

La Directrice générale

Président

Association habitat et humanisme soin
69 chemin de Vassieux
69300 CALUIRE-ET-CUIRE

Réf. : 2025 - ARIC - A2

Lyon, le 16 MAI 2025

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence régionale de santé et du Département de l'Isère.

LRAR : 2C 166 947 6868 9

PJ : 1- Mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L.313-13 et suivants du Code d'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Notre-Dame-de-l'Isle le 9 septembre 2024 au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 14 janvier 2025 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 3 mars 2025.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et notamment les démarches entreprises par la Directrice pour répondre aux prescriptions et recommandations envisagées.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire prévue à l'article L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives prises sur le fondement de l'article L313-14 du Code de l'action sociale et des familles, dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision et vous attacherez en particulier à :

- la réduction du temps de réponse à l'appel malade ;
- le toilettage des procédures de prise en charge et de gestion du risque, ainsi que l'actualisation des conventions de partenariat.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué conjointement par la délégation Départementale de l'Isère et des services du Département de l'Isère.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

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

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'assurance de notre considération distinguée.

La Directrice générale
de santé A

L
de
Santé

Cécile COURREGES

Pour le Président du Département de
l'Isère et par délégation,

Copie à Madame la Directrice de l'EHPAD Notre-Dame-de-l'Isle à Vienne

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	Garantir la sécurité des résidents et pour cela :			L'établissement a adressé un mail via [REDACTED] à l'ensemble du personnel rappelant que les réponses aux sonnettes doivent être priorisées sur toute autre tâche. En outre, la directrice indique qu'un rappel a été fait en relèvement également. Toutefois, aucune procédure ou mesure d'organisation durable n'a été transmise, au-delà de l'annonce du report des sonnettes sur les IDE après 10 mn et dirigée vers la cadre de santé et la directrice après 15 mn. L'absence d'indicateur permettant de constater la réduction éventuelle du délai de réponse à l'appel malade est également regrettable.
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une organisation permettant de réduire le temps de réponse à l'appel malade afin d'assurer la sécurité des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF. 	E 3	1 mois	
	<ul style="list-style-type: none"> Stocker la bouteille d'oxygène et l'arrimer dans un local ventilé à l'abri de la chaleur, conformément aux consignes de sécurité définies par l'autorisation de mise sur le marché et à l'article L. 311-3 du CASF. Mettre en place un dispositif au sol entre Jardin de l'UVP et terrasse pour éviter les différences de niveau afin d'assurer la sécurité des résidents 	E 8	Immédiat	Il est pris acte de l'arrimage de la bouteille d'oxygène au chariot d'urgence, au vu des photos transmises par l'EH PAD au titre d'éléments de preuve (E8).
		R 12	Immédiat	Un mail a été adressé au prestataire d'entretien du jardin cour intérieur demandant un « devis pour la mise en place d'un dispositif en pente douce ».
				En conséquence la prescription 1 est maintenue pour les aspects relatifs à l'écart 3 et la remarque 12, dans l'attente de la mise en œuvre effective des réponses annoncées de la prescription, de la formalisation et diffusion d'une véritable organisation de réponse aux appels malades et travaux d'aménagement du sol pour l'UVP.

2	<p>Améliorer l'information des résidents sur le règlement de fonctionnement en veillant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'afficher dans les locaux conformément à l'article L. 311-34 du CASF - à l'annexer au contrat de séjour et à l'inclure dans le livret d'accueil, conformément à l'article L. 311-4 du CASF, à transmettre aux nouveaux arrivants, faire un rappel pour les résidents déjà présents. 	<p>E 2</p> <p>E 1</p> <p>E 4</p>	<p>Immédiat</p>	<p>Il est pris acte de la transmission, par mail aux nouveaux arrivants à l'admission, du règlement de fonctionnement annexé au contrat de séjour et de sa signature le jour de l'entrée. Toutefois, aucune réponse précise n'est donnée concernant les résidents déjà présents.</p> <p>Par ailleurs, aucun élément probant n'a été adressé pour attester de l'affichage du règlement de fonctionnement.</p> <p>En conséquence, la prescription 2 est maintenue</p>
3	<p>Lutter contre le risque de dénutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre systématiquement à disposition des résidents une collation nocturne, conformément aux dispositions de l'annexe 2-3-1 du CASF et actualiser les supports d'information des résidents en cohérence. - Réorganiser le service des repas afin d'éviter une période de jeûne nocturne supérieure à 12h, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée" - Rédiger et suivre un protocole sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition, ainsi que s'assurer de son appropriation par les personnels de l'établissement. 	<p>E 5</p> <p>R 16</p> <p>R 20</p>	<p>Immédiat</p> <p>3 mois</p> <p>6 mois</p>	<p>Il est pris acte du maintien des horaires de repas pouvant générer une période de jeûne de plus de 12 heures et des déclarations de l'établissement pour systématiser cette collation</p> <p>Toutefois le livret d'accueil transmis pour la question précédente ne comprend toujours pas la mention de cette collation nocturne. L'EHPAD n'a pas transmis les ajouts sur la collation nocturne dans le classeur du service restauration ou d'extrait de plan de soins la mentionnant</p> <p>Une procédure intitulée « prévention et prise en charge de la dénutrition », datée du 24/10/2024 et rédigée par le groupe Habitat et Humanisme Soins, a été transmise. Datée du 24/10/2024., cette procédure est complète, bien illustrée, mais ne comporte aucune preuve d'une appropriation en interne par l'établissement Notre Dame de l'Isle: elle n'est pas signée par l'équipe cadre, ne comporte aucune date</p>

				de présentation à l'équipe soignante. L'établissement n'apporte par ailleurs aucun élément sur sa déclinaison opérationnelle en interne. En conséquence, la prescription 3 est maintenue dans sa globalité
4	Veiller à ce que le projet général de soins élaboré par le médecin coordonnateur comprenne une politique opérationnelle d'accompagnement de la fin de vie conformément aux articles L. 311-8 et D. 311-38 du CASF	E 7	12 mois	L'établissement n'a fourni dans son courrier en réponse aucun élément sur ce point. Dans l'attente de la mise à jour du projet d'établissement, la prescription 4 est maintenue
5	Augmenter à 0.6 ETP la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur, conformément à l'article D152-156 CASF.	E 6	12 mois	L'établissement n'a fourni dans son courrier en réponse aucun élément probant sur ce point. La mission prend acte de l'impossibilité du médecin coordonnateur d'augmenter son temps de présence, la prescription 5 est maintenue

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous recommandons de :				
1	Accueillir au sein du PASA et :			
	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le nombre de bénéficiaires du PASA conformément à l'autorisation, qui stipule 14 places autorisées - actualiser les critères d'admission au PASA dans les documents institutionnels afin que ceux-ci soient cohérents avec les pratiques d'admission actuelles 	R 1	2 mois	L'établissement déclare une occupation des places de 14 résidents pour 14 places. Aucune liste de patients fréquentant le PASA n'a cependant été transmise, sachant que la file active totale d'un PASA peut être supérieure à 14 car de nombreux résidents ne viennent pas chaque jour.
		R 2	3 mois	Il est pris acte de l'actualisation de la procédure d'admission au PASA et de la plaquette d'information. La recommandation 1 est donc levée.
2	Sécuriser la politique de gestion des risques : actualiser et adapter la procédure de signalement, traitement et suivi des EI à l'organisation définie dans l'établissement.	R 4	3 mois	L'établissement n'a pas fourni de nouveaux éléments sur ce point, la procédure du groupe n'a pas encore été adaptée à l'EHPAD Notre Dame de l'Isle, L'établissement déclare utiliser désormais le logiciel Ajeval pour le

	<ul style="list-style-type: none"> - mettre en place un dispositif formalisé et opérationnel de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers conformément aux bonnes pratiques formulées par la HAS/ ANESM 	R 5-	3 mois	<p>pilotage et la gestion des plaintes et réclamations. Il n'a pas été transmis de protocoles d'organisation de séances d'analyse collective ou de retours d'expériences en vue de modifier les organisations.</p> <p>La recommandation 2 est maintenue</p>
.3	Formaliser la procédure de délégation de pouvoir de la direction / en cas d'absence programmée de la directrice, faire signer le délégant et délégataire	R 6	4 mois	L'établissement a transmis la délégation de pouvoirs signée des deux parties, la recommandation 3 est levée
4	Etablir une fiche de poste nominative, datée et signée pour les salariés ASH	R 7	1 mois	<p>L'établissement n'a fourni dans son courrier en réponse aucun élément sur ce point.</p> <p>En conséquence, la recommandation 4 est maintenue</p>
5	<p>Améliorer la prise en charge des urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> actualiser la procédure relative à la prise en charge des urgences médicales et la procédure d'astreintes notamment en indiquant les noms et des coordonnées des médecins mentionnés. <p>- renseigner le dossier médical informatisé des résidents sur leur suivi clinique régulier afin</p>	<p>R 8- R 9</p> <p>R 17</p>	<p>Immédiat</p> <p>3 mois</p>	<p>L'établissement a fourni une procédure d'identification et de formalisation des critères de déclenchement de l'astreinte, datée du 8 novembre 2024 et signée par la directrice.</p> <p>L'établissement n'a fourni dans son courrier en réponse aucun élément probant sur ce point.</p>

	<p>que le DLU soit alimenté</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrôler régulièrement les dates de péremption des traitements et dispositifs matériels de la dotation d'urgence - sceller le chariot d'urgence conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM "Fiche repère : Prise en charge médicamenteuse en EHPAD" 	<p>R 25</p> <p>R 26</p>	<p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p>	<p>L'établissement n'a pas fourni de nouveaux éléments s'agissant des modalités de contrôle régulier et de vérification des dates de péremption du matériel et des médicaments de l'urgence.</p> <p>Une photo du chariot d'urgence scellé a été transmise à l'appui du courrier en réponse de l'établissement. Elle n'est cependant accompagnée d'aucune procédure de gestion des scellés (contrôle, renouvellement, fichier de suivi avec enregistrement des numéros).</p> <p>En conséquence, la recommandation 5 est maintenue</p>
6	Elaborer des supports écrits à la suite des informations-sensibilisations « flash » et s'assurer de leur bonne appropriation par les agents	R 10	6 mois	<p>L'établissement indique que l'élaboration de support de synthèse est en cours.</p> <p>Dans l'attente de la réception du document définitif, la recommandation 6 est maintenue</p>
7	<p>Garantir une prise en charge au plus près des besoins des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désigner un professionnel référent pour chaque résident afin d'assurer le relais entre les équipes et les proches, et suivre le projet personnalisé. - procéder à la réévaluation annuelle des projets individualisés des résidents en 	<p>R 14</p> <p>R 13</p>	<p>2 mois</p> <p>6 mois</p>	<p>La mission prend acte de l'organisation en l'absence de référent et de l'organisation de temps dédiés chaque mercredi à la rédaction de nouveaux projets et réévaluation des anciens</p> <p>En l'absence d'éléments probants les réponses fournies ne permettent pas de s'assurer que les projets sont revus tous les ans</p>

	<p>équipe pluridisciplinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser un plan d'organisation des douches ou bains à l'échelle de l'établissement. 	R 15	1 mois	<p>Il est pris acte de la transmission d'un calendrier nominatif de passage en douche pour les 14 résidents de l'UVP sur une semaine. Toutefois ce document ne constitue pas un plan d'organisation ni même un élément de planification complet car il ne mentionne pas de responsable de la douche ni d'élément de personnalisation propre à chaque résident</p> <p>En conséquence, la recommandation 7 est maintenue</p>
8	<p>Formaliser et/ou actualiser les protocoles de soins en veillant à leur appropriation par les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> De façon générale réorganiser les protocoles et conduites à tenir pour les différents risques médicaux Suivre les protocoles et analyser les risques de chute au sein de l'établissement afin de mettre en place des mesures preventives et correctives Rédiger un protocole et des outils de recueil et de réévaluation pour les résidents sous contention physique et le renouvellement régulier des 	<p>R 18</p> <p>R 19</p> <p>R 21</p>	6 mois	<p>L'EHPAD indique que l'ensemble des protocoles et conduites à tenir ont été mises à jour et mises à disposition des professionnels. Toutefois aucune réponse n'est apportée à la recommandation de réorganiser ces documents en éliminant notamment les anciennes versions des protocoles dernièrement actualisés.</p> <p>Il est pris acte de la déclaration de l'EHPAD sur l'organisation de la commission mensuelle d'analyse des chutes mais l'établissement n'a pas fourni de compte-rendu ou d'autre document d'organisation de cette réunion pluridisciplinaire.</p> <p>Un protocole relativement succinct a été transmis à la mission. Il ne répond que partiellement à la demande, ne décrit pas précisément le matériel utilisable, ni la recherche des contre-indications, ni les éléments de surveillance et n'est pas accompagné d'un tableau de</p>

	<p>prescriptions médicales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualiser le protocole de prévention, de traitement et de suivi des escarres permettant d'outiller les professionnels pour des pratiques partagées. Rédiger le protocole relatif à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur chez les résidents, en développant les pratiques du repérage, de l'évaluation systématique à l'aide des échelles disponibles, et du suivi des prises en charge et des traitements, tracés dans le dossier de soins. 	<p>R 22</p> <p>R 24</p>		<p>suivi des patients sous contention</p> <p>Le protocole de prévention des escarres datant de 2012 a été de nouveau transmis à la mission mais ne comporte pas les éléments d'actualisation demandés</p> <p>Le protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur a été complété, daté d'octobre 2024 et signé. Il demeure cependant assez succinct, n'évoque pas la nécessité de repérage systématique de la douleur à l'entrée du résident en établissement puis son renouvellement régulier, ne mentionne pas la nécessité de tracer dans le dossier médical les évaluations successives de la douleur et la réponse au traitement antalgique</p> <p>En synthèses, les éléments produits ne permettent pas de s'assurer que l'établissement a entrepris une actualisation des protocoles essentiels de soins et une classification plus rigoureuse. La mission recommandait en effet une élimination des protocoles trop anciens et les doublons tout en organisant une classification d'ensemble dans une base de données claire et synthétique. La recommandation 8 est donc maintenue</p>
9	Formaliser et actualiser les conventions relatives aux partenariats existants et particulièrement celles relatives aux services impliqués dans les soins palliatifs (HAD EMDSP)	<p>R 11</p> <p>R 23</p>	6 mois	<p>L'EHPAD s'engage à actualiser les conventions avec l'hôpital de Vienne dans les 6 mois.</p> <p>Dans l'attente de la transmission de conventions actualisées, la recommandation 9 est maintenue</p>

10	Veiller, lors de l'élaboration du prochain projet d'établissement, à finaliser les éléments pratiques de mise en œuvre et de suivi des objectifs qu'il se fixera.	R 3	12 mois	L'établissement indique que le pilotage des objectifs sera effectué avec le logiciel [REDACTED] sur lequel les équipes seraient formées. Dans l'attente de la transmission du nouveau projet d'établissement et ses éléments de mise en œuvre et de suivi, la recommandation 10 est maintenue