

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

La directrice générale

Réf. : PMIEC - 163377

Le Département de la Loire

Directrice Générale
HOPITAL DU GIER
19 RUE VICTOR HUGO
BP 168
42403 SAINT CHAMOND

Lyon, le **29 AVR. 2025**

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département de la Loire

PJ : Mesures correctives définitives

Madame la Directrice générale,

Une inspection conjointe des services de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes et du Département de la Loire a été conduite auprès de EHPAD de l'Hôpital du Gier, sur les sites Antoine Pinay à Saint-Chamond et L'Orée du Pilat à Rive-de-Gier, les 11, 12 et 13 septembre 2023, au titre des 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 et de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 établissements 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 19 novembre 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités et aux dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 7 janvier 2025.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

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

.../...

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

En outre, nous vous invitons 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 la Loire et les services du Département de la Loire. 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 L. 311-1 et L. 300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de notre considération distinguée.

La directrice

Sa

L

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 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
	Nous vous demandons de :			
1	Sécuriser la prise en charge matérielle des résidents : - Déclarer systématiquement les événements indésirables à déclaration obligatoire et mettre en place les mesures correctives nécessaires - Mettre en place un système d'appel malade opérationnel sur les deux sites - Sécuriser les escaliers et l'accès aux locaux afin d'éviter les chutes - Assurer le bon fonctionnement des ascenseurs - Veiller au bon état général des locaux et du matériel Conformément aux articles L. 311-3, L. 331-8-1 et à l'annexe 2-3-1 du CASF	EM1 E8 EM3 E21 E15 R22 à R25	Immédiat 6 mois	Concernant la déclaration et le traitement des EI, l'établissement a transmis la procédure de signalement et de gestion des événements indésirables, datée de juillet 2023. L'établissement précise qu'elle est régulièrement mise à jour, diffusée et accessible à tous les professionnels. Il indique également que tous les EI associés à déclaration obligatoire sont déclarés à l'ARS dans le respect de la procédure. Cependant l'établissement n'a pas apporté la preuve que des mesures correctives permettant de remédier aux absences de déclaration d'EI en interne et aux autorités compétentes, repérées par la mission, ont été mises en œuvre (liste des EI 2024 et analyse de ces derniers...). De plus, la procédure concerne l'ensemble des services de l'hôpital, elle est adaptée aux services sanitaires mais elle ne prévoit pas de spécificité relative à la prise en charge en EHPAD. La liste des références détaillée dans la procédure ne cite d'ailleurs pas les articles du code de l'action sociale et des familles s'appliquant aux ESMS (art. L. 331-8-1 CASF, R. 331-8-1 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. Il n'est pas non plus prévu de faire un retour sur le traitement de l'EI au déclarant. Concernant les systèmes d'appel malade : sur le site A. Pinay, l'établissement indique qu'il fait l'objet d'un changement progressif. Il n'est cependant pas transmis d'éléments probants ni de date prévisionnelle de fin du changement complet. Sur le site de l'Orée du Pilat, l'établissement indique que le système d'appel malade, bien que vétuste, est opérationnel, et couplé sur les DECT, contrairement aux constats établis par la mission il n'apporte cependant aucun élément probant. Concernant la sécurisation des escaliers, l'établissement indique que celle-ci est effective depuis septembre 2023 sur les deux sites avec un système asservi au système de sécurité incendie. Or, lors de l'inspection mi-septembre 2023, le système n'était pas en place. Aucun élément probant n'est fourni. Concernant les ascenseurs, l'établissement indique que ces derniers font l'objet de vérifications annuelles, de rénovation progressive (huile et joints). Il n'est cependant pas

			transmis d'éléments prouvant la diminution drastique du nombre de pannes (liste des EI 2024, des signalements techniques internes et dates de résolution). Concernant le bon état général des locaux et du matériel, l'établissement indique que les services techniques internes sont organisés pour répondre aux besoins immédiats et pour engager des travaux programmés de rénovation. Il n'est cependant pas transmis d'éléments probants (liste des demandes d'intervention et suivi). Une rénovation des chambres, salles de bain et locaux communs est réalisée progressivement en fonction des moyens disponibles et du mobilier neuf a été acquis pour les 2 EHPAD en novembre 2024, sans fournir d'éléments probants.		Par conséquent, la prescription N°1 est maintenue.
2	Respecter les termes de l'autorisation relatifs au nombre de places installées et occupées et tenir le registre des résidents à jour, conformément à l'article L. 331-2 du CASF	E1 E2 E3 R2 R3	Immédiat	L'établissement répond qu'il n'y a pas d'incohérence entre les listes de présence et le registre des résidents qui a été vérifié. La mission d'inspection dispose cependant de listes avec des informations discordantes ne relevant pas d'une confusion des noms. En tout état de cause, l'établissement n'apporte pas d'éléments permettant de prouver sa capacité à éditer immédiatement un registre des résidents à jour pouvant être exigé dans le cadre de la protection contre l'incendie. L'établissement reconnaît une différence entre les places autorisées et les places installées en indiquant qu'une réflexion est engagée pour optimiser les locaux sans précision des locaux et places concernés ni de délai de mise en œuvre. Il n'est pas non plus apporté d'éléments attestant de l'arrêt de l'utilisation de 2 places d'EHPAD pour la prise en charge de patients en SSR.	La prescription N°2 est donc maintenue.
3	Mettre en place une organisation garantissant la continuité des soins et des prises en charge : - Organiser les plannings de manière à assurer la sécurité et la continuité des soins et des prises en charge en affectant des professionnels en nombre suffisant, en particulier dans les UVP / UHR	EM2 E11 RM1	Immédiat	Concernant l'organisation des plannings, l'établissement répond que ces derniers correspondent aux maquettes organisationnelles qui prévoient un taux d'encadrement au-dessus de la moyenne nationale. Il précise que la maquette organisationnelle de l'Orée du Pilat présente une ASD pour 9 résidents appuyée par une IDE et une ASH sur le même étage.	

	- Renforcer le temps de direction sur le site Orée du Pilat Conformément à l'article L. 311-3 du CASF	E10	Or, les maquettes organisationnelles ont été transmises mais pas les plannings permettant de vérifier la correspondance. De plus, l'établissement n'atteste pas de la présence systématique de 2 professionnels au sein même de l'UVP de l'Orée du Pilat. Concernant le temps de direction sur le site de l'Orée du Pilat, l'établissement précise que le management mis en place est identique pour tous les sites et tous les services et qu'en cas de difficultés constatées, des réunions sont organisées en présence de tous les professionnels. La spécificité de la direction, de la prise en charge et de l'accompagnement en EHPAD ainsi que l'éloignement de ce site du site principal ne sont pas prises en compte. Par conséquent, la prescription N°3 est maintenue.
4	Assurer un pilotage garantissant la prise en charge médico-sociale spécifique à l'EHPAD : - Etablir un projet de service et un projet de soins spécifiques à l'EHPAD dans le projet d'établissement conformément à l'article L. 311-8 du CASF - Organiser l'intervention d'un nombre suffisant de professionnels paramédicaux au regard du nombre de résidents conformément aux articles D. 312-155-0 et D. 312-155-0-2 du CAF, et de personnels d'animation - Actualiser les profils de poste des professionnels intervenant à l'EHPAD en précisant les spécificités médico-sociales de la prise en charge en EHPAD - Proposer des formations spécifiques à la prise en charge en EHPAD dédiées aux professionnels intervenant à l'EHPAD en fonction des problématiques rencontrées - Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels de l'EHPAD, autre que les temps de transmission, afin de leur	E4 E9 E12 R32 R9 R10 R11 R14 R15 R1	L'établissement indique qu'un projet spécifique pour les EHPAD est programmé pour 2025 dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement. Concernant les professionnels paramédicaux, l'établissement répond que ces deniers sont en nombre constant depuis de nombreuses années en regard du budget disponible. Il n'apporte cependant pas d'éléments probants (ex : liste des professionnels paramédicaux et temps de travail dédié à l'EHPAD). Aucune information n'est donnée concernant les personnels d'animation. La prescription N°4 est maintenue sur ce point. Concernant les profils de poste spécifiques EHPAD, l'établissement indique qu'ils existent et qu'ils sont réactualisés régulièrement. Des profils de poste sont transmis en appui, différents sur la forme de ceux remis à la mission lors de l'inspection. Il est bien mentionné que ces profils de poste concernent les personnels en EHPAD. Ils ne sont cependant pas datés. La prescription N°4 est levée sur ce point. Concernant les formations, l'établissement indique que le plan de formation comportera à l'avenir un item spécifique EHPAD. Il précise que des formations spécifiques ont été conduites, ce que confirment les plans de formation 2023, 2024 et 2025 transmis. La prescription N°4 est levée sur ce point.

	permettre d'échanger sur leurs pratiques en vue de leur amélioration - Identifier systématiquement les services comme relevant de l'EHPAD et supprimer les appellations « gérontopsychiatrie » et « psychogériatrie » pour identifier l'UVP et l'UHR et systématiser l'identification des services de l'EHPAD - Installer un bureau d'accueil spécifique à l'EHPAD, visible et identifiable	R20 R21	Concernant les temps d'analyse de la pratique professionnelle, l'établissement indique qu'ils sont régulièrement proposés mais qu'ils remportent peu de succès. Une convention de séances de supervision et la liste des participants entre 2019 et 2023, concernant uniquement le site de l'Orée du Pilat. La prescription N°4 est maintenue sur ce point. Concernant les appellations « gérontopsychiatrie » et psychogériatrie », l'établissement indique qu'elles ont été supprimées et qu'une nouvelle signalétique est en cours de formalisation. Dans l'attente, la prescription N°4 est maintenue sur ce point. Concernant l'installation d'un bureau d'accueil spécifique, l'établissement indique que le bureau d'accueil spécifique à l'accueil existe mais que l'architecture non fonctionnelle ne permet pas la rationalisation des flux. Il précise que l'amélioration des locaux d'accueil et de la signalétique devrait répondre à cette demande, sans précision des travaux prévus ni de date d'effectivité. Dans l'attente, la prescription N°4 est maintenue sur ce point.
Renforcer l'attention portée au respect des droits des usagers : - Préciser les conditions et modalités de restriction d'aller et venir dans le règlement intérieur de l'EHPAD, ainsi que les mesures individuelles dans les annexes aux contrats de séjour, conformément aux articles R. 311-35, L. 311-4-1 et R. 311-0-7 du CASF - Installer systématiquement des paravents ou brises-vues dans les chambres doubles afin de permettre le respect de l'intimité, conformément à l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Qualité de vie en EHPAD volet 2 » - Informer les familles et les proches en cas de changement de chambre d'un résident	E6 E7 E20 R5 R6 R7 R8	6 mois	Concernant les modalités de restrictions d'aller et venir, l'établissement indique que le règlement intérieur et le contrat de séjour ont été mis à jour. Ils n'ont cependant pas été transmis. Concernant l'installation systématique de brises vues ou de paravents dans les chambres doubles, l'établissement indique que des devis ont été réalisés et qu'une demande de financement a été effectuée dans le cadre du CLAT. Il précise également que certaines chambres ne sont pas équipables du fait de leur taille. Il n'est pas présenté de solution alternative. Concernant l'information systématique des familles en cas de changement de chambre d'un résident, l'établissement précise que c'est bien le cas, dans le cadre d'une rencontre avec le médecin, le psychologue et le cadre de santé et que ces rencontres sont tracées dans le dossier du résident. Il n'est cependant pas transmis d'éléments probants. Concernant la mise à jour systématique et complète des informations à destination des familles, l'établissement indique que des vitrines ont été commandées afin d'harmoniser l'information aux familles. La date d'installation n'est pas précisée.

	- Veiller à la mise à jour systématique et complète des informations à destination des familles, notamment celles relatives au CVS et aux arrêtés tarifaires en vigueur Préciser les dates de consultation des instances dont le CVS sur le projet d'établissement dans le document	E5	Concernant les dates de consultation des instances dont le CVS dans le document du projet d'établissement, l'établissement répond que les dates sont établies annuellement et diffusées dès janvier. Or il s'agit de s'assurer que le CVS a bien été consulté lors de l'élaboration du projet d'établissement. Il conviendra donc de mentionner la date de sa consultation dans le cadre de l'actualisation prévue du projet d'établissement. La prescription N°5 est maintenue.
6	Renforcer la qualité de l'accompagnement : - Rédiger et actualiser systématiquement un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident, et comprenant un volet soins permettant de définir les objectifs thérapeutiques, notamment préventifs et rééducatifs, selon leur évaluation gériatrique médicale à jour conformément à l'article D. 312-155-0-3° du CASF - Réfléchir à l'opportunité de désigner un référent par résident	E22 E23 R4 R26 3 mois	Concernant la rédaction et l'actualisation du PAP pour chaque résident, l'établissement répond que chaque résident dispose d'un PAP et qu'une procédure a été établie afin de formaliser les différents éléments devant y figurer. Il précise que l'informatisation récente du dossier résident n'a pas encore permis que les PAP soient tous scannés et intégrés dans le logiciel. Il n'est pas fait mention d'une uniformisation des PAP sur les deux sites. Il n'est pas non plus apporté d'éléments permettant de prouver l'établissement et l'actualisation des PAP (calendrier prévisionnel de mise à jour par ex.). Concernant les référents, l'établissement indique qu'il existe un référent par résident, contrairement aux constats établis par la mission. La liste des résidents par référent n'a pas été transmise. Par conséquent, la prescription N°6 est maintenue.
7	Renforcer la coordination des soins : - Mettre en conformité avec la réglementation, la présence de médecin coordonnateur sur les EHPAD, et doter ce professionnel d'une fiche de poste actualisée et d'une feuille de route fixant les objectifs prioritaires à mettre en œuvre avec la collaboration de l'équipe soignantes et des autres médecins référents des unités - Elaborer un projet général de soins pour se doter d'un outil indispensable pour notamment fixer les objectifs opérationnels de la coordination des soins	E24 R33 E25 E26 E27 6 mois	Concernant la présence du médecin coordonnateur, l'établissement indique qu'un médecin coordonnateur est désigné, qu'une fiche de poste est disponible et qu'une feuille de route est en cours d'élaboration. Il n'est pas précisé si le temps de travail du médecin coordonnateur a été augmenté conformément à la réglementation. Concernant le projet général de soins spécifique EHPAD, l'établissement précise qu'il sera rédigé lors de la refonte du projet d'établissement en 2025. Concernant les réunions de coordination gériatrique, l'établissement indique qu'elles auront lieu au moins une fois par an, même si aucun professionnel libéral n'intervient dans l'établissement. Les dates et comptes rendus des commissions gériatriques de 2023 et 2024 n'ont pas été transmises. Concernant le RAMA, l'établissement indique que celui de 2024 est en cours d'élaboration.

	Mettre en place les réunions de coordination gériatriques en lien avec la réglementation au moins 1 fois par an, ainsi que l'élaboration du RAMA annuel.			Dans l'attente, la prescription N°7 est maintenue.
8	Stocker les éléments médicaux dans un endroit sécurisé sur le site de l'Orée du Pilat	E28	immédiat	L'établissement indique que le dossier médical et paramédical est informatisé et que les éléments non informatisés (non encore scannés dans le dossier informatisé) sont stockés dans les salles de soins accessibles aux professionnels qui sont tenus par le secret médical. Or, sur le site de l'Orée du Pilat, les éléments médicaux sont stockés dans les classeurs contenant d'autres informations et situés dans l'infirmerie dans laquelle a lieu la relève. Ils sont donc accessibles à tous. Par conséquent, la prescription N°8 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Améliorer l'agencement des lieux de vie des résidents et augmenter leur nombre	R17 R19	6 mois	L'établissement indique que l'acquisition de nouveau mobilier pour l'ensemble des deux sites a permis de disposer d'un cadre plus agréable. Il n'est cependant pas précisé si des aménagements d'espaces de convivialité et d'animation dédiés supplémentaires ont été créés. La recommandation N°1 est maintenue.
2	Garantir la mise à jour et la bonne diffusion de la procédure de prise en charge des urgences vitales	R12 R13	3 mois	L'établissement indique que la procédure relative aux urgences vitales a été revue et qu'une formation spécifique est programmée. La procédure n'est cependant pas transmise.

				pouvant attester de la mise en place des plans de soin pour tous les résidents et de l'indication des caractéristiques individuelles de chaque personne pour un accompagnement au plus près des besoins des personnes. La recommandation N°5 est levée en ce qui concerne la mesure liée à la remarque N°30, elle est maintenue pour la mesure liée à la remarque N°29 dans l'attente de la réponse de la structure sur l'organisation en place sur l'Orée du Pilat.
6	Veiller à respecter l'amplitude dîner/petit-déjeuner afin que celle-ci ne dépasse pas les 12 heures et respecte les recommandations de la HAS de 2007	R31	Immédiat	L'établissement indique qu'un rappel des organisations est régulièrement fait aux cadres pour que les équipes respectent les horaires conformément aux recommandations. Il n'est cependant pas apporté d'élément probant. La recommandation N°6 est donc maintenue.
7	Veiller à assurer la traçabilité des dates de péremption de la dotation d'urgence, sur les 2 sites dans le cadre d'un suivi régulier	R34	1 mois	L'établissement indique que la traçabilité des dotations d'urgence a été revue ainsi que les consignes transmises aux cadres avec fixation d'objectifs et audits réguliers. Les documents probants n'ont cependant pas été transmis. La recommandation N°7 est donc maintenue.

