

La directrice générale

Le Président du Conseil départemental de la Haute-Savoie

Réf : 2025-ARIC-19

[REDACTED] maire et président du
Centre communal de l'action sociale de Seyssel,
1 Allée du Nant Matraz,
74910 SEYSSEL

Lyon, le **22 MAI 2025**

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

LRAR 1A 210 334 3603 3

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 et s'est déroulée à l'EHPAD Les Jardins de l'Île de Seyssel le 18 septembre 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 6 février dernier les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux manquements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 4 avril dernier.

Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission.
Nous prenons par ailleurs 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 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.

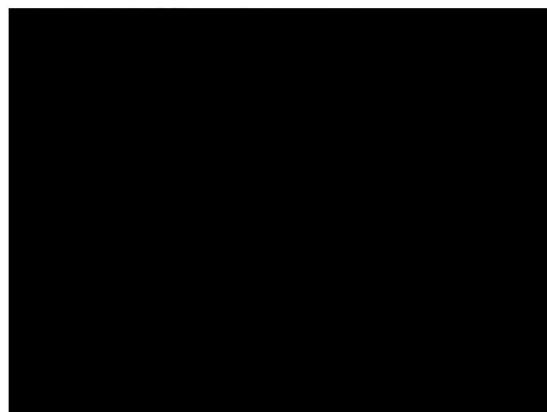
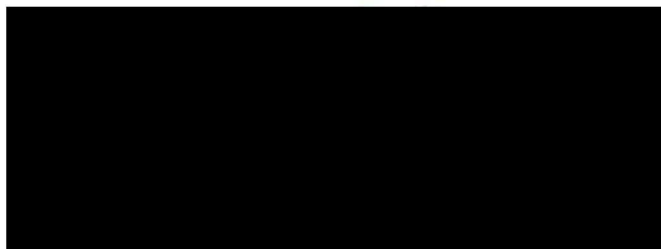
En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au conseil d'administration et au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de Haute-Savoie service personnes âgées et par le service Offre Sociale et Médico-Sociale de la Direction de l'Autonomie du Conseil départemental.
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'assurance de notre considération distinguée.



Copie à [redacted] 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)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
Nous vous demandons de :				
1	Organiser le recueil, l'analyse et le suivi des événements indésirables et s'assurer de l'appropriation du dispositif par l'ensemble du personnel en vue de garantir le respect des articles L. 331-8-I, R. 331-8 du CASF et L. 1413-14 du CSP.	Ecart majeur n°1	Immédiat	Plusieurs fiches de signalement ont été communiquées (la fiche pour la période 2010 – 2011, puis pour la période 2011-2024, ainsi que le formulaire de signalement au [REDACTED]) ainsi qu'une fiche procédure d'évènement indésirable et la grille [REDACTED] places dans une pochette dans la salle de soins. Aucun document probant ne nous a été adressé au sujet du recueil de l'analyse et du suivi des événements déclarés. La procédure est succincte et ne contient pas d'informations sur le suivi des événements déclarés ou encore, par exemple, la distinction entre EI, EIG et EIGS devant être déclarés aux autorités. Il n'est pas non plus précisé la possibilité de saisir directement le [REDACTED] par les déclarants. De plus, la procédure précise la nécessité de remettre la fiche en mains propres à la direction ce qui peut nuire à la liberté de déclaration par les professionnels, les résidents ou les familles. L'information de la mise en place de cette pochette a été transmise sur netsoins, alors que l'ensemble des professionnels n'y a pas accès, tout comme les familles ou les résidents eux-mêmes. Il est attendu que la procédure soit expliquée à l'ensemble du personnel lors de temps de relèves ou de réunions, fiches d'émargement à l'appui. Il est également attendu les modalités d'analyse (fréquence des analyses au sein de l'équipe de direction, composition de l'équipe en charge de l'analyse) ainsi que les modalités de suivi de ces événements. La prescription n°1 est maintenue.
2	S'assurer par tout moyen de l'information et de l'exercice effectif des droits des résidents, par l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et autres documents d'informations utiles, par la transmission contre récépissé des documents obligatoires (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et des libertés) et la recherche systématique de leur consentement, conformément à l'article L. 311-4 du CASF.	Ecart N°10, N°12, N°14, N°15 Remarque N°2 et N°14	Immédiat	Une charte des droits et des libertés a été communiquée. La direction déclare qu'elle est affichée mais n'a pas transmis d'éléments attestant de cet affichage. Il est attendu la transmission d'une photo, a minima, de cet affichage Aucune réponse n'a été apportée quant à l'attestation de remise effective aux résidents des documents obligatoires (livret d'accueil, règlement de fonctionnement et charte des droits et libertés). Il est attendu la transmission d'un modèle de document servant de récépissé

				attestant de la remise de ces documents aux résidents contre signature.
				La prescription n°2 est maintenue.
3	Etablir un DUD complet au nom du directeur de la structure, conformément à l'article D. 312-176-10-1 du CASF.	Ecart N°5	Immédiat	Il a été indiqué que le DUD était en cours d'écriture et n'a donc pas été transmis. La prescription n° 3 est maintenue.
4	Sécuriser les accès des bâtiments et les allers et venues des résidents conformément à l'article L. 311-3.	Ecart N°8 et N°9	Immédiat	Il a été indiqué en réponse que des devis ont été demandés pour sécuriser la porte d'entrée. L'établissement ne communique pas d'éléments attestant de cette demande ni les sollicitations qui auraient pu être faites par le responsable technique pour l'obtention de ces devis. Aucun devis n'a par ailleurs été transmis à l'appui de la réponse de l'établissement. Il est attendu des éléments probants attestant des démarches effectuées pour sécuriser la porte d'entrée de l'établissement. Il est déclaré qu'une pancarte avec la mention "cette porte doit rester fermée" a été collée sur la porte de la lingerie sans éléments attestant de cet affichage. Un rappel a également été fait au personnel par oral et par mail. Toutefois, le mail attestant de ce rappel n'a pas été transmis. Il est attendu la transmission d'éléments attestant les déclarations de l'établissement formulées en réponse (mail diffusé aux équipes, photo de l'affichage sur la porte de la lingerie, etc.). La prescription n°4 est maintenue.
5	Mettre en place et tenir à jour le registre légal des entrées-sorties des résidents conformément à l'article L. 311-2 du CASF	Ecart N°1	Immédiat	Il est précisé que le registre légal des entrées et sorties "papier" est mis en place depuis début février, et qu'il est suivi et complété par la secrétaire accueil. Une procédure en cas d'absence de la secrétaire accueil a été renseignée dans la réponse de l'établissement, et transmises aux équipes en réunion, sans pour autant qu'une procédure formalisée n'ait été transmise. En l'absence d'éléments probants attestant de la mise en place du registre légal et des consignes formalisées quant à ce registre, la prescription n°5 est maintenue.
6	Mettre en place un CVS conformément aux dispositions des articles L. 311-6, D. 311-3 et suivants du CASF.	Ecart N°4	3 mois	L'établissement a indiqué dans sa réponse que plusieurs familles ont été rencontrées et que les élections sont en cours d'organisation avec l'animatrice. En l'absence de mise en place effective du CVS, la prescription n°6 est maintenue.

7	Favoriser le recrutement d'aides soignantes qualifiées lors des nouvelles embauches et mettre en place une démarche de formation et de VAE des professionnels suivie et formalisée conformément à l'article L. 312-1 II du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS/ ANESM "Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance confirmées par les nouvelles recommandations d'octobre 2024."	Ecart N°6 Remarques N°4, N°7, N°8, N°9 3 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. Il est attendu que l'établissement transmette tout élément permettant d'attester d'une démarche active de recrutement d'aides soignant(e)s qualifié(e)s et de la politique de formation mise en oeuvre au sein de l'établissement pour les faisant fonction (plan de formation, recueil des professionnels en VAE, etc.). La prescription n°7 est maintenue.
8	Rédiger 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.	Ecart N°7 3 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. Il est attendu que l'établissement transmette tout élément permettant d'attester des modalités d'accompagnement des agents remplaçants (procédure de prise de poste, doublement par un professionnel en poste, etc.). La prescription n°8 est maintenue.
9	Recruter un médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312-155-0.	Ecart N°22, N°23, N°24 6 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. Il est attendu que l'établissement transmette tout élément permettant d'attester d'une démarche active de recrutement d'un Médecin coordonnateur. La prescription n°9 est maintenue.
10	Mettre à jour les documents relatifs au fonctionnement de l'établissement et aux conditions de séjour des résidents et les présenter aux différentes instances : - projet d'établissement - règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil, charte des droits et des libertés ; conformément aux articles L. 311-8 / D. 311-8 / D. 312-9 du CASF et au RDAS.	Ecart N°2, N°3, N°11, N°13, N°16, N°17, N°18, N°19 et N°20 1 an 6 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. Il est attendu que soient transmis lesdits documents mis à jour, et les éléments attestant de leur présentation en instance (instance représentative du personnel, CVS notamment). La prescription n°10 est maintenue.
11	Elaborer l'ensemble des protocoles garantissant la santé et la sécurité de la prise en charge des résidents conformément aux dispositions des articles D311-38, D. 312-158, L 311-8 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et l'ANESM.	Ecart N°25 6 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. La prescription n°11 est maintenue.

12	Formaliser pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de vie et un projet de soin, 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 » (R 12,13,14).	Ecart N°21, N°26	1 an	L'établissement a répondu que des projets personnalisés ont été réalisés depuis l'inspection. Il n'est toutefois pas indiqué le nombre de projets réalisés ni aucun éléments attestant de la programmation ou de la réalisation de ces projets. L'établissement a également indiqué que certains dossiers sans directives anticipées ont été mis à jour, sans préciser le nombre ni selon quelles modalités ces mises à jour ont été sollicitées auprès des résidents ou leur famille. La prescription n°12 est maintenue.
----	--	-----------------------------	-------------	---

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarques(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Formaliser la continuité de la fonction de direction ainsi que la procédure d'astreinte et les rendre lisibles pour l'ensemble du personnel.	Remarque majeure N°1 Remarque N°6	Immédiat	Un document intitulé "cas où le personnel doit impérativement prévenir la direction" a été communiqué. Il y est fait état des différents cas dans lesquels le personnel doit appeler la personne d'astreinte. Cette procédure est celle relative à la mobilisation de l'astreinte mais ne permet pas de détailler les conditions dans lesquelles la direction de l'établissement est assurée en cas d'absence prolongée de la Directrice (vacances, arrêts maladie, etc.). Par ailleurs, cette procédure est peu lisible en ce qui concerne les appels par l'équipe de veille à la personne d'astreinte, entre 22h30 et 6h30, la procédure précisant : <i>"La nuit, sauf en cas de force majeure ou si indication contraire, appeler avant 22h30 et après 6h30"</i>. Il est attendu que l'établissement précise comment est assurée la direction en cas d'absence prolongée de la Directrice, mais également que la procédure d'astreinte soit précisée. Le planning des astreintes devra également être joint. La recommandation n°1 est maintenue.
2	Mettre en cohérence le niveau de dépendance des résidents nouvellement admis avec le GMP validé.	Remarque N°1	Immédiat	L'établissement a fourni une extraction du logiciel [REDACTED] faisant état de l'absence de résidents classés en GIR 5 ou GIR 6. Il est toutefois noté qu'à la date de la réponse, l'établissement comptait 38 résidents présents sur les 42 autorisés en hébergement permanent. Il conviendra de veiller à maintenir un niveau de dépendance moyen des résidents cohérent avec le GMP validé et une occupation optimale de l'établissement.. La recommandation n°2 est levée.

3	Organiser le recueil, l'analyse et le suivi des réclamations et s'assurer de l'appropriation du dispositif par l'ensemble du personnel conformément aux bonnes pratiques formulées par la HAS/ANESM qui recommande "de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables"	Remarque N°3	Immédiat	La réponse apportée est la même que pour la prescription n°1 or les réclamations se distinguent des événements indésirables. Il est noté, dans la procédure transmise (laquelle s'adresse uniquement aux professionnels), que les fiches de déclaration peuvent être renseignées par le résident, les familles, les proches, les bénévoles ou tout autre visiteur. Pourtant la pochette contenant les fiches ne se situe que dans la salle de soins, non-accessible facilement à ces personnes. Cela ne facilite pas la démarche de réclamations auprès de l'établissement. La recommandation n°3 est maintenue.
4	Garantir une organisation évitant une période de jeûne nocturne supérieure à 12h, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS / ANESM "Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée."	Remarque N°15	Immédiat	Il est indiqué dans la réponse de l'établissement qu'une collation va être distribuée au moment du passage de la tisane le soir au coucher et qu'il a été demandé à l'équipe de soins de "prendre le temps au moment du repas du soir". Pour autant, aucun élément attestant de la mise en place de ces modalités de distribution de cette collation au moment du coucher n'a été transmis. Il n'est pas non plus précisée la conduite à tenir en cas de demande expresse de manger d'un résident la nuit, ni où sont stockées les collations. Il est attendu que la distribution de la collation soit intégrée aux fiches de tâches des personnels en charge de l'accompagnement des résidents le soir et la nuit, et tout élément actant de la transmission de cette nouvelle consigne aux équipes; (compte-rendu de réunion d'équipe, mail, etc.). La recommandation n°4 est maintenue.
5	Compléter les dossiers de Liaison d'Urgence pour transmettre toutes les informations indispensables du résident, notamment en cas de transfert en urgence.	Remarque N°16	Immédiat	Il est précisé dans la réponse que tous les dossiers administratifs des résidents ont été actualisés par un agent administratif et que les dossiers médicaux sont en cours de vérification par l'équipe des infirmiers, sans élément probant en attestant. Il est attendu la transmission d'un DLU anonymisé, actualisé récemment, tenant compte des manques constatés dans le rapport. Est également attendue une procédure de mise à jour régulière des DLU par les équipes. La recommandation n°5 est maintenue.

6	- Mettre en place la mesure du poids pour chaque résident mensuellement. - Formaliser l'organisation du suivi des résidents sous contention physique passive et la mise à jour des prescriptions.	Remarque majeure N°2 Remarque N°21	Immédiat et dans la durée 1 mois	Il est précisé que tous les patients sont pesés tous les mois ainsi qu'à leur arrivée. La mission d'inspection ne dispose pas d'un document de suivi. Il est attendu la transmission de deux dossiers anonymisés permettant de s'assurer que la mesure du poids est effectuée mensuellement, ainsi qu'une procédure formalisée. Il est par ailleurs indiqué en réponse que les dossiers médicaux sont en cours de vérification, sans élément probant transmis à l'appui permettant d'attester de ces mises à jour, ou d'une procédure actant du rôle des aides-soignants de nuit responsables de la vérification et de l'alerte sur les ordonnances qui arrivent à terme. . La recommandation n°6 est maintenue.
7	Formaliser la liste de la dotation d'urgence. Elaborer les plans de soins techniques/IDE. Compléter les plans de soins de nursing afin de préciser les actes à réaliser pour chaque résident. Actualiser la programmation des douches en spécifiant les accompagnements personnalisés notamment sur un seul support ([REDACTED])	Remarque N°24 Remarque N°11 Remarque N°12 Remarque N°13	1 mois 3 mois 3 mois 3 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. La recommandation n°7 est maintenue.
8	Compléter/actualiser les protocoles de soins relatifs à : -la CAT pour faire face aux chutes -la dénutrition Formaliser les protocoles de soins relatifs à : -la prévention du risque de chute - la contention - la prévention des escarres -la douleur avec l'explicatif des échelles de la douleur	Remarque N°18 Remarque N°19 Remarque N°17 Remarque N°20 Remarque N°22 Remarque N°23	2 mois 4 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. La recommandation n°8 est maintenue.

9	Etablir une fiche de poste nominative, datée et signée pour chaque salarié, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM "Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance".	Remarque N°5	6 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. La recommandation n°9 est maintenue.
10	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.	Remarque N°10	6 mois	L'établissement n'a apporté aucun élément de réponse sur ce point. La recommandation n°10 est maintenue.

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes - Inspection de l'EHPAD les Jardins de l'île à Seyssel le 18 septembre 2024

