

La directrice générale

Le Président

Réf.: 2024-PMIEC-6

CAEFPA
Monsieur le Président
52 route de Trémolin
42 530 SAINT GENEST LERPT

Lyon, le

- 4 AVR. 2024

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

1A 195714 51371

PJ : - Mesures correctives définitives

Monsieur,

Une inspection diligentée à notre initiative 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 s'est déroulée à l'EHPAD Accueil aux personnes âgées le 7 juin 2023, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 31 janvier 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux carences constatées.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 9 février 2024.

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 conseil ainsi qu'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, service personnes âgées et par le 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 L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos respectueuses salutations.

La directrice
Auvergne

L
re,

Copie à Madame la directrice

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	Formaliser pour chaque résident un véritable projet d'accompagnement personnalisé, en associant les personnels concernés et prévoir une réévaluation annuelle de ce PAP, conformément aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF. Désigner un professionnel référent pour chaque résident.	E4, R14	6 mois	Il est pris note que des projets d'accompagnement personnalisés sont élaborés et présentés au résident et à sa famille. Par ailleurs, il nous a été transmis la procédure et les PAP réalisés. Nous prenons bonne note de la formalisation des PAP pour chaque résident. Néanmoins, une évaluation régulière de tous les PAP ne semble pas effective. Il est pris acte de la difficulté de mettre en place un professionnel référent au vu du turn-over du personnel. Nous maintenons partiellement la prescription n°1 compte tenu de l'absence de désignation d'une personne référente pour chaque résident et d'autre part l'absence de mise en œuvre systématique de la réévaluation annuelle des PAP.
2	Sécuriser la gestion des ressources humaines pour assurer une prise en charge des résidents de qualité en : - Recrutant autant que possible des personnels qualifiés et lancer une démarche de qualification des professionnels non qualifiés de l'établissement en vertu de l'article L312-1 II CASF. - Pourvoyant les postes vacants. - Prévoyant des temps de relève et de transmission entre les équipes en intégrant les ASL afin d'assurer le passage d'informations entre les équipes et de garantir la continuité des soins et accompagnements. - Assurant les conditions de remplacement du personnel - Formalisant des fiches de postes pour le	E1, R6, R7, R8, R9, R11, R12	6 mois	Il est pris note que sur les postes d'aides-soignants l'établissement ne possède que du personnel qualifié, et qu'une démarche de qualification de 6 ASL est prévue sur 2023 et 2024. Le plan de formation 2023 nous a été transmis mais il ne comporte pas de formation spécifique sur l'accompagnement des personnes vulnérables. Par conséquent, la prescription N°2 n'est pas totalement levée puisqu'il n'y a pas de formation sur 2023 portant spécifiquement sur l'accompagnement des personnes vulnérables (prise en charge de la maladie de d'Alzheimer). Les mesures liées aux remarques R6, R12 et l'écart 1 sont levées sous réserve d'éléments probants de formation des ASL. Les mesures liées aux remarques R6, R7, R8, R9 et R11 sont maintenues.

	personnel			
	- Actualisant le plan de formation avec des actions portant spécifiquement sur l'accompagnement des personnes vulnérables.			
3	Garantir la sécurité des résidents (L311-3 du CASF) en améliorant la sécurisation des locaux, la surveillance des entrées et des sorties.	E2	Immédiat	Il est noté que la porte n'est pas sécurisée car elle ne donne pas accès à des lieux qui mettraient en danger les résidents. Lors de la visite, cette porte donnait accès aux locaux techniques (buanderie, garage, local ménage) comportant donc un risque pour la sécurité des résidents. Par conséquent, la prescription est maintenue.
4	Elaborer une nouvelle procédure d'admission intégrant le médecin coordonnateur en application de l'article D312-158 CASF.	E3	Immédiat	Il est noté que la procédure d'admission intégrant le médecin coordonnateur a été régularisée. Par conséquent, la prescription n°4 est levée sous réserve de transmission de la nouvelle procédure.
5	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0.6 ETP, conformément à l'article D152-156 CASF.	E5	Immédiat	Il est noté que le médecin coordonnateur ne souhaite pas augmenter sa quotité de travail et qu'il part à la retraite en mars 2024. Nous prenons acte de ces éléments. En revanche le nouveau médecin coordonnateur devra être recruté sur la base de 0,6 ETP. Compte tenu des éléments transmis qui répondent partiellement à notre demande, la prescription n°5 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	REPOSE DE LA STRUCTURE
	Je vous recommande de :			
1	Clarifier l'organisation des astreintes administratives et de la continuité de la direction de l'établissement.	R5, R10	immédiat	Il est noté que l'organisation des astreintes est clarifiée mais sans élément probant confirmant la formalisation de cette procédure : la recommandation n°1 est maintenue
2	Mettre en place une organisation permettant la fin du nettoyage des chambres au plus tard à 14H	R13	immédiat	Il est noté que les ASL réalisent les toilettes tout le matin et que l'EHPAD ne dispose pas de moyens financiers pour réorganiser l'effectif. L'établissement doit trouver l'organisation adéquate afin de réaliser les nettoyages des chambres avant 14H. la recommandation n°2 est maintenue
3	Réorganiser le service des repas et/ou systématiser la proposition de collation afin de ne pas espacer de plus de 12h deux repas, en vertu des bonnes pratiques visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées.	R19	immédiat	Il est noté que sont réactivés les gouters de nuit au sein de la structure. Il est pris acte de cet engagement. En revanche, l'établissement n'apporte aucun élément de preuve (liste des résidents, collations proposées, traçabilité de la distribution). La recommandation n°3 est levée sous réserve de communication d'éléments probants.
4	Compléter de manière exhaustive le compte rendu de la commission gériatrique	R20	3 mois	L'établissement précise que le compte-rendu est déjà exhaustif et que l'absence de médecins généralistes ne permet pas de débat. Il ne répond pas sur l'absence de précision sur le bilan de l'activité en soins et sur les axes à développer en santé pour l'année à venir, ni sur le fait de faire figurer la signature du directeur et du médecin coordonnateur. Recommandation N°4 maintenue
5	Sécuriser la dotation d'urgence : En actualisant et en validant la procédure d'utilisation de la trousse d'urgence.	R34	1 mois	L'établissement note qu'une procédure existe et est appliquée mais il ne répond pas à son actualisation, et à l'organisation mise en place pour éliminer et remplacer les médicaments périmés ni

	En s'assurant de l'élimination et du remplacement des médicaments périmés du sac d'urgence. En assurant une gestion rigoureuse de la dotation d'urgence (médicament et matériel) et en vérifiant régulièrement les dates de péremption des médicaments et des dispositifs matériels ainsi que leur fonctionnement.	R35 R36		pour mettre en place un suivi rigoureux de la gestion et suivi de la dotation d'urgence (médicament, matériel) Recommandation N°5 maintenue
6	Se mettre en adéquation avec les arrêtés d'autorisation (PASA et HT).	R1 et R2	Immédiat	Selon l'établissement : - Concernant le PASA : il ne dispose que d'une seule ASG-qui ne peut pas prendre en charge plus de 10 personnes sans moyens financiers supplémentaires pour recruter une AS sur le PASA. - la place d'HT est très peu sollicitée. L'établissement doit se conformer à l'autorisation délivrée pour le PASA de 14 places et également pour la place d'HT. Recommandation n°6 est maintenue.
7	Concernant les outils à mettre à disposition des professionnels pour encadrer les soins : - Elaborer des plans de soins techniques pour les IDE; - compléter les plans de nursing afin d'être au plus près des besoins et particularités individuelles de chaque personne, - veiller à détailler les actes en lien avec l'incontinence (changes et les accompagnements aux toilettes).	R15, R16, R17 R18	2 mois	En l'absence d'éléments probants , recommandation n°7 maintenue
8	Formaliser des protocoles de soins suivants : - Conduite à tenir en cas de risques médicaux - Prévention des chutes et sur les modalités de la déclaration des chutes. - Dépistage et traitement de la dénutrition selon les dernières recommandations de l'HAS - Prévention des escarres - Repérage et évaluation du suivi de la douleur	R22, R23, R24 R25,	4 mois	L'établissement mentionne que l'élaboration ou la réactualisation des protocoles de soins sont en cours sans transmettre de calendrier et de programmation des travaux en place pour ce travail et des professionnels concernés Recommandation N°8 maintenue

	Réactualiser et compléter les protocoles suivants : - Pansements pour escarres - Les contentions physiques passives S'assurer que le suivi du poids soit réalisé une fois par mois pour l'ensemble des résidents Sécuriser le suivi des contentions physiques passives, et tracer notamment leur évaluation en vue des renouvellements des prescriptions et leur surveillance régulière Sécuriser la pratique de fermeture à clé des portes de chambre en mettant en place des protocoles personnalisés précis sur les modalités de mise en œuvre dont la surveillance très régulière des résidents.	R30, R32, R33 R31 R28 R26 R27 R29		
9	Retravailler et compléter les DLU	R 21	Immédiat	L'établissement évoque que leurs DLU sont conformes et transmet un document HAS « guide d'utilisation des DLU », qui ne précise pas la check liste des éléments indispensables à faire figurer sur les DLU, ni à l'information des professionnels pour éditer selon cette liste correctement un DLU. Par ailleurs il ne répond pas aux constats faits notamment sur l'absence de mention des antécédents, des plans de soins globaux, et de prescription médicamenteuse en cours pour 2/3 résidents. Recommandation N°9 maintenue Il est pris acte que : La procédure existe et est appliquée. Les familles et les salariés l'utilisent régulièrement. Les familles sont informées dès l'admission de l'existence de la « fiche évènement indésirable » ; une copie leur est remise avec le dossier d'entrée. Le suivi informatisé sera envisagé si un logiciel est acquis par l'établissement. En revanche la procédure relative au suivi des réclamations n'a
10	Développer une véritable politique de gestion du risque: Mettre en place une procédure organisant le signalement le traitement, l'analyse et le suivi informatisé des EI et EIG. La diffuser et former les personnels à la déclaration des EI. Elaborer une procédure de dépôt et de suivi des réclamations et la faire connaître aux familles.	R3, R4	Immédiat	

[illegible]

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Accueil aux personnes âgées à Rive de Gier- (7 juin 2023) ...

