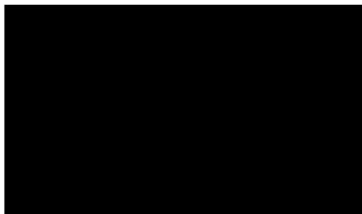


Le Directeur général



Président du conseil d'administration
Association Chrétienne des Institutions Sociales et
de Santé de France
199/201 rue Colbert
Centre Vauban
59000 LILLE

Lyon, le 11 AVR. 2023

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

LRAR 1A 194 29 5180 1

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 de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Maison des Augustines à Pont-de-Beauvoisin (73) le 6 décembre 2022 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 9 février 2023 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux carences et aux non conformités constatées.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 8 mars 2023.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et 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 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 par la délégation départementale ARS de la Savoie, service Politique Handicap et par le Pôle social du Département de la Savoie/service accueil en établissement Personnes âgées.

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 nos considérations distinguées.

Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD

AR 1A 194 du 51818

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)	DELA	ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Elaborer un projet d'établissement, en lien avec les professionnels de l'établissement, conformément aux articles L311-8 et D311-38 du CASF	E 1	9 mois	L'établissement annonce la réécriture du projet d'établissement en 2023, celle-ci n'ayant pas été lancée avant du fait du projet de restructuration du bâtiment. La prescription N°1 est maintenue.
2	Organiser et mettre en place une politique de déclaration d'événements indésirables et de signalement en interne efficace : Déclarer systématiquement les événements indésirables graves à l'ARS conformément aux articles L.1413-14, R.1413-67 et suivants du CSP et L331-8-1 et R331-8 du CASF Redéfinir la procédure de déclaration, traitement, suivi des événements indésirables et s'assurer de son appropriation et de sa mise en œuvre	E 2 R 2 R 3	Immédiat 3 mois	L'établissement répond que la procédure associative sera à représenter aux équipes et que les EIG sont analysés avec les personnes compétentes et ressources au cas par cas. Il n'apporte pas d'éléments probants relatifs à l'obligation de déclaration systématique des EIG, telle que prévue aux articles cités ni au respect de la procédure de déclaration, traitement et suivi des événements indésirables décrite dans les recommandations de bonnes pratiques. Par conséquent, la prescription N°2 est maintenue.
3	Déployer l'ensemble des missions du médecin coordonnateur : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à un minimum de 0,6 ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF. Etablir le projet général de soins, coordonné par le médecin coordonnateur, en lien avec toute l'équipe soignante, conformément à l'article D312-158 du CASF. Réunir la commission de coordination gériatrique comme le prévoit l'article D312-158 du CASF	E 5 E 6 E 7	9 mois	Selon l'établissement, le médecin coordonnateur ne souhaite pas augmenter son temps de travail. La possibilité de recruter un second praticien pour compléter le temps de coordination nécessaire et réglementaire n'est pas évoquée. Le médecin prescripteur recruté en complément n'a pas de missions de médecin coordonnateur. L'élaboration du projet de soins sera effectuée dans le cadre de l'actualisation du projet d'établissement. Une commission de coordination gériatrique devrait être organisée d'ici le 30/06/2023. Dans l'attente des éléments probants, la prescription N°3 est maintenue.

4	Sécuriser le circuit du médicament : Mettre en place une préparation des médicaments par les IDE ou par un préparateur en pharmacie sous la surveillance d'un pharmacien conformément aux articles R4235-48, L. 4241-1 et L.4241-10 du CSP Stopper toute transcription des prescriptions sur un support intermédiaire	E 8 R 34	Immédiat	L'établissement indique que les médicaments sont préparés par une employée du pharmacien référent et sont re-contrôlés par les IDE avant distribution. Aucun changement dans la préparation des médicaments n'est envisagé. L'établissement ne répond donc pas à la problématique soulevée qui est la préparation des médicaments, à l'EHPAD, par un préparateur en pharmacie, en l'absence d'un pharmacien sur site, contrairement à la réglementation. Par ailleurs aucun élément relatif à l'arrêt des transcriptions des prescriptions sur un support intermédiaire n'est fourni. Par conséquent, la prescription N°4 est maintenue.
5	Etablir un document unique de délégation nominatif pour la directrice, conformément à l'article D.312-176 du CASP	E 3	Immédiat	Le DUD au profit de la directrice étant à la signature au moment de l'envoi de la réponse de l'établissement au projet de décision, celui-ci n'a pu être fourni. La prescription N°5 est donc maintenue.
6	Veiller à ce que les dossiers administratifs ne contiennent pas d'éléments relatifs à l'état de santé des résidents conformément à l'article L.1110-4 du CSP	E 4	Immédiat	L'établissement indique être attentif à ce que les informations médicales soient consignés dans le dossier médical détenu à l'infirmerie. Il ne précise pas cependant si une vérification du contenu des dossiers administratifs a été effectuée. La prescription N°6 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Je vous recommande de : Mettre en adéquation l'usage des locaux avec leur destination : Conformer le nombre, l'usage et la dénomination des locaux à l'autorisation	R 1 R 15 R 16		L'établissement a précisé le nombre de chambres dans sa réponse. Il a également annoncé que la signalétique était en cours de finalisation et que l'organisation d'une visite de conformité. Il indique que la dénomination « PASA » d'une salle n'est qu'une

2	Désencombrer les couloirs, locaux techniques et salles de bain Solliciter les autorités de contrôle en vue de l'organisation d'une visite de conformité suite aux travaux Sécuriser les outils d'intervention d'urgence S'assurer de la connaissance des numéros d'astreinte par les personnels Mettre à disposition du personnel soignant une liste complète du contenu du chariot médical, assurer sa fermeture par des scellés, son contrôle mensuel et la traçabilité de ce dernier Former les personnels à l'utilisation du défibrillateur et tracer la vérification de ce dernier	R 13 R 14 R 12 R 5 R 31 R 32 R 33	Immédiat	dénomination. Pour autant, celle-ci porte à confusion et ne peut donc être maintenue. Par conséquent, dans l'attente d'éléments probants (visite de conformité), la recommandation N°1 est maintenue. L'établissement indique qu'une liste des numéros d'urgence existe, que le DAE est vérifié chaque mois et qu'une formation est réalisée. De plus, une procédure est en cours d'élaboration concernant le contenu et la vérification du chariot d'urgence. Dans l'attente d'éléments probants, la recommandation N°2 est maintenue.
3	Mettre à jour et formaliser les documents nécessaires à l'accompagnement et aux soins des résidents : Elaborer une fiche de poste individualisée pour chaque agent et une fiche de tâches pour l'activité des agents de nuit et des IDE Mettre à jour les protocoles en lien avec le personnel et les former à leur utilisation Préciser et systématiser les planifications des soins à effectuer par les AS Formaliser la programmation des douches pour tous les résidents et veiller à la régularité de leur réalisation	R 8 R 9 R 24 R 28 R 19 R 20 R 21	3 mois 3 mois Immédiat Immédiat	L'établissement indique que des fiches de poste et des fiches de tâches plus précises existent, sans pour autant les fournir. Il confirme que certains protocoles sont anciens et seraient toujours d'actualité. Aucun engagement à les revoir régulièrement et systématiquement n'est formulé. Des informations complémentaires relatives à la fréquence des douches sont apportées mais il n'est pas prévu de clarifier et systématiser la formalisation. La recommandation N°3 est donc maintenue.

4	Développer les outils de formation du personnel : Mettre en place des formations spécifiques sur l'accompagnement des personnes vulnérables Organiser des temps d'analyse des pratiques professionnelles	R 10	9 mois	L'établissement n'apporte pas d'éléments probants d'engagement à mettre en place des formations spécifiques sur l'accompagnement des personnes vulnérables ni de temps d'analyses des pratiques professionnelles. La recommandation N°4 est maintenue.
5	Organiser une prise en charge au plus près des besoins des résidents : S'assurer du recours aux protections uniquement pour les personnes incontinentes et pratiquer les changes en fonction des besoins Garantir une amplitude du jeûne nocturne inférieure à 12h Analyser régulièrement les causes des chutes afin de réduire les causes Systématiser la pesée mensuelle des résidents	R 11 R 22 R 23 R 25 R 26	Immédiat	L'établissement indique que son organisation impose des temps dédiés aux changes, en cohérence avec les rythmes de vie des résidents. Il précise que le passage aux toilettes reste privilégié et la réalisation des changes assurée dès que nécessaire. Cependant, la remarque s'appuyait sur les propos des professionnels et sur des constats inscrits dans le rapport d'activité médicale et l'établissement n'apporte aucun élément garantissant le respect des pratiques qu'il énonce. Il est indiqué que l'organisation de l'EHPAD ne permet pas de modifier les heures de repas pour diminuer le jeûne nocturne mais qu'une collation est possible. L'établissement n'évoque pas une proposition systématique, tracée. L'établissement précise qu'une analyse des chutes peut être réalisée mais pas formalisée. Il évoque la réalisation d'une pesée mensuelle systématique pour tous les résidents sans apporter d'éléments probants. La recommandation N°5 est maintenue.
6	Garantir une prise en charge dans le respect de la dignité de la personne : Assurer la présence d'une AS diplômée à l'UVP à tout moment de la journée. Augmenter le nombre de professionnels la nuit notamment à l'UVP et sécuriser les déambulations en vue d'éviter le recours à la contention Organiser la prise en charge de la fin de vie, signer une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs et former les personnels	R 6 R 7 R 27 R 29 R 30	3 mois	L'établissement mentionne le nombre d'agents diplômés sur l'unité protégée et le fait qu'une équipe soit dédiée à cette unité. Il indique par ailleurs ne pas pouvoir augmenter son personnel de nuit et assure que la contention est systématiquement réfléchie en équipe puis prescrite et ne résulte pas d'un manque de personnel. La mission prend acte et invite toutefois à une réflexion plus globale de l'équipe sur la contention et ses alternatives à formaliser dans un protocole actualisé. La recommandation N°6 est levée sur ce point. L'établissement signale sa situation géographique peu propice au

				développement de l'étayage en matière de fin de vie mais indique envisager de proposer des sessions de formation. Ce point de la recommandation N°6 est maintenu.
7	Renforcer l'information des résidents et des familles Prévoir un retour systématique aux résidents et aux familles sur la mise à jour des projets personnalisés	R 17		L'établissement indique qu'une réunion de synthèse à 3 mois de l'entrée sera mise en place en 2023 et qu'elle permettra de valider le PAP. Or, la recommandation porte également sur la mise à jour des PAP. L'établissement n'a pas envoyé d'éléments probants relatifs à la désignation de référents pour chaque résident. Aucun élément concernant le recueil des réclamations n'a été transmis.
	Désigner un référent de proximité, interlocuteur privilégié pour chaque résident et sa famille	R 18	6 mois	Par conséquent, la recommandation N°7 est maintenue.
	Formaliser un outil de recueil des réclamations et le porter à la connaissance des familles	R 4		

Agence régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes – Département de la Savoie – Inspection de l'EHPAD Maison des Augustines à Pont-de-Beauvoisin le 6 décembre 2022