

**DIRECTION GENERALE**

**Département Inspection Contrôle**

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire

Dossier suivi par : #####

Réf à rappeler : DG\_DIC/M2022\_00078

Dossier suivi par : #####

Département de la Sarthe

Service Offre d'accueil et de services

Monsieur le Directeur  
EHPAD CHARLES DROUET  
Rue Auguste Renoir  
72700 ALLONNES

Nantes, le 21 mars 2023

Monsieur le Directeur,

Nous avons l'honneur d'accuser réception le 6 mars dernier des observations que vous avez formulées, dans le cadre de la procédure contradictoire, relatives au rapport initial d'inspection et aux demandes de mesures correctives envisagées.

Après analyse de vos observations par la mission, nous vous demandons de mettre en place les mesures correctives retenues dont vous trouverez le détail dans le tableau ci-joint, assorties de niveaux de priorité et de délais.

Les délais commenceront à courir à compter de la date de réception du présent document.

Enfin, je vous demande de transmettre dans un délai 1 an l'état final de réalisation des demandes de mesures correctives auprès du Département Inspection Contrôle ( ) de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, ainsi qu'auprès du Conseil départemental ( ) de la Sarthe en vue de l'organisation du suivi de cette inspection, en lien avec la délégation territoriale.

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

P/le Directeur général  
Le conseiller auprès de la Direction Générale

Pour la Directrice générale adjointe  
des Solidarités  
le Directeur des offres d'accueil

#####

#####

**TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES DU RAPPORT D'INSPECTION**  
**EHPAD CHARLES DROUET A ALLONNES (CHM)**

N°	Mesures correctives demandées	Niveau de priorité <sup>1</sup>	Echéancier de réalisation proposé
<b>1- LES CONDITIONS D'INSTALLATION</b>			
1.	Améliorer l'isolation thermique du bâtiment.	2	6 mois
2.	Améliorer la signalétique en vue d'un meilleur repérage des personnes accueillies (nom des unités, personnalisation des portes des chambres...) et procéder aux affichages manquants (signalétique anti-tabac, règlement de fonctionnement, personnes qualifiées, 39 77, menus)	2	6 mois
3.	Sécuriser les locaux qui présentent un risque d'accès à des produits dangereux pour les résidents.	1	Dès réception du présent rapport
4.	Veiller à ce que les résidents en chambres doubles (non équipés de respirateurs) ne partagent pas la chambre d'un résident équipée d'un concentrateur d'oxygène (nuisance sonore permanente).	1	Dès réception du présent rapport
5.	Dans le cadre du futur projet d'établissement, engager une réflexion architecturale en vue de diminuer le nombre de chambres doubles et d'équiper les chambres de douches privatives (arrêté EHPAD du 26 avril 1999).	1	1 an et plus
<b>2- LES CONDITIONS D'ORGANISATION</b>			
6.	Formaliser et partager avec les équipes un projet de service spécifique à l'EHPAD et à l'UPAD incluant notamment un projet de soin, un projet d'animation et prenant en compte la thématique de la vie affective et intime des résidents (article L 311-8 du CASF).	1	1 an et plus
7.	Veiller à une plus grande représentativité des usagers au Conseil de la Vie sociale et associer au moins un(e) représentant(e) du service animation au CVS.	2	6 mois
8.	Intégrer dans les outils qualité de l'établissement la mesure de la satisfaction des usagers (enquête de satisfaction globale auprès des résidents incluant le volet restauration, système de recueil des réclamations écrites et orales des familles).	2	6 mois

<sup>1</sup>**Priorité de niveau 1** : l'écart constaté présente un enjeu fort en termes de qualité et de sécurité

**Priorité de niveau 2** : l'écart constaté présente un enjeu significatif

9.	Développer les retours (CLEAI) aux équipes suite aux signalements d'évènements indésirables.	2	Dès réception du présent rapport
10.	Structurer les temps d'échange des professionnels en organisant des réunions de service et interservices (équipe de jour/équipe de nuit, équipe de soin/équipe hôtelière.) avec une fréquence régulière et les formaliser (comptes rendus, planning prévisionnel...). équipe de jour et équipe de nuit	2	6 mois
11.	Formaliser des fiches de poste pour l'ensemble des agents et des fiches de tâches pour les postes le permettant (IDE, AS, agents de nuit, agent de ménage...).	2	1 an
12.	Elaborer un rapport d'activité en y intégrant des éléments sur la typologie de la population, les données et indicateurs sociaux accueillie ainsi que sur l'état d'avancement du PACQ (Art. D 312-203 §1 du CASF).	2	1 an
13.	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un(e) psychologue extérieur(e) à l'établissement.	1	6 mois
14.	Renforcer la vigilance relative à l'organisation et la supervision des soins (personnel intérim, proportion élevée d'agents faisant-fonction dans certaines unités) afin de limiter les risques liés aux glissements de tâches.	1	Dès réception du présent rapport
15.	Formaliser une procédure relative à l'accueil des nouveaux arrivants rappelant notamment le principe du travail en doublon sur plusieurs jours.	2	6 mois
16.	Mettre en place des mesures permettant de mieux sécuriser la prise de poste des AS intérimaires (tuilage a minima, partenariat avec les agences d'intérim en vue d'un recours exclusif à des professionnels étant déjà intervenus dans la structure...)	1	Dès réception du présent rapport
17.	Doter l'EHPAD d'un système d'information adapté, global (autorisant les transmissions informatisées) permettant aux professionnels de consulter les plans de soins et de valider directement les tâches.	1	1 an et plus
18.	Améliorer l'accessibilité aux ressources documentaires.	2	6 mois
19.	Mettre en place un plan de formation pluriannuel intégrant une formation sur la bientraitance destinée à tout le personnel et des formations sur les troubles psycho-comportementaux, les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie et le circuit du médicament pour les agents de soin.	1	1 an et plus
20.	Actualiser le plan blanc et prévoir les modalités de transfert des résidents de l'EHPAD en cas de situation de crise.	2	1 an
<b>3 – L'ADMISSION ET L'INDIVIDUALISATION DES ACCOMPAGNEMENTS</b>			
21.	Structurer un processus global admission/accueil/évaluation avec les procédures y afférentes (traçabilité du recueil du consentement à améliorer notamment).	2	6 mois
22.	Organiser dans la mesure du possible une visite de la personne à son domicile ou dans l'établissement de santé où elle est hospitalisée.	2	6 mois

23.	Elaborer une procédure d'accès au dossier médical et administratif du résident.	2	6 mois
24.	Mettre en conformité le contrat de séjour avec les dispositions du CASF et notamment l'article L314-10-1 du CASF.	1	Dès réception du présent rapport
25.	Veiller à l'application de l'article R314-182 du CASF sur la modulation des tarifs et sur la distinction chambre à 1 lit / chambre à 2 lits.	2	6 mois
26.	Formaliser une annexe au contrat de séjour pour les personnes présentes dans l'unité sécurisée (UPAD), conformément aux dispositions des articles R 311-0-5 à R 311-0-9 du CASF.	1	6 mois
27.	Elaborer les projets d'accompagnement personnalisé pour l'ensemble des résidents, en équipe pluridisciplinaire (psychologue, animatrice...), sur la base d'une trame comportant des objectifs précis, élaborée avec le résident et en associant la famille. Une évaluation des objectifs fixés doit être menée au moins annuellement ou périodiquement suivant l'état de santé du résident. (L.311-3,7° du CASF)	2	6 mois
28.	Individualiser davantage les prestations pour mieux tenir compte du rythme de vie des résidents en veillant notamment à l'articulation des projets personnalisé et des plans de soins.	2	6 mois
29.	Proposer une douche ou un bain au moins une fois par semaine à chaque résident.	1	Dès réception du présent rapport
30.	Mettre en place une commission animations.	2	6 mois
31.	Mettre en place une commission restauration.	2	6 mois
32.	Améliorer la présentation des repas (service en « barquette » à faire évoluer).	2	1 an
33.	Proposer aux résidents une collation nocturne pour réduire les effets d'un délai de jeûne supérieur à 12 heures.	2	1 an
<b>4 - LES SOINS</b>			
34.	Veiller à la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée lors de l'admission du résident (procédure à formaliser) incluant notamment le repérage standardisé des risques psychologiques, des risques de chute, le bilan bucco-dentaire, l'adaptation des prescriptions médicamenteuses aux impératifs gériatriques, les toilettes évaluatives. ( <a href="#">art D 312-158 du CASF</a> ).	1	6 mois
35.	Veiller à ce que les IDE, en lien avec le cadre de santé, exercent un rôle de supervision des conduites professionnelles des soignants.	1	Dès réception du présent rapport
36.	Veiller à l'appropriation du plan de soins (PDS) informatisé en tant qu'outil de référence par les soignants afin de garantir la continuité	1	Dès réception du

	et l'individualisation des prises en charge ; élaborer une procédure d'élaboration, validation et actualisation des PDS.		présent rapport
37.	Veiller à la traçabilité des actes des soignants et des transmissions ciblées sur le logiciel de soins pour garantir la continuité des prises en charge pour l'ensemble des intervenants hospitaliers et libéraux.	1	6 mois
38.	Engager une réflexion institutionnelle pour augmenter le temps de psychologue, en vue notamment d'un appui pour les équipes dédiées à l'UPAD et à l'expertise des situations complexes	1	1 an
39.	Adapter le temps d'ergothérapeute aux besoins exprimés par l'équipe soignante de l'EHPAD ; renforcer son rôle d'accompagnement des équipes et de supervision des pratiques professionnelles : participation aux transmissions d'équipes, à l'EGS, formation à l'utilisation du matériel, sensibilisation aux bonnes pratiques gériatriques en vigueur (contentions, positionnement, transferts, escarres).	1	6 mois
40.	Sensibiliser les soignants aux risques liés aux contention ; mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques de contention.	1	Dès réception du présent rapport
41.	Actualiser le DARI ; élaborer un plan d'action de maîtrise du risque infectieux, partagé avec l'équipe soignante.	2	1 an
42.	Elaborer un audit des pratiques et des risques liés à la prise en charge médicamenteuse.	1	Dès réception du présent rapport
43.	Elaborer un plan d'action partagé avec l'équipe soignante et le pharmacien référent de la PUI, en vue de sécuriser les différentes étapes du circuit du médicament s'agissant notamment de la préparation, de la distribution et de l'administration du médicament. ( <a href="#">L5126-6-1 et L 5125-1-1 du CSP</a> )	1	Dès réception du présent rapport
44.	Garantir l'identification des piluliers par nom, prénom, date de naissance, n° de chambre, et photo du résident.	1	Dès réception du présent rapport
45.	Garantir l'identification du médicament depuis la préparation jusqu'à l'administration au résident : cesser toutes pratiques de déconditionnement des médicaments à l'avance, d'entreposage du médicament dans des supports intermédiaires (tasses, plateaux repas). ( <a href="#">articles R 4311-7, R 4311-5, R 4312-14, R 4311- 4 du CSP ; art L 313-26 du CASF</a> )	1	Dès réception du présent rapport
46.	Veiller à la traçabilité de la prise ou non prise médicamenteuse sur le logiciel de soins, en temps réel.	1	Dès réception du présent rapport