l'établissement, conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF (documents probants fournis).</p> <p>La consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement reste toutefois à réaliser lors de la prochaine réunion de l'instance.</p> <p>S'agissant des avenants aux contrats de séjour qui comportent toujours une prestation payante pour la blanchisserie, l'établissement indique qu'ils "seront faits dans les prochaines semaines", sans plus de précision.</p> <p>L'actualisation de la facturation dans l'avenant au contrat de séjour doit se faire sans délai. En tout état de cause, la facturation de cette prestation ne saurait être opposée au résident depuis le 1/01/2023, date d'application de l'annexe 2-3-1 du CASF modifiée.</p> <p><u>Prescription maintenue jusqu'à consultation du CVS sur la modification du règlement de fonctionnement.</u></p> <p>PAR AILLEURS, il est demandé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - une mise à jour <u>immédiate</u> des documents contractuels pour tenir compte de l'évolution du socle minimal des prestations dues aux résidents à compter du 01/01/2023 - une <u>rétroactivité de l'application de la mesure en cas de facturation indue.</u>
---	--	-------------------	----------	---

Management - Qualification				
4	<p>Poursuivre la démarche de qualification de la directrice de l'EHPAD pour une mise en conformité avec la réglementation.</p> <p>Articles D.312-176-6 à D.312-176-9 du CASF</p>	E3	1 an	<p>Il n'a pas été précisé le diplôme préparé dans le cadre du parcours VAE-directeur d'établissement ni les dates de début et fin de formation.</p> <p><u>Prescription maintenue jusqu'à production du diplôme justifiant d'une qualification conforme aux dispositions réglementaires pour la directrice en poste.</u></p>
5	<p>Assurer une gestion des ressources humaines qui permette d'améliorer le taux de personnel qualifié intervenant quotidiennement auprès des résidents (politique de recrutement sur les postes pérennes, remplacement par du personnel qualifié, formation des personnels non qualifiés, mesures d'attractivité...) en vertu de l'article L312-1 II CASF.</p> <p>Article L.312-1 II du CASF</p>	E4 R8, R9, R10	3 mois	<p>Il est pris acte de la réponse indiquant que l'établissement recherche des personnels qualifiés et qu'en l'absence le personnel non qualifié est accompagné dans une démarche de formation (2023 : 4 VAE AS, 2 formations ASG, 3 formations « Eclaire » de 80h - éléments probants non fournis) avec prime mensuelle pour les personnes en VAE.</p> <p>La réponse n'indique pas si d'autres mesures vont être mises en œuvre pour répondre à la prescription (VAE et formations Eclaire et ASG déjà citées dans le rapport d'inspection).</p> <p><u>Prescription maintenue jusqu'à production d'éléments probants sur l'amélioration du taux de personnel qualifié dans l'établissement.</u></p>
6	<p>Préciser et formaliser dans le contrat de travail du médecin le temps de travail du médecin coordonnateur, dans le respect de la quotité fixée par la réglementation au vu de la capacité de l'établissement (0.4 ETP).</p> <p><u>Erreur ! Source du renvoi introuvable. D312-156 du CASF</u></p>	E10 R41	-	<p>Il est pris acte de la signature d'un avenant au contrat de travail du médecin coordonnateur à la date du 10/01/2024 précisant que le salarié exerce à 0.4 ETP en tant que médecin coordonnateur et 0.4 ETP en tant que médecin traitant. (à noter que ce constat de l'ARS/CD26 ne vaut pas validation juridique du document produit).</p> <p><u>Prescription levée.</u></p>

Démarche Qualité – Gestion des risques				
7	<p>Respecter l'obligation légale de signalement des événements indésirables graves aux autorités de tutelle ; formaliser les modalités de réalisation de cette obligation dans une procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables.</p> <p>Articles L.331-8-1 et R.331-8 du CASF, Arrêté du 28 décembre 2016</p>	E2 R4, R5	immédiat	<p>Il est pris acte de la réponse indiquant que l'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration des déclarations d'EIG, avec comme actions la participation au séminaire EI/EIGS de l'ARS en octobre 2023, l'inscription aux ateliers du CEPRAAL prévus au 1^{er} semestre 2024.</p> <p>La régularisation des EIG passés indiquée n'est toutefois pas encore effective (ex : la chute avec fracture en janvier 2022, signalée dans le rapport, n'est toujours pas déclarée).</p> <p>La procédure transmise est une « <i>Procédure de signalement externe des événements indésirables</i> » du groupe Colisée (avril 2023). Elle est intéressante dans le sens où elle centralise l'ensemble des événements qui doivent faire l'objet d'un signalement externe. Toutefois elle ne répond que partiellement à la prescription formulée puisqu'elle ne décrit pas les modalités de déclaration et de gestion des EI à l'intérieur de l'EHPAD Résidence de la Tour afin d'améliorer le processus de repérage des EI/EIG puis sa gestion.</p> <p><u>Prescription maintenue jusqu'à production d'une procédure interne de déclaration et gestion des EI/EIGS.</u></p>
Conditions d'installation et locaux				
8	<p>Respecter vos obligations en matière d'entretien des installations de distribution d'eau et de surveillance de la qualité de l'eau distribuée par un entretien adéquat et scrupuleux des fontaines à eau.</p> <p>Articles L.1321-1, R.1321-46 et R.1321-55 du Code de la santé publique</p>	E5	immédiat	<p>Il est pris note de la mise en place d'une traçabilité journalière du nettoyage des fontaines à eau ; cependant le tableau de traçabilité de janvier 2024 transmis comme élément probant (photo – annexe 7) ne comporte aucun émargement sur le début du mois alors que la réponse de l'établissement a été apportée le 12/01/2024.</p> <p>Aucune photo n'est communiquée montrant l'état de propreté des fontaines à eau, comparativement à ce qui a été vu lors de l'inspection.</p>

	<p>Pour vous aider si besoin : <i>Document du Comité d'Appui pour la Prévention des Infections associées aux Soins Occitanie</i> – septembre 2021 : Vdef Document Eau en EMS (cpias-occitanie.fr), page 4.</p>		<p>Aucune autre garantie n'est apportée sur les conditions d'entretien de ces équipements (protocole de nettoyage, désinfection et maintenance selon recommandations du fabricant, fréquence...).</p> <p>La réponse est insuffisante pour répondre à la prescription à mettre en œuvre <u>sans aucun délai</u>.</p> <p><u>Prescription maintenue dans l'attente de la production d'éléments probants sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les consignes données pour l'entretien des fontaines à eau conformément aux règles de prévention du risque infectieux, - la traçabilité de l'entretien effectif - l'état réel de propreté des fontaines.
--	--	--	--

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous recommandons de :				
Droits des usagers				
1	Améliorer l'information donnée aux résidents et à leur famille dans les documents qui leur sont remis et dans la communication à leur égard en diffusant des informations exactes, actualisées et vérifiées.	R3, R31	-	<p>Il est pris note de la révision du livret d'accueil avec la correction des erreurs relevées dans le rapport d'inspection. Toutefois, s'agissant de la rubrique "Au quotidien : Réclamation ou signalements d'événements indésirables" avec communication des coordonnées des tutelles, le terme signalements des EI n'est pas approprié s'agissant d'un document destiné aux usagers qui ne peuvent formuler que des réclamations. Pour les coordonnées de l'ARS, il faut se référer à la page Comment déposer une réclamation ? Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (sante.fr) qui donne accès à un formulaire en ligne, et pour le Département : ajouter l'adresse mail [redacted]@ladrome.fr</p> <p>En outre, dans la même rubrique il est question des personnes qualifiées (PQ): il faut préciser que ces personnes font l'objet d'une désignation conjointe par la préfecture, le Département et l'ARS, et non seulement par l'ARS. En outre, son rôle est plus large que ce qui est indiqué puisque la PQ a pour mission d'aider toute personne prise en charge dans un établissement à faire valoir ses droits (article L.311-5 du CASF). A ce titre, une</p>

				<p>affiche qui peut utilement être copiée est disponible sur le site internet de l'ARS : Affiche Personne Qualifiée.pdf (sante.fr).</p> <p><u>Recommandation levée</u> mais la vigilance sur la qualité des informations délivrées aux usagers est à maintenir en continu.</p>
2	<p>Communiquer sur la possibilité de réclamation orale et écrite auprès des personnels, relais auprès des usagers.</p> <p>Mettre en place un registre des réclamations orales et écrites permettant d'en assurer le suivi.</p>	R6	3 mois	<p>La réponse indique seulement qu'une réflexion est menée sur ce projet, sans plus d'engagement.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
Démarche Qualité – Gestion des risques				
3	<p>Développer la culture qualité dans l'établissement en mettant en place un dispositif opérationnel de recueil, d'analyse et de suivi des événements indésirables associant les personnels : procédure à établir, accompagnement de sa diffusion auprès des personnels et mise en oeuvre afin d'améliorer le taux de déclaration des EI et dysfonctionnements et permettre une gestion adaptée évitant leur répétition.</p>	R4, R5	6 mois	<p>Dans la réponse il est indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'une "formation et une présentation de la procédure de déclaration des événements indésirables sont prévues le 25/04 et le 2/05/2024" <p>La procédure en question n'est pas transmise; s'il s'agit de la procédure Colisée d'avril 2023 (cf. supra prescription 7), celle-ci n'est pas opérationnelle pour décrire l'ensemble des étapes du processus de déclaration et gestion interne des EI, les outils à utiliser...</p> <ul style="list-style-type: none"> - que "l'analyse des EIG, EIGS, EI ET EIS est prévue au 1er trimestre 2024 pour ensuite la présenter aux équipes et au CVS en avril 2024" : l'analyse des événements est un processus à mettre en oeuvre en continu et en associant les professionnels de l'EHPAD; <p><u>Recommandation maintenue</u></p>

4	Encourager l'appropriation de la culture qualité par les professionnels en communiquant sur les différents leviers existants (réclamations, EI, procédures, audits...).	R5, R6	6 mois	<p>La réponse indiquant: "un rappel de la procédure Réclamations sera fait à l'ensemble des équipes", n'est pas suffisante. La prescription porte sur une appropriation plus large par l'ensemble des professionnels de l'EHPAD de l'ensemble des dispositifs intervenant dans la démarche qualité.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
Gestion des Ressources Humaines				
5	Renforcer la gestion des ressources humaines en dotant chaque professionnel d'une fiche de poste personnalisée et détaillée sur les missions attribuées.	R12	3 mois	<p>Il est pris acte du travail en cours au service RH pour écrire une fiche de poste AMP.</p> <p>Toutefois, la recommandation portait sur la mise à disposition à chacun des professionnels de l'EHPAD d'une fiche de poste personnalisée, détaillée et adaptée à cet EHPAD et non seulement de fiches de poste génériques établies par le groupe gestionnaire pour l'ensemble de ses établissements.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
6	Formaliser la politique de remplacement du personnel et les moyens à disposition pour la mettre en oeuvre.	R11	3 mois	<p>Il est pris note que la procédure de remplacement est en cours d'écriture.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
7	Améliorer la lisibilité de l'organisation mise en place en matière de Ressources Humaines et qualification des personnels tant dans les documents de suivi des effectifs salariés que dans la présentation des effectifs présents.	R7	3 mois	<p>En réponse, l'établissement transmet le diplôme du professionnel en poste de 9h à 16h le jour de l'inspection (qualification ASDE vérifiée).</p> <p>L'indication "un travail de lecture du planning et des fonctions sera fait" ne donne pas une idée précise de l'engagement de l'établissement à améliorer ses documents internes (cf. rapport</p>

				d'inspection pages 16 et 17 et Remarque n°7).
				<u>Recommandation maintenue</u>
8	Donner une place plus importante aux formations sur l'accompagnement de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, afin que tous les personnels puissent être formés à cette thématique étant donnée la spécificité de l'établissement : intégrer les actions au plan de formation continue, puis les mettre en oeuvre dans la durée.	R16	3 mois	<p>Il est pris note que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le plan de formation externe 2024, en cours d'écriture, prévoiera ce type de formations - une formation interne intitulée "Trouble du comportement/posture à adopter" est prévue avec la psychologue et l'IDEC le 11 et le 18/01/2024. <p>A ce stade, aucun élément probant n'a été transmis.</p> <p><u>Recommandation maintenue jusqu'à production d'éléments probants sur l'inscription des actions au plan de formation 2024 et sur la participation effective des professionnels de l'EHPAD dans l'objectif que tous soient formés.</u></p>
Animation - Accompagnement des pathologies				
9	<p>Renforcer la place de l'animation et de la mise en oeuvre d'activités à visée thérapeutique non médicamenteuse dans la prise en charge des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la compétence de l'établissement sur ce champ en complétant l'équipe par un professionnel formé à l'animation en gérontologie - Définir un projet d'activités adapté aux besoins des résidents, dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement par exemple - Augmenter le nombre et la diversité des activités de manière à ce qu'elles répondent 	R13	6 mois	<p>La réponse de l'établissement indiquant qu'"une réflexion est menée sur les animations proposées" et que "les formations ASG apportent des notions d'activités auprès des résidents atteints de maladie neurodégénératives", est insuffisante.</p> <p>Le projet Animation et sa mise en oeuvre, est un axe qui doit nécessairement être amélioré dans la prise en charge des résidents de cet EHPAD : un renfort de moyens et une structuration de l'organisation sont à mettre en place ainsi qu'un développement des activités. Celles-ci doivent être variées, adaptées au public spécifique de cet EHPAD et à visée thérapeutique non médicamenteuse (cf. R13).</p>

	plus fortement aux besoins individuels des résidents dans l'accompagnement de leur pathologie.			<u>Recommandation maintenue</u>
Conditions d'installation et locaux				
10	Revoir et améliorer l'aménagement du parc extérieur afin qu'il constitue un espace sécurisé pour tous les résidents (points d'amélioration possibles : sol nivelé et entretenu, entretien régulier des végétaux, parcours de marche avec rampe, espaces dédiés visiteurs/résidents permettant le repos, signalisation du site, surveillance des zones à risque...)	R18, R19 R20, R23 R24	6 mois	Il est pris acte de la réponse de l'établissement indiquant qu'une réflexion sur l'aménagement du parc sera faite au cours de l'année 2024. Toutefois, cette réflexion ne peut s'étendre trop longtemps sur l'année 2024 car la recommandation porte sur une amélioration effective du parc extérieur – nécessaire pour la sécurité des résidents - dans un délai de 6 mois. <u>Recommandation maintenue</u>
11	Faire réaliser les travaux de réparation des locaux rapidement chaque fois que nécessaire, afin d'offrir en continu un niveau de qualité des prestations hôtelières compatible avec la sécurité et le bien-être des résidents.	R21	immédiat	Il est pris acte de la remise en état du plafond de l'unité Lavandes (photo probante transmise). En revanche, s'agissant de la vitre de la porte fenêtre de la chambre d'un résident, cassée depuis le printemps 2023 et "rafistolée" avec un morceau de carton, la fourniture d'un devis datant du 22/09/2023 n'est pas suffisante pour garantir la réalisation rapide des travaux. Force est de constater qu'en janvier 2024, soit pendant la période hivernale la plus froide, la vitre n'est toujours pas réparée ce qui constitue un état de fait tout à fait anormal dans un établissement accueillant des personnes vulnérables et à des conditions de tarif hébergement qui est l'un des plus élevés du département. <u>Recommandation maintenue</u> : Remplacement de la vitre à réaliser sans délai

12	Renforcer l'entretien ménager quotidien des unités de vie afin d'assurer un niveau d'hygiène et de propreté compatible avec la sécurité et le confort des résidents.	R22, E5	immédiat	<p>La réponse indiquant "mise en place d'un audit avec plan d'action" sans notion de calendrier de réalisation est insuffisante : les mesures de sécurité (hygiène, propreté) et de confort attendues de la part de l'établissement pour répondre à la recommandation sont à réaliser sans délai étant donnés les constats faits sur place lors de l'inspection. L'organisation des tâches d'entretien et de ménage quotidien est manifestement à revoir.</p> <p><u>Recommandation maintenue avec réalisation immédiate de mesures d'amélioration</u></p>
13	Assurer un niveau d'entretien des locaux et des équipements compatible avec le niveau de confort, d'hygiène et de bien-être attendu et décrit dans les documents de présentation de l'établissement.	R22, R23 R28 R29	6 mois	<p>Il est pris acte de la réponse indiquant "Mise en place d'un audit avec plan d'action sur les remarques notées dans le rapport" mais il conviendra de respecter le délai de mise en oeuvre des mesures d'amélioration attendues sous 6 mois.</p> <p><u>Recommandation maintenue avec réalisation des mesures d'amélioration à l'échéance de 6 mois</u></p>
14	Améliorer la signalétique extérieure et intérieure afin de faciliter le repérage spatial des résidents.	R24	6 mois	<p>Il est pris note qu'un projet de mise en place d'une signalétique sera étudiée cette année 2024.</p> <p><u>Recommandation maintenue avec réalisation des mesures d'amélioration à l'échéance de 6 mois</u></p>
15	Désencombrer les espaces de circulation, les lieux de vie des résidents, les espaces de travail des professionnels... afin de rendre accessibles les rampes de marche, de sécuriser les déplacements des résidents et des personnels, et d'améliorer l'hygiène des locaux.	R25, R26	3 mois	<p>L'établissement indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "une réflexion sera menée avec les équipes pour une prise de conscience des conséquences de l'encombrement des locaux et des espaces de travail" - "une réflexion sera menée pour optimiser l'espace et trier le matériel non nécessaire."

				<p>Au delà des réflexions, il est rappelé que la mise en oeuvre concrète des mesures de désencombrement est attendue sous 3 mois.</p> <p><u>Recommandation maintenue avec réalisation des mesures d'amélioration à l'échéance de 3 mois</u></p>
16	Engager une réflexion sur les moyens techniques possibles pour une meilleure surveillance du parc et la mise à disposition aux résidents, chaque fois que possible, d'un système d'appel (réflexion à intégrer dans les travaux du projet d'établissement par exemple).	R20, R30	6 mois	<p>L'établissement indique que l'achat de quelques médaillons d'alerte peut être envisagé pour les résidents ayant la capacité d'alerter, et que le pointage des résidents est effectué 8 fois/24 heures par les personnels.</p> <p>Cette réponse ne va pas au bout des choses sur les dispositifs actuels "anti-fugue" utilisant par exemple la géolocalisation qui peuvent être mis en place, y compris et surtout avec des personnes atteintes de maladie de type Alzheimer, pour améliorer leur repérage dans l'enceinte du parc et de l'établissement et renforcer leur sécurité.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
17	Compléter la procédure "fugue-disparition" notamment sur la configuration et le fonctionnement de l'établissement pour la rendre opérationnelle pour tous les personnels.	R2	1 mois	<p>Il est pris acte qu'une modification du protocole sera effectuée.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
Alimentation - Repas				
18	Pallier l'amplitude, potentiellement importante, entre repas du soir et petit déjeuner en proposant à tous les résidents qui ont un jeûne nocturne trop long (supérieur à 12 heures) une collation en soirée ou dans	R38	immédiat	<p>Il est pris acte de la "réactualisation des plans de soins prévue pour intégrer les collations concernant les résidents ayant un levé tardif".</p> <p>Toutefois il est rappelé que cette collation doit être proposée</p>

	la nuit, conformément aux RBPP HAS – avril 2007. Intégrer la proposition de collation nocturne dans les plans de soins.			à tous les résidents qui ont un jeûne nocturne supérieur à 12 heures (recommandations de bonne pratique) et non seulement aux résidents dont le réveil est le plus tardif. <u>Recommandation maintenue</u>
19	Faire en sorte que l'adaptation des quantités servies et la substitution des plats selon les goûts des résidents soient possibles (hors contre-indication médicale dûment précisée dans le projet de soins) et afficher cette possibilité.	R40	1 mois	L'établissement répond qu'une réflexion est menée en commission nutrition sur l'augmentation possible de la quantité des portions si les résidents nécessitent un apport supplémentaire. Concernant la prise en compte du goût et de la demande du résident, ainsi que l'adaptation des collations de manière personnalisée, aucune réponse n'a été apportée. <u>Recommandation maintenue</u>
20	Apporter plus d'attention à la qualité de l'information donnée aux résidents sur les menus et plats servis.	R37, R39	immédiat	Les réponses apportées ne sont pas à la hauteur des attendus : aucune action n'est prévue par exemple sur l'identification des préparations mixées pour une bonne information des personnels aidants et par conséquent des résidents. <u>Recommandation maintenue</u>
Soins et prise en charge des résidents				
21	Effectuer régulièrement un bilan de l'évolution de la pathologie des résidents occupant les chambres doubles afin de prévenir tout risque d'insécurité lié à la cohabitation.	R28	3 mois	L'établissement précise que l'évaluation des pathologies des résidents occupant des chambres doubles est faite en équipe mais non tracée. Il indique que cet élément sera inscrit dans une transmission. Aucun élément de preuve indiquant que cette démarche est effectivement rappelée aux professionnels et qu'elle est réalisée autant de fois que de besoin n'a été transmis.

				<i>Recommandation maintenue jusqu'à mise en oeuvre de la traçabilité de l'évaluation et formalisation de cette démarche dans un document institutionnel.</i>
22	Former les personnels arrivants et/ou remplaçants à la manipulation des matériels de mobilisation des résidents (modalités de formation à définir et formaliser).	R27	-	La structure répond qu'il est proposé régulièrement une formation sur l'utilisation du matériel médicalisé. La liste traçant les dates de formations sur les rails et les matelas à air du premier semestre 2023, ainsi que les agents qui en ont bénéficié, a été transmise. Les sessions 2024 sont prévues mais aucun document de programmation n'a été joint <i>Recommandation levée, en veillant à adresser la programmation 2024.</i>
23	Compléter les plans de soins techniques (IDE) pour une meilleure opérationnalité : protocole, traitement en place, soignants en charge des différents actes...	R33	3 mois	L'établissement précise que le plan des traitements est différencié des plans de soins, mais cet élément ne faisait pas l'objet de la recommandation. Il ne répond pas à l'absence d'indication sur les plans de soins techniques IDE étudiés de certains éléments (ex : protocole thérapeutique d'insuline en place, nom du patch médicamenteux...), ni sur la nécessité de désigner le professionnel en charge de la mesure des différentes constantes. <i>Recommandation maintenue</i>
24	Compléter les plans de soins de nursing afin qu'ils contiennent l'ensemble des actes, prescrits et décidés pour le résident, à effectuer sur le nycthémère et les aides spécifiques à mettre en place et de manière personnalisée.	R32 R34, R36	3 mois	La réponse de la structure est éloignée de l'attendu, il est juste précisé qu'un travail d'ajustement des plans de soins au plus près des PAP sera effectué. Cela ne répond pas à la détermination des actes de nursing sur les 24h de manière personnalisée, lors de l'élaboration et actualisation des plans de soins, dont la planification des douches. <i>Recommandation maintenue</i>

25	Centraliser l'ensemble des informations relatives à l'accompagnement en soins de nursing sur un seul et même support, le plus adapté étant le plan de soins informatisé.	R35, R36	3 mois	<p>L'établissement évoque l'utilisation maintenue d'un support papier pour accompagner en soin les résidents qui est aussi un outil pour les remplaçants.</p> <p>La traçabilité des actes est faite sur le plan de soins de nursing informatisé. Or on rappelle que le plan de soins nursing sous [REDACTED] est un outil de planification des actes de nursing et non un outil servant uniquement à la traçabilité de l'effectivité.</p> <p>Aucun travail n'est engagé pour utiliser au mieux le plan de soins de nursing sous [REDACTED] et éviter différents supports de planification des soins, au risque d'une non concordance des informations entre eux.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>
26	Compléter les DLU avec l'ensemble des informations indispensables à une prise en charge optimale des résidents en cas de transfert dans un établissement de santé.	R43	-	<p>Un DLU a été transmis, permettant de faire le constat de l'insertion du PAP et du plan de soins, ces éléments selon la structure sont cochés lors de l'édition. La nouvelle procédure pour éditer les DLU en cochant les différents éléments nécessaires à la complétude des DLU n'a pas été transmise.</p> <p><u>Recommandation levée</u></p>
27	<p>Mettre à jour et compléter les protocoles de soins selon les référentiels existants pour une prise en compte de l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles actuelles, et pour les rendre plus opérationnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Protocole relatif aux chutes</u> : RBBP HAS "Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (volet Ehpad), 2016 - fiche repère chutes », Guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD 	R44	3 mois	<p>L'établissement répond qu'une actualisation est prévue sur l'année.</p> <p>La révision des protocoles est attendue sous 3 mois.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u></p>

	<p>d'octobre 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Protocole relatif à la nutrition</u> : RBPP HAS "Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus - novembre 2021 - <u>Protocole relatif aux contentions</u> : recherche d'alternatives et mesure du bénéfice/risque, réévaluation des prescriptions et traçabilité sur logiciel de soins - <u>Protocole relatif aux escarres</u> : conduite à tenir pratique à préciser sur la prévention et le traitement, échelle d'évaluation du risque à présenter et annexer... - <u>Protocole "gestion de la douleur"</u> : conduite à tenir pratique à préciser sur évaluation de la douleur et l'utilisation des échelles, déclaration sous [REDACTED]. 	<p>R45</p> <p>R47</p> <p>R49</p> <p>R51</p>		
28	<p>Procéder systématiquement, pour chaque résident, à la mesure mensuelle du poids et à la traçabilité de celle-ci; ce point mérite, étant donné le risque de dénutrition en EHPAD, la mise en place d'un système de contrôle de l'effectivité.</p>	R46	immédiat	<p>L'établissement considère que l'analyse du suivi du poids, faite par la mission, n'est pas le reflet du travail en place. L'objectivation d'un nombre élevé de résidents non pesés en juillet, août et septembre, aurait comme raison la mise en réparation de la plateforme le 6 juillet, réparée en août et remise à l'établissement début septembre 2023 (échange de mails). Mais cela n'explique pas les 6 résidents non pesés en septembre dont 2 qui ne l'ont pas été depuis juin. Il n'est pas démontré un suivi de la mesure mensuelle des poids suffisamment rigoureux.</p> <p><u>Recommandation maintenue</u> : nécessité de garantir un suivi et un contrôle de la mesure mensuelle des poids sans délai.</p>

29	Procéder systématiquement, pour chaque résident concerné, au renouvellement de la prescription de contention et à sa traçabilité.	R48	immédiat	L'établissement indique que le médecin a été informé de la remarque et qu'il rectifiera les prescriptions. <u>Recommandation maintenue avec mise en oeuvre sans délai.</u>
30	Faire de la réunion de coordination gériatrique un lieu d'échange permettant de définir des orientations et objectifs de soins pour les résidents au regard de leurs besoins, ainsi que les modalités d'articulation entre les professionnels de santé.	R42	6 mois	L'établissement indique prendre note de la remarque pour la prochaine réunion. <u>Recommandation maintenue</u>
31	Evaluer les conventions de partenariat avec le GHPP (ESMP, HAD, SINEM...) afin d'échanger sur les apports possibles des dispositifs mobilisables au regard des besoins de l'EHPAD.	R50	1 an	L'établissement indique prendre note de la remarque et qu'un point sera fait "avec les partenariats existants". <u>Recommandation maintenue</u>
32	Renforcer le positionnement de l'EHPAD sur son territoire en développant et formalisant les partenariats avec les acteurs locaux.	R17, R50	1 an	L'établissement indique prendre note de la remarque. <u>Recommandation maintenue</u>
Matériel et dispositif d'urgence				
33	Améliorer le document de traçabilité de la vérification du matériel et dotation d'urgence.	R52	1 mois	La structure répond que la procédure de réapprovisionnement sera revue ainsi que la validation par signature <u>Recommandation maintenue</u>
34	Consolider le dispositif de réponse d'urgence en améliorant l'information sur les numéros d'appel et en communiquant sur les services disponibles (SINEM, astreinte...)	R14, R15	1 mois	L'établissement indique que l'équipe de nuit connaît le fonctionnement du SINEM mais que son numéro a été rajouté sur la liste des numéros d'urgence (photo transmise). La photo de la liste des numéros d'urgence transmise indique

				<p>le n° 116 117 pour l'appel à un médecin de garde. Or ce n° n'est pas en service dans le département de la Drôme et il convient de composer le 15 pour trouver un médecin de garde.</p> <p>Il n'est pas donné de réponse sur les informations données sur l'astreinte : les numéros des personnes d'astreinte pour l'établissement et le calendrier des astreintes méritent d'être affichés au même endroit, et non en des lieux distincts comme constaté sur place (Remarque 15).</p> <p><u>Recommandation maintenue jusqu'à prise en compte des remarques ci-dessus.</u></p>
--	--	--	--	---