



Affaire suivie par :
ARS Auvergne-Rhône-Alpes

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Conseil départemental de l'Isère

Réf. : [REDACTED]

Monsieur le Président
ASSOCIATION IBA
1, rue de la Valenue
77000 Melun

Lyon, le 1 SEP. 2024

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

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative conformément aux articles L. 313-13 du CASF et L. 1345-7 et L. 6116-1 du CSP s'est déroulée à l'EHPAD LES PORTES DU VERCORS, les 9 et 10 mars 2023, au titre du programme régional d'inspection, évaluation et de contrôle 2023 de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 10 avril dernier, les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations et actions également les engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse transmise par courrier en date du 13 juin dernier et par mail le 14 juin, 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 courrent à réception de la présente décision et vous vous attacherez en particulier à :

- Formaliser systématiquement, pour chaque personne accueillie, un projet d'accompagnement personnalisé et un projet de soin individuel, de manière concertée (délai de 3 mois) ;
- Elaborer un projet d'établissement, en intégrant le projet du PASA actualisé, un plan Bleu et un projet médical et de soin (délai d'un an) ;
- Reconstituer une équipe de professionnels conforme aux attendus réglementaires pour assurer un fonctionnement normal du PASA (délai : à sa réouverture) ;
- Améliorer la gestion de la déclaration et de traitement des E/I/EIG (délai immédiat à 3 mois, suivant les axes d'amélioration visés) ;

.../...

- Se doter d'un temps d'intervention de médecin coordonnateur suffisant, soit un complément de 0.30 ETP par rapport à l'existant (délai : dès que possible) ;

Concernant l'organisation des soins, élaborer des protocoles de prise en charge et de soins spécifiques (notamment les conduites à tenir) et s'assurer de leur appropriation (délai de 3 mois) et mieux maîtriser la gestion du risque de chute, en prenant en compte les aspects de prévention, afin d'assurer la sécurité de la prise en charge des résidents (délai d'un mois) ;

- Assurer un véritable pilotage de la promotion de la bientraitance/lutte contre la maltraitance, en engageant des mesures opérationnelles (délai de 6 mois).

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport d'inspection, 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 de l'ARS (Service Personnes âgées) et le Conseil départemental de l'Isère (Service inspection).

Il vous revient de leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires, à l'issue des différents délais.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr.

Nous vous rappelons, enfin que cette décision, accompagnée du rapport d'inspection, fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

La directrice générale de l'ARS


Pour le Président et par délégation le
Directeur Général adjoint chargé de la famille


Copie à la Direction de l'EHPAD LES PORTES DU VERCORS

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), mais non fondé sur un texte précis et/ou manquement à référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple).

Maintien/levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	<p>Concernant l'accompagnement des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer systématiquement un PAP pour chaque résident et le réévaluer si besoin et périodiquement, en y associant les usagers et/ou leurs familles et en intégrant les souhaits des résidents concernant leur rythme de vie (articles L311-3 et D312-155-0 du CASF) ; - Supprimer toute intervention de la Direction, dans la démarche d'élaboration (y compris en cas de difficultés) ; - Prévoir un projet de soins individuel, concerté et formalisé pour chaque résident (article D312-155-0 du CASF). 	<p>E.M.1 R. 37 R. 38 E.M. 2</p> <p>R. 36</p> <p>E.M. 4</p>	<p>3 mois</p> <p>Immédiat Levé</p> <p>3 mois</p>	<p>Il est pris bonne note de la transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la procédure d'accueil et d'intégration d'un nouveau résident (annexe 01) datée du 22/06/2021 ; - de la procédure de préadmission, rétroplanning interne des interventions de chacun pour l'accueil des nouveaux résidents (annexe 02) ; - du calendrier de remise à jour des projets personnalisés des résidents. <p>Pour autant, malgré l'existence de ces procédures, au jour de l'inspection, les professionnels n'ont pas connaissance des attendus de chacun, dans le recueil et la traçabilité des habitudes de la personne accueillie. Nous restons dans l'attente de la bonne information des professionnels concernant l'existence de ces procédures et leur utilisation, ainsi que de la mise à jour des projets d'accompagnements personnalisés et de soins individuels des résidents, en y associant les proches.</p> <p>Au regard du changement de direction et de l'absence de sa mention dans les documents institutionnels, il convient de lever la mention relative à la suppression de toute intervention de la Direction, dans la démarche d'élaboration.</p> <p>La prescription n°1 est donc maintenue dans ses alinéas 1 et 3.</p>
2	Elaborer un projet d'établissement, conformément à l'article L.311-8 du CASF, en intégrant le projet du PASA actualisé (cahier des charges relatif aux PASA et UHIR pour une bonne prise en charge adaptée en EHPAD - DGAS), un plan Bleu et un projet médical et de soin (article D312-158-1 du CASF).	<p>E. 1 E. 2</p> <p>E. 5 E.M. 3</p>	1 an	<p>Le Directeur, nouvellement en place, indique relancer la démarche de réévaluation du projet d'établissement, prévue entre septembre 2024 et juillet 2025, comme l'atteste la convention établie en ce sens, avec le calendrier des étapes, transmise en annexe. Elle comprendra aussi les projets de service du PASA et de l'unité protégée (UPG). Il ajoute également que le Plan bleu est en cours de réactualisation, mais que toutes les dispositions, notamment les stocks tampons, sont en place et</p>

				réévaluées tous les ans. Il est bien pris acte de cet engagement. Dans l'attente de sa réalisation, la prescription n°2 est maintenue.
3	<p>Concernant le PASA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer un fonctionnement du PASA, avec une équipe de professionnels conforme aux attendus réglementaires (cahier des charges relatif aux PASA de la DGAS) ; - Mettre en place des indicateurs de suivi de son activité. 	R.M. 2 R. 16 R. 1	Immédiat A sa réouverture 3 mois	<p>Il est déclaré que le PASA est fermé depuis mai 2024, à la suite de la démission de l'ASG et en l'absence d'un professionnel diplômé. Il est ajouté que le recrutement est en cours.</p> <p>De plus, l'établissement s'engage à redéfinir le projet du PASA lors de l'élaboration du projet d'établissement. La question de l'évaluation sera abordée et des indicateurs devraient être mis en place (nombre de jours d'ouverture, nombre de résidents accueillis, profils des résidents). Il est annoncé que le suivi sera remis en place dès la réouverture du PASA.</p> <p>Dans l'attente de la reconstitution d'une équipe de professionnels conforme aux attendus réglementaires pour assurer un fonctionnement normal du PASA et de la mise en place de suivi de son activité, la prescription n°3 est maintenue. En raison de la fermeture actuelle du PASA et dans l'attente du recrutement complet de l'équipe, le délai en lien avec le fonctionnement du PASA, est réajusté comme suit : A sa réouverture.</p>
4	Revoir le règlement intérieur du CVS (avec indication de la date d'approbation en instance, signature du Président et des dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022).	E.3	3 mois Levé	<p>Le règlement intérieur a été mis à jour le 21 septembre 2023 et voté lors du CVS tenu à la même date, comme l'atteste les éléments transmis en annexe.</p> <p>Ainsi, la prescription n°4 est levée.</p>
5	Prévoir la remise systématique du livret d'accueil au résident, lors de son admission (article L311-4 du CASF).	E. 11	Immédiat	<p>Il est pris acte de l'actualisation en mai 2024 du livret d'accueil et de l'engagement de remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant et de le faire parapher par ce dernier.</p> <p>Dans l'attente de transmission d'éléments probants l'attestant, dans le cadre du suivi de l'inspection, la prescription n°5 est</p>

				maintenue.
6	<p>Améliorer la gestion de déclaration et de traitement des EI/EIG :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intégrer systématiquement à chaque CVS un point d'information sur les EI/EIG affectant l'organisation et/ou le fonctionnement de la structure (Cf. article R. 331-10 du CASF) ; 2. Sensibiliser les professionnels à la déclaration des EI/EIG et accompagner les professionnels via la procédure, de manière à s'assurer de son appropriation ; 3. Assurer systématiquement un retour d'information du traitement et des réponses apportées au déclarant et prévoir si besoin un RETEX auprès des équipes. 	E. 4 R.M. 5 R. 6 R.M. 6	Immédiat 3 mois Immédiat Immédiat	<p>Il est pris bonne note de la transmission de l'ODJ du CVS du 20 juin 2024 attestant de la volonté d'en échanger lors de ce temps (annexe 10). Le compte-rendu de réunion de ce CVS n'ayant pu été communiqué, celui-ci reste en attente de transmission, dans le cadre du suivi d'inspection. Le compte-rendu de réunion du CVS du 21 mars 2024 fait état d'un bref rappel quant à la possibilité pour tous d'utiliser des fiches d'événements indésirables.</p> <p>Les feuilles d'émargement relatives à la gestion des EI/EIG ne sont pas suffisantes pour assurer un retour d'information du traitement et des réponses apportées au déclarant et la réalisation d'un RETEX au besoin (annexe 11). Ces comptes-rendus et la preuve du retour d'information faite au déclarant sont donc en attente de transmission, dans le cadre du suivi d'inspection.</p> <p>La procédure de traitement immédiat en cas d'EIG (annexe 13), en date du 18 janvier 2023, atteste de la volonté de l'Association d'agir pour la qualité de l'accompagnement porté aux résidents. Cela étant, aucune preuve des formations délivrées en vue de son appropriation n'a été transmise.</p> <p>Le planning des formations flash 2024 avec feuille d'émargement (annexe 12) ne font pas état de la réalisation de formation concernant la déclaration des EI/EIG au personnel.</p> <p>Au vu de ces éléments de réponse insuffisants, la prescription n°6 est maintenue.</p>
7	Se doter d'un temps d'intervention de médecin coordonnateur suffisant, conforme à l'article D. 312-156 du CASF (0.30 ETP manquant par rapport à la	E. 7	Dès que	L'établissement dispose actuellement, comme constaté au jour de l'inspection, de 0.30 ETP, contre 0.60 ETP attendu. Il est déclaré qu'une campagne de recrutement a été débutée activement auprès des écoles et du réseau médical (Cf. à titre

	capacité autorisée).		possible	d'exemple, un mail du 5 juin adressé au CHU de Grenoble par la Direction). Cette recherche doit être poursuivie. La prescription n°7 est donc maintenue.
8	<p>Concernant l'organisation des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le suivi des problèmes de santé ; - Mieux structurer les transmissions soignantes (en intégrant notamment des éléments d'observation quotidienne) ; - Elaborer des protocoles de prise en charge et de soins spécifiques (notamment les conduites à tenir) et/ou les actualiser (prise en charge de la douleur, accompagnement de fin de vie, gestion des IRA/GEA) et s'assurer de leur appropriation ; - Mieux maîtriser la gestion du risque de chute, en prenant en compte les aspects de prévention ; afin d'assurer la sécurité de la prise en charge des résidents (art. L311-3 CASF) 	R. M. 11 R.M. 12 R.M. 14 R.M. 13 R. 45 R.M. 15	Immédiat Levé Immédiat Levé 3 mois 1 mois	<p>Depuis le 6 décembre 2023, l'établissement bénéficie de 0.30 ETP de médecin coordonnateur qui a permis un meilleur suivi médical des résidents : toutes les prescriptions médicales et projets de soin sont élaborés selon l'évolution des besoins de la personne accueillie. Par ailleurs, dans le logiciel [REDACTED] toutes les informations médicales sont à jour et disponibles et disponibles aux personnels soignants. Le médecin coordonnateur a mis en place aussi un bilan d'entrée pour chaque nouveau résident (bilan anonymisé de juin 2024 transmis en annexe et plan de soins imprimé et anonymisé de [REDACTED] de juin 2024) qui permet la mise en place de la prise en charge du résident. La référente AS peut ainsi en lien avec l'IDEC élaborer et valider l'accompagnement du résident au quotidien (aide aux repas, aide à la toilette, etc.). A noter toutefois qu'il manque juste une courte phrase sur le projet de vie (activité occupationnelle)</p> <p>Les deux premiers points de la prescription sont donc levés.</p> <p>Tous les protocoles n'ont pas été mis à jour et les protocoles d'urgence sont inexistant. Ainsi, le 3^{ème} point de la prescription est donc maintenu, hormis sur l'actualisation des 3 protocoles spécifiques visés.</p> <p>Le dernier point visé par la prescription est également maintenu car il existe bien un relevé des chutes (sans précision de la période observée) et un début d'analyse des causes, mais aucun plan d'action associé pour supprimer les causes.</p> <p>Ainsi, la prescription n°8 est maintenue dans son ensemble.</p>

9	<p>Revoir les choix d'organisation et de système d'appel, ainsi que la gestion des téléphones des professionnels, de manière à garantir une réponse rapide et adaptée à la sollicitation et/ou au besoin des résidents dans leur ensemble et ainsi garantir la sécurité de leur prise en charge (art. L311-3 CASF)</p>	R.M. 7	2 mois	<p>Il est pris bonne note de la transmission du fichier de suivi des téléphones DECT de juin 2024 (annexe 22), l'émargement des salariés à l'entrée et la sortie DECT (annexe 23) et le dernier compte-rendu d'intervention [REDACTED] (annexe 60) attestant de la traçabilité de ces outils et le contrôle de leur état de fonctionnement. Ces éléments ainsi apportés permettent de lever la partie relative à la gestion des téléphones des professionnels.</p> <p>Le fait que les professionnels soient en possession de téléphone fonctionnel n'est pas suffisant, il faut également que les résidents disposent tous de dispositifs d'appels malade. Le reste de la mesure visée est donc maintenu.</p>
10	<p>Concernant la gestion des RH :</p> <p>Concernant les aspects budgétaires et financiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir un EPRD avec sincérité, conformément à la réglementation (article R.314-15 et R.314-222 du CASF); - Assurer systématiquement la complétude du tableau annuel des effectifs rémunérés sur les charges relatives au personnel extérieur et des explications dans le rapport budgétaire et financier ; - Disposer d'une copie de diplôme de chaque agent qualifié, afin de garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées (article L312-1-II du CASF); - Procéder régulièrement à des 	E 6	Immédiat	<p>Il est déclaré que l'EPRD est élaboré avec sincérité, selon la réglementation en vigueur. Il indique également qu'il s'efforce d'assurer la continuité du service en respectant le rapport budgétaire et financier. Néanmoins, le manque de personnel dans le secteur, depuis ces dernières années, a engendré un recours à l'intérim. La structure reconnaît que le recours à l'intérim est encore trop élevé (Cf. 1^{er} semestre 2024). Les listes des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux, ainsi que la vie sociale ont été mis à jour en 2024 (documents transmis en annexe). Cela étant, les points 1 et 2 sont maintenus, dans l'attente de vérification de leur effectivité, dans le cadre du suivi de l'inspection par les autorités de tarification.</p> <p>La Direction indique que lors du recrutement d'un nouveau salarié, un dossier lui est remis. Il est accueilli et accompagné par la référente aide-soignante, dans la première semaine de son intégration. Un bilan du parcours est initié à la fin de la semaine, en présence de l'IDEC et de la référente aide-soignante. De plus, une campagne de remise à niveau des dossiers salariés a été initiée. Il est déclaré que les diplômes ont été demandés et sont</p>
	E. 9	Immédiat Levé		

	vérifications des extraits de CJN, conformément à l'article L311-6 du CASF.	E. 10	Immédiat Levé	actuellement disponibles dans chaque dossier. Par ailleurs, il est demandé à chaque salarié titulaire et en CDD, de fournir un extrait de casier judiciaire, de moins de trois mois et si nécessaire de compléter la fiche d'informations si des changements se sont opérés. Les points de la prescription portant sur la qualification et les vérifications de CJN sont levés. La prescription n°10 est maintenue en ses points 1 et 2.
11	<p>En termes de partenariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser des contrats avec les professionnels extérieurs (kinésithérapeute, podologue, ergothérapeute et médecins généralistes), conformément à l'article R313-30-1 du CASF ; - Formaliser une convention avec le SIO de la Loire et assurer un bilan qualitatif et qualitatif sur les vacations d'IDEL via ce recours ; - Conclure des conventions avec des établissements de santé de son environnement (urgences, psychiatrie, EMH, HAD), ainsi que des établissements et services médico-sociaux. 	E. 8 R.M 8 R. 18	Dès que possible 3 mois	La Direction précise que depuis l'arrivée de l'IDEC et du médecin coordonnateur, une démarche constructive a été entamée pour le développement et la mise en place de partenaires médicaux et paramédicaux, le but étant de proposer un suivi individualisé dans l'accompagnement des résidents, selon leurs besoins. A ce jour, 20 médecins généralistes suivent les résidents au sein de la structure. Une démarche de mise en place et de signature de convention sera organisée en septembre/octobre auprès des médecins. Actuellement, peu de médecins ont accepté de signer une convention. Par ailleurs, une convention a été signée avec le CHU de Grenoble (visant notamment l'HAD et l'EMH) et un EHPAD en 2019. Dans l'attente des résultats de la démarche de mise en place et de signature des conventions attendues (avec notamment une structure des urgences pour couvrir le week-end et les nuits et un établissement psychiatrique), à porter à la connaissance des autorités de tarification, dans le cadre du suivi d'inspection, ce point est maintenu.

				point est maintenu. La prescription n°11 est maintenue.
--	--	--	--	---

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous recommandons de :				
1	Assurer en temps réel un suivi fiable du nombre de résidents accueillis et de leur identification.	R.M. 1	Immédiat Levé	<p>Le Directeur indique qu'au 13 juin 2024, l'établissement accueille 57 résidents. La liste est à jour et conforme à la réalité dans le logiciel [REDACTED]. La liste des résidents du 12 juin est fournie en annexe.</p> <p>Cet effort doit être poursuivi en ce sens. La recommandation n°1 est levée.</p>
2	<p>Sécuriser l'organisation de prise des repas et des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une liste des résidents dînant en chambre le soir et l'actualiser en tant que de besoin ; - Mettre en place un trombinoscope des résidents. 	R.M. 9 R.M. 10	Immédiat Levé	<p>La liste des résidents dînant en chambre (annexe 38 transmise et datée de juin 2024) est élaborée et actualisée par l'IDEC et la référente AS.</p> <p>Le trombinoscope est disponible et actualisé dès une entrée ou une sortie d'un résident, par le biais du logiciel [REDACTED]. Celui de juin 2024 a été transmis en annexe 39.</p> <p>Ainsi, la recommandation n°2 est levée dans son ensemble.</p>
3	<p>Concernant l'organisation des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabiliser le poste d'IDEC ; - Actualiser la liste des professionnels extérieurs venant compléter l'équipe pluridisciplinaire ; - Sécuriser la prise en charge et l'accompagnement des résidents, en 	R. 12 R. 19	Immédiat Levé	<p>La structure bénéficie d'une IDEC en poste et en CDI, depuis le 5 septembre 2023 (Cf. contrat IDEC transmis). Compte-tenu que cette professionnelle exerce sa fonction depuis moins d'un an, l'effort de stabilisation doit être poursuivi. Ce point est donc maintenu.</p> <p>La liste des intervenants extérieurs est déclarée comme à jour</p>
R. 13 R. 17	Dès que possible			

	<p>recrutant des AS qualifiées en nombre suffisant ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir l'affectation à l'UVP de personnel diplômé et formé à l'accompagnement de ce profil spécifique, en nombre suffisant et revoir les horaires des AS de cette unité, de manière à garantir la continuité de prise en charge ; - Accompagner les soignants, dans la traçabilité en temps réel des actes réalisés ; - Actualiser le planning des tâches AS et IDE, notamment concernant les temps de transmission ; - Mieux partager entre les soignants la charge de l'évaluation des prises en charge. 	<p>R. 14 R. 15</p> <p>R. 40</p> <p>R. 41</p> <p>R. 42</p>	<p>Dès que possible</p> <p>3 mois</p> <p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p>	<p>(pièce probante transmise). Ce point peut donc être levé.</p> <p>La qualification des professionnels reste une difficulté, même si des démarches ont été entamées dès l'arrivée de la nouvelle direction en prenant contact avec l'ensemble des écoles de formation du secteur. A ce jour, 6 AS en CDI sur 25 ETP sont à recenser. Mais il n'est pas précisé le nombre de diplômés sur l'effectif global et par profil. Une vigilance particulière sur ce point est demandée. Ce point est donc maintenu.</p> <p>Pour l'UVP, il est déclaré qu'elle est dotée actuellement de professionnels diplômés, sans compter les impondérables. A relever qu'un seul diplôme a été transmis. Dans l'attente de transmission d'éléments probants, dans le cadre du suivi d'inspection, ce point est maintenu.</p> <p>L'ensemble des fiches de tâches AS/ASH a été retravaillé avec les équipes pour optimiser les temps de pause, de relais et ainsi garantir une continuité d'accompagnement des résidents. Ce travail vient de se conclure en juin 2024, les fiches de tâches seront signées sous deux mois par les salariés. Dans l'attente de transmission de ces éléments probants, aux autorités de tarification, dans le cadre du suivi d'inspection, ce point est maintenu dans son ensemble.</p> <p>Les 3 derniers points visés par la recommandation (dont la traçabilité des actes AS au lit du malade) n'ont pas donné lieu à une réponse de la Direction.</p> <p>La recommandation n°3 relative à l'organisation des soins est maintenue en tous ses points, hormis le point 2 qui est levé.</p>
4	<p>Concernant la Direction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabiliser le poste de Directeur ; - Formaliser la continuité de la fonction, en cas d'absence du Directeur ; - Actualiser les modalités 	<p>R.M. 3 R. 3</p>	<p>Immédiat</p> <p>1 mois</p>	<p>Le nouveau directeur de l'EHPAD est en place depuis le 6 mai 2024, en CDI. Un manager de transition a été positionné sur le poste de direction, du 6 juin 2023 au 11 février 2024. Le CDI du Directeur et sa fiche de fonction ont été transmis dans le cadre de la procédure contradictoire. Au vu de la récence de cette prise</p>

	organisationnelles du dispositif d'astreinte.	R.M. 4	1 mois Levé	<p>de poste, ce point est maintenu.</p> <p>Aucun élément de réponse n'est apporté sur la formalisation de la continuité de la fonction. Ce point est donc maintenu.</p> <p>S'agissant de l'actualisation des modalités organisationnelles du dispositif d'astreinte, il est indiqué que le classeur pour la gestion des astreintes a été mis à jour en mai 2024 (documents essentiels du classeur transmis dans le cadre de la procédure contradictoire). Il comprend une note du directeur reprenant les modalités de l'astreinte, les consignes pour contacter la direction en cas d'urgence, la cascade d'appels LBA en cas d'urgence, les numéros d'urgence, les plannings de l'ensemble du personnel, la liste des résidents et coordonnées des familles des résidents, la liste et coordonnées téléphoniques des professionnels, la procédure de gestion des appels en cas d'urgence, la procédure en cas de disparition inopinée d'un résident, les consignes de sécurité et le contrat de maintenance électrique du prestataire d'astreinte. Au vu des éléments de réponse apportés sur ce point, celui-ci est levé.</p> <p>La recommandation n°4 est donc maintenue pour les deux premiers points.</p>
5	Actualiser et dater l'organigramme de l'établissement.	R. 2	1 mois Levé	<p>L'organigramme de la structure a été réactualisé à l'arrivée du nouveau directeur. Celui-ci a été transmis dans le cadre de la procédure contradictoire.</p> <p>Ainsi, la recommandation n°5 est donc levée.</p>
6	<p>En termes de communication institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer systématiquement un compte-rendu de réunion à chaque tenue ; - Mettre en place une réunion 	R. 4	Immédiat	<p>La Direction déclare que selon les consignes associatives, chaque instance engage un compte-rendu validé et disponible sur le logiciel [REDACTED] (Cf. liste des instances au sein des établissements LBA fournie, mais comptes-rendus de réunions non transmis). Ce point est donc maintenu, dans l'attente de transmission des</p>

	d'encadrement pour l'équipe de nuit.	R. 24	Immédiat Levé	éléments probants l'attestant, dans le cadre du suivi d'inspection. Le Directeur nouvellement arrivé a prévu, en collaboration avec l'IDEC, une réunion pour les équipes de nuit, selon un calendrier prévisionnel (transmis en annexe). Ce point est donc levé. La recommandation n°6 est donc maintenue, en son premier point.
7	Assurer un véritable portage de la promotion de la bientraitance/lutte contre la maltraitance, en engageant des mesures opérationnelles (référent désigné, COPIL qualité investi sur cette thématique, actions de prévention, y compris au niveau du plan d'action qualité).	R. 5	6 mois	Le Directeur déclare que l'Association développe un concept « Age + » qui se veut être une démarche pro-active et originale pour imaginer une nouvelle génération de résidences. Les objectifs principaux sont de partager une vision commune (résidents, familles, professionnels) dans un esprit humaniste et promouvoir la bienveillance pour un vivre ensemble solidaire. Au sein des professionnels, les formations flash développeront cette thématique pour renforcer cette démarche humaniste. Il est sans compter sur le travail d'élaboration du projet d'établissement. A ce titre, ont été transmis en annexes, LBA Plaquette Age + (annexe 49), convention signée pour l'élaboration du projet d'établissement (04), planning prévisionnel des formations flash 2 ^{ème} semestre 2024 (50). Dans l'attente de la mise en œuvre de mesures opérationnelles, comme attendue, la recommandation n°7 est maintenue dans son intégralité.
8	Désigner un référent qualité pour accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des procédures en interne	R. 7	3 mois	L'établissement a nommé une référente AS qui s'assure temporairement également de la référence qualité, en lien avec le Siège LBA et l'IDEC, le but étant d'améliorer la qualité de l'accompagnement. Une formation lui a été délivrée les 16 et 17 avril 2024. En raison du caractère temporaire de cette désignation et dans l'attente de la stabilisation pérenne de cette fonction, la recommandation n°8 est maintenue.

	S'agissant de la gestion des RH :			
9	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place, en lien avec le gestionnaire, des indicateurs clés de gestion et de suivi RH (absentéisme, turn-over,...) ; - Elaborer une fiche de poste nominative, personnalisée, signée et actualisée régulièrement pour chaque salarié ; - Instaurer une démarche d'évaluation régulière des professionnels ; - Prévoir le contrôle de travail de l'équipe de nuit ; - Elaborer un plan de formation annuel, en intégrant des formations non obligatoires (y compris, sur les thématiques de la bientraitance/prévention de la maltraitance et les troubles du comportement) en nombre suffisant et en assurer le suivi ; - Mettre en place un dispositif de soutien des professionnels, de type analyse des pratiques professionnelles ; - Conduire une réflexion interne sur l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés et personnels vacataires. 	<p>R. 20 R. 21</p> <p>R. 22</p> <p>R. 23</p> <p>R. 24</p> <p>R. 25 R. 26</p> <p>R. 27 R. 28</p> <p>R. 29</p> <p>R. 30 R. 31 R. 32</p>	<p>3 mois</p> <p>3 mois</p> <p>Fin 2024, au plus tard</p> <p>Immédiat</p> <p>Fin 2024, au plus tard</p> <p></p> <p>3 mois</p> <p>3 mois</p>	<p>En réponse, il est notamment déclaré que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les indicateurs de gestion et de suivi RH seront mis en place courant du 2^{ème} semestre 2024. Il en est pris acte, mais dans l'attente d'éléments probants confirmant sa mise en œuvre, ce point est maintenu ; - La mise à jour de l'ensemble des dossiers du personnel a débuté. Le travail des fiches de tâches AS vient de se terminer en juin 2024. Elles seront signées dans les semaines à venir. A souligner que cette prévision a déjà été apportée en réponse à la recommandation n°3 et que le point visé dans la présente recommandation concerne non pas les fiches de tâches AS, mais <u>les fiches de poste de tous les professionnels</u>. La réponse apportée sur ce point ne correspond donc pas à celle attendue ; - La campagne des évaluations annuelles des professionnels est prévue courant du 2^{ème} semestre 2024, ainsi que par la suite des réunions de nuit, un contrôle en binôme du Directeur avec l'IDEC, plutôt courant du 1^{er} semestre 2025. Dans l'attente d'éléments probants actant l'effectivité de ces deux points, ceux-ci sont maintenus ; - Le plan de formation 2025 sera élaboré courant du 2^{ème} semestre 2024, avec deux directives : développer le concept Age + et soutenir les professionnels dans l'accompagnement des troubles cognitifs et du comportement. Dont acte. Dans cette attente, ce point est maintenu ; - Une supervision pour l'équipe encadrante et une analyse de pratiques pour l'ensemble du personnel sont envisagées dans le dernier trimestre 2024. Par ailleurs, la première QVCT aura lieu du 17 au 23 juin 2024 : des ateliers sont offerts aux professionnels (ateliers créatifs, réveil musculaire, etc.). Il en est pris acte. Ce point est maintenu, dans l'attente des mises en place annoncées ; - La référente AS accompagne le nouveau professionnel

				<p>durant une semaine. Un point est effectué avec l'IDEC, à propos de l'arrivée du nouveau professionnel. Dans un deuxième temps, courant du premier semestre 2025, une réflexion au sein de l'établissement sera mise en place dans un COPIL, le but étant de développer des outils pour accueillir les nouveaux professionnels. De plus, le plan de formation 2025 soumettra la possibilité de former deux professionnels aux tutorats de nouveaux salariés et/ou stagiaires. Il est bien pris note que la réflexion visée en interne a pour échéance le premier semestre 2025. Dans l'attente de sa mise en œuvre, cet alinéa est maintenu.</p> <p>La recommandation n°9 est donc maintenue dans son ensemble.</p>
10	<p>S'agissant de l'admission et de l'accompagnement du résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer à la démarche l'ensemble des personnes concernées (gouvernant, IDEC et psychologue), en référence aux documents d'accueil et d'accompagnement du résident ; - Accompagner les professionnels concernés dans le recueil et la traçabilité des habitudes de la personne, en définissant mieux les rôles et attendus de chacun ; - Désigner un professionnel référent pour faciliter l'intégration du résident. 	R. 33 R. 35 R. 39	Immédiat 3 mois 3 mois	<p>Les procédures transmises (annexes 1 et 2) existaient déjà au jour de l'inspection. A cette date, il avait été constaté sur place l'absence de connaissance des professionnels de ces procédures. La transmission des comptes-rendus présentant ces outils aux professionnels est attendue dans le cadre du suivi d'inspection, de même que les éléments de preuve attestant du recueil et de la traçabilité des habitudes de personne.</p> <p>Dans ce contexte, la recommandation n°10 est donc maintenue.</p>
11	<p>Concernant les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir la signalisation des étages, de manière à faciliter l'orientation et le déplacement des résidents et leurs familles ; 	R. 8	1 mois Levé	<p>Les photos transmises (annexe 53) permettent d'attester la signalétique mise en place par l'établissement, la mise à disposition des professionnels d'espaces suffisants et l'aménagement du petit salon situé au 2^{ème} étage, en vue d'accueillir les familles dans de bonnes conditions.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à destination des professionnels des espaces en nombre suffisant ; - Revoir l'aménagement du petit salon situé au 2^{ème} étage, afin d'accueillir les familles dans de bonnes conditions et dans le respect de leur intimité. 	R. 9 R. 10	<p>Dès que possible Levé</p> <p>Dès que possible Levé</p>	<p>Au vu de ces éléments probants, la recommandation n°11 est levée.</p>
12	Mettre en place des activités, en nombre suffisant, auprès des résidents.	R. 34	<p>Immédiat Levé</p>	<p>Les différents documents produits, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bilan des animations de mai à décembre 2023 (annexe 54 transmise), non validé par la Direction et non présenté en CODIR ; - Le projet d'animation 2024 (annexe 55) ; - L'article du journal (annexe 56) ; - Le calendrier annuel des fêtes et grands événements (annexe 57) ; - Les photos d'animations au sein de l'EHPAD (annexe 58) ; - Le planning des activités de juin 2020 (annexe 59) ; - La prévision dans le plan de formation d'une formation à destination de professionnels ASH et AS pour l'animation pour tous (annexe 59) ; - La convention musée de Grenoble (annexe 61) ; <p>permettent de démontrer l'implication de l'établissement dans la pérennisation des animations existantes et la mise en place de nouvelles animations en nombre suffisant pour les résidents.</p> <p>La recommandation n°12 est donc levée.</p>

