

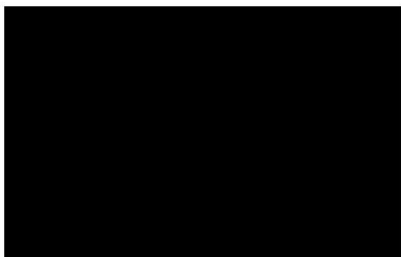
# COPIE



LE DÉPARTEMENT

**L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes**  
La direction générale

**Le Département de la Drôme**



Directrice Régionale Colisée  
SGMR  
12 Rue Gustave Eiffel  
21200 BEAUNE

Réf. : 2022-PMEC-26

Lyon, le 21 AVR. 2022

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

**Annexe : Tableau d'analyse des réponses à la procédure contradictoire et mesures correctives attendues**

LRAR AA 174 533 17888

Copie : M. le directeur de l'EHPAD LES HIRONDELLES DE GALAURE - CHATEAUNEUF DE GALAURE  
AR 1A 134 533 18008

Madame la Directrice régionale,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et L6116-1 du code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Les Hirondelles de Galaure à Chateaufort de Galaure le mardi 22 Février 2022.

Nous vous avons fait parvenir par courrier du 10 mars 2022 le rapport établi par la mission et avons demandé les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux non conformités et manquements constatés, en précisant les délais prévus pour la mise en œuvre de ces mesures.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 mars 2022.

Cette réponse est partiellement satisfaisante car certains constats effectués par la Mission inspection sont peu voire pas abordés.

Aussi, au terme de cette procédure et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive, identifiant les mesures correctives attendues.



**Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble de ces actions permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport et vous attacherez en particulier à :**

- **Diffuser auprès de l'ensemble des personnels les protocoles mis à jour, afin d'assurer leur bonne information et garantir la diffusion et l'appropriation de l'ensemble des protocoles et consignes en vigueur.**
- **Organiser des réunions avec l'ensemble des professionnels, régulières et structurées. Il s'agit de permettre des temps de transmission suffisants, de soutenir les équipes pour optimiser la qualité de la prise en charge des résidents et de leur permettre notamment de travailler sur les protocoles et permettre une analyse réflexive des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.**
- **Travailler concomitamment et dans les meilleurs délais à la rédaction du projet d'établissement et du projet de soins, ainsi qu'à la nouvelle organisation de l'unité protégée, en associant vos équipes. Ces travaux devront faire l'objet d'une programmation précise et d'un échéancier.**

**En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures 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'ARS et les services du Conseil départemental 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 engagées.**

**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](http://www.telerecours.fr)**

**Nous vous rappelons en outre 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:**

**Le Directeur Général**

**Pour la Présidente**



# EHPAD LES HIRONDELLES DE LA GALAURE - 26930 CHÂTEAU-NEUF DE GALAURE - Inspection ANSICD de la Drôme du 22/04/2022

ECARTS	CONSTATS : Ecarts/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Ecarts n°1 : le projet d'établissement n'est pas à jour, ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (art. L.311-4 et D311-38 CASF)		"Notre projet d'établissement n'a en effet pas été mis à jour en 2021. Il avait été prévu de le formaliser en 2021, en intégrant la démarche Humainitude initiée au sein de la structure. Or, avec la crise COVID où notre établissement a été fortement impacté et l'absence d'IDEC, cette mise à jour n'a pas pu se faire. Avec le recensement de l'établissement par le Groupe Collège début 2022, nous allons finaliser le prochain projet d'établissement d'ici juin 2022 en mode projet incluant les professionnels, les résidents et les familles."	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à travailler au nouveau projet d'établissement avec les professionnels, les résidents et les familles d'ici juin 2022.  <b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - Elaborer un nouveau projet d'établissement - Consulter le Conseil de la vie sociale avant adoption
Ecarts n°2 : le directeur ne dispose pas de DUD, ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (art. L.312 et art. D.318-176-6 CASF)		"Le Directeur dispose d'une délégation de pouvoir contractualisée le 01/02/2017 (document envoyé en PJ)"	Il est pris acte de la réponse de l'établissement, néanmoins, il est nécessaire de formaliser une délégation du Groupe Collège.  <b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - Formaliser un DUD avec le groupe COLISEE
Ecarts n°3 : Un projet d'accueil et d'accompagnement tel que prévu à l'art. L311-37 du CASF n'est actuellement pas effectif pour l'ensemble des résidents.		"La structuration et la formalisation des PAP va être relancée"	La réponse de l'établissement n'apporte aucune réponse concrète quant au travail à mener concernant les projets d'accueil personnalisés (PAP) des résidents.  <b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - Formaliser et réactualiser les PAP des résidents et communiquer un calendrier de mise à jour
Ecarts n°4 : Le médecin coordonnateur n'a pas établi un projet général de soins, ce qui n'est pas conforme à la réglementation (annexe art. D.312-189-1 <sup>er</sup> CASF)		"Le projet général de soins est mentionné dans le projet d'établissement. Le MEDC va retravailler sa mise en œuvre effective"	Il est pris acte de la réponse de l'établissement. Toutefois, le projet général de soins doit être élaboré en lien avec le prochain projet d'établissement.  <b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - Actualiser le projet général de soins en lien avec le futur projet d'établissement.
REMARQUES			
Remarque n°1 : L'établissement est actuellement en sous occupation par rapport à la capacité autorisée.		"Cette sous-occupation est due à un accroissement des décès et une fille active restreinte au moment de l'inspection. A ce jour, le taux d'occupation est à moins 1"	La Mission prend acte de la réponse apportée par l'établissement.
Remarque n°2 : La liste des résidents transmise par l'établissement ne permet pas de distinguer les résidents en HP et les résidents en HT au jour de l'inspection.		"La liste des résidents éditée le jour de l'inspection sur le logiciel [REDACTED] ne spécifie pas l'HP ou HT. Veuillez trouver en annexe la liste des résidents de ce jour"	Il y a 2 résidents en HT sur la liste transmise (sur 8 autorisés)  <b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - respecter la répartition des publics fixée par l'arrêté d'autorisation du 20 mai 2020. - Les 6 places d'HT doivent répondre à un véritable projet de prise en charge à minima de répondre aux besoins des populations du secteur et offrir aux familles l'offre de répit attendue. - L'établissement ne répond pas à la question de la réévaluation des contentions mises en place pour chaque résident.
Remarque n°3 : Les contentions ne sont pas toutes réévaluées ce qui constitue un risque de mauvaise prise en charge des résidents.		"Réactualisation des protocoles pour assurer une réévaluation satisfaisante au regard du cadre réglementaire"	<b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - Mettre en place des temps en pluridisciplinarité pour faire des réévaluations des contentions physiques pour chaque résident - Sensibilisation et formation des équipes sur ce sujet - L'établissement ne transmet pas d'élément probant quant à la réalisation d'un protocole unique sur la mise en place des contentions physiques, voire concernant leur programmation.
Remarque n°4 : L'absence de 2 protocoles concernant la mise en place d'une contention est source de confusion, et ne permet pas de garantir une pratique partagée et homogène de la part des personnels avec les bons outils à disposition d'autant que l'un d'eux n'est pas validé par l'EHPAD et date de 2006.		"Mise à jour du protocole et réflexion pluridisciplinaire"	<b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> - Formaliser un protocole unique pour les modalités de mise en place des contentions physiques passives en décrivant toutes les étapes.
Remarque n°5 : En l'absence d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables opérationnels, l'établissement n'est pas en conformité avec les bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « le formateur avec les professionnels les qualifie les plus pertinents pour le recueil et l'analyse des événements indésirables » (ANESM, « Manuels de responsabilité d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », Décembre 2018).		"La procédure existe mais pas avec toutes les professionnels. Mise en place d'un groupe de travail sur ce sujet. Les EIG ont toujours été transmises aux autorités de tutelle"	La procédure transmise ne concerne que le traitement des réclamations et non des EIG. La remarque de la Mission ne portait pas sur la transmission des EIG aux autorités de tutelle mais sur l'absence de dispositif de recueil et de traitement des EIG au sein de l'EHPAD.  <b>MESURES CORRECTIVES ATTENDUES :</b> Formaliser une procédure de traitement et d'analyse des événements indésirables opérationnels et former les professionnels à l'identification de la procédure.

**EHPAD LES HIRONDelles DE LA GALAURE - 26330 CHATEAUNEUF DE GALAURE - Inspection ARS/CD de la Drôme du 22/02/2022**

CONSTATS : Evénements/Remarques		ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis		ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES	
Remarque n°3 : L'absence de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers est préjudiciable en termes de cohérence de prise en charge des résidents, en lien avec leurs familles.		"Nous disposons au sein du groupe Colisée d'un dispositif de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances. Envoyé en PJ"		<p><b>Mesure corrective attendue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser une procédure de traitement et d'analyse des réclamations opérationnelle et valider à la formation du personnel quant à la procédure.</li> </ul> <p>Lors des entretiens, il est apparu que la continuité (ou des contraintes de l'équipe de direction se faisaient de manière empirique et qu'il n'était fait référence à aucune procédure dédiée en la matière.</p> <p>L'établissement n'apporte pas de précision dans sa réponse sur la continuité de direction le dimanche.</p>	
Remarque n°7 : la continuité de Direction n'est pas formellement organisée, chacun des cadres pouvant être appelé le dimanche selon son domaine de compétence. Cela n'est pas conforme aux bonnes pratiques et peut être générateur de stress et d'épuisement pour les professionnels en question, le principe de rotation des entrainés n'étant pas formalisé.		"Voir commentaires sur la courrier réponse"		<p><b>Mesures correctives attendues :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer les personnels concernés sur la conduite à tenir en période d'astreinte</li> <li>- Traitementer le protocole "Gestion des situations de crise" (non transmis en pièce jointe)</li> </ul> <p>L'établissement ne répond pas à la remarque.</p>	
Remarque n°8 : Un écart substantiel existe entre les effectifs indiqués au CPOM et à l'ERRO2020 et les effectifs constatés le jour de l'inspection.		"En cours d'étude"		<p><b>Mesure corrective attendue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre à la DDE et au CD28 des éléments de réponse quant à l'écart observé par la Mission entre les effectifs indiqués au CPOM et à l'ERRO2020 et les effectifs constatés le jour de l'inspection.</li> </ul> <p>La mission prend acte de la réponse de l'établissement mais ce dernier doit rassurer de la bonne information du personnel.</p>	
Remarque n°9 : Hémis dans la semaine de nuit, il n'existe pas de consignes formalisées fixant les conditions de remplacement des personnels et les modalités à tenir, ce qui constitue un risque pour les personnes et pour la bonne prise en charge des résidents.		"Reactualisation de la procédure "organisation en mode essentiel - envoyé en PJ"		<p>L'établissement a transmis des fiches de tâches modifiées ne faisant plus apparaître les accompagnements en nursing des résidents selon chaque poste occupé. Pour autant il n'est pas transmis la programmation de l'actualisation des plans de soins sur des temps en pluridisciplinarité avec une incitation à utiliser ces supports par les soignants pour être au plus près des besoins identifiés en nursing des résidents.</p> <p><b>Mesure corrective attendue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer l'actualisation des plans de soins de manière régulière ou lors de changements immédiats afin d'avoir des outils d'accompagnement des soins de nursing adaptés, au plus près de chaque situation et utilisés par les soignants.</li> </ul> <p>La mission prend acte de la réponse de l'établissement sur ce point.</p>	
Remarque n°11 : Les temps de transmission actuellement en place ne sont pas suffisants pour sécuriser la continuité de prise en charge des résidents.		"En plus des temps de transmissions journalières effectives, et celles quotidiennes en journée entre IDE et AS, nous allons réviser (en suspendu depuis 12/2021 car épidémie COVID et GEA) les réunions hebdomadaires avec IDEC et les soignants (Zimbo) et les IDE (Ymou) avec MEDEC et IDEC."		<p>La procédure d'urgence élaborée en mars 2022 et transmise à la mission permet de décliner la conduite à tenir pour les soignants face à l'urgence et en l'absence de médecin dans la structure.</p>	
Remarque n°12 : La procédure d'urgence pour le jour n'est formalisée, ce qui est préjudiciable pour les personnels en poste		"voir procédure appel médical d'urgence"		<p>La réponse de la direction n'est pas satisfaisante. La formation "volonté évaluative" ne concerne pas l'accompagnement spécifique des personnes vulnérables.</p> <p><b>Mesure corrective attendue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire en sorte que le plan de formation soit plus particulièrement axé sur l'accompagnement spécifique des personnes vulnérables, mettre à jour la formation PDSU pour les professionnels</li> </ul> <p>Ces réunions hebdomadaires avec l'IDEC ne constituent pas de véritables temps d'analyse de la pratique.</p>	
Remarque n°13 : Le plan de formation 2021 transmise à la Mission ne laisse pas apparaître d'action de formation sur l'accompagnement spécifique des personnes vulnérables, ni d'actualisation de la formation PDSU.		"En 2021, il y a eu deux actions de formation dédiées l'accompagnement des personnes vulnérables : Formation de 10 jours pour une soirée en tant que référent humanitaire Formation de 4 IDE et 1 AS concernant la toilette évaluative"		<p><b>Mesure corrective attendue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place pour les professionnels un véritable temps d'analyse de la pratique animé par un psychologue extérieur à l'EHPAD</li> </ul>	
Remarque n°14 : Il n'existe pas de temps d'échange organisé (hors temps de transmission) entre les professionnels aux lieux pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes, ce qui peut être préjudiciable pour les professionnels et par conséquent pour les résidents.		"Participation (en suspendu depuis 12/2021 car épidémie COVID et GEA) des réunions hebdomadaires avec IDEC et les soignants (Zimbo) et les IDE (Ymou) avec MEDEC et IDEC. Ces réunions formalisées et régulières permettent d'aborder les pratiques, les protocoles, etc."			

CONSTATS : ExtraRemarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'ENPAD Documents transmis	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
<b>Remarque n°15</b> Les lèves-malades sont stockés dans les couloirs de circulation, ce qui représente un risque de chute important pour les résidents.	"Ils ont stockés dans des recoins déserts et sont donc obscurcis de l'espace de circulation des résidents et des professionnels"	La réponse de la direction n'est pas satisfaisante, les lèves-malades n'étant pas stockés dans des locaux spécifiques, leur stockage actuel est source possible de chute des résidents ou des professionnels. <b>Mesure corrective attendue :</b> - Stocker les lèves-malades dans un local spécifique
<b>Remarque n°16</b> Le ménage de l'UVP est effectué quotidiennement par les AS en poste, ce qui prend un temps considérable sur la prise en charge soins ou l'animation. Cela est donc préjudiciable à la bonne prise en charge des résidents.	"Une réflexion sera menée dans les prochains jours afin d'identifier au sein de l'UVP l'intervention d'un agent de service hôtelier. Ce travail sera également l'occasion d'identifier les axes d'amélioration sur la répartition des tâches au sein de l'unité. Nous serons en mesure de mettre en place la nouvelle organisation au plus tard fin mars."	La réponse de l'établissement n'apporte aucune réponse concrète concernant le constat effectué par la Mission au sujet de l'UVP. <b>Mesures correctives attendues :</b> - Revoir l'organisation du fonctionnement de l'UVP afin de garantir une disponibilité optimale du personnel envers les résidents - Transmettre la réponse concernant l'UVP au 30/04/2022
<b>Remarque n°17</b> Les frigos ne sont pas tous nettoyés correctement.	"L'entretien des frigos est effectué dans les fiches de tâches IDE et ASH - envoyé en PJ"	La Mission prend acte de la réponse apportée par l'établissement.
<b>Remarque n°18</b> Aucun professionnel n'a répondu au 2ème appel-malade effectué par la Mission.	"Informations transmises aux professionnels et tests réalisés toutes les semaines"	Cf. remarque 16, même mesure corrective
<b>Remarque n°19</b> L'absence d'ASH pour l'UVP est préjudiciable à la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies au sein de cette unité et crée un différend d'activités entre aide-soignants selon leurs unités d'affectation.	"Voir commentaires sur le courrier réponses"	L'établissement assure que des codes aide au repas et/ou surveillance alimentaire apparaissent sur les plans de soins et permettent d'identifier les besoins des résidents en la matière. Les besoins spécifiques de l'aide au repas et les modalités de surveillance alimentaire ne sont pas formalisés sur tous les plans de soins pour chaque résident, or cela permettrait d'avoir des consignes écrites pour mieux sécuriser ces pratiques. <b>Mesure corrective attendue :</b> - Assurer une traçabilité écrite dans les plans de soins des besoins d'aide au repas et/ou surveillance alimentaire afin de sécuriser ces accompagnements d'autant que des remplaçants peuvent ne pas connaître les codes utilisés avec le risque de ne pas faire cet accompagnement. Par ailleurs cela permet de tracer les actes faits.
<b>Remarque n°20</b> L'aide aux repas et la surveillance alimentaire ne sont pas reprises dans certains plans de soins, ce qui peut constituer un risque pour la bonne prise en charge d'un résident (en cas d'arrivée d'un nouveau professionnel dans la structure notamment)	"Les codes aide aux repas et/ou surveillance alimentaire sont présents que pour les résidents qui en ont besoin"	La mission prend note de la réponse de l'établissement concernant le prochain déploiement de [REDACTED] <b>Mesures correctives attendues :</b> - Prioriser le dossier Informatisé centralisant les données de chaque résident - Communiquer le calendrier de déploiement sur 2022, les équipements alloués et les formations du personnel
<b>Remarque n°21</b> L'existence de différents supports pour accompagner les soins et suivre les besoins des résidents (plans de soins, planning de douche, répartition des résidents par toilettes, fiche syntheses soignées, inscription dans les fiches de tâches des ASH, lèves résidents et aides notamment volontaires...) représente un risque de confusion et de disparition, des difficultés de garantir la mise à jour régulière, ce qui ne garantit pas la bonne efficacité par les soignants des accompagnements en nursing et soins des résidents ainsi que leur traçabilité.	"Voir commentaires sur le courrier réponses"	La mission prend note de la réponse de l'établissement sous réserve de veiller à proposer systématiquement les collations à chaque résident en respectant la proposition et la distribution dans le plan de soins.
<b>Remarque n°22</b> L'organisation actuelle ne permet pas d'avoir un même nocturne inférieur à 12h (recommandation HAS stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée) en 2017	"Thématique des diureses est à 18h ou 18h30. Une collation est servie le soir vers 22h. Le petit-déjeuner se déroule entre 7h45 et 8h30. Ces horaires permettent de ne pas dépasser 12h"	L'établissement évoque dans le courrier la réactualisation des différents protocoles mais ne transmet ni les modalités ni la programmation de ce travail. <b>Mesures correctives attendues :</b> - Formaliser l'actualisation des protocoles de soins en définissant une programmation et sa mise en œuvre

EHPAD LES HIRONDELLES DE LA GALAUNE - 26330 CHATEAUNEUF DE GALAUNE - Inspection ASJ/CD de la Drôme du 22/02/2022

CONSTATS : Ecart/Remarques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Remarque n° 24 : Il n'a pas été remis à la Mission de procédure relative au maltraiter du pôle des résidents, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	"Voir commentaires sur le courrier 'réponses'"	Aucun élément de réponse n'a été fourni par l'établissement.  <b>Mesures correctives attendues :</b> - Formaliser, rédiger une procédure relative au suivi du pôle des résidents. Elle doit concerner tous les résidents et pas seulement les résidents dinutris (protocole nutrition insatisfaisant)  Dans sa réponse, l'établissement a transmis le protocole sur les escaliers, leur prévention et les différents stades et traitements disponibles en fonction des situations. Ce protocole a été validé en 2018, mais la date de mars 2022 est à l'arrêt. Il a donc été transmis pour la réponse au rapport d'inspection, il doit être travaillé en équipe pour une appropriation commune par tous les IDE.  <b>Mesures correctives attendues :</b> - Veiller à l'actualisation des protocoles par l'ensemble des personnels soignants
Remarque n° 25 : L'absence d'un document synthétique regroupant les 2 protocoles sur la prévention et le traitement des escarres de 2015, ne permet pas d'avoir un document fiable et d'assurer la bonne pratique des personnes concernées de manière homogène.	"Voir commentaires sur le courrier 'réponses' - envoyé en PJ"	Aucun élément de réponse n'a été fourni dans le courrier de réponse concernant cette thématique. Un protocole dédié a été transmis et un autre sur les soins palliatifs qui est très sommaire et insatisfaisant pour parler d'accompagnement fin de vie, selon les différentes situations pouvant être rencontrées en EHPAD, avec un accompagnement assuré des pratiques.  <b>Mesures correctives attendues :</b> - Elaborer un protocole sur l'accompagnement fin de vie des résidents Aucune réponse n'est apportée sur ce point par la Direction.
Remarque n° 26 : La Mission n'a pas connaissance d'une organisation applicable de l'établissement pour l'accompagnement fin de vie.	"Voir commentaires sur le courrier 'réponses' - envoyé en PJ"	<b>Mesures correctives attendues :</b> - Sceller le sac d'urgence après chaque utilisation
Remarque n° 27 : Le sac d'urgence n'est pas scellé, ce qui représente un risque pour le jour où il doit être utilisé (sa disparition d'un produit ne peut pas être rattrapée avant le jour d'utilisation)	"Voir commentaires sur le courrier 'réponses' - envoyé en PJ"	<b>Mesures correctives attendues :</b> - Sceller le sac d'urgence après chaque utilisation