

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La directrice générale

Réf. : 266459

Le Département de la Haute-Loire

Président
ASSOCIATION BON ACCUEIL
Le Bourg
43370 SOLIGNAC SUR LOIRE

Lyon, le **- 4 JAN. 2024**

LA 23 456 87864

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département de la Haute-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 « Foyer Bon Accueil » à Solignac-sur-Loire, géré par l'association Bon Accueil, le 4 juillet 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) ».

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 20 septembre 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courriel du 20 octobre dernier, accompagnée de pièces justificatives. Aucune observation n'étant formulée sur le rapport lui-même, celui-ci n'est pas modifié.

Nous prenons acte de certaines améliorations apportées 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 de la Haute-Loire, et les services du Conseil départemental de la Haute-Loire. 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'expression de notre considération distinguée.

La directrice générale de l'ARS



La présidente du Département
de la Haute-Loire



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 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
	Nous vous demandons de :			
1	Elaborer un véritable projet d'établissement en étroite collaboration avec l'équipe soignante, intégrant notamment un projet général de soins, conformément aux articles L. 311-8, D. 311-38 et D. 312-158 du CASF	E1 – E9	12 mois	Vous indiquez que le projet d'établissement actuel, en cours de validité hormis pour le projet de soins arrivé à échéance en 2021, sera retravaillé fin 2023 – début 2024 en équipe pluridisciplinaire. Il est pris note de ces éléments. Cette mesure s'inscrivant dans la durée, la prescription 1 est MAINTENUE . Il vous appartient de transmettre les comptes-rendus des groupes de travail mis en place et, à terme, le projet d'établissement (intégrant un projet de soins) qui devra répondre aux attendus réglementaires.
2	Formaliser pour chaque résident un véritable projet d'accompagnement personnalisé et en prévoir une réévaluation régulière conformément aux articles L 311-3 et D312-155-0 du CASF	E6	6 mois	En l'absence d'éléments de réponse, la prescription 2 est MAINTENUE .

3	Poursuivre les démarches afin de disposer d'un temps de médecin coordonnateur en conformité avec la réglementation (article D. 312-156 du CASF) et réunir une fois par an la commission de coordination gériatrique avec les professionnels de santé intervenant à l'EHPAD (article D. 312-158 du CASF)	E8 – E10	3 mois	La commission de coordination gériatrique a été réunie le 12/10/2023. La présentation Powerpoint faite en réunion a été transmise, ainsi que le compte rendu (CR) de la réunion avec feuilles d'émargement des participants. Néanmoins le diaporama fait seulement état d'un bilan sur les résidents et de leurs prises en charge, ainsi que de différents points organisationnels des soins. Aucune perspective et objectifs santé pour 2024 ne sont abordés, et le CR n'est pas signé par le directeur et le médecin coordonnateur. Sur la question du temps de médecin coordonnateur, vous évoquez l'impossibilité de répondre à la prescription dans un contexte de pénurie. Conscients des difficultés à recruter des médecins coordonnateurs en EHPAD pour un temps suffisant, la présence à 0,24 ETP de votre médecin coordonnateur est précieuse malgré sa difficulté à assurer toutes les missions qui lui incombent. Il importe donc en priorité de garantir cette participation à 0,24 ETP. Les éléments transmis permettent de répondre à l'écart 10. Nous vous encourageons cependant à prendre connaissance de la fiche repère de l'ANESM / HAS de janvier 2018 relative à la commission de coordination gériatrique en EHPAD afin d'en améliorer son contenu et les échanges avec les professionnels. Le compte rendu de cette instance devra également être signé par le directeur et le médecin coordonnateur. La prescription peut donc être LEVEE en partie. Néanmoins, à titre réglementaire, la mesure relative au temps de médecin coordonnateur est MAINTENUE.
4	Veiller à ce que la durée du jeûne nocturne respecte les recommandations de la HAS en la matière (stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée 2007)	E7	Immédiat	Un protocole relatif à la collation de nuit, signé du médecin coordonnateur et de l'IDE référente, et daté du 6 avril 2023, a été transmis. Ce document rappelle les documents de référence, la définition/constats/impacts de la collation nocturne, et détaille la conduite à tenir dans l'établissement. Le protocole définit un indicateur de suivi annuel : nombre de résidents qui bénéficient d'une collation sur une année. Au vu des éléments de réponse, la prescription 4 est LEVEE. Cette mesure s'inscrivant dans la durée, il vous appartient de veiller à l'application sur le long terme de ce protocole, et à son appropriation par le personnel.

	Actualiser et compléter les outils de la loi 2002-2, notamment : - le contrat de séjour - le livret d'accueil - le règlement de fonctionnement	E4 – E5	3 mois	Vous n'apportez aucun élément de réponse. La prescription est donc MAINTENUE .
5	(articles D. 311 du CASF, L. 311-4 du CASF, R. 311-33 et suivants du CASF et décret n°2022-734 du 28 avril 2022) Régulariser la facturation établie par l'établissement afin que celle-ci soit en concordance avec le décret n°2022-734 du 28 avril 2022	E3	Immédiat	En l'absence d'éléments de réponse, la prescription 6 est MAINTENUE .
6	Améliorer le portage des droits des usagers en veillant à la validation/signature des comptes rendus de CVS a minima par le président (article D.311-20 du CASF)	E2	Immédiat	Vous avez transmis les comptes rendus 2023 du CVS signés. La prescription 7 est LEVEE .
7				

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Sécuriser les locaux afin de garantir la sécurité des résidents et limiter les risques d'incident	RM1	Immédiat	Vous indiquez que par principe tous les locaux sont munis d'une serrure permettant de les sécuriser en l'absence de personnel, et qu'à sa prise de fonction, chaque agent se voit remettre une clé à cet effet. Les éléments de réponse apportés ne répondent que partiellement au fait que la mission a constaté sur site, en pleine journée, des locaux non fermés à clé alors qu'ils présentaient un risque pour les résidents (produits d'entretien nocifs notamment). En l'état, la recommandation 1 est MAINTENUE. Il vous appartiendra de rappeler au personnel l'importance de fermer à clé les locaux techniques et de stockage (bio-nettoyage, etc.) même en pleine journée afin d'éviter tout risque d'incident.

Actualiser et/ou formaliser les documents, outils nécessaires à l'accompagnement et aux soins des résidents, en respectant au plus près leur rythme : Améliorer/compléter les plans de soins de nursing afin d'assurer un accompagnement au plus près des besoins individuels,	R10		Vous indiquez la réactualisation en 2023 des protocoles sur la prise en charge de la douleur et de la dénutrition, ainsi que des chutes, des escarres et des contentions. Or, les protocoles transmis sur la douleur d'octobre 2022, sur la dénutrition de 2015 modifié en 2023, sur la prévention d'escarres, ainsi que sur la surveillance et la réévaluation des contentions d'octobre 2022 sont les mêmes protocoles que ceux transmis lors de l'inspection et analysés dans le rapport. Aucun élément nouveau n'est inscrit sur ces protocoles. Concernant le protocole des chutes, il n'a pas été joint à la réponse de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement ne répond pas aux différents points suivants : - l'amélioration de la formalisation des plans de soins de nursing ; - la programmation hebdomadaire des douches ; - la complétude du dossier de liaison d'urgence ; - les prescriptions revues sur les contentions. En l'absence d'éléments probants, la recommandation 2 est MAINTENUE.
	R11 - R12	6 mois	
	R15		R18 – R20 – R21
Compléter le dossier de liaison urgence pour chaque résident des informations indispensables en cas de transfert dans un établissement de santé	R19		R16 – R17
Compléter/actualiser les protocoles relatifs à la contention, à la douleur, et à la prévention des escarres avec les dernières recommandations de bonnes pratiques et assurer la formation des soignants à leur utilisation.			
Formaliser les protocoles de soins sur la prise en charge de la dénutrition et sur la prévention des chutes			
compléter les prescriptions sur la contention physique passive en indiquant notamment les horaires de la pose, la surveillance clinique, et que le renouvellement de la prescription fait bien suite à une évaluation en pluridisciplinarité			

3 Formaliser la dotation d'urgences (médicaments, petits matériels), définir l'organisation pour le suivi régulier des dates de péremption; et assurer l'élimination des traitements périmés et le réassort nécessaire de ceux-ci ainsi que des traitements prélevés lors d'urgence	R22 – R23 Immédiat	Concernant la dotation d'urgences, vous avez transmis la liste et indiquez que le suivi des péremptions est formalisé avec une traçabilité en place. -Le document transmis « contrôle des péremptions » atteste pour l'année 2023 l'effectivité de ce contrôle pour les 3 premiers trimestres ; la date et le nom de l'agent ainsi que sa signature sont apposés. Une note informatique non datée, non validée a été transmise attestant du lieu de stockage de la trousse d'urgences en indiquant que la liste des médicaments et dispositifs se trouve à l'intérieur de la trousse, et que le remplacement des produits utilisés ou périmés doit être fait par la personne effectrice du contrôle. Par ailleurs cette note précise que l'aspirateur bronchique est dans la trousse verte, indique le matériel à disposition et quel professionnel est en capacité d'assurer l'aspiration trachéale. -La fiche du contrôle des dates de péremption d'août 2023, intitulée « trousse d'urgence récapitulatif et péremptions », liste tous les médicaments et petits matériels avec en regard la date de péremption. Les matériels et dispositifs ne sont pas mentionnés. Cette fiche n'a pas été modifiée dans sa présentation. La recommandation 3 est donc partiellement LEVEE dans l'attente d'une liste de la dotation d'urgence comportant les lieux de stockage, mais aussi les matériels/dispositifs en place afin de réaliser la vérification de leur fonctionnement comme le DAE (défibrillateur automatisé externe), l'aspirateur à mucosités, en indiquant aussi les bouteilles d'oxygène disponibles et/ou extracteurs d'oxygène.
4 Veiller à ce que les repas soient adaptés à la population accueillie notamment en faisant valider les menus par un professionnel compétent	R13 Immédiat	Vous indiquez qu'un temps de travail de diététicienne a été demandé en « moyen nouveau » sur le budget 2024. Au vu de ces éléments qui ne répondent que partiellement à la mesure (d'autres pistes peuvent être envisagées), la recommandation 4 est MAINTENUE.
5 Formaliser et mettre à disposition des personnels les documents spécifiques suivants : Procédure qui fixe les principes de l'organisation de la continuité de direction et de sa mise en œuvre, y compris des astreintes Consignes qui fixent les conditions de remplacement des personnels et les conduites à tenir	R3 – R6 R4 3 mois	En l'absence de réponse sur ce point, la recommandation 5 est MAINTENUE.

6	Rédiger les fiches de tâches des personnels de jour comme de nuit des IDE, AS, ASH	R5	3 mois	Vous indiquez que les fiches de tâches existent pour l'ensemble des personnels et avez transmis des documents concernant les ASH (+ lingerie), personnels de cuisine, d'animation, AS, IDE. Aucune fiche de tâches n'a été transmise concernant les postes de week-end, que ce soit pour les ASH, les AS ou les IDE. Au vu de ces éléments, la recommandation 6 est MAINTENUE.
7	Mettre en place un registre informatisé qui facilite le traitement, l'analyse et le suivi des événements indésirables (EI/EIG)	R2	6 mois	En l'absence de réponse sur ce point, la recommandation 7 est MAINTENUE.
8	Mettre en œuvre des temps d'échanges entre les professionnels, autres que les temps de transmission, favorisant l'échange des pratiques	R7	6 mois	En l'absence de réponse sur ce point, la recommandation 8 est MAINTENUE.
9	Réaliser un projet d'animation	R14	12 mois	Vous renvoyez à la mesure 1 concernant l'élaboration du prochain projet d'établissement. En l'état, la recommandation 9 est MAINTENUE.
10	Actualiser la procédure d'admission, y compris pour l'hébergement temporaire	R8	3 mois	En l'absence de réponse sur ce point, la recommandation 10 est MAINTENUE.
11	Compléter les dossiers administratifs des résidents afin de garantir le respect des droits des usagers	R1 – R9	3 mois	En l'absence de réponse sur ce point, la recommandation 11 est MAINTENUE.

