

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La délégation départementale de l'Isère

Le Département de l'Isère

Président du CCAS de Voiron
Espace CEVE
58 Cours Bacquart Castelbon
38 500 VOIRON

Lyon, le 04 OCT. 2024

Objet : Notification de décision définitive et d'injonction au titre de l'article L. 313-14 du CASF suite à inspection de l'EHPAD LA TOURMALINE à VOIRON par les services de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes et du Département de l'Isère

LRAR 1A 195714 53986

PJ : 2 - Mesures correctives définitives
- Rapport d'inspection modifié

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 (CASF) et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD « La Tourmaline » à Voiron le 30 mai dernier au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan de contrôle des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en 2 ans » (2022 - 2024).

Sans attendre la transmission du rapport d'inspection, nous vous avons transmis une lettre d'alerte le 13 juin 2024, réceptionnée par vos services le 21 juin 2024 concernant les principaux dysfonctionnements constatés. Vous avez répondu à cette lettre par un courrier daté du 05 juillet 2024 que nos institutions ont bien réceptionné mais qui n'a pas été transmis dans des délais permettant aux membres de la mission d'inspection d'en tenir compte lors de l'envoi du rapport d'inspection et des mesures correctives provisoires.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 25 juillet 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 30 août 2024. Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.

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

Nous notons que des actions sont programmées ou en cours de programmation pour répondre aux injonctions provisoires formulées. Toutefois, nous avons le regret de constater l'absence d'éléments probants pour une majorité de réponses. Les manquements constatés et notifiés dans le courrier d'alerte puis dans la décision provisoire sont toujours effectifs. Ceux-ci compromettent la santé et la sécurité des résidents, par conséquent, nous confirmons et notifions les injonctions définitives suivantes :

- Répondre à toutes les urgences médicales en dotant l'établissement :
 - o D'une part d'un matériel médical nécessaire et adapté à la prise en charge des situations d'urgence permettant d'assurer la sécurité des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF, et d'autre part d'un dispositif d'appel malade efficient ainsi que d'un dispositif interne d'appels entre professionnels en cas d'urgence.
 - o De protocoles de soins concernant les conduites à tenir en cas de risques médicaux, conformément à D. 312-158 du CASF, ainsi que le protocole définissant les modalités du repérage de la douleur.
- Garantir la sécurité des résidents conformément à l'alinéa 1 de l'article L311-3 CASF ainsi que l'individualisation des prises en charge conformément à l'alinéa 3 de l'article L311-3 CASF :
 - o En formant de manière systématique tous les salariés et nouveaux arrivants au Système de Sécurité Incendie (SSI),
 - o En formalisant et/ou actualisant, pour une prise en charge individualisée au plus près des besoins des résidents, le plan d'organisation des douches ou bains ainsi que le plan de changes
 - o Et enfin en s'assurant de la traçabilité exhaustive des actes de soins et de nursing réalisés auprès des résidents.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision. Nous vous informons que si par la suite il n'était pas satisfait à la présente injonction, nous pourrions être amenés à mettre en œuvre les dispositions de l'article L. 313-14-II et suivants du CASF.

Nous souhaitons aussi réitérer notre alerte sur la somme de travail conséquente encore attendue qui nécessite un accompagnement spécifique et la définition d'un plan global stratégique. Ce dernier doit être partagé entre le CCAS et la Direction de l'établissement afin de permettre un suivi rigoureux et rapproché de la mise en œuvre des actions conduisant à la levée des mesures correctives.

Par ailleurs, vous trouverez ci-joint le rapport modifié suite à vos observations, notamment suite à votre réponse à notre courrier d'alerte.

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 injonctions et des mesures correctives sera effectué pour l'ARS par la délégation départementale de l'Isère, service Personnes âgées, et pour le Conseil départemental de l'Isère par le service inspection.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants à la fin des délais prescrits pour les injonctions et au fur et à mesure de l'avancée de vos travaux pour les autres mesures correctives.

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 modifié 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'expression de notre considération distinguée.



Copie à Mme la Directrice de l'EHPAD

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°	INJONCTIONS	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI de réalisation des mesures	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Répondre à toutes les urgences médicales en se dotant : - du matériel médical nécessaire et adapté à la prise en charge des situations d'urgence permettant d'assurer la sécurité des résidents, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et former le personnel à ce matériel. - d'un dispositif d'appel malade efficient ainsi qu'un dispositif interne d'appels entre professionnels en cas d'urgence. - de protocoles de soins concernant les conduites à tenir en cas de risques médicaux, conformément à D. 312-158 du CASF, ainsi que le protocole définissant les modalités du repérage de la douleur.	E14 E6 E12 RM1 RM4 RM7 R29 R30	3 mois	Suite au courrier d'alerte des autorités, l'établissement déclare s'être mobilisé rapidement pour s'équiper d'un sac à dos d'urgence dès juillet 2024. L'établissement affirme par ailleurs que le sac à dos d'urgence sera réellement opérationnel en septembre et qu'une présentation du matériel en réunion de service est prévue en octobre. Les protocoles concernant la conduite à tenir en cas de risques médicaux seront véritablement opérationnels en octobre après une présentation en réunion de service selon l'établissement. S'agissant de la formation des personnels à l'utilisation du défibrillateur, l'EHPAD n'a pas apporté de réponse. S'agissant du dispositif d'appel malade et la téléphonie interne entre soignants, l'établissement déclare avoir publié une offre de marché qui court du 02/09/2024 au 11/10/2024, avec un début des travaux prévu fin 2024. Dans l'attente, une procédure d'appel téléphonique des soignants vers les infirmiers a été rédigée. En ce qui concerne les protocoles médicaux, certains protocoles ont été élaborés ou mis à jour par l'établissement : prise en charge des fausses routes, des chutes, de la douleur aigüe, surveillance des AVK. La rédaction est en toujours en cours, s'agissant notamment de la prise en charge des urgences médicales, de la prévention et du suivi des chutes à l'échelle de l'établissement, de la prévention et du traitement de la dénutrition, des contentions, du suivi et du traitement des escarres Par conséquent, au vu de ce qui est décrit ci-dessus, l'injonction n°1 est maintenue dans sa globalité.

2	Garantir la sécurité des résidents et l'individualisation des prises en charge conformément aux alinéas 1 et 3 de l'article L311-3 CASF en : -Formaliser et/ou actualiser, pour une prise en charge individualisée au plus près des besoins des résidents : le plan d'organisation des douches ou bains et le plan de changes -S'assurer de la traçabilité exhaustive des actes de soins et de nursing réalisés auprès des résidents ; -Formant de manière systématique les salariés au SSI	R21 R22 R 23 RM3 RM 5 RM6	3 mois	S'agissant des plans de soins et de nursing à destination des aides-soignants, l'établissement déclare avoir procédé à leur mise à jour dans le logiciel [REDACTED] dès le mois de juin 2024. Cependant, l'établissement n'a fourni aucune information sur les plans de soins techniques à destination des infirmiers. Les plans de douche fournis ne correspondent pas aux attendus, il ne s'agit toujours pas d'une véritable organisation des douches à l'échelle de l'établissement Il n'a pas été présenté de nouveaux plans de changes. S'agissant de la traçabilité des soins, l'établissement déclare organiser des formations au logiciel [REDACTED] tous les ans. Néanmoins, cette action ne peut être la seule réponse au regard du constat établi par la mission de l'absence d'exhaustivité de la traçabilité des soins. L'établissement doit s'interroger sur ses pratiques et investiguer les causes profondes de ce dysfonctionnement afin de définir des actions correctrices complémentaires pertinentes. S'agissant de la formation des personnels au SSI, l'établissement déclare avoir prévu une formation en novembre 2024 sans fournir de preuve (devis). Les autorités sont donc dans l'attente de la transmission de la feuille d'émargement des professionnels ayant participé à la formation SSI et l'inscription au registre de sécurité de l'établissement. Par conséquent, l'injonction n°2 est maintenue dans sa globalité
---	--	--	--------	---

N°	PRESCRIPTIONS	Cf. écart(s) / Remarque (s)	DELAI envisagé	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Mettre en place un registre des entrées et sorties conformément à l'article L.331-2 du CASF	E1	1 mois	Le registre des entrées et sorties a été acheté et mentionne les résidents présents. Il sera opérationnel selon l'établissement au 01/09/2024. Il est rappelé que doivent être indiqués les mouvements de résidents sur plusieurs jours (hospitalisations, sorties en famille, ...). La prescription n°1 est levée. Ce point pourra être vérifié dans le cadre du suivi de l'inspection.
2	Elaborer un projet d'établissement afin de se mettre en conformité avec l'article L311-8 du CASF incluant une réflexion spécifique sur la communication vis-à-vis des familles.	E2	9 mois	L'établissement mentionne l'organisation de groupes de travail et le recours possible à un prestataire externe pour un accompagnement. Il est constaté l'absence d'éléments formels concernant la méthodologie de réécriture du projet d'établissement. La prescription n°2 est maintenue.
3	Concernant le CVS : -Permettre au CVS d'exercer ses prérogatives concernant l'examen des résultats des enquêtes annuelles de satisfaction en organisant une enquête de satisfaction annuelle conformément au III de l'article D311-14 CASF -Veiller à mettre en conformité les relevés de conclusion du conseil de la vie sociale dans le respect de l'article D311-20 du CASF.	E3 E4	3 mois 6 mois	S'agissant de l'enquête annuelle de satisfaction, l'établissement mentionne la planification de celle-ci en 2025. Compte-tenu de l'interconnexion entre cette action et la rédaction du projet d'établissement, le délai est modifié. Concernant les relevés de conclusion du CVS, la preuve de leur signature par le Président n'a pas été transmise. Par ailleurs, selon l'établissement, un travail est en cours pour formaliser le règlement intérieur. La prescription n°3 est maintenue avec une modification du délai : 6 mois.

4	Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité en : - définissant une politique de gestion des risques, - formalisant la démarche de signalements des événements indésirables notamment en prévoyant le signalement aux autorités en l'absence de la direction, conformément aux articles L331-8-1 et R 311-8, R 331-9 et R 331-10 du CASF, - acculturant de façon continue l'ensemble des professionnels, - formalisant le dispositif de recueil et d'analyse des réclamations.	E5 R1 R2 R3 R10 R12	3 mois	L'établissement évoque le recrutement d'une infirmière qualicienne pour développer la démarche d'amélioration continue de la qualité en juillet 2024 à 0.20 ETP. Pour autant, la preuve du recrutement n'a pas été apportée et les éléments de compréhension de son rôle, ses missions et la coordination avec l'équipe de direction n'ont pas été transmis. Concernant la procédure de signalement des EIG aux autorités validée en juin 2024, elle n'est pas satisfaisante : absence de la définition des EIG/EIGS, de la mention de signalement aux services du Département, des coordonnées des autorités ou du lien de la plateforme à utiliser ainsi que la fiche de signalement type. Elle ne fait pas mention des modalités d'information et/ou de validation du CCAS en cas d'EIG. La démarche globale du PACS incluant le traitement des réclamations est en cours. La prescription n°4 est donc maintenue dans sa globalité.
5	Concernant les ressources humaines : -Veiller à disposer de professionnels présentant les qualifications requises ou s'assurer de leur engagement dans un processus de formation diplômante. - Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. -S'assurer de l'effectivité de l'organisation RH cible. -Définir les informations essentielles à transmettre aux personnels remplaçant et s'assurer de leurs transmissions.	E7 RM2 RM3 R6 R7 R11 R13	9 mois	Les actions RH proposées par l'établissement sont soit en cours, soit ne sont pas étayées par des preuves. S'agissant des fiches de poste ASD transmises datées de mai 2023 : elles mentionnent bien des transmissions entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit à 06h30. Toutefois, les horaires de l'équipe de nuit et l'équipe de matin (fin 06h30/prise de poste 06h30) ne permettent pas la mise en œuvre effective d'une transmission orale entre les deux équipes. La prescription n°5 est maintenue dans sa globalité.

	- Définir un plan de formation pluriannuel s'appuyant sur les entretiens professionnels et les axes stratégiques du projet d'établissement et accompagner les personnels vers la qualification.			Concernant les projets personnalisés, l'établissement déclare qu'ils sont en cours de mise à jour dans un contexte de départ/recrutement sur le poste psychologue et de sous-effectif médical. Au vu de cette réponse, la prescription n°8 est maintenue.
6	Elaborer de manière pluridisciplinaire, mettre en œuvre et évaluer de façon systématique pour tous les résidents un projet personnalisé conformément aux dispositions de l'article D.312-155-0.3 du CASF	E8 R20	6 mois	
7	Mettre en conformité le temps de service du médecin coordonnateur avec l'article D312-156 du CASF (0,60 ETP contre 0,50 ETP)	E9	3 mois	S'agissant de la mise en conformité du temps de médecin coordonnateur avec l'article D312-156 du CASF (0,60 ETP contre 0,50 ETP), l'établissement répond que des pistes de réorganisation sont à l'étude car le médecin actuel ne peut pas augmenter son temps de travail. Les pistes mentionnées ne sont pas expliquées dans la réponse. La prescription n°7 est maintenue.
8	Concernant l'organisation des soins, conformément aux articles D.312-158-1° du CASF et L.1110-4 du CSP: - Elaborer le projet général de soins - Réunir régulièrement à la fréquence réglementaire (1 fois/an) la commission de coordination gériatrique - Sécuriser le stockage des dossiers médicaux	E10 E11 E13	6 mois	S'agissant de l'élaboration du projet général de soins, l'établissement indique que les travaux seront réalisés dans le cadre du travail sur le projet d'établissement. S'agissant de la commission gériatrique, l'établissement indique seulement "à mettre en place". S'agissant de la sécurisation des dossiers médicaux, l'établissement indique que l'armoire contenant les dossiers médicaux a été sécurisée la semaine suivant l'inspection. Au vu des éléments mentionnés ci-dessus, la prescription n°8 est maintenue sauf pour l'écart n° 13 sur la sécurisation du stockage des dossiers médicaux.

ANALYSE DE LA REPOSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION					
N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI envisagé		
Nous vous recommandons de :					
1	Garantir la continuité des missions de la Direction en s'assurant de la régulation des activités par l'organisme gestionnaire	R4 R5 R8 R9	3 mois	L'établissement mentionne que la procédure concernant la continuité des fonctions de direction doit être formalisée. Dans l'attente de son effectivité et de la transmission des justificatifs, la recommandation n°1 est maintenue.	
2	Formaliser et évaluer les partenariats existants.	R14	6 mois	Les conventions existantes avec l'EMSP, le CH de référence, l'HAD, la pharmacie de ville ont été transmises ainsi que celles concernant la location de matériel médical, l'appel à des ambulances et l'intervention d'associations de bénévoles. Les autorités recommandent un suivi/bilan régulier des conventions tout particulièrement avec les partenaires hospitaliers et les associations de bénévoles. La recommandation n°2 est levée.	
3	Sécuriser et (ré)aménager les espaces communs	R15/ R16 R17/R18	3 mois	L'établissement mentionne un travail à réaliser par l'ergothérapeute sans pour autant répondre à l'ensemble des remarques. Dans l'attente d'éléments de preuve attestant : - le réinvestissement des espaces collectifs et privés. - le désencombrement des parties communes et de leur réorganisation. - d'une signalisation adaptée, facilitant le repérage des personnes âgées et de leurs espaces privés. La recommandation n°3 est maintenue.	

4	Avoir une position claire sur le risque suicidaire comme critère de non-admission ou pas	R19	1 mois	Il est pris acte de la décision de l'équipe de direction de refuser d'accueillir des résidents présentant un risque suicidaire avéré. La recommandation n°4 est donc levée.
5	Concernant l'alimentation des résidents et la prise des repas: - Faire viser les menus par une diététicienne ou surveiller par la cadre de santé - Conformément aux recommandations HAS de 2007 "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », réduire l'amplitude dîner/petit-déjeuner qui dépasse actuellement les 12 heures. - Proposer des couverts ergonomiques aux résidents qui en ont besoin. - Permettre aux AS d'aider les résidents à la prise des repas. - Mettre à jour le plan de table avec la texture des repas donnés aux résidents pour éviter le risque d'erreurs.	R24 R25 R26 R27 R28	3 mois	L'établissement déclare qu'une diététicienne recrutée en septembre 2024 mettra en œuvre tous les points mentionnés dans la recommandation n°5. Il est pris acte de cette information même si l'attention du gestionnaire est attirée sur le fait que certaines remarques auraient pu être travaillées par l'établissement sans attendre ce recrutement. La recommandation n° 5 est donc maintenue dans son intégralité.