

La Directrice générale

Réf : 282429 - PMIEC

Directeur territorial
Mutualité Française Sud Rhône Alpes
Délégation territoriale de l'Ardèche
ZA Le Lac – Quartier Chamarras
07002 PRIVAS Cedex – BP 224

Lyon, le 18 JUL. 2024

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection de l'EHPAD Les Peupliers (07400 Le Teil) par les services de l'Agence Régionale de Santé
LRAR

PJ : 1 - Mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur territorial,

Une inspection diligente à mon initiative, selon les 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 Les Peupliers les 28 et 29 novembre derniers, 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 du 21 mars 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux non conformités, manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier conjoint avec la directrice de l'EHPAD en date du 24 avril 2024.

Je note que vous n'avez pas formulé d'observations quant aux constats de la mission établis dans le rapport d'inspection. Le rapport signé le 29 février 2024 est donc inchangé.

Je prends acte des informations données et des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire sur les mesures correctives à mettre en œuvre. J'observe toutefois que les réponses apportées ne sont pas toutes satisfaisantes ou font état d'actions tout juste initiées ou encore à venir, dont la réalisation n'est pas vérifiable à ce stade. C'est pourquoi seules trois prescriptions ont pu être levées.

Aussi, au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier ma décision définitive, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives, prescriptions et recommandations, dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision.

Courrier : CS 93383 - 69419 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes-ars.sante.fr

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ars-dpo@ars.sante.fr).



Pour la mise en œuvre de ces mesures, il m'apparaît nécessaire que vous vous attachiez en particulier à :

- Améliorer le fonctionnement de l'accueil de jour, actuellement non satisfaisant, et/ou discuter de l'évolution de cette autorisation avec les autorités de tutelle d'ici fin 2024,
- Poursuivre vos démarches de recrutement d'un médecin coordonnateur dont les missions sont essentielles pour la définition du projet général de soins, la bonne mise en œuvre de celui-ci par les professionnels de l'établissement et plus généralement pour la qualité des soins délivrés aux résidents,
- Simplifier et optimiser l'organisation des horaires de travail des équipes afin de :
 - o soulager l'infirmière coordinatrice sur la gestion des ressources humaines et des plannings pour lui permettre de se mobiliser sur la coordination des soins actuellement insuffisamment investie,
 - o renforcer l'intervention de personnels qualifiés auprès des résidents,
- Veiller à l'appropriation des protocoles généraux de soins du groupe AESIO Santé par les professionnels de l'EHPAD les Peupliers pour une mise en œuvre effective de ces référentiels au sein de la structure,
- Définir la stratégie institutionnelle de promotion de la bientraitance et les moyens opérationnels qui y sont consacrés au sein de l'établissement pour développer une approche partagée par l'ensemble des personnels de l'EHPAD,
- Garantir la sécurité des locaux en vous assurant qu'une réponse est apportée à l'ensemble des prescriptions de la commission de sécurité.

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

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Ardèche.

Vous veillerez à lui transmettre, **pour le 31/12/2024**, l'ensemble des éléments probants sur la mise en œuvre des différentes mesures.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception.

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

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur territorial, l'expression de ma considération distinguée.

Par délégation,

Le Directeur général adjoint

Copie à Mme la directrice de l'EHPAD Les Peupliers

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

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

Nature des mesures correctives

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

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

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

Maintien / levée des mesures correctives

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

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

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	<p>Mettre en œuvre l'autorisation de l'Accueil de Jour à hauteur des attendus par rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au nombre de places autorisées et selon un taux d'occupation amélioré, - à la définition formelle d'un projet de fonctionnement et de prise en charge - à l'organisation en matière de coordination et de locaux... <p>A défaut, engager une réflexion sur l'évolution de cette autorisation avec les autorités de tutelle.</p> <p><i>Articles D.312-8, D.312-9-III CASF</i> <i>Circulaire du 29/11/2011 relative aux modalités d'organisatoin de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire</i></p>	<p>E1</p> <p>E3</p> <p>E19, E20</p>	6 mois	<p>Il est pris acte de la réponse de la direction de l'EHPAD et du directeur territorial AESIO donnant les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une campagne de communication va être organisée avant la période estivale ; - la coordination de l'accueil de jour est assurée par la psychologue présente à hauteur de 0,10 ETP ; - un projet de service et un règlement de fonctionnement spécifiques à l'accueil de jour datant respectivement de 2020 et 2019 seront mis à jour dans le délai imparti ; - une relance des partenaires de proximité (mairie, CCAS, [REDACTED], ...) va être effectuée pour trouver de nouveaux locaux ; - en parallèle de ces actions une réflexion sur le devenir de cette autorisation va être engagée. <p>Prescription maintenue en l'attente d'une décision quant à l'évolution de cette structure.</p>
2	<p>Elaborer le nouveau projet d'établissement de manière à ce qu'il réponde aux attendus légaux en matière de contenu et de méthodologie d'élaboration nécessitant l'association du personnel et des usagers.</p> <p><i>Articles L.311-8, D.311-38, D.312-9-III CASF</i></p>	<p>E2, E3</p> <p>E12</p>	9 mois	<p>Il est pris acte de la réponse indiquant que la démarche sur l'élaboration du projet d'établissement est planifiée. Le rétroplanning des différentes étapes a été transmis, prévoyant le lancement de la démarche le 21/06/2024 et indiquant la finalisation au 1/04/2025 (diffusion du PE).</p> <p>Il est remarqué que ce rétroplanning n'identifie pas précisément la consultation du CVS alors même que celle-ci est une étape obligatoire dans le processus (article L.311-8 du CASF).</p> <p>Prescription maintenue en l'attente de l'adoption définitive du nouveau projet d'établissement, validé par les instances de ce dernier.</p>

3	<p>Garantir une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents en renforçant le nombre et la qualification des personnels présents aux différents moments du jour et de la nuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer le recrutement de professionnels qualifiés sur les postes vacants de l'équipe de soins - Impulser une démarche de qualification adaptée aux besoins de l'établissement (VAE AES notamment) - Renforcer le taux d'encadrement en personnel soignant dans les unités - Assurer la présence systématique d'au moins une personne qualifiée la nuit et donner la priorité, pour l'équipe de nuit, aux tâches relatives à la surveillance et à la prise en charge des résidents. <p>Articles L.311-3, L.312-1-II CASF</p>	<p>E16, E18 R13</p> <p>R26</p> <p>R48</p> <p>E17, R17</p>	<p>6 mois</p>	<p>La réponse indique que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une nouvelle organisation est envisagée avec un passage en 12h du personnel soignant (planification établie et présentée le 22/04/2024 en CSE pour une application mi-mai 2024) - il existe un plan de développement des compétences avec un budget dépassant l'obligation légale (non fourni), et qu'il y a une attention particulière à la formation du personnel avec une étude de toutes les demandes de VAE - le recrutement de personnel qualifié la nuit a été relancé (Annonces publiées sur France Travail - [REDACTED]). <p>La trame des nouveaux roulements des ASD et auxiliaires de vie sur 6 semaines transmise concerne a priori seulement le Cantou. Le temps de travail de chacun des salariés montre encore une variation importante du nombre d'heures mensuelles travaillées par les uns et les autres, et une présence de personnels réduite à 3 au lieu de 4 sur la moitié des week ends (3 sur 6).</p> <p>L'établissement n'apporte pas d'éléments de réponse sur l'ensemble des points soulevés (recrutement de personnels qualifiés, priorité à donner la nuit à la surveillance et prise en charge des résidents, renforcement du taux d'encadrement soignant dans les unités...).</p> <p>Prescription maintenue jusqu'à production d'éléments démontrant le renforcement du nombre et de la qualification des personnels présents aux différents moments du jour et de la nuit.</p>
4	<p>Recruter un médecin coordonnateur qui assure les missions qui lui sont dévolues, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'avis sur les admissions 	<p>E28</p> <p>E21</p>	<p>immédiat</p>	<p>Il est pris acte de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la recherche d'un MEDEC (annonces publiées sur France Travail : [REDACTED]). - la mise à jour de la procédure d'admission en cours de mise à

<ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration d'un rapport annuel d'activité médicale - La détermination, sous sa responsabilité, du GMP des résidents - La mise en place de la commission de coordination gériatrique - La veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques - L'actualisation ou la rédaction et la mise en œuvre des protocoles de prévention et de prise en charge des principaux risques gériatrique (chutes, escarres, contention, dénutrition, risque infectieux, urgences médicales, douleur, accompagnement de fin de vie. <p>Dans l'attente de ce recrutement, définir les mesures permettant de pallier l'absence de médecin coordonnateur.</p> <p>Articles D.312-156, D.312-158, R.232-18 CASF</p>	<p>E29</p> <p>E30</p> <p>E31</p> <p>R40, R41, R42</p> <p>R37, R38</p> <p>R43, R44</p> <p>R53, R54, R55</p> <p>R57, R58, R59</p>		<p>jour qui intégrera le cas de vacance de poste de MEDEC (modalités non précisées)</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place d'une commission d'admission tous les 15 jours les lundis matins, composée de l'IDEC, de la psychologue et de la directrice. <p>S'agissant de la commission de coordination gériatrique, il est mentionné que le médecin coordinateur, quand il sera recruté, la mettra en place, et que dans l'attente du recrutement d'un MEDEC, le directeur médical du Groupe AESIO Santé, également MEDEC d'un autre EHPAD, doit intervenir en avril 2024 au sein de la résidence pour rédiger le RAMA et superviser le girage des résidents : le RAMA et le tableau des GIR ont été transmis.</p> <p>A noter que le girage établi au 30/04/2024 indique un GMP à hauteur de 730, soit en augmentation par rapport aux mesures précédentes notées dans le rapport d'inspection (GMP = 656 le 28/11/2023, GMP = 642 en 2020). Ainsi sans atteindre les niveaux moyens de GMP disponibles sur la dernière année référencée (2022) pour la région AURA (GMP moyen = 757) ou pour le département de l'Ardèche (GMP moyen = 743), l'établissement s'en rapproche ce qui va dans le sens attendu en termes de dépendance des personnes accueillies en EHPAD.</p> <p>Sur les protocoles, il est pris note que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les protocoles sont dans AGEVAL et qu'ils sont validés par l'ensemble des médecins coordonnateurs d'AESIO Santé - le protocole Dénutrition-Déshydratation et prévention a été mis en place au sein de la résidence avec des temps de sensibilisation organisés en janvier 2024 au moment des relèves à destination des professionnels (à noter que la pièce jointe n'est pas probante sur ces temps de sensibilisation) - les IMC de l'ensemble des résidents ont été actualisés et sont
---	---	--	--

				<p>suivis régulièrement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la surveillance des poids est réalisée mensuellement (plans de soins actualisés en conséquence) - les personnes à risque et présentant un diagnostic de dénutrition sont identifiées et bénéficient du protocole spécifique. - La procédure circuit de signalement IRA mise à jour par le CPIAS en janvier 2024 a été diffusée par le biais du logiciel Qualité et le guide réflexe sur la prise en charge des cas groupés IRA et GEA élaboré par le ministère de la santé est disponible dans AGEVAL. Par ailleurs la résidence a démarré sa DAMRI en lien avec le service Qualité du groupement et l'EMI-I au mois de janvier 2023 sur la plateforme blue kango. <p>Sur ces points, différentes procédures ont été communiquées (contention, douleur, escarres, chute, dénutrition, fin de vie, urgences) accompagnées de leur « cartouche » montrant qu'elles sont applicables au sein de la résidence Les Peupliers.</p> <p>Toutefois les éléments communiqués ne permettent pas de mesurer l'application de ces procédures au sein de l'EHPAD et le degré d'appropriation des équipes.</p> <p>S'il est dit que l'ensemble des protocoles cités ont été mis à disposition des professionnels dans un classeur et sont en cours de diffusion auprès des équipes, aucun élément probant n'a été fourni (ex. : sommaire du classeur, modalités de diffusion aux personnels...).</p> <p>S'agissant du protocole Dénutrition, la surveillance mensuelle du poids et la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition nécessitent d'être attestées, étant données les lacunes repérées en la matière lors de l'inspection. Il n'a pas été communiqué de plans de soins actualisés, ni la liste à jour des relevés de poids avec date de la dernière pesée : ces documents sont à fournir dans le suivi d'inspection.</p>
--	--	--	--	--

				Prescription maintenue dans l'attente du recrutement d'un médecin coordonnateur et de la réalisation de l'ensemble des missions relevant de ce professionnel.
5	<p>Consolider le pilotage de l'établissement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaborant le document unique de délégation entre l'entité gestionnaire et la directrice en poste et en précisant les missions de la directrice - Poursuivant le processus de qualification de la directrice - Définissant clairement la répartition interne des responsabilités (organigramme opérationnel) - Accompagnant la prise de poste de la directrice si besoin <p>Articles D.312-176-5, D.312-176-6 à D.312-176-9 CASF</p>	<p>E8, R4</p> <p>E7</p> <p>R1, R3</p> <p>R3</p>	6 mois	<p>Il est pris acte de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formalisation et signature du DUD à destination de la directrice - la poursuite de son cursus de formation M2 MESS - la mise à jour de l'organigramme - l'accompagnement de la directrice de l'EHPAD par la responsable de filière et les fonctions supports du siège de la Mutualité Française Sud Rhône-Alpes. <p>Les éléments probants ont été fournis sur les 3 premiers points (convention de formation, fiche de fonction directeur d'EHPAD et DUD directeur établissement V.09/01/2024, organigramme de l'EHPAD V. 16/04/2024).</p> <p>Prescription levée</p>
6	<p>Améliorer le fonctionnement du Conseil de la vie sociale en respectant les dispositions réglementaires prévues et mettre à jour son règlement de fonctionnement</p> <p>Articles D.311-4 à D.311-20 CASF</p>	E9, E10, E11	3 mois	<p>La réponse informe sur l'organisation des élections pour le CVS le 02/06/2024 et sur la programmation d'une réunion de CVS le 21/06/2024 qui permettra d'arrêter le planning des réunions 2024 ; de même le nouveau règlement de fonctionnement du CVS sera présenté au CVS le 21/06/2024 (modèle en PJ mis à jour au regard du décret du 25/04/2022).</p> <p>Il est pris acte de l'engagement du gestionnaire à respecter les dispositions réglementaires (composition, comptes rendus...).</p> <p>Prescription maintenue dans l'attente de la réalisation des actions prévues.</p>

7	<p>Définir une politique d'amélioration de la bientraitance et de prévention de la maltraitance précisant les différentes actions mises en œuvre à ce titre vis-à-vis de l'ensemble des personnels</p> <p><i>Instruction DGAS/2A n°2007-398 du 6/11/2007 RBBP ANESM :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – juin 2008 et synthèse janvier 2012</i> - <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – déc 2008</i> 	E12 R6, R7 R25	6 mois	<p>L'établissement apporte les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un volet "Promotion de la bientraitance, prévention du risque de maltraitance" sera développé dans le projet d'établissement - Le règlement de fonctionnement 2024 de l'établissement aborde la thématique (point 3.11, page 14) - 3 sessions de formation sur la bientraitance sont prévues en 2024 (03 au 04 juin, 23 et 24 septembre et 25 et 26 novembre) avec 3 places attribuées à la résidence. - La psychologue a été nommée "Référénte Bientraitance" avec pour mission de déployer la démarche auprès des professionnels (fiche de missions communiquée) - L'enquête "Regards croisés sur la bientraitance" sera déployée au cours du troisième trimestre. <p>Il est pris note de ces informations. Toutefois la politique d'amélioration de la bientraitance et de prévention de la maltraitance de l'EHPAD reste à définir, puisque la mention de cette politique figurant dans le règlement de fonctionnement n'en précise pas encore les axes. La désignation d'une « Référénte bientraitance » est une action pertinente, à noter toutefois que les moyens (temps consacré à la fonction, moyens d'action concrets...) qui lui sont dévolus pour assurer sa mission ne sont pas précisés (en dehors du soutien du comité de direction et de l'appui opérationnel du pôle qualité).</p> <p><i>Prescription maintenue dans l'attente de la définition de la politique "bientraitance" institutionnelle dans le projet d'établissement, et des actions prévues (modalités, moyens...) pour sa mise en œuvre.</i></p>
---	--	----------------------	--------	---

8	Garantir la prise en compte des droits des usagers tel que prévu par la loi/règlements :			Il est pris acte : - du nouveau règlement de fonctionnement entré en vigueur au mois de février 2024 après consultation du CVS le 30/01/2024 et désormais affiché dans le hall d'accueil - du nouveau contrat de séjour, entré en vigueur en 2024, qui précise bien en annexe 1 bis les prestations contenues dans le socle minimal du tarif hébergement (à noter que la référence à l'Annexe 2-3-1 du CASF peut être ajoutée aux références législatives mentionnées) - de l'annexe au contrat de séjour définissant les mesures particulières à prendre pour assurer la sécurité du résident et soutenir sa liberté d'aller et de venir (annexe et procédure d'élaboration produite), en cours de déploiement. Sur le contrat de séjour, il n'est pas apporté de réponse ou d'engagement sur l'élaboration d'un contrat pour chacun des résidents, en correction de l'Ecart 22. Sur le point relatif à la préservation du droit à aller et venir librement, notamment pour les résidents du Cantou au regard des conditions restrictives d'accès au jardin, la réponse indiquant que « <i>Dès qu'un résident semble désireux de sortir, un soignant l'accompagne</i> » ne répond pas à la prescription énoncée au regard des constats posés dans l'Ecart 26 (limitation de l'accès au Jardin aux résidents du cantou qui peuvent aller et venir librement) et la Remarque 33 (manque de dispositifs de sécurité permettant un accès plus autonome des résidents au jardin de l'UVP). Il n'est pas apporté de réponse sur le Livret d'accueil. Il est pris note que la procédure de désignation d'une personne de confiance est en cours de mise en place (formulaire et note explicative remis systématiquement avec le dossier d'entrée : documents produits).
	- Établir un règlement de fonctionnement conforme à la réglementation, le soumettre à la consultation du CVS et procéder à son affichage <i>Articles R.311-33 à R.311-37-1</i>	E4, E5		
	- Elaborer un contrat de séjour pour chacun des résidents <i>Article L.311-4 CASF</i>	E22		
	- Définir les mesures particulières à prendre pour assurer la sécurité du résident et soutenir sa liberté d'aller et de venir, chaque fois que nécessaire, dans une annexe au contrat de séjour et dans le cadre d'une procédure collégiale comprenant le médecin coordonnateur ou le médecin traitant <i>Article L.311-4-4 CASF</i>	E6		
	- Préserver chaque fois que possible le droit à aller et venir librement <i>Article L.311-3 CASF</i>	E26, R33		
	- Garantir la bonne information des usagers, notamment par le biais d'un livret d'accueil régulièrement actualisé et complet, et dans les différents documents relatifs à la vie quotidienne (menus...) <i>Article L.311-4 CASF</i>	E23 R39	6 mois	
	- Proposer et formaliser la désignation d'une	E25		

	<p>personne de confiance dès l'admission</p> <p><i>Article L.311-5-1 CASF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procéder à l'enquête de satisfaction des usagers selon une fréquence annuelle ; présenter et exploiter les résultats ; <p><i>Article D.311-15 du CASF</i></p>	E13		<p>Les enquêtes de satisfaction Résidents et Familles réalisées en décembre 2023 dont les résultats sont affichés et seront présentés au CVS du mois de juin 2024 ont été produites. Il n'est pas indiqué quelle suite sera donnée à l'exploitation des résultats.</p> <p>Prescription levée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>l'établissement du règlement de fonctionnement</i> - <i>l'annexe au contrat de séjour sur les mesures particulières à prendre pour assurer la sécurité du résident et soutenir sa liberté d'aller et de venir</i> - <i>la désignation d'une personne de confiance</i> <p><i>Les mesures sont toutefois à mettre en œuvre dans la durée.</i></p> <p>Prescription maintenue sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>l'élaboration d'un contrat de séjour pour chacun des résidents</i> - <i>la nécessité de préserver chaque fois que possible le droit à aller et venir librement (accès au jardin par les résidents du Cantou notamment)</i> - <i>la bonne information des usagers par le biais d'un livret d'accueil régulièrement actualisé et complet, et des informations exactes et complètes sur les menus...(R39)</i> - <i>l'exploitation des résultats des enquêtes de satisfaction (mesures d'amélioration prévues...).</i>
9	<p>Elaborer un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé avec la personne accueillie, adapté à ses besoins et réévalué, pour tous les résidents de l'EHPAD</p> <p><i>Articles L.311-3, D.312-155-0 CASF</i> <i>RBBP ANSM : Les attentes de la personne et le projet personnalisé – déc 2008</i></p>	E24	6 mois	<p>La réponse apporte indique que la procédure de gestion des PAP est en cours de mise à jour et qu'un rétroplanning de mise en œuvre sera élaboré et suivi.</p> <p>Prescription maintenue jusqu'à établissement de la procédure et mise en place effective de la démarche (calendrier élaboré et amorcé).</p>

10	<p>Sécuriser le circuit du médicament sur différents points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la prescription par voie informatique auprès des médecins traitants <p><i>Article R.4311-3 à 7 CSP</i> <i>Guide HAS : Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments</i></p>	E33	3 mois	<p>Il est pris note que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90% des ordonnances sont établies par voie informatique et qu'un rappel sera adressé aux médecins pour les sensibiliser - une session de formation au Circuit du médicament en e-learning sera organisée en 2024 à destination des AS et IDE (informations sur les modalités non précisées) - les médecins coordonnateurs du Groupe AESIO ont travaillé sur un protocole pour constituer les stocks de médicaments et l'établissement s'engage à réaliser un travail avec le Directeur médical dans le délai prescrit - pour l'identification des piluliers, une réflexion est menée pour y placer une photo dans le respect du droit à l'image du résident - une sensibilisation auprès des résidents et des familles pour que les médicaments soient mis dans les coffres est effectuée régulièrement - Pour la traçabilité de l'administration en temps réel, des tablettes numériques sont disponibles mais il existe un souci de logiciel. Dans l'attente, la traçabilité de l'administration des médicaments se fait au format papier. <p>Il n'est pas apporté de réponse sur le point relatif aux protocoles de soins encadrant la collaboration IDE/AS et accompagnants sociaux dans la distribution des médicaments.</p> <p>La « procédure Circuit du médicament » communiquée, si elle rappelle la réglementation en ce sens dans le cadre du rôle propre de l'IDE et de la responsabilité des actes que l'IDE assure notamment avec la collaboration des aides-soignants qu'il encadre (page 9 de la procédure), ne précise pas les projets du groupe AESIO Santé sur d'éventuels protocoles.</p>
	<p>Etablir des protocoles de soins encadrant la collaboration IDE/AS et accompagnants sociaux dans la distribution des médicaments, tel que préconisé par la réglementation (et indiqué dans le document AESIO Santé relatif à la gestion des médicaments au sein de l'EHPAD Les Peupliers)</p> <p><i>Article L.313-26, R.4311-3 et R.4311-4 CSP</i></p>	E35		
	<p>Remédier au stock trop important de médicaments constitué en cas de besoins en urgence</p> <p><i>Articles L.5126-10, R.5126-108 CSP</i></p>	E34		
	<p>Renforcer l'identification des piluliers individuels en y apposant la photo du résident</p>	R64		
	<p>Sécuriser la détention des médicaments en chambre pour les résidents autonomes</p> <p>Tracer l'administration des médicaments en temps réel</p>	R65 R66		

				<p>Prescription maintenue dans l'attente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la réalisation des actions prévues (sensibilisation des médecins à la prescription informatique, formation des personnels...) - de la mise en œuvre des axes de travail annoncés (travail de réduction des stocks de médicaments pour les besoins d'urgence à faire, identification effective des piluliers individuels par la photo du résident) - d'un renforcement de la sécurité des médicaments détenus en chambre - de la mise en œuvre de la traçabilité en temps réel de l'administration des médicaments par une résolution du problème technique de logiciel - d'un positionnement des IDE sur l'établissement de protocoles de soins encadrant la collaboration IDE / AS et AMP dans la distribution des médicaments, étant donnée leur responsabilité propre en la matière.
11	<p>Veiller à établir des documents, outils de travail des équipes, suffisamment opérationnels pour limiter tout risque d'erreur susceptible de contrevenir à la sécurité des personnes (ex. plans de table et textures)</p> <p><i>Article L.311-3 CASF</i></p>	E27	3 mois	<p>La réponse apportée indiquant que les plans de tables avec précisions des textures et des intolérances sont mis à jour dès modification aussi bien au repas aidé que pour le restaurant, n'est pas satisfaisante.</p> <p>En l'absence de document probant sur l'amélioration de la présentation des plans de table vus sur place et reproduits en photo dans le rapport (écriture manuscrite peu lisible, absence d'utilisation des codes couleur prévus sur les textures...), le risque d'erreur reste réel.</p> <p>Prescription maintenue</p> <p>Il est pris note de la participation d'un agent hôtelier à la relève, en cours de mise en place.</p>

12	<p>Sécuriser la procédure de recrutement des personnels exerçant une fonction auprès de personnes vulnérables par une vérification du bulletin n°2 du casier judiciaire à l'embauche <u>et</u> à intervalles réguliers lors de l'exercice; tracer cette vérification dans le dossier des salariés</p> <p><i>Article L.133-6 CASF</i></p>	E14	<p>Immédiat pour tout nouveau recrutement</p> <p>3 mois pour vérification périodique</p>	<p>Il est pris acte que les dossiers d'embauche prévoient la fourniture du bulletin n°3 et de l'engagement de l'établissement à procéder à un contrôle périodique en sollicitant annuellement ses collaborateurs pour la fourniture de l'extrait n°3 de leur casier.</p> <p>[A noter que la restriction d'exercice pour les personnes ayant fait l'objet d'un crime ou d'un délit (liste indiquée) prévue par l'article L.133-6 du CASF concerne l'ensemble des établissements, services ou lieux de vie régis par le CASF. Pour le moment, ce sont les modalités de production de l'attestation mentionnée au L.133-6 – II du CASF quant au contrôle des informations contenues dans le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles et violentes par l'administration chargée de ce contrôle (ARS) qui sont limitées au champ des établissements et services pour mineurs (instruction nationale du 7/04/2022). Ce contrôle a vocation à être étendu à tous les ESMS progressivement.]</p> <p>Prescription levée étant donné l'engagement pris, à mettre en œuvre dans la durée.</p>
13	<p>Remplir l'obligation des employeurs de personnel infirmier, prévue par la réglementation, en matière de transmission de données au conseil national de l'ordre, selon les modalités réglementaires prévues</p> <p><i>Article D.4311-52-2 CSP</i></p>	E15	3 mois	<p>Il est pris acte de la réponse indiquant une mise en conformité de l'établissement par déclaration trimestrielle à l'ordre des IDE des salariés IDE employés.</p> <p>Prescription levée étant donné l'engagement pris, à mettre en œuvre dans la durée.</p>
14	<p>Conclure un contrat définissant les conditions d'exercice avec chaque professionnel de santé libéral exerçant dans l'établissement.</p> <p><i>Article L.314-12 CASF.</i></p>	E32	6 mois	<p>Il est pris note qu'une campagne de conventionnement / contractualisation va être engagée auprès des professionnels libéraux.</p> <p>Prescription maintenue dans l'attente de la réalisation.</p>

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. Remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Je vous recommande de :				
1	<p>Sur la prise en charge des résidents, il convient de rédiger, actualiser ou adapter à l'établissement les protocoles de soins, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocole de contention, avec mise en place un suivi rigoureux des contentions et renouvellement régulier des prescriptions - Protocole de prévention de la dénutrition - Protocole de gestion du risque de déshydratation - Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur - Protocoles d'urgence - Protocole de prévention et prise en charge des chutes - Protocole de prévention et prise en charge des escarres - Protocole de prévention et gestion des épisodes infectieux - Protocole d'accompagnement de fin de vie - Procédure de repérage des besoins en soins bucco-dentaires et d'orientation. 	<p>R37, R38</p> <p>R43</p> <p>R44</p> <p>R54</p> <p>R55</p> <p>R57</p> <p>R57</p> <p>R58</p> <p>R59</p> <p>R53</p>	6 mois	<p>Comme dans la réponse à la prescription n°4, l'établissement indique que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les protocoles ont été actualisés en 2023 et 2024 et sont disponibles auprès des professionnels dans le logiciel AGEVAL et au format papier dans un classeur à l'infirmerie - Le document « L'approche systématique en EHPAD » élaboré par l'équipe médicale du Groupe AESIO Santé reprend les CAT en cas de situation d'urgence - La procédure circuit de signalement IRA, mise à jour par le CPIAS en janvier 2024, a été diffusée par le biais du logiciel Qualité ; le guide réflexe sur la prise en charge des cas groupés IRA et GEA élaboré par le ministère de la santé est disponible dans AGEVAL et la résidence a démarré sa DAMRI en lien avec le service Qualité du groupement et l'EMH au mois de janvier 2023 sur la plateforme blue kango. <p>Comme dans la réponse à la prescription n°4, il peut être remarqué que les différentes procédures ont bien été communiquées (contention, douleur, escarres, chute, dénutrition, fin de vie, urgences) accompagnées de leur « cartouche » montrant qu'elles sont applicables au sein de la résidence Les Peupliers. Toutefois les éléments communiqués ne permettent pas de mesurer l'application de ces procédures au sein de l'EHPAD et le degré d'appropriation des équipes.</p> <p>S'il est dit que l'ensemble des protocoles cités ont été mis à disposition des professionnels dans un classeur, aucun élément attestant de la présentation de ces documents - élaborés par AESIO pour l'ensemble de ses établissements - aux équipes soignantes de</p>

				<p>la Résidence Les Peupliers et de leur mise en œuvre au sein de l'établissement n'a été communiqué, ni aucune précision donnée sur ce point (ex : sommaire du classeur, modalités de diffusion aux personnels, date de formation-présentation, professionnel en charge de cette présentation-formation en l'absence de médecin coordonnateur...).</p> <p>S'agissant du protocole dénutrition, version transmise identique au protocole initialement remis lors de l'inspection, la surveillance mensuelle du poids et la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition nécessitent d'être attestées, étant données les lacunes repérées en la matière lors de l'inspection (plans de soins actualisés, liste des relevés de poids et date de la dernière pesée non communiqués, à fournir dans le cadre du suivi d'inspection).</p> <p>Recommandation maintenue, en l'attente d'éléments de preuve d'appropriation en interne à l'EHPAD Les Peupliers des protocoles généraux du groupe AESIO.</p>
2	<p>Sécuriser la prise en charge des résidents par une meilleure utilisation des documents de planification des actes de soins et d'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de douches, à compléter pour l'ensemble des résidents - Plans de soins, à compléter par les caractéristiques personnelles des résidents - Dossier patient informatisé, à compléter sur les informations médicales nécessaires à la prise en charge - DLU, à compléter par les observations médicales sur le suivi clinique 	<p>R45</p> <p>R49</p> <p>R50</p> <p>R56</p>	3 mois	<p>La réponse indique que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plans de soins plans de douches ont été mis à jour et qu'un suivi est organisé régulièrement - une sensibilisation aux équipes est faite lors des relèves pour mieux compléter les caractéristiques personnelles de chaque résident - les dossiers patients informatisés sont en cours de mise à jour avec les IDE référents - les médecins rédigent rarement des synthèses médicales - l'établissement réfléchit à mettre en place un protocole pour que les éléments soient scannés dans la GED par les IDE/IDEC. <p>Il n'est pas apporté d'éléments probants sur les consignes données aux équipes en ce sens et/ou sur l'amélioration du remplissage des documents (plan de soins, plan de douche...). Il est par ailleurs</p>

				<p>nécessaire de sensibiliser les médecins traitants à la nécessité de remplir le DPI afin que les IDE disposent des informations nécessaires à la prise en charge adaptée des résidents.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à production d'éléments probants sur les actions décrites ou à mettre en œuvre pour une meilleure utilisation des documents de planification des actes de soins et d'accompagnement.</p>
3	<p>Améliorer la prise en charge des résidents sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'accompagnement régulier aux toilettes, aussi bien qu'à la demande, afin de maintenir ou de réduire les fonctions de continence - Poser des limites dans les horaires de réveils matinaux et de prise du petit-déjeuner, à définir et à partager, afin de maintenir le nombre de repas quotidiens, suffisamment espacés, pour répondre aux besoins nutritionnels des personnes âgées et leur permettre de conserver des repères dans le temps, ce qui contribue au bien-être des résidents - Réduire l'amplitude du jeûne nocturne ou compenser celle-ci par la proposition systématique d'une collation en soirée ou dans la nuit pour tous les résidents pour lesquels le jeûne dépasse 12 heures. 	<p>R46</p> <p>R36, R40</p> <p>R41</p>	immédiat	<p>Il est pris note que l'accompagnement aux toilettes est régulièrement abordé aux relèves et qu'il est fait par les équipes. Toutefois l'information donnée sur le fait que l'organisation a été revue ne donne pas de précision sur la conduite à tenir par les équipes et les pratiques maintenant mises en œuvre; il n'est pas apporté d'éléments probants sur la sensibilisation à l'accompagnement citée.</p> <p>Sur le second point, il est indiqué qu'une réunion pluridisciplinaire a été organisée avec des professionnels dédiés à l'unité protégée pour revoir des horaires de réveil maximum afin que chaque résident conserve des repères temporels, et que les décisions seront arrêtées à l'occasion de la prochaine réunion programmée le 22/04/2024. (CR de la réunion du 23/03/2024 portant sur « la communication en équipe » fourni. A noter, sur ce compte-rendu, que toute la problématique soulevée par les habitudes en place ne figure pas).</p> <p>Sur l'amplitude du jeûne nocturne, alors que la réponse indique que des collations sont proposées par l'équipe de nuit pour les résidents réveillés et non autonomes et que les collations sont intégrées aux plans de soins (document probant non fourni), il est rappelé que la recommandation énoncée concerne plus largement tous les résidents dont le jeûne dépasse 12 heures et que la collation peut être donnée à tout moment pour réduire cette durée, tout en préservant bien sûr le sommeil du résident.</p>

				Recommandation maintenue jusqu'à production d'éléments probants sur les changements de pratiques mis en place pour améliorer la prise en charge des résidents.
4	<p>Apporter une plus grande vigilance au contrôle des dispositifs d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lister les matériels médicaux et médicaments de la dotation d'urgence - Etablir une procédure de suivi et de contrôle des péremptions avec traçabilité de celui-ci - Sceller le chariot d'urgence <p><i>RBBP ANESM, fiche repère : Prise en charge médicamenteuse en EHPAD</i></p>	<p>R60</p> <p>R60, R61</p> <p>R62</p>	<p>1 mois</p>	<p>Il est pris acte du document « Suivi des péremptions – trousse/Chariot d'urgence » élaboré, indiquant notamment la liste des médicaments et du matériel d'urgence.</p> <p>Sa mise en œuvre dans l'établissement n'est toutefois pas encore attesté par la production de ce document complété lors de la dernière vérification.</p> <p>Concernant le chariot d'urgence proprement dit, l'établissement annonce un investissement dans un dispositif réglementé (scellé) prévu au mois de mai 2024.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à production d'élément probant sur la vérification effective du chariot d'urgence et sur la mise en place d'un scellé sur celui-ci.</p>
5	<p>Mettre en place le contrôle de la température des réfrigérateurs : modalités, traçabilité et conduite à tenir en cas de dysfonctionnement.</p>	<p>R63</p>	<p>1 mois</p>	<p>Il est pris acte qu'une procédure et une fiche de suivi ont été élaborées et mises en place.</p> <p>Les documents ont été transmis mais la fiche de suivi est la fiche type, non encore renseignée.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à production d'élément probant sur la mise en œuvre effective de la procédure dans l'établissement.</p>
6	<p>Revoir la gestion des ressources humaines mise en œuvre dans l'établissement afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'optimiser les ressources salariées existantes, que ce soit sur : <ul style="list-style-type: none"> o Les temps de travail des salariés 	<p>R12</p>	<p>6 mois</p>	<p>La réponse apportée renvoie à la réponse à la prescription n°3 en indiquant que la nouvelle organisation de travail proposée devra permettre de répondre à cette recommandation, et qu'une réflexion est actuellement engagée pour optimiser les ressources et notamment celles de l'accueil de jour.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> o Les cycles de travail o La gestion administrative des temps de travail supplémentaires o La gestion des effectifs de l'AJ... <p>- de réduire le temps passé à l'élaboration des plannings et gestion du personnel et consacrer plus de temps à la coordination des soins et l'encadrement des équipes dans leurs pratiques de soins.</p>	R14 R15 R47		<p>Recommandation maintenue jusqu'à présentation de la nouvelle organisation du travail en cours de réflexion et de son impact sur l'optimisation des ressources existantes et sur le temps de coordination des soins gagné.</p>
7	<p>Définir des fiches de poste précisant les missions de chaque catégorie de professionnels, en lien avec les référentiels d'activité des métiers (rôle propre, compétences partagées, champs des collaborations...) et intégrant les différentes dimensions de ceux-ci (ex. implication dans la démarche qualité...).</p> <p>Définir des fiches de tâches claires et opérationnelles pour chacun des postes de travail.</p>	R17 R18	3 mois	<p>Il est pris note de l'engagement de l'établissement à mettre à jour les fiches de poste, ainsi que les fiches de tâches une fois les nouveaux plannings validés.</p> <p>Recommandation maintenue</p>
8	<p>Renforcer les actions d'accompagnement et de soutien des personnels par le biais notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme de formation suffisamment développé pour répondre aux enjeux de l'établissement et aux besoins des personnels en matière de maintien et développement des compétences, sur la prise en charge des résidents notamment - Actions de soutien de type supervision ou 	R22, R23, R24, R25 R28	6 mois	<p>La réponse renvoie à la réponse à la prescription n°3 et précise que le groupe AESIO Santé dispose d'un organisme de formation en son sein [REDACTED] permettant l'accès à des formations complètement adaptées aux besoins de la Résidence.</p> <p>Il n'a pas été fourni d'éléments montrant un renforcement de la participation des salariés de l'EHPAD à des actions de formation.</p> <p>Il n'est pas apporté d'éléments sur des actions de soutien de type supervision ou analyse de la pratique.</p>

	analyse de la pratique permettant une réflexion sur l'exercice professionnel - Encouragement à la démarche de qualification	R26		<i>Recommandation maintenue</i>
9	Structurer et mettre en œuvre une démarche institutionnelle d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques visant à l'acculturation de tous les personnels sur ce champ ; Déployer pleinement à ce titre : - Le dispositif de recueil et de traitement des événements indésirables et veiller à associer les personnels à l'analyse des causes et à la définition des actions correctives - Le dispositif de recueil et de traitement des réclamations - L'exploitation des résultats des enquêtes de satisfaction auprès des usagers	R8 R9 R11	6 mois	Il est pris acte que - les procédures (Gestion des EI/EIG, Gestion d'une situation de maltraitance), le mode opératoire (Aide à l'intégration des éléments circonstanciés dans la fiche d'EI) et la CAT en situation de maltraitance, ont été éditées, affichées et présentées aux équipes à l'occasion des relèves - une charte d'incitation à la déclaration d'EI a été mise en place et est affichée en salle du personnel - des sessions de formation au logiciel Qualité AGEVAL qui permet le recueil et le traitement des événements indésirables et réclamations seront mises en place au cours du deuxième semestre 2024 et que dans l'attente, des formulaires papiers de déclarations d'événements indésirables ont été mis à disposition des équipes - la référente bientraitance veillera à sensibiliser les professionnels à la culture de la déclaration - une analyse des résultats de l'enquête de satisfaction 2023 va être réalisée en équipe avant le CVS du 21/06/2024 où elle sera présentée, permettant également aux membres du CVS d'alimenter le plan d'actions. Les documents (Charte incitation à la déclaration d'EI en date du 5/03/2024, formulaire de déclaration d'EI, procédures...) ont été transmis. <i>Recommandation maintenue jusqu'à mise en œuvre complète de la démarche (formations du personnel au logiciel réalisées, plan d'actions suite à enquête de satisfaction établi...).</i>

10	<p>Améliorer l'information donnée aux personnels sur l'organisation de l'établissement et du travail afin qu'ils disposent de consignes institutionnellement posées et partagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédures de fonctionnement en mode dégradé explicites couvrant les différentes situations - Conduites à tenir en cas de crise, incidents ou événement indésirables graves - Définition du rôle et attributions du référent - Règles de remplacement des personnels absents - planning de l'astreinte 	<p>R20, R21</p> <p>R10</p> <p>R35</p> <p>R19</p> <p>R5</p>	<p>6 mois</p>	<p>La réponse indique que la procédure de fonctionnement en mode dégradé sera mise à jour en y intégrant les précisions manquantes.</p> <p>Sur les conduites à tenir en cas de crise ou événement grave, le renvoi à la réponse à la recommandation n°9 n'est pas suffisant. En effet, comme indiqué dans le rapport d'inspection (page 28 et R10), la procédure AESIO de gestion des EI et EIG décrit le processus de déclaration d'un événement et gestion par l'établissement, ce n'est pas une CAT pour le personnel confronté à une situation grave (qui préciserait notamment les actes incontournables à faire comme par exemple : mise en sécurité du résident le cas échéant, appel des secours, alerte de tel ou tel personne ...).</p> <p>Sur le rôle et les attributions du référent, il est précisé que le système des référents résidents est en place et qu'une fiche de missions a été élaborée et sera signée par chaque référent. (A noter que la « fiche de mission Référent soignant » transmise concerne l'EHPAD [REDACTED] et n'est donc pas encore adaptée à l'EHPAD Les Peupliers).</p> <p>Les plannings des astreintes de mars, avril, mai 2024 ont été fournis. L'information donnée y est plus complète que ce que les inspecteurs avaient constaté sur place lors de l'inspection. Il est pris note que le document est affiché mensuellement à l'infirmerie.</p> <p>(A noter que le planning de mai 2024 comporte une erreur dans la période concernée : du 01 au 30 avril indiqué en titre).</p> <p>Recommandation levée sur le planning de l'astreinte</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à mise en œuvre complète des autres améliorations attendues.</p>
11	<p>Prévoir des temps de réunion plus élargis et diversifiés permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un meilleur partage de l'information entre les équipes jour/nuite et entre les métiers 	<p>R27</p>	<p>6 mois</p>	<p>Il est pris note que des temps d'échanges réguliers seront mis en place dans le délai imparti et de la participation d'une ASH à la relève avec les IDE et AS.</p> <p>Recommandation maintenue</p>

	(soignant/hôtellerie) - des échanges pluri-professionnels nécessaires à l'amélioration continue de la prise en charge des résidents (actualisation des projets de vie, présentation des protocoles...).	R51		
12	Encadrer, si ce n'est déjà fait, les modalités d'intervention du gériopsychiatre du CHS Sainte Marie affiché dans l'organigramme dans une convention définissant les conditions d'exercice (produire le document en réponse le cas échéant)	R2	3 mois	La direction répond que les modalités d'intervention du gériopsychiatre seront formalisées dans le délai imparti. Aucune information sur les modalités d'intervention actuelles du gériopsychiatre de Ste Marie n'a été donnée dans le cadre de la procédure contradictoire. La recommandation est à mettre en œuvre dans un délai de 3 mois.
13	Actualiser les conventions de coopération avec les établissements de santé	R52	1 an	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à engager une démarche de conventionnement avec les établissements de santé dans le délai imparti. Recommandation maintenue jusqu'à actualisation des conventions en cours avec les établissements de santé.
14	Sur les locaux , prévoir des mesures afin d'améliorer le repérage des personnes dans l'espace, contribuer à une meilleure qualité de vie, et garantir la sécurité des résidents, au regard des défauts suivants constatés : - manque de signalétique dans l'établissement, - absence de dénomination des espaces et services - manque de personnalisation des portes de	R30 R30 R30		Les réponses apportées sont les suivantes : - Une réflexion est menée pour que la signalétique soit renforcée dès l'accueil ; - Un nom a été donné aux différents étages par les résidents avec les animatrices (indiqué dans la gazette de Janvier). Un travail d'affichage va être fait, il sera complété par la direction afin de permettre une signalétique plus claire ; - L'incitation à la personnalisation de l'espace privé du résident débute à sa porte, mais la liberté de ne pas le faire est respectée. De même, le résident et sa famille sont libres de la personnalisation de leur espace de vie ;

chambres - manque de personnalisation des chambres de l'unité de vie protégée - insuffisante sécurisation des accès aux escaliers - fuites d'eau, maintien des faux-plafonds ouverts - faible clarté des couloirs - espaces extérieurs non aménagés pour la marche en toute sécurité des résidents - prescriptions de la commission de sécurité du 17/11/2021 manifestement non mises en œuvre sur certains points.	R31	Délai conforme aux attendus de la commission de sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - Une réunion de concertation avec le référent des pompiers, le chargé de la sécurité du siège, l'agent de maintenance et la direction pour savoir ce qu'il est possible de faire sans que cela n'impacte l'intervention des urgences en cas de nécessité, est prévue (date non indiquée) ; - Les fuites d'eau sont assez régulières et souvent aux mêmes endroits. Le bailleur social [REDACTED] s'est engagé à faire les travaux et à fournir les plaques pour fermer les faux plafonds, mais l'EHPAD ne les a pas reçues ; - La couleur des murs sera modifiée lors d'un prochain rafraîchissement. Les ampoules sont progressivement remplacées par des ampoules LED ; - L'EHPAD a répondu à un appel à projet pour aménager le parc de la Résidence, sans obtenir une réponse favorable. Les travaux vont débuter en mai 2024 pour automatiser la porte qui donne sur le parc, pour faciliter dans un premier temps la sortie des résidents ; <p>S'agissant de la réponse apportée sur la mise en œuvre des prescriptions de la commission de sécurité, il est indiqué que l'établissement va se charger de répondre aux différents éléments d'interrogation, qu'il a un contrat de maintenance avec [REDACTED] concernant le SSI (contrôle trimestriel), que l'opérateur pour les ascenseurs [REDACTED] passe régulièrement contrôler et qu'un contrat d'astreinte assurant sa réactivité en cas de panne existe.</p> <p>Il n'appartient pas à l'ARS de valider ces mesures, mais de s'assurer que la sécurité est assurée dans les locaux de l'établissement. L'EHPAD doit ainsi indiquer s'il a répondu à toutes les prescriptions ou non, et celles restant à mettre en œuvre.</p> <p>Recommandation maintenue jusqu'à mise en œuvre complète des mesures relatives à la sécurité des locaux et des espaces extérieurs.</p>
	R32		
	R34		
	R33		
	R29		

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection EHPAD Les Peupliers, Le Teil (28 et 29/11/2023)

