



Affaire subie par :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Conseil départemental de la Savoie

[REDACTED]

Monsieur [REDACTED]
Président
Fondation Partage et Vie
11 rue de la Vanne
CS 20018
92 126 Montrouge Cedex

Chambéry, le 20 novembre 2024

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

LRAR [REDACTED]

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.61116_1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Clos Saint Joseph le 16 octobre 2023, 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 28 juin 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 24 juillet 2024.

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 courront 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 / 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 Savoie, service grand âge et par le service personnes âgées du Conseil départemental de Savoie.

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 l'ARS
Auvergne Rhône-Alpes



Le Président du Conseil Départemental,

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	Régulariser la capacité de l'établissement en vertu de l'arrêté d'autorisation et du conventionnement de l'établissement	E1 ; R1	immédiat	<p>L'établissement nous fait part qu'il fait face à une demande croissante des demandes d'admission en hébergement permanent (326 dossiers au 15/07/2024) et peu de demandes en hébergement temporaire (27 dossiers au 15/07/2024).</p> <p>Pour autant, au jour de l'inspection, il est dénombré dans la liste des résidents communiquée le 16 octobre 2023, 77 résidents présents au sein de l'EHPAD : 76 en hébergement permanent pour 75 places autorisées et 1 personne en hébergement temporaire sur les 4 places d'hébergement temporaire autorisées. Par ailleurs, la place d'hébergement temporaire était utilisée pour un résident en hébergement permanent.</p> <p>Prescription n°1 maintenue</p> <p>Concernant la prescription n° 2, l'établissement déclare avoir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revu la procédure de déclaration et de suivi des EIG et EIGS pour intégrer le signalé aux autorités de tarification. - mis à disposition des professionnels en difficulté avec l'informatique des fiches de déclaration papier pour qu'ils puissent déclarer eux-mêmes les événements constatés. - affiché la charte de non-sanction envers les professionnels signalant des EI/EIG/EIGS. - Mis en place une procédure pour le traitement informatique des réclamations en lieu et place d'un cahier. <p>De plus, l'établissement affirme que les EI/EIG et réclamations seront abordées en CVS en présentant un bilan ainsi que les actions correctives/préventives mises en œuvre.</p> <p>Au vu de ces éléments, la prescription n° 2 est levée.</p>
2	Développer une véritable politique de gestion du risque : <ul style="list-style-type: none"> - Déclarer les EI et EIG aux autorités compétentes ARS et CD 73 - Faire remplir la déclaration par la personne ayant constaté l'EI. - Mettre en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions des CVS. 	E4, R2, R3, R4	3 mois	<p>Concernant la prescription n° 2, l'établissement déclare avoir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revu la procédure de déclaration et de suivi des EIG et EIGS pour intégrer le signalé aux autorités de tarification. - mis à disposition des professionnels en difficulté avec l'informatique des fiches de déclaration papier pour qu'ils puissent déclarer eux-mêmes les événements constatés. - affiché la charte de non-sanction envers les professionnels signalant des EI/EIG/EIGS. - Mis en place une procédure pour le traitement informatique des réclamations en lieu et place d'un cahier. <p>De plus, l'établissement affirme que les EI/EIG et réclamations seront abordées en CVS en présentant un bilan ainsi que les actions correctives/préventives mises en œuvre.</p> <p>Au vu de ces éléments, la prescription n° 2 est levée.</p>
3	Garantir la qualité des prises en charge et le respect des droits des usagers conformément à la réglementation notamment en : <ul style="list-style-type: none"> - Actualisant annuellement les projets d'accompagnements personnalisés pour chaque résident et en s'assurant de la signature de ces derniers 	E2 , E3, E5, E6, R10	6 mois	<p>Concernant l'actualisation des PAP, l'établissement déclare avoir réactualisé l'ensemble des PAP et mis en place un calendrier pour la signature des PAP par les résidents. Des éléments de preuve sont apportés par l'établissement.</p> <p>Concernant le CVS, l'établissement déclare devoir organiser de nouvelles élections, mais n'apporte aucune précision complémentaire.</p> <p>Concernant les contrats de séjour, l'établissement indique avoir fait signer par les résidents les derniers contrats non signés et que le MEDEC et l'équipe</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettant en place un CVS et organisant son fonctionnement conformément à la réglementation en vigueur et consulter le CVS pour l'élaboration du PE. - Faisant signer chaque contrat de séjour pour chaque résident et joignant l'annexe relative à la liberté d'aller et venir. 			<p>soignante seront mobilisés concernant l'annexe relative à la liberté d'aller et venir.</p> <p>Concernant l'élaboration du projet d'établissement 2024-2028, un rétroplanning a été fourni par l'établissement.</p> <p>Au de ces éléments, la prescription n°3 est maintenue sauf pour l'écart n°6 et la remarque n°10</p>
4	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0.6 ETP, conformément à l'article D152-156 CASF et améliorer le contenu du rapport annuel d'activité médicale	E7, R17	Immédiat	<p>Il est noté qu'en l'absence du médecin coordonnateur (en congés), le sujet sera abordé ultérieurement.</p> <p>En l'absence d'éléments probants, la prescription n°4 maintenue.</p>
5	Mettre en place et réunir une fois par an minimum la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prise en charge auprès des résidents de l'EHPAD, en vertu de l'article D312-158 CASF	E8	Immédiat	<p>Au vu des éléments transmis par l'établissement (note sur la CCG et compte-rendu de la réunion de la CCG en date du 26/03/2024), la prescription n°5 est levée.</p>
6	S'assurer de la fermeture systématique de l'infirmérie hors présence d'IDE conformément aux articles L. 1110-4 du CSP [secret des informations] et/ou R. 4312-39 du CSP [médicaments]	E9	Immédiat	<p>L'établissement indique dans sa réponse avoir validé le devis d'achat d'une serrure mécanique à code.</p> <p>Prescription n°6 maintenue jusqu'à l'installation effective de ce dispositif de sécurité.</p>

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			

1	Formaliser et sécuriser la gestion des ressources humaines pour assurer une prise en charge des résidents de qualité en : <ul style="list-style-type: none"> - Formalisant des fiches de poste nominatives, datées et signées pour le personnel ainsi que des fiches de tâches par catégorie de personnel - Organisant et formalisant une astreinte ne reposant pas uniquement sur la directrice 	R5, R6, R7	6 mois	<p>L'établissement nous a transmis les fiches de postes et de tâches de l'IDE et de l'IDEC. Pour autant, nous n'avons pas pu vérifier les fiches de postes et de tâche respectives des AS, AMP, médecin coordonnateur.</p> <p>Il est noté que l'organisation des astreintes des directeurs est définie par la Fondation Partage et Vie. Un périmètre d'astreintes des directeurs est mis en place pour que l'astreinte ne repose pas uniquement sur la directrice. Pour cela, l'établissement nous a transmis le planning d'astreintes des directeurs de juin, Juillet et aout 2024.</p> <p>La recommandation n°1 n'est pas totalement levée, les mesures liées aux remarques R6 et R7 sont maintenues dans l'attente de la transmission des fiches de postes et de tâches pour l'ensemble du personnel.</p> <p>Les mesures liées à la remarque R5 concernant l'organisation des astreintes sont levées au regard des éléments probants transmis par l'établissement.</p>
2	Formaliser le protocole de gestion des urgences médicales et doter la structure du matériel médical (notamment d'une bouteille d'oxygène) et des médicaments nécessaires à la prise en charge des urgences vitales, régulièrement vérifiés et tracés	R8, R25, R26	Immédiat	<p>La conduite à tenir en cas d'urgence médicale a bien été formalisée et affichée en salle de soins, la recommandation est levée sur ce point.</p> <p>Une procédure de vérification du sac d'urgence a été établie et validée le 02/07/2024, la recommandation est levée sur ce point.</p> <p>L'établissement ne dispose pas de bouteille d'oxygène médical. Or, les simples extracteurs d'oxygène de l'air ne sont pas suffisants en cas de détresse respiratoire ou de nécessité de prise en charge d'une urgence vitale</p> <p>Recommandation n°2 maintenue s'agissant de l'acquisition par la structure d'une bouteille d'oxygène.</p>
3	S'agissant des locaux, désencombrer les couloirs de circulations des matériels stockés	R9	Immédiat	<p>L'établissement a envoyé des photos de rangement des différents chariots dans leur local dédié.</p> <p>Au vu de ces éléments, la recommandation n° 3 est levée.</p>
4	Assurer un accompagnement respectueux des habitudes de vie des résidents en : <ul style="list-style-type: none"> - ne dépassant pas une amplitude de 12H entre le dîner et le petit déjeuner. - proposant systématiquement une collation en soirée 	R14; R15	Immédiat	<p>Au vu des informations fournies par l'établissement, qui indique avoir mis en place un chariot de collation de nuit et une distribution systématique, la recommandation n°4 est levée.</p>

5	Formaliser une procédure relative à la conduite à tenir en cas de fausse route et former régulièrement les personnels afin d'assurer la sécurité des résidents conformément à l'article L. 311-3 du CASF	R16	immédiat	Au vu des informations fournies par l'établissement, qui indique avoir affiché la conduite à tenir formalisée, la recommandation n°5 est levée.
6	Elaborer un plan des douches hebdomadaire pour tous les résidents, retraçant leurs particularités et permettant de planifier la charge de travail des soignants, désigner un responsable et vérifier la traçabilité et la réalisation effective de ce plan de douches De la même manière, élaborer un plan de changes complet et s'assurer que les accompagnements aux toilettes sont systématiques, suffisants et réguliers	R12, R13	3 mois	La demande de l'équipe d'inspection ne concernait pas la mention individuelle des douches dans les plans de soins, élément normalement présent, mais la réalisation d'une planification des douches à l'échelle de l'établissement. Chacune des unités a élaboré un tableau, il est regrettable que ces tableaux ne soient pas homogènes. Par ailleurs, ils ne mentionnent pas les caractéristiques propres des résidents. Un paramétrage serait possible à partir de [REDACTED] Recommandation n°6 maintenue partiellement concernant le plan de douches (R12).
7	Améliorer le paramétrage du logiciel [REDACTED] et clarifier les plans de soins techniques et de nursing afin d'éviter la confusion des tâches	R11	3 mois	Recommandation n°7 levée s'agissant des plans de soins techniques (IDE) et de nursing (AS), au vu des informations pertinentes transmises par l'établissement.
8	Rédiger et/ ou actualiser les protocoles de soins des principaux risques médicaux, en veillant à leur déclinaison en interne à l'établissement et à leur bonne connaissance et appropriation par le personnel de la structure : <ul style="list-style-type: none">- Prévention et prise en charge des chutes- Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition- Prévention et prise en charge des escarres- Dépistage et prise en charge de la douleur- Gestion des contentions- Accompagnement de fin de vie- Maîtrise du risque infectieux (à intégrer également au plan bleu de l'établissement)	R18, R19, R20, R21, R22, R23	9 mois	S'agissant du protocole de prévention et de prise en charge des chutes, l'établissement fournit les preuves qu'il a effectuées des formations du personnel à partir du protocole existant et qu'une analyse à posteriori des chutes est conduite par l'IDE. Au vu des informations précises fournies par l'établissement, sur la démarche de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition, la gestion des contentions, la prévention et la prise en charge des chutes, les mesures liées aux remarques R19, R20, R21 sont levées. En revanche, s'agissant des protocoles de prise en charge des escarres (R22), d'accompagnement de fin de vie (R23), d'intégration des protocoles de maîtrise du risque infectieux dans le plan bleu (R18), pour lesquels des éléments restent à compléter. La recommandation n°8 reste partiellement maintenue jusqu'à réception des dits éléments concernant les remarques R18 , R 22 et R23.

9	Améliorer la gestion du circuit du médicament et éliminer notamment les stocks de médicaments surnuméraires non nécessaires à la prise en charge en urgence	R24	3 mois	Il est noté que l'établissement a un stock tampon d'urgence relative et un stock pour la nuit rangés dans la pharmacie fermée à clé. Au vu des informations transmises par l'établissement, la recommandation n°9 est levée.
----------	---	-----	--------	---

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD Saint Joseph à Jacob Bellecombe - (16 octobre 2023)

