RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

RHÔNE
LE DÉPARTEMENT

La directrice générale

Réseau OMERIS
[redacted]
22 rue Pasteur
69300 Caluire et Cuire

Réf. : 2024-PMTEC-10

Lyon, le 24 MAI 2024

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département du Rhône

LRAR : 1A195714 5367 2

PJ : Mesures correctives définitives

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 Les quatre fontaines le 3 juillet 2023, 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, je vous ai fait parvenir par courrier du 14 février 2024 les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux carences constatées.

La directrice de transition, présente au sein de l'établissement depuis début décembre a transmis votre réponse par courriel des 19 et 21 mars 2024. Dans vos éléments de réponse, vous évoquez les difficultés de recrutement et de stabilisation de personnels comme un facteur ne vous permettant pas de répondre à l'intégralité des obligations réglementaires. La dynamique en cours portée par la directrice de transition devrait permettre aux équipes recrutées de s'emparer des mesures correctives en cours de finalisation.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale du Rhône qui reste à votre disposition pour tous questionnements et pour le suivi de votre établissement. Vous veillerez à lui transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans un délai de 6 mois.

Je prends acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire.

Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, j'ai l'honneur de vous notifier mes 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, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration ainsi qu'au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

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).

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

Je vous rappelle 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.

Je vous prie d'agréer Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

[redacted]

[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).

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Formaliser un projet d'établissement ainsi qu'un projet de service dédié aux unités Serema et Alzheimer, répondant aux différents attendus légaux prévus aux articles L311-8 et D311-8 CASF, et le présenter aux différentes instances.	E1; E2	6 mois	Le projet d'établissement est annoncé en cours de finalisation. **Prescription n°1 maintenue**
2	Mettre en place une procédure unique de déclaration des évènements indésirables permettant : - la déclaration par le professionnel ayant constaté l'EI, - la déclaration de tous les EI / EIS à déclaration obligatoire aux autorités administratives compétentes, - de s'assurer de son appropriation et de sa mise en œuvre par l'ensemble du personnel, conformément aux articles L. 331-8-1, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP	E3, E4, E5 R4	3 mois	Seules des sessions d'accompagnement au logiciel ont été déclarées. Pour autant au regard du turn-over du personnel au sein de l'établissement, il est indispensable de poursuivre cette acculturation au sein de la structure. La notion de déclaration par l'ensemble des professionnels n'est pas abordée. **Prescription n°2 maintenue**
3	Formaliser et assurer la continuité de la direction conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	E6	1 mois	Il est annoncé que des directives claires sont laissées au comité de direction en l'absence de la directrice pour gérer les situations d'urgence sans que les modalités soient précisées. **Prescription n°3 maintenue**
4	Prévoir des temps de relève et de transmission afin de sécuriser le passage d'informations entre les équipes et de garantir la continuité des soins et accompagnements, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF..	E7	Immédiat	Des temps de relève sont prévus dans les fiches de déroulé des journées des IDE. **Prescription n°4 levée.**
5	Disposer des contrats de séjour signés pour chacun des résidents, conformément à l'article L. 311-4 du CASF.	E8	3 mois	Il est annoncé la mise en place d'une procédure et d'un audit des dossiers des résidents à raison de 3 dossiers par mois pour s'assurer que l'ensemble des documents soit signé. **Prescription n°5 maintenue dans l'attente de l'audit de l'ensemble des dossiers et de l'application de la procédure pour tous les nouveaux résidents.**
6	Formaliser pour chaque résident un véritable projet d'accompagnement personnalisé, en associant les personnels concernés, prévoir une réévaluation annuelle de ce PAP, et désigner un professionnel référent pour chaque résident, conformément aux articles L. 311-3 et D. 312-155-0 du	E9, R9	6 mois	La formalisation du PAP pour chaque résident est annoncée en cours d'élaboration. **Prescription n°6 maintenue**

	CASF et aux recommandations de bonnes pratiques HAS/ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé décembre 2008 ».			
7	Sécuriser la prise en charge des résidents en adaptant la texture des repas au vu de leur besoins et en limitant l'amplitude horaire du jeûne nocturne à 12 heures, conformément à l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM / HAS ("Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », 2007) .	E10, R14	Immédiat	La réponse porte uniquement sur la texture des repas à travers la formation du chef de cuisine sans que l'amplitude horaire du jeûne nocturne à 12 H ne soit abordée. **Prescription n°7 maintenue**
8	Augmenter la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP, conformément à l'article D. 152-156 du CASF.	E11	Immédiat	Il est annoncé des efforts d'organisation pour optimiser l'efficacité du médecin coordinateur sur son 0.5ETP afin de palier à l'absence de 0.1 ETP. Sans remettre en question l'efficacité du médecin coordonnateur, l'établissement ne répond pas aux obligations réglementaires. **Prescription n°8 maintenue**
9	Établir un projet de soins qui sera par la suite coordonné et évalué par le médecin coordonnateur, conformément à l'article D312-158 1° du CASF.	E12	6 mois	Le projet de soins est en cours d'élaboration **Prescription n°9 maintenue.**
10	Réunir une fois par an minimum la commission de coordination gériatrique avec les différents professionnels de santé salariés et libéraux réalisant des actions de prise en charge auprès des résidents de l'EHPAD, en vertu de l'article D312-158 CASF.	E13	Immédiat	Il est annoncé l'instauration à venir de la commission de coordination gériatrique ainsi que son organisation une fois par an. La priorité de l'établissement ayant été la stabilisation des équipes. **Prescription n°10 maintenue en l'absence de mise en œuvre.**
11	Élaborer des protocoles de conduites à tenir en cas de risques médicaux, conformément à l'article. D312-158 CASF.	E14	6 mois	La mise en place de portfolio dans les salles de soins et à certains endroits stratégiques est annoncé. L'établissement devra veiller à la mise à jour de ces portfolios. **Prescription n°11 maintenue.**
12	Formaliser un protocole de la mise sous contention avec les modalités de mise en place et de suivi pour limiter les risques éventuels pour le résident en vertu de l'article R311-0-7 CASF.	E15, R18	6 mois	Il est indiqué qu'un protocole est en cours de finalisation. L'argumentaire développé fait référence à « l'avis » du médecin alors qu'il doit s'agir d'une prescription médicale. C'est pourquoi un protocole détaillé, circonstancié et actualisé, est nécessaire **Prescription n°12 maintenue**
13	Limiter la dotation de produits de santé au strict cadre de l'urgence pour un établissement sans PUI conformément aux articles L. 5216-10 et R. 5126-108 du CSP.	E16	Immédiat	L'établissement n'a fourni aucun élément de preuve : les documents annexes communiqués ne comprennent pas de liste établie de médicaments essentiels de l'urgence, en sus des traitements individuels des résidents, ni d'éléments attestant du retour en pharmacie d'officine des médicaments détenus au sein de l'ehpad en stock illicite

				Prescription n°13 maintenue

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Je vous recommande de :			
1	Veiller à accueillir le nombre de résidents correspondant aux capacités autorisées	R1	Immédiat	Il est annoncé la reprise progressive d'accueil de nouveaux résidents grâce au recrutement de nouveaux professionnels. Ce fonctionnement doit s'inscrire dans la durée. **Recommandation n°1 maintenue**
2	Formaliser une procédure écrite sur les limitations de déplacements des usagers	R2	6 mois	Il est indiqué qu'une procédure détaillée sur les limitations de déplacement des usagers figure dans l'annexe au contrat de séjour. Néanmoins, le jour de l'inspection aucune procédure écrite sur les limitations de déplacement des usagers n'a été transmise à la mission. **Recommandation n°2 maintenue en l'absence de documents probants.**
3	Mettre en place des supports d'information permettant de favoriser une information éclairée et complète des familles, notamment en matière de droits des usagers.	R3	3 mois	Il est mis en place un site web interactif à destination des familles ainsi que des affichages réguliers (sans précision de modalités). Il est annoncé la volonté de mettre en place une communication entre les familles et l'établissement ce qui reste à finaliser. **Recommandation n°3 maintenue.**
4	Mettre en place un dispositif de recueil des réclamations et des doléances des usagers afin d'améliorer la prise en charge des résidents et de pouvoir évoquer ces éléments pendant les réunions des CVS.	R5	Immédiat	Une fiche de réclamation/suggestion des usagers a été instaurée par le groupe et est annoncée disponible au sein de l'établissement. Le document transmis ne mentionne pas explicitement le nom de l'établissement (élément qui faciliterait l'appropriation par les familles) et il n'est pas indiqué le lieu de disponibilité pour permettre à la mission de confirmer la facilité d'accès. **Recommandation n° 4 maintenue.**
5	Formaliser la gestion des urgences médicales afin de mettre à disposition des professionnels les conduites à tenir.	R6	Immédiat	L'établissement a communiqué dans sa réponse le protocole de gestion des urgences médicales de la structure [redacted] (dispositif IDE de nuit). Or, il est attendu un protocole de gestion des urgences médicales propre à l'EHPAD les Quatre Fontaines, partagé et décliné en interne, s'appliquant également en journée **Recommandation n°5 maintenue**

6	Établir 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.	R7	3 mois	Il est annoncé un programme de formation annuel en cours de finalisation en collaboration avec un organisme. Une attention particulière est annoncée sur des thèmes cruciaux sans que la notion de bientraitance soit abordée. Au-delà d'un programme annuel, un plan de formation permettant aux professionnels une projection à moyen terme, y compris à travers des possibilités de formations continues serait approprié. L'intégration dans la durée de formation spécifique à l'utilisation des logiciels de l'établissement et à la déclaration des EIG est incontournable pour porter ces sujets au sein de l'établissement. **Recommandation n° 6 maintenue.**
7	Mettre en œuvre des temps d'échange entre les professionnels autre que les temps de transmission afin de les laisser échanger sur leurs pratiques en vue de leurs améliorations.	R8	Immédiat	Il est annoncé la mise en place de temps d'analyse de la pratique à venir en étroite collaboration avec la psychologue de la structure et des intervenants extérieurs spécialisés sans mention de date de démarrage ni fréquences proposées. **Recommandation n° 7 maintenue.**
8	Sécuriser les prescriptions d'actes infirmiers en cohérence avec les présences des personnels de soins.	RM1, R10, R11	immédiat	Les actes infirmiers peuvent être effectués de nuit en cas de nécessité du fait de l'adhésion au dispositif [redacted] et l'établissement indique avoir engagé des partenariats spécifiques (HAD) lorsque des actes plus spécialisés sont nécessaires. **Recommandation n°8 levée**
9	Équiper l'établissement de matériels adaptés à la prise en charge en urgences des résidents afin d'assurer leur sécurité.	RM2, R21	6 mois	L'établissement indique être en cours d'application de cette recommandation **Recommandation n°9 maintenue**
10	Formaliser un plan d'organisation des douches ou bains et tracer la réalisation de l'acte.	R12	3 mois	L'établissement indique être en cours de finalisation de ces documents **Recommandation n°10 maintenue**
11	Élaborer des plans de soins de nursing complets selon une méthodologie partagée par chacun des professionnels concernés et en prévoir les ajustements nécessaires.	R13	3 mois	L'établissement indique être en cours de finalisation de ces documents **Recommandation n°11 maintenue**
12	Mettre à jour régulièrement les dossiers de liaison d'urgences, afin d'assurer la transmission des informations du résident, en cas de transfert en urgence.	R15	Immédiat	Selon l'établissement, l'infirmière référente procède désormais régulièrement à la mise à jour de l'ensemble des dossiers de telle sorte que les DLU puissent être alimentés des informations médicales les plus récentes **Recommandation n°12 levée**

13	Formaliser / créer des protocoles de prise en charge spécifique afin d'assurer des soins adaptés et qualitatifs des résidents pour : - les chutes, - la dénutrition, - les contentions physiques, - la prise en charge des escarres, - la prévention et de prise en charge de la douleur.	R16, R17, R18, R19 et R20	6 mois	L'établissement indique que ces différents protocoles sont en cours d'élaboration **Recommandation n°13 maintenue**

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