

La directrice générale


Président du Conseil d'Administration
De l'EHPAD LA PRANIERE
Mairie de La Fouillouse
1 rue de La Croix de Mission
BP 720
42484 LA FOUILLOUSE CEDEX

Réf. : PNiEC-22-2023

Lyon, le 14 DEC. 2023

AR LC 166 947 3887 3

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

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 La Pranière le 19 juin dernier, au titre de l'orientation nationale d'inspection contrôle « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

Par ailleurs, nous avons été destinataires de plusieurs alertes faisant part de difficultés repérées en matière de pilotage et en matière de ressources humaines, susceptibles d'affecter le fonctionnement de la structure.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 13 septembre 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis dans le délai imparti, le tableau de réponse renseigné, par voie dématérialisée le 10 octobre 2023 et le même document par voie postale, réceptionné le 18 octobre 2023.

Nous avons relevé qu'aucun courrier d'accompagnement pour faire part de vos observations n'a été joint à l'envoi.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous prenons bonne note de vos engagements. Cependant, nous relevons que vos réponses sont globalement très succinctes, pas ou peu étayées, ni développées. De plus, les engagements déclarés ne sont assortis d'aucun élément probant permettant d'attester de leur réalisation présente ou à venir. Cela justifie le maintien de toutes les mesures correctives initialement envisagées et que vous trouverez détaillées dans le tableau en annexe du présent courrier.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision et vous attacherez en particulier à :

- **Renforcer la gouvernance et le pilotage de la structure,**
- **Stabiliser les effectifs médicaux et soignants,**
- **Poursuivre les démarches engagées en vue de soutenir la professionnalisation et la formation du personnel et de recruter des agents qualifiés en nombre suffisant,**
- **Garantir la continuité des soins et la sécurité de la prise en charge soignante des résidents de l'établissement, en particulier de l'unité de vie protégée,**
- **Améliorer la qualité de vie des résidents ainsi que les conditions d'hygiène et de sécurité générale des résidents.**

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions du rapport ainsi que les mesures notifiées au Conseil d'Administration et au prochain Conseil de la vie sociale de l'EHPAD La Pranière.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de la Loire de l'ARS (pôle Autonomie, service Politique Grand Age) et par le Département de la Loire (Direction Administrative et Financière, Mission contrôle des ESMS).

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires selon les délais indiqués au regard des prescriptions et recommandations maintenues.

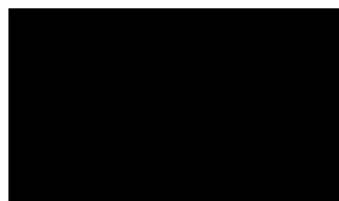
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

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'expression de notre considération distinguée.



Le Président du Conseil départemental



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°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELA	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DES DROITS DES USAGERS DANS LE RESPECT DE LA RÉGLEMENTATION : -Compléter le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil en présentant l'ensemble des missions du CVS fixés par l'article D311-15 du CASF. -Compléter le règlement de fonctionnement, en présentant les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle et celles relatives au rétablissement des prestations lorsqu'elles ont été interrompues, conformément à l'article R 311-35 du CASF. -Afficher dans l'établissement la liste des membres du CVS, comme le prévoit le règlement de fonctionnement de l'établissement. -Faire signer systématiquement les comptes rendus de CVS par le Président du CVS, conformément au respect de l'article D311-20 du CASF.	E1 E5 R3 E2	3 mois	La réponse apportée est insuffisante : il est seulement indiqué « en cours » ou « fait ». Aucune explication n'est présentée et aucun élément de preuve n'est apporté sur les mesures correctives mises en place concernant le CVS, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil. En l'absence d'éléments probants, la prescription 1 est maintenue, dans le délai imparti. Il est attendu la transmission : - Du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil complétés des éléments répondant aux attendus posés par la réglementation. - La photo du panneau d'information/affichage situé dans le sas d'entrée de l'EHPAD, intégrant la liste actualisée des membres du CVS. Concernant la prescription relative à la signature des comptes rendus du CVS par son Président, le compte rendu du dernier CVS de l'année 2023 sera à produire.
	AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES RESIDENTS TOUT EN RENFORÇANT LES CONDITIONS D'HYGIENE ET DE SECURITE DES RESIDENTS : -Assurer quotidiennement le nettoyage des chambres des résidents dans le respect des prestations socles mentionnées à l'article D-312-159-2 du CASF. -Répondre systématiquement dans des délais raisonnables aux appels malades afin d'assurer la sécurité des résidents.	E3 RM6	Immédiat	Les actions déjà mises en œuvre ou qui sont en cours de réalisation, présentées par l'établissement, pour améliorer la qualité de vie des résidents et assurer des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes, sont à souligner. Il est ainsi relevé : - La réorganisation de l'équipe hôtelière et la désignation d'un superviseur de l'équipe par un agent coordinateur pour améliorer les conditions d'hygiène de l'établissement. - Une réflexion en cours sur la réorganisation du PASA. - L'amélioration du délai de réponse aux appels malades. - Le recul du dîner des résidents à 18h30.

2	-Rétablir l'activité du PASA, et réfléchir à son organisation en mode dégradé (nombre de personnel dédié et jours d'ouverture), en tenant compte des problématiques d'effectifs actuelles que connaît l'EHPAD. -Rétablir l'utilisation de la salle d'eau et des 2 salles de balnéothérapie de l'EHPAD au bénéfice des résidents. -Revoir le temps de jeûne nocturne, trop important entre le repas du soir et le petit déjeuner (+12h), comme le prévoient les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2007 "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. -Vérifier régulièrement le défibrillateur et le retracer dans un document qui atteste du contrôle.	RM1 R14 R20 R28	- Des travaux en cours dans les salles d'eau et de balnéothérapie pour les rendre accessibles aux résidents. - La mise en place d'un document retraçant la vérification mensuelle du défibrillateur. Pour autant, ces déclarations ne sont ni étayées, ni développées, ce qui ne permet pas de connaître les modalités concrètes de leur réalisation. Aucun document probant n'a été transmis à l'appui. La mise en œuvre effective des actions présentées n'est donc pas avérée. La prescription 2 est maintenue, dans l'attente de la production des éléments de preuve pour chacune des prescriptions et recommandations posées.
---	---	---	---

3	GARANTIR LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS : -Rédiger les projets personnalisés de tous les résidents et actualiser les projets personnalisés des résidents qui en bénéficieraient, conformément aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF. -Assurer l'évaluation annuelle des projets personnalisés afin de faciliter l'adaptation de la prise en charge des besoins des résidents, selon les recommandations de l'HAS/ANESM (RBPP ANESM "les attentes de la personne et le projet personnalisé" – décembre 2008). -Actualiser la liste des professionnels référents des résidents de l'UVP. -Désigner des professionnels référents pour chaque résident de l'EH PAD, pour veiller à leurs besoins/attentes et assurer le relai entre les équipes et les proches.	E6	Il est bien noté que les projets personnalisés des résidents des 2 unités de vie sont actualisés (Rossignou/UVP et Lermuze) et que pour les autres unités de vie classiques, l'échéance pour élaborer les projets personnalisés ou les actualiser est fixée à la fin de l'année 2023. La situation de turn-over important du personnel de l'EH PAD est évoquée pour justifier le retard pris pour l'élaboration des projets personnalisés des résidents. Certes, l'organisation de la structure a été fragilisée, mais, l'établissement doit trouver un juste équilibre entre le respect des obligations découlant de la loi 2002-2 et les contraintes internes auxquelles il est confronté. Des éléments de preuve, comme le calendrier des actualisations des projets personnalisés ou la liste des professionnels référents, auraient été les bienvenus.		Il est bien noté que les projets personnalisés des résidents des 2 unités de vie sont actualisés (Rossignou/UVP et Lermuze) et que pour les autres unités de vie classiques, l'échéance pour élaborer les projets personnalisés ou les actualiser est fixée à la fin de l'année 2023. La situation de turn-over important du personnel de l'EH PAD est évoquée pour justifier le retard pris pour l'élaboration des projets personnalisés des résidents. Certes, l'organisation de la structure a été fragilisée, mais, l'établissement doit trouver un juste équilibre entre le respect des obligations découlant de la loi 2002-2 et les contraintes internes auxquelles il est confronté. Des éléments de preuve, comme le calendrier des actualisations des projets personnalisés ou la liste des professionnels référents, auraient été les bienvenus.
		R15		6 mois	La prescription 3 est maintenue. Les éléments de preuve, notamment ceux évoqués en réponse, comme le calendrier des actualisations des projets personnalisés ou la liste des professionnels référents, sont attendus.
		R16			
		R17			
4	STABILISER LES EFFECTIFS MEDICAUX ET SOIGNANTS POUR SECURISER L'ORGANISATION ET LE SUIVI DES SOINS : -Recruter un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF. Et sécuriser la prise en charge des soins en veillant à : -Mettre en place une organisation des plannings qui permette d'assurer la continuité des soins, avec des effectifs AS qualifiés, stables et en nombre suffisant et limiter le recours au personnel faisant fonction d'aides-soignants, non	E7	Il est bien noté que le recrutement d'un nouveau médecin coordonnateur est en cours. Pour autant, aucun élément de preuve pour attester les démarches entreprises par l'établissement n'a été transmis. Par ailleurs, en réponse à la problématique majeure relevée concernant l'organisation du pôle soin, fragilisée en raison de personnels absents, de postes vacants et d'un turn-over important, l'établissement mentionne « des recrutements en cours, un projet de formation du personnel en poste et la mise en place en cours d'un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle ». Or, rien n'est étayé, rien n'est développé, ce qui laisse supposer que la direction de	6 mois	Il est bien noté que le recrutement d'un nouveau médecin coordonnateur est en cours. Pour autant, aucun élément de preuve pour attester les démarches entreprises par l'établissement n'a été transmis. Par ailleurs, en réponse à la problématique majeure relevée concernant l'organisation du pôle soin, fragilisée en raison de personnels absents, de postes vacants et d'un turn-over important, l'établissement mentionne « des recrutements en cours, un projet de formation du personnel en poste et la mise en place en cours d'un dispositif d'analyse de la pratique professionnelle ». Or, rien n'est étayé, rien n'est développé, ce qui laisse supposer que la direction de
		RM3			

	diplômé et non qualifié. -Sécuriser la prise en charge soignante des résidents de l'UVP, en faisant intervenir auprès d'eux des personnels diplômés et qualifiés et en veillant à accompagner les personnels dédiés à l'UVP dans une démarche de formation à la prise en charge du public de l'UVP. -Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques, au profit des professionnels de l'établissement.	RM4 RM5 R12 R13	l'établissement n'a pas engagé de réflexion globale pour remédier à cette situation et qu'elle n'a pas pris la mesure du risque que cela peut entraîner en termes de risque pour les résidents et de la dégradation de la prise en charge des résidents que cela peut entraîner. La prescription 4 est maintenue. Il est attendu la transmission des modalités concrètes et détaillées envisagées par l'établissement pour stabiliser les effectifs médicaux et soignants afin de sécuriser l'organisation et le suivi des soins des résidents.
5	<u>REINVESTIR LES MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR, dès son recrutement assuré, notamment :</u> - formuler systématiquement un avis médical sur les admissions de nouveaux résidents afin de s'assurer de la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'établissement, conformément à l'article D312-158 CASF. -Relancer la tenue de la commission de coordination gériatrique l'établissement conformément à l'article 312-158-3° du CASF.	E4 E8	La réponse renvoie au recrutement en cours du médecin coordonnateur. Dont acte. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente du recrutement effectif d'un médecin coordonnateur.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	AMÉLIORER LA GOUVERNANCE ET RENFORCER LE PILOTAGE DE L'EHPAD :			Il est évoqué l'élaboration d'un protocole pour répondre à la nécessité d'informer les professionnels, les résidents et les familles des jours de présence de la directrice dans l'EHPAD et pour consentir des délégations de signature au personnel administratif. Le mode opératoire retenu semble inadapté et en décalage avec les attendus des deux recommandations. L'affichage du planning de la directrice dans l'EHPAD sur sa porte de bureau, au secrétariat, ou à tout autre endroit jugé le plus approprié et la rédaction effective des délégations afin de permettre la continuité de la gestion de la structure lors des absences de la directrice sont attendus.
	-Communiquer au sein de l'EHPAD sur le planning de la direction.	R5		
	-Consentir des délégations de signature pour le personnel administratif de l'EHPAD, afin d'assurer la continuité de la gestion de l'établissement lors des absences de la Directrice.	R6		
	-Formaliser systématiquement les points d'information faits par la Directrice lors de la relève de 13h45 sous forme de note de service et les afficher pour assurer l'information du personnel.	R8		Il est déclaré que les points d'information faits par la directrice lors des relèves de 13h45 sont formalisés et affichés. Aucun élément de preuve n'est apporté en complément.
	-Rédiger une procédure relative au dispositif d'astreinte de direction.	R10		Aucune information n'est donnée sur la demande de rédaction d'une procédure relative au dispositif d'astreinte de direction.
	-Accompagner l'IDEC dans une démarche de formation qualifiante pour la conforter dans son rôle de manager de l'équipe soignante.	RM2	3 mois	Il est bien noté que l'IDE, faisant fonction d'IDEC, rencontrée au moment de l'inspection sur site, a repris ses fonctions d'IDE à compter du 16 octobre dernier, date de l'arrivée de la nouvelle cadre de santé. Des éléments probants attestant le recrutement de la cadre de santé et son diplôme de cadre de santé auraient été les bienvenus.
	-Instaurer des réunions périodiques au sein du pôle soins, animées par l'IDEC, afin de permettre une bonne circulation de l'information à destination des agents du pôle et faire le point collectivement sur des questions spécifiques au fonctionnement et à l'organisation des soins ainsi que sur les problématiques rencontrées.	R9		Concernant l'actualisation du prochain projet d'établissement, l'établissement a finalement décidé de se faire accompagner dans la démarche par un prestataire extérieur « Gérontim ». Il est mentionné que le devis est signé, sans transmission de celui-ci. Les modalités d'élaboration du prochain projet d'établissement élaborées en lien avec le consultant seront à transmettre.
	- Revoir les modalités d'actualisation du projet d'établissement, notamment le calendrier, pour permettre, par un travail approfondi des groupes de travail, de fédérer	R2		La recommandation 1 est partiellement levée sur le point relatif à la demande de formation qualifiante de la faisant fonction d'IDEC en poste au moment de l'inspection sur site (RM2), celle-ci ayant repris ses fonctions

	les professionnels autour des enjeux et objectifs du projet d'établissement, tels que le préconise la Haute Autorité de Santé dans sa recommandation des bonnes pratiques professionnelles (ANESM/HAS - RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009). -Veiller à prévoir, pour le prochain projet d'établissement, les modalités de mise en œuvre des objectifs fixés (plan d'action), pour lui donner une dimension opérationnelle et en faire un véritable outil de pilotage intégré au fonctionnement courant de l'établissement (HAS/ANESM RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009).	R1		précédentes d'IDE au sein de l'EHPAD. <u>La recommandation 1 est maintenue pour les autres points.</u>
2	Compléter l'organigramme de l'EHPAD en mentionnant le professeur d'APA et veiller à l'afficher sur le panneau d'information à l'entrée de l'EHPAD, après toute actualisation	R7 R4	Immédiat	Il est déclaré que l'organigramme a été modifié. <u>En l'absence de transmission du document, la recommandation 2 est maintenue. Transmettre l'organigramme actualisé.</u>
3	GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE, EN VEILLANT A : -Assurer les douches des résidents régulièrement selon une programmation formalisée et tenir avec rigueur les plans de douche. -Désigner systématiquement des référents pour les résidents continents qui nécessitent un accompagnement aux toilettes. -Améliorer la traçabilité des directives anticipées et des conditions de leur recherche (accompagnement à leur rédaction et leur actualisation). -Compléter le volet sur les soins palliatifs et fin de vie afin de garantir la qualité de la prise en charge des résidents.	R18 R19 R23 R24	1 mois	La réponse fait mention de mesures correctives « en cours » ou « fait », sans autre précision. <u>La recommandation 3 est maintenue dans l'attente de la transmission des éléments de preuve.</u>

4	REDIGER OU METTRE A JOUR LES PROTOCOLES/CONDUITES A TENIR RELATIFS AUX SOINS ; LES DIFFUSER ET S'ASSURER DE LEUR APPROPRIATION PAR LE PERSONNEL SOIGNANT : -Intégrer dans les protocoles soins la possibilité de recourir au dispositif d'IDE de nuit mutualisé, afin de garantir que les veilleurs de nuit ont bien la connaissance de ce dispositif et y recourent dans les situations qui le nécessiteraient. -Actualiser régulièrement les protocoles de soins. -Préciser dans le protocole relatif aux contentions les conditions de suivi des pratiques de contentions dans l'établissement.	R11 R21 R22	6 mois	La réponse n'apportant aucun élément concret de mise en œuvre des actions déclarées « en cours », <u>la recommandation 4 est maintenue.</u>
5	SECURISER LE RANGEMENT DU REGISTRE DES PRESCRIPTIONS DES STUPEFIANTS : - Sécuriser l'accessibilité au registre des prescriptions de stupéfiants qui doit être entreposé dans le coffre-fort à toxique.	R25	Immédiat	La problématique repérée par la mission portait sur l'absence de rangement du registre des prescriptions de stupéfiants (registre ordonnancier) dans le coffre-fort à toxiques. L'établissement a décidé pour remédier à ce dysfonctionnement d'acheter un nouveau coffre-fort à toxique. Le devis ou la facture aurait dû être transmis pour faire foi de l'achat. <u>La recommandation 5 est maintenue, dans l'attente de la transmission de la facture de l'achat du nouveau coffre-fort à stupéfiants.</u>
6	SECURISER LA GESTION DE LA VALISE D'URGENCE : -Assurer le contrôle régulier (mensuellement) des traitements et dispositifs médicaux de la valise d'urgence. -Recourir systématiquement à la valise dédiée aux urgences, en cas de besoin, afin de garantir la réactivité de l'intervention.	R27 R26	Immédiat	L'établissement déclare qu'un contrôle régulier du contenu de la valise d'urgence est dorénavant assuré par la cadre de santé arrivée en octobre, à l'appui d'un document mis en place à cette fin. Toutefois, l'établissement n'apporte pas la preuve de l'existence de ce document. Il est bien pris note que c'est un médecin coordonnateur du GCSMS qui est sollicité pour prescrire une ordonnance pour la valise d'urgence. Dont acte. <u>La recommandation 6 est partiellement maintenue sur le point relatif au contrôle régulier de la valise d'astreinte. La feuille de contrôle du contenu de la valise d'urgence, renseignée pour septembre et octobre 2023, est attendue comme élément de preuve.</u>

