

La Direction générale

Le président du Conseil départemental du Puy de
Dôme

Réf :

Monsieur le Président
Association Saint Joseph
20 avenue de Villars
63400 CHAMALIERES

Lyon, le

29 JUL. 2025

**Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du
Département du Puy-de-Dôme.**

LRAR : 1A210 334 3631 4

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 Saint Joseph 20 avenue de Villars, 63400 CHAMALIERES le 3 octobre 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 avons fait parvenir par courrier en date du 17 février 2024 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non-conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous avez transmis votre réponse en retour par courriel en date du 20 mai 2025.

Nous 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 les 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 et vous attacherez en particulier à :

- Engager les démarches en vue de soutenir la formation et la professionnalisation du personnel non qualifié et de recruter des agents qualifiés en nombre suffisant,
- Actualiser les outils de la loi 2002-2
- Poursuivre le travail de formalisation des protocoles nécessaires à la sécurité des soins et des prises en charge et les mettre à disposition des personnels tout en les sensibilisant.

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 du Puy-de-Dôme, service Personnes Agées et le Conseil départemental du Puy-de-Dôme, service Personnes Agées. 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, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.



Copie à Mmes la directrice de l'ERIPAD

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 envisagées	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI envisagé	Analyse de la réponse de la structure et conclusion
1	Sécuriser l'accès aux bâtiments et à tous les locaux techniques conformément à l'article L311-3 du CASF	EM1	Immédiat	Les mesures de l'établissement (diminution de l'amplitude horaire d'ouverture du portail et installations de boîtiers sécurisés pour l'accès aux locaux de stockage) répondent à l'écart. La prescription est levée.
2	Tenir à jour le registre légal des entrées-sorties des résidents conformément à l'article L.331-2 du CASF	E1	Immédiat	Il est pris note que le registre est systématiquement mis à jour depuis l'inspection et à chaque mouvement de résident. Toutefois, en l'absence d'éléments probants, la prescription est maintenue.
3	Mettre à jour le projet d'établissement afin qu'il comprenne des projets spécifiques aux populations accueillies ainsi qu'un volet sur les soins palliatifs. Concernant l'organisation des soins, actualiser le projet général de soins et s'assurer de la tenue régulière de la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158-1° et D312-158-3 du CASF.	E2, E3, E16, E17	9 mois	L'établissement annonce avoir constituer un groupe de travail pour retravailler le projet d'établissement et notamment l'axe sur les bonnes pratiques de l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Il ne présente pas de calendrier ni l'organisation à mettre en place ni ne répond aux respects des dispositions de l'article L311-8 du CASF sur les RBPP HAS/ANESM.
4	Formaliser et contractualiser conformément à l'article L.311-4-4 du CASF les limitations de déplacements des résidents en tenant informé le résident concerné ou son représentant légal ainsi que l'ensemble du personnel	E4	3 mois	Dans l'attente de la mise en œuvre et transmission d'élément de preuve, la prescription maintenue.. En l'absence d'éléments de réponse, la prescription est maintenue.

5	Mettre en place un conseil de la vie sociale conformément à l'article L.311-6 du CASF	E5	6 mois	En l'absence d'éléments de réponse, la prescription est maintenue.
6	Organiser le recueil, l'analyse et le suivi des événements indésirables et des réclamations et s'assurer de l'appropriation des dispositifs par l'ensemble du personnel en vue de garantir le respect des articles L. 331-8-1, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP et les bonnes pratiques formulées par la HAS/ANESM.	E6, R1	3 mois	L'établissement indique la mise en place d'un registre de recueil des réclamations sans précisions sur le circuit d'analyse et de réponse à celle-ci ; elle ne mentionne rien sur le traitement des EI. La prescription est maintenue
7	Attribuer les fonctions d'aides-soignants à des professionnels qualifiés conformément aux dispositions de l'article L312-1-II du CASF.	E7	3 mois	La mise à disposition d'un classeur de consignes à l'attention des agents faisant-fonction d'AS ne saurait pallier l'absence de qualification des professionnels. En conséquence, la prescription est maintenue
8	Rédiger une procédure ou des consignes formalisées expliquant les modalités d'accompagnement et de sécurisation de la prise de poste des agents remplaçants, afin d'assurer la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents, conformément à l'article L. 311-3 du CASF	E8	3 mois	Les documents montrent que l'établissement a formalisé des consignes à l'attention des nouveaux arrivants sur les postes d'AS/AMP. Aucun élément n'a été transmis concernant les IDE. En conséquence, la prescription est maintenue dans l'attente des éléments concernant les postes d'IDE.
9	Sécuriser la prise en charge en formalisant la gestion des urgences médicales et acculturer les professionnels à ce protocole, conformément à l'article L. 311-3 du CASF.	E9	Immédiat	Un protocole d'urgence a été rédigé et réactualisé le 10/10/2024. Ce protocole s'intitule « procédure anticipée » ce qui n'est pas très explicite d'emblée. Il évoque l'appel au 15 en cas d'absence d'IDE pour faire face à une urgence vitale. L'ensemble des informations à transmettre au 15 n'est pas rédigé. Il décrit la situation en cas d'urgence non vitale. Le lien

				avec le DLU n'est pas indiqué ni où il est mis à disposition des professionnels. Dans l'attente de compléter le protocole, en invitant l'établissement à intituler le protocole « urgence » et à définir les renseignements à donner au 15 et le lien avec le DLU, la prescription est maintenue.
10	Etablir un plan de formation au profit des professionnels et de leurs besoins au vu des publics accueillis dans l'établissement afin d'assurer une prise en charge adaptée des résidents et accompagner les démarches de qualification des professionnels non qualifiés de l'établissement.	E10, R4, R5, R6, R9	3 mois	La réponse de l'établissement ne mentionne que la mise en place de formation AFGSU sans autre précision sur le plan de formation attendu. Elle indique également la mise en place de « formations rapides » dispensées par une IDE sans préciser le thème de la formation, le nombre de personnes formées et la récurrence de ce type de formation. En conséquence, la prescription est maintenue.
11	Formaliser une convention avec un établissement de santé en vue, notamment, d'assurer la prise en charge des résidents dans le cadre de l'urgence et des hospitalisations programmées dans le respect des articles D. 312-155-0 5° et D. 312-158 du CASF	E11, R8	4 mois	L'établissement mentionne une convention HAD sans transmettre celle-ci; celle-ci ne répondrait que partiellement à la prescription (prise en charge dans le cadre d'une urgence et ensemble des hospitalisations programmées). En conséquence, la prescription est maintenue
12	Actualiser le règlement de fonctionnement de l'établissement conformément à l'article R.331-33 du CASF et le remettre aux nouveaux résidents.	E12	3 mois	En l'absence de réponse de l'établissement, la prescription est maintenue.

13	Formaliser pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de vie et un projet de soin, suffisamment détaillé, en associant les personnels concernés et prévoir sa réévaluation annuelle, conformément aux articles L311-3 et D312-155-0 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »	E13	6 mois	L'établissement indique que le psychologue de l'établissement a pu réaliser une vingtaine de projets personnalisés. Dans l'attente de pièces attestant la réalisation ou la programmation de l'ensemble des projets personnalisés des résidents répondant à la réglementation, la prescription est maintenue.
14	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	E14	Immédiat	L'établissement a formalisé le protocole relatif aux fausses routes. Il veillera au formation et sensibilisation des professionnels pour une pratique partagée. En conséquence, la prescription levée
15	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP, conformément à l'article D152-156 CASF	E15	3 mois	Il est pris note que sur la dotation soins allouée, le temps de service du médecin coordonnateur est de 0,4 ETP. La prescription est maintenue dans le respect de la réglementation, sans notion de délai.
16	Erreur ! Source du renvoi introuvable.	E16	9 mois	Cf prescription N°3 : Dans l'attente de la mise en œuvre et transmission d'éléments de preuve, la prescription maintenue.
17	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place au moins une fois par an, ce qui contrevient à l'article D312-158-3 du CASF, et prive l'établissement d'outils intéressants pour échanger sur les éléments	E17	3 mois	L'établissement annonce avoir réuni la commission de coordination gériatrique en 2024 mais aucun élément de preuve n'a été transmis. Il n'évoque pas l'organisation pour formaliser le RAMA En conséquence, la prescription maintenue

18	Mettre en place une politique opérationnelle relative à l'accompagnement de la fin de vie et la formaliser dans le cadre du projet de soins conformément aux articles L. 311-8 et D. 311-38 du CASF	E18	9 mois	Dans l'attente de la formalisation du projet d'établissement et du projet de soins, l'établissement, la prescription est maintenue.
19	Assurer un contrôle régulier des dates de péremption et du fonctionnement des éléments constitutifs du chariot et du sac d'urgence et intégrer le défibrillateur sur la liste afin de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	E19, R26	Immédiat	L'établissement affiche disposer de tout le matériel nécessaire pour gérer une urgence. Les photographies en attestent : aspirateur à mucosités, EEG, et le sac d'urgence. Il a été transmis les documents de la dotation d'urgence avec le dernier contrôle fait en avril 2025 selon les éléments constitutifs du sac d'urgence et du fonctionnement des matériels/dispositifs En conséquence, la prescription levée

N°	RECOMMANDATIONS envisagées	Cf. écart(s) / Remarque(s)	DELAI envisagé	REPONSE DE LA STRUCTURE
	Je vous recommande de :			
1	Organiser et formaliser la continuité de la fonction de direction et la rendre lisible pour l'ensemble du personnel et formaliser une procédure d'astreinte afin de garantir la continuité de la fonction de direction et assurer la continuité de la prise en charge des résidents.	R2, R3	1 mois	En l'absence de réponse de l'établissement, la recommandation est maintenue.
2	Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels autre que les temps de transmission afin de leur permettre d'échanger sur leurs pratiques en vue de leur amélioration, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention	R7	3 mois	L'établissement indique ne toujours pas avoir formalisé dans son organisation cet item des RBPP. En conséquence, la recommandation est maintenue.

	et la lutte contre la maltraitance" et "La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre".				Dans sa réponse, l'établissement ne formalise toujours pas la procédure d'admission. En conséquence, la recommandation est maintenue
3	Formaliser une procédure d'admission précisant notamment les critères d'admission et de refus ainsi que les modalités de recueil de l'avis du médecin coordonnateur et la validation de la direction, conformément 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	R10	6 mois		
4	Organiser et formaliser le recueil des habitudes de vie, les attentes et les besoins des résidents dès leur admission, conformément 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".	R11	6 mois		Un recueil d'entrée papier est rempli par l'infirmière en poste ce jour. Il reprend point par point les habitudes de vie des résidents et les retranscrit ensuite informatiquement dans les transmissions. Toutefois dans l'attente d'une procédure formalisée, la recommandation est maintenue.
5	Désigner un référent pour chacun des résidents facilitant la prise en compte des souhaits individuels des résidents conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS/ANESM "Qualité de vie en EHPAD - volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne".	R12	6 mois		L'établissement indique que l'investissement de l'équipe pluridisciplinaire permet de répondre aux besoins et aux demandes spécifiques de chaque résident et ce même sans avoir de référent attribué à chacun. Au regard de ce choix d'organisation, la recommandation est levée.
6	Elaborer des plans de soins techniques IDE et des plans de soins de nursing complets selon une méthodologie partagée par chacun des professionnels concernés et en prévoir les ajustements nécessaires afin qu'ils soient adaptés aux besoins identifiés des résidents et permettent une continuité des soins.	R13, R14	3 mois		L'établissement précise que l'informatisation n'est pas intégralement en place, au niveau des soins infirmiers ; il a été transmis une fiche vierge de suivi de pansement. Il n'existe pas de planification des soins même sous format papier qui puisse guider les IDE sur les actes journaliers à faire et leur traçabilité. Concernant les plans de soins de nursing il est indiqué qu'ils sont détaillés et adaptés à chaque résident et mis à jour par l'IDE référente. La traçabilité des actes faits paraît organisée.

				Rien n'atteste des éléments concernant les plans de soins de nursing, car la pièce N° 7 correspond à des outils vierges pour le suivi des pansements IDE, identique pour la pièce N°6. Dans l'attente de la mise en œuvre et transmission d'éléments probants, la recommandation est maintenue.
7	Compléter et mettre à jour régulièrement le plan des douches et des toilettes sur le plan de nursing du logiciel soins afin de disposer de toutes les données exactes sur les besoins des résidents.	R15	3 mois	Bien que la démarche de mise à jour de l'outil papier des planifications des douches est effective, l'établissement n'a pas transmis d'élément probant sur les modifications du plan de soins relatifs aux douches. En conséquence, la recommandation maintenue L'établissement ne répond pas à l'organisation de la mise à jour de la dotation des changes, la date d'actualisation est inscrite au document transmis, concernant l'accompagnement aux toilettes il est précisé que cela est indiqué sur le plan de nursing du logiciel sans éléments transmis pour en attester En conséquence, la recommandation maintenue L'établissement ne répond pas à la réalisation de la complétude des DLU Dans l'attente de mise en œuvre, la recommandation est maintenue. Seul le protocole IRA a été transmis il est complet. Dans l'attente de transmission du protocole des cas groupés de GEA, la recommandation est maintenue.
8	Mettre à jour dès que nécessaire la dotation des changes de l'ensemble des résidents afin de garantir une réponse adaptée à leurs besoins et mentionner dans les plans de change l'accompagnement aux toilettes des résidents qui le demandent.	R16, R17	3 mois	
9	Compléter et mettre à jour régulièrement les Dossiers de Liaison d'Urgence afin d'assurer la transmission de toutes les informations concernant le résident.	R18	1 mois	
10	Elaborer les protocoles relatifs aux gestions d'infections groupées notamment GEA et IRA de manière à mettre en œuvre rapidement la prise en charge effective de ces situations.	R19	3 mois	

11	Préciser dans le protocole "chute" la prévention des chutes en faisant référence aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS et au test de [REDACTED] pour l'évaluation du risque de chute et décrire davantage la conduite à tenir et les modalités de déclaration afin de garantir leurs mises en œuvre par les professionnels de manière partagée et continue.	R20	3 mois	Le protocole de chute précise le test de [REDACTED] mais il est n'est pas mis en annexe comme indiqué. Le protocole n'est pas daté ni validé La recommandation est levée en veillant à mettre en annexe le test de [REDACTED] et à valider et dater le protocole.
12	Mettre à jour le protocole relatif à la nutrition au regard des dernières recommandations de l'HAS en date du 10 novembre 2021 afin d'assurer le bon dépistage et une prise en charge nutritionnelle adaptée.	R21	3 mois	Le protocole prise en charge de la dénutrition transmis est le même que celui initialement analysé par la mission et fait toujours référence aux RBPP de l'HAS 2007. Dans l'attente de la mise en œuvre et communication du protocole mis à jour, la recommandation est maintenue.
13	S'assurer de la mesure mensuelle du poids pour l'ensemble des résidents.	R22	Immédiat	L'établissement évoque le matériel en place et la notion de pesée mensuelle mais rien ne garantit le contrôle effectif de cet acte. La pièce N°11 transmise des relevés de poids de novembre 2022 à avril 2025 pour un résident permet de constater que cette mesure n'est pas faite mensuellement. Dans l'attente de la mise en œuvre effective, la recommandation est maintenue.
14	Indiquer dans le protocole relatif aux contentions les différents matériels utilisés ainsi que leurs modes opératoires, la surveillance à réaliser notamment en ce qui concerne les contentions au fauteuil et au lit en lien particulièrement avec les recommandations de l'ANSM en date de 2020.	R23	3 mois	Le protocole relatif à la contention non daté et non validé a été modifié et fait apparaître les différents matériels utilisés sur la structure ainsi que les modalités de mise en place et de surveillance et réévaluation. La recommandation est levée. L'établissement veillera à dater et valider le protocole

15	Formaliser un protocole de prévention et de traitement des escarres permettant d'outiller les professionnels pour des pratiques partagées de prévention et de prise en charge thérapeutique.	R24	3 mois	Le protocole "escarres" transmis n'est pas daté ni validé mais il expose la prévention et l'échelle de NORTON pour leur évaluation ainsi que les traitements des 4 stades cliniques. La recommandation est levée. L'établissement veillera à dater et valider le protocole	
16	Actualiser le protocole de soins d'évaluation et de prise en charge de la douleur en précisant les modalités d'utilisation des échelles de mesure de la douleur, en formalisant l'incitation des professionnels à évaluer, à tracer les résultats des mesures successives et des prises en charge effectuées dans le dossier de soins du résident.	R25	3 mois	La pièce N°14 transmise ne présente pas les modalités d'utilisation des échelles de mesure de la douleur et ne répond pas à la recommandation. Dans l'attente de la mise en œuvre et communication du protocole mis à jour, la recommandation est maintenue.	