RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Loire
LE DÉPARTEMENT

La directrice générale

SAS SMPR
[redacted]
Président
7, place Sévigné
03200 VICHY

Réf. : PMIEC- 2025 - 43

Lyon, le 10 NOV. 2025

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département de La Loire de l'EHPAD Joie de Vivre à Briennon

LRAR

PJ : Mesures correctives définitives

Madame, 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 Joie de Vivre le 15 novembre 2024, 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 2 avril 2025 les mesures correctives que nous envisageons de prononcer afin de remédier aux non-conformités et aux dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 15 mai 2025.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire. Il est cependant regrettable qu'aucun document probant ne soit envoyé à l'appui de votre réponse.

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.

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 mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de la Loire, Pôle Autonomie.
Vous veillerez à lui 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

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.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, nos respectueuses salutations.

[redacted]

Le Président,

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président délégué
de l'exécutif

[redacted]

Copie à Mme 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).

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Associer le CVS à l'élaboration et le cas échéant à l'actualisation du projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 311-15 du CASF	**E 1**	1 an	L'établissement répond qu'un exemplaire du projet d'établissement a été remis aux membres du CVS le 27/03/2024. Cette simple transmission ne permet pas d'attester d'une réelle consultation des membres lors de l'élaboration du projet d''établissement. De plus, il ne prévoit pas d'actualisation du PE alors même que l'établissement a changé de gestionnaire. **La prescription N°1 est maintenue.**
2	Justifier par tout moyen l'inscription de la directrice à une formation d'un diplôme de niveau 7, conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-8 du CASF	**E 2**	~~3 mois~~	L'établissement répond qu'il ne dépasse pas les seuils fixés par l'article R. 612-1 du Code du commerce (moins de 50 salariés et CA inférieur à 3100 000 euros) et que par conséquent le niveau 7 n'est pas requis pour la direction de l'établissement dans sa configuration actuelle. Il précise par ailleurs que la directrice est inscrite à une formation de direction des établissements médico-sociaux de niveau 7 depuis décembre 2024. **La prescription N°2 est donc levée.**
3	Sécuriser l'intervention des professionnels en : - affectant des professionnels qualifiés sur des postes d'ASD et en formant les personnels non qualifiés - Mettant à jour régulièrement les classeurs papier à disposition des résidents - actualisant les fiches de poste ASD / AMP conformément à la réglementation	**E 3** **R 8** **R 9**	6 mois	<u>Affectation de professionnels qualifiés sur des postes d'ASD :</u> L'établissement répond que les agents faisant fonction ne sont pas considérés comme des aides-soignants. Ils apparaissent dans la partie soins du planning afin de clarifier l'organisation de l'équipe et optimiser la coordination des accompagnements. Ils interviennent en binôme avec des ASD dans le strict respect de leurs compétences. Il n'a pas été transmis de fiche de poste spécifique aux agents faisant fonction précisant leurs missions.

	Conformément aux dispositions des articles L. 312-1-II du CASF et L. 4394-1 du CSP			**En l'absence d'éléments probants, la prescription N°3 est maintenue sur ce point.** Mise à jour régulière des classeurs papiers à destination des personnels remplaçants : L'établissement répond que le classeur destiné aux AS remplaçants a été entièrement remis à jour et qu'un contrôle mensuel est inscrit dans le plan de tâches de l'IDEC. **La prescription N°3 est levée sur ce point.** Fiches de poste ASD / AMP : L'établissement répond que la mise à jour n'a pas encore été faite et que, compte tenu du faible effectif d'ASD au niveau 4, aucun acte de ce niveau n'est pratiqué. Par conséquent les missions sont volontairement restreintes au niveau 3. Cette réponse n'est pas en cohérence avec la règlementation qui prévoit des formations et des missions différentes entre les ASD et les AMP / AES. Les missions des ASD présentes sont à valoriser et à mettre au service des résidents. Des fiches de poste différenciées doivent être établie. **La prescription N°3 est maintenue sur ce point.**
4	Stocker les matériels dans des lieux appropriés et fermés et mettre en place des systèmes d'accès ou d'interdiction sécurisés, conformément aux dispositions de l'articles L. 311-3 du CASF	**E 4** **E 5**	Immédiat	Concernant le stockage de matériel, l'établissement répond que l'ensemble des matériaux stocké à l'extérieur a été évacué. **La prescription N°4 est levée sur ce point.** Concernant la sécurisation des accès, l'établissement annonce avoir pris contact avec [redacted] et que des solutions sont en cours d'étude de faisabilité. **Dans l'attente de la réalisation et d'éléments probants, la prescription N°4 est maintenue sur ce point.**

5	Assurer la sécurisation, la remise en état, l'aménagement et la propreté systématique des toilettes communes du rez-de-chaussée conformément aux dispositions de l'articles L. 311-3 du CASF	**E 6**	~~Immédiat~~	L'établissement répond que le nettoyage des toilettes est assuré quotidiennement et que cette pièce ne contient plus aucun produit ménager. Il précise également qu'un rappel des règles de stockage et d'accès aux produits a été fait aux équipes. **La prescription N°5 est levée.**
6	Conditionner les admissions à l'avis systématique du médecin coordonnateur et formaliser la procédure d'admission, conformément aux dispositions de l'article Art. D. 312-158 CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement"	**E 7** **R 13**	Immédiat	<u>Avis systématique du médecin coordonnateur pour chaque admission :</u> L'établissement répond que toutes les demandes d'admission reçues par [redacted] sont systématiquement examinées par le médecin coordonnateur. De plus, toutes les demandes formulées par ou hors [redacted] lui sont en plus envoyées par courriel afin de garantir la traçabilité de son avis. **La prescription N°6 est levée sur ce point. Il convient cependant de prendre en compte la nécessité de sécuriser la transmission des données de santé et de s'assurer de l'utilisation d'une plateforme sécurisée.** Formalisation de la procédure d'admission : L'établissement répond qu'une procédure écrite sera formalisée à la fin du 2nd semestre 2025. Dans l'attente, la prescription N°6 est maintenue sur ce point.
7	Structurer l'organisation du travail des soignants adaptée aux besoins et à la qualité de vie des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3-3° du CASF	**E 8** **R7**	6 mois	L'établissement répond qu'une refonte de l'organisation générale de l'établissement, en particulier concernant l'organisation des soins afin de favoriser la continuité et la cohérence de l'accompagnement est en cours. Elle devrait être

				finalisée d'ici la fin du 3ème trimestre 2025. Il est pris note de cet engagement. **Dans l'attente de la transmission de documents attestant de cette organisation, la prescription N°7 est maintenue.**
8	Structurer les plans de soins et respecter leur remplissage systématique de façon à garantir un accompagnement respectueux et adapté aux besoins identifies de chaque résident, conformément aux dispositions des articles L. 311-3 et L. 119-1 du CASF	**E 9**	1 mois	L'établissement annonce avoir engagé des actions correctives sur la structuration des plans de soins. Il est pris acte de : - la vérification et l'actualisation des plans de soins lors de la révision du PAP. Le nombre de plans de soins mis à jour et restant à programmer n'a pas été transmis, de même que la date de réalisation du contrôle de l'ensemble des plans de soins. Aucun élément probant de cette mise en œuvre n'a été transmis. - la sollicitation de référents « plans de soins » pour la mise à jour approfondie de chaque plan. Aucun élément sur le nombre de référents en place, leur répartition sur les unités/étages de la structure, la qualification de ces professionnels ni sur les consignes données pour la mise en place de ce travail n'a été transmis ; - la création de la notion de « méta-soins » pour faciliter l'adaptation et la personnalisation des plans de soins. Cependant, la définition de ce dispositif n'a pas été précisée ni les modalités de sa mise en place. - le remplacement prochain du dispositif des zapettes par le dispositif [redacted] avec des tablettes. La mise en service reste à être mis en œuvre. **La prescription N°8 est maintenue.**

9	Recruter un médecin coordonnateur intervenant en présentiel à 0,6 ETP et lui confier l'ensemble des missions prévues conformément aux dispositions des articles D312-155-0 et D. 312-156 du CASF	**E 10** **E 11** **R 15**	6 mois	Il est pris note de l'engagement à reprendre la recherche de recrutement d'un médecin coordonnateur. **Dans l'attente d'un recrutement effectif, la prescription N°9 est maintenue.**
10	Dans l'attente du recrutement d'un médecin coordonnateur, prévoir, dans le cadre du contrat de télécoordination, l'intervention d'un médecin diplômé, spécialisé en gériatrie ou gérontologie et nommément désigné, à 0,6 ETP et effectuant les 14 missions règlementaires, et définir les modalités de résiliation du contrat.	**E 12** **E 13** **R 16**	Immédiat	Il est pris note du nom du médecin [redacted] en charge des missions de coordination et de sa capacité en gériatrie. Cependant le contrat de télécoordination précise que son intervention porte sur tout ou partie des 14 missions réglementaires et ne l'engage pas à les réaliser toutes. **Dans l'attente d'un recrutement effectif et en présentiel d'un médecin coordonnateur, la prescription N°10 est maintenue.**

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Pourvoir les lits à la hauteur de l'autorisation	**R 1**	6 mois	Il est pris note de la mobilisation de l'établissement pour maintenir un taux d'occupation optimal. **Dans l'attente d'un bilan du taux d'occupation de l'année 2025, la recommandation N°1 est maintenue.**

2	Afficher les derniers relevés de conclusion du CVS et les menus de la semaine	**R 2** **R 14**	~~Immédiat~~	Il est pris note de la date du dernier CVS, de l'engagement à afficher le relevé de conclusion dans les délais impartis ainsi qu'une version [redacted] Il est également pris acte de l'affichage du menu hebdomadaire à proximité du calendrier journalier en bois. **La recommandation N°2 est levée.**
3	Elaborer et structurer la procédure de déclaration et de gestion des évènements indésirables	**R 3** **R 4**	3 mois	Il est pris acte de la mise en place du logiciel [redacted] depuis le mois de juin 2025. **Dans l'attente de la transmission de la procédure de déclaration et de gestion des EI et des réclamations, de l'attestation de formation des professionnels et des informations des résidents et de leurs familles, la recommandation N°3 est maintenue.**
4	Elaborer et structurer la procédure de déclaration et de gestion des réclamations	**R 5**	3 mois	Cf. ci-dessus. **La recommandation N°4 est maintenue.**
5	Sécuriser la continuité de la fonction de direction en établissant une subdélégation de signature de la part de la directrice.	**R 6**	Immédiat	L'établissement répond qu'une délégation de signature a été formalisée à l'occasion des congés de Noël de la directrice et que cette démarche sera systématiquement renouvelée pour chaque absence prévue. Il n'est cependant pas évoqué de délégation en cas d'absence imprévue de la directrice. **Dans l'attente d'éléments probants, la recommandation N°5 est maintenue.**

6	Mettre en place une politique de prévention de la maltraitance, en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance" et "La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre" confirmées par le guide d'amélioration des pratiques d'octobre 2024, notamment en : - organisant des formations spécifiques sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance - mettant en place un dispositif de soutien professionnel et d'échanges de pratiques	**R 10** **R 11**	~~6 mois~~	Il est pris acte de l'organisation d'une formation sur la prévention de la maltraitance animée par l'IDEC et la psychologue en juin 2025, d'une formation à l'approche Humanitude et du recrutement d'une psychologue qui prévoit un temps hebdomadaire dédié à l'analyse des pratiques professionnelles et à l'accompagnement des équipes dans la gestion des difficultés rencontrées au quotidien. Il est recommandé de renouveler régulièrement et d'approfondir les formations de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance. **La recommandation N°6 est levée.**
7	Simplifier la dénomination des secteurs de l'EHPAD afin de la rendre plus compréhensible pour les résidents	**R 12**	6 mois	Il est pris note de l'engagement de l'établissement à réfléchir à des pistes d'amélioration de la signalétique et de la dénomination des secteurs en associant les équipes, les résidents et les familles. **Dans l'attente de la finalisation de la démarche et de la transmission des éléments probants, la recommandation N°7 est maintenue.**
8	Proposer systématiquement une collation la nuit aux résidents afin de limiter l'amplitude du jeûne nocturne	**R 15**	~~Immédiat~~	Il est pris note de la mise en place d'une proposition de collation nocturne, d'une mise à jour de la fiche de tâches des équipes de nuit intégrant cette distribution et de la réflexion en cours pour inscrire systématiquement la collation nocturne dans le plan de soins individualisé des résidents concernés. **La recommandation N°8 est levée.**

9	Elaborer, compléter ou mettre à jour les protocoles de soins relatifs : - aux conduites à tenir pour faire face aux situations d'urgences gériatriques - aux risques infectieux - aux chutes - aux escarres - à la douleur	**R 17** **R 18** **R 20** **R 21**	3 mois	La structure répond qu'un travail de recherche et d'intégration des protocoles actualisés et validés a été engagé début mai, afin de compléter la documentation à disposition et « d'assurer une information claire, partagée et actualisée sur les conduites à tenir, notamment pour les situations d'urgence et le risque infectieux. Cependant il n'est pas transmis d'éléments attestant de l'engagement de cette démarche, de la liste des protocoles concernés, du planning de travail ni des modalités de mise à disposition de ces protocoles auprès des professionnels. Par ailleurs, il est déclaré que les protocoles de soins suivants ont été actualisés : - prise en charge des chutes - escarres, intégration de l'échelle de BRADEN ainsi que la technique d'effleurage - douleur Ces protocoles n'ont pas été transmis **Dans l'attente de transmission des éléments probants, la recommandation N°9 est maintenue.**
10	Formaliser l'organisation et mettre en place les outils de recueil appropriés pour assurer et suivre la réévaluation régulière des résidents sous contention physique passive	**R 19**	3 mois	La structure déclare qu'un téléstaff mensuel est en place permettant d'analyser et évaluer chaque situation de contention en pluridisciplinarité et qu'une nouvelle prescription est saisie ou actualisée dans le logiciel de soin. Les dates de ces temps d'échanges réalisés et les personnels présents n'ont pas été transmis, de même que la liste des résidents sous contention avec la prescription en cours qui ont fait l'objet de la discussion. Les dates programmées de ce téléstaff pour les mois prochains n'ont pas non plus été annoncées.

				En l'absence d'élément de preuve la recommandation N°10 est maintenue.
11	Compléter la liste du suivi du contrôle mensuel du chariot d'urgence afin de préciser la présence d'extracteurs d'oxygène, le remplacement des produits périmés et la vérification des dates de péremption du défibrillateur.	**R 22**	1 mois	L'établissement déclare que la liste de suivi du contrôle de chariot d'urgence a été révisée récemment, en précisant les ajouts apportés. Cependant, cette dotation d'urgence formalisée n'a pas été transmise. Par ailleurs, la structure indique que le défibrillateur bénéficie d'un contrat de maintenance avec une société agrée (non nommée) pour son fonctionnement et la vérification des consommables et dates de péremption. Ce contrat n'a pas été transmis **La recommandation N°11 est maintenue, dans l'attente de la transmission des éléments probants.**

Courrier : CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr