

La Directrice générale

Affaire suivie par :



Monsieur [REDACTED]
Président du Conseil de Surveillance
FONDATION PARTAGE ET VIE
11 R DE LA VANNE
CS 20018
92120 MONTROUGE

Réf.: *PRIEC-48-2024*

Lyon, le **12 DEC. 2024**

LRAR : [REDACTED]
PJ : 1 tableau mesures correctives

Monsieur le Président,

Une inspection diligente à mon 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 Pervenches », situé sur la commune de Lablachère (07230) en Ardèche, le 28/11/2023, 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, je vous ai fait parvenir par courrier, du 03/09/2024, les mesures correctives que j'envisageais de prononcer afin de remédier aux carences et non-conformités constatés.

Vous m'avez transmis votre réponse en retour par courrier du 02/10/2024.

Je prends bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission et notamment sur les thèmes suivants :

- La mise à jour des protocoles de soins,
- La rédaction d'un protocole en matière de contentions ,
- Le recrutement d'un médecin coordonnateur avec un ETP en adéquation avec le nombre de résidents accueillis,
- La rédaction du rapport d'activité médicale annuel (RAMA),
- L'individualisation des plans de soins
- La mise en place d'un référent pour les projets de vie des résidents.

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.

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

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale de l'Ardèche et par son service GRAND ÂGE joignable par mail à [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED]

Vous veillerez à lui transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires dans les délais impartis en annexe de ce courrier.

En outre, je vous invite vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées en comité de direction de votre établissement et à son prochain conseil de la vie sociale.

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 « Télécours citoyen » sur le site www.telrecours.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 le Président, l'assurance de ma considération distinguée.


Cécile COURREGES

Copie : Monsieur le Directeur de l'EHPAD LES PERVENCHES – Lablachère (07)

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES ET REPONSES

Les mesures correctives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

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) mais non fondé sur un texte précis 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)	DELA	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Compléter le dossier administratif du résident par une attestation, signée par lui ou son représentant, confirmant qu'il a bien pris connaissance des conditions de restriction de son droit d'aller et venir conformément aux dispositions de l'article R. 311-35 CASF.	Ecart n° 1	6 mois	Vous avez déclaré avoir fait recenser les contrats ne comportant pas l'attestation mentionnée dans la prescription n°1 et les avoir complétés avec le document signé par le résident et/ou son représentant légal. Vous avez précisé qu'il s'agissait principalement d'anciens contrats. Vous avez annexé, à votre courrier de réponse, les attestations concernées. ⇒ La prescription n°1 est levée.
2	Rédiger la conduite à tenir en matière de fausse route et former le personnel afin d'améliorer la sécurité des soins conformément aux dispositions prévues par l'article L. 311-3 du CASF.	Ecart n°2	1 mois	Vous avez fourni un protocole de prise en charge des fausses routes rédigé le 18/07/2024 et mis à jour le 20/09/2024. Vous précisez que l'ensemble du personnel bénéficie de la formation AFGSU 1 et 2. Vous avez fourni une liste de 10 salariés qui suivront en 2025 une formation de mise à jour des connaissances. ⇒ La prescription n°2 est levée.
3	Se doter d'un temps de présence de médecin coordinateur adapté au capacitaire de l'établissement et conforme à l'article D312-156 à 158 du CASF.	Ecart n°3	12 mois	Vous mentionnez, dans votre courrier de réponse, que le Dr [REDACTED] en poste le jour de l'inspection, a quitté l'établissement. Il est temporairement remplacé par le médecin coordonnateur d'appui de la Fondation Partage et Vie. Vous m'avez adressé la copie d'un contrat passé avec un cabinet de recrutement spécialisé dans l'embauche de professionnels de santé. ⇒ La prescription n°3 est maintenue.
4	Associer le médecin coordonnateur au suivi du projet général de soins conformément aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.	Ecart N°4	1 mois	En l'absence de médecin coordonnateur titulaire et sans commentaire particulier de votre part : ⇒ La prescription n°4 est maintenue.

5	S'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunisse au moins une fois par an selon les modalités prescrites par l'article D 312-158 du CASF	Ecart n°5	6 mois	Vous avez fourni le compte rendu de la dernière commission de coordination gériatrique qui s'est tenue le 07/12/2023. Mais compte tenu de l'absence de médecin coordonnateur titulaire : ⇒ La prescription n°5 est maintenue.
6	Rédiger le rapport d'activité médicale annuel (RAMA) afin que l'établissement puisse disposer d'un outil d'analyse des risques médicaux et de pilotage de la qualité des soins conformément aux dispositions de l'article D 312-158 du CASF.	Ecart n°6	6 mois	En l'absence de médecin coordonnateur titulaire et sans commentaire de votre part : ⇒ La prescription n°6 est maintenue.
7	S'assurer de la bonne fixation de la bouteille d'oxygène et de son stockage dans un endroit ventilé et à l'abri de la chaleur tel que prévu à l'article L. 311-3 du CASF. Renforcer la traçabilité des contrôles du sac d'urgence et de son contenu, ainsi que des appareils spécifiques comme l'aspirateur de mucosités, la sonde d'aspiration ou l'insufflateur.	Ecart n°7 Remarques 17-18	2 mois	En commentaire à la prescription n°7, vous m'avez transmis un mail de votre prestataire confirmant qu'il n'y avait plus, dans votre établissements, de bouteille d'oxygène mobile. La finalité de cette prescription n'était pas de supprimer les bouteilles d'oxygène mobile mais de veiller à ce qu'elles soient arimées soit au mur du local où elles sont stockées, soit sur le chariot d'urgence. Je rappelle que la présence d'au moins une bouteille d'oxygène mobile est obligatoire tel que le prévoit l'article L.311-3 du CASF. Vous n'apportez pas de commentaire sur le manque de traçabilité des contrôles du sac d'urgence et de son contenu, ainsi que des appareils spécifiques comme l'aspirateur de mucosités, la sonde d'aspiration ou l'insufflateur. ⇒ La prescription n°7 est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	Cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
1	Approfondir la rédaction des protocoles médicaux (Chutes, poids, contentions, escarres, douleur entre autres). Les faire valider par le médecin coordonnateur. S'assurer de leur appropriation par le personnel soignant afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins.	Remarques 12-13-14-16-18	3-mois	Vous avez fourni les protocoles médicaux relatifs aux chutes, poids, contentions, escarres et douleur. Ces protocoles, rédigés par l'IDEC, et validés par le médecin coordonnateur d'appui de la Fondation, ont fait l'objet d'une mise à jour entre juillet et septembre 2024. Il vous appartiendra de faire en sorte que ces protocoles soient mis, en œuvre par votre personnel. ⇒ La recommandation n°1 est levée.
2	Rédiger le protocole d'accompagnement à la fin de vie et mettre à jour la convention de partenariat en soins palliatifs.	Remarques 5-17	3 mois	Vous m'avez transmis un protocole d'accompagnement à la fin de vie qui a été élaboré par l'IDEC de l'établissement et validé en juillet 2024. Vous n'avez pas précisé si la convention de partenariat en soins palliatifs était en cours de révision auprès du centre hospitalier Ardèche Méridionale. ⇒ La recommandation n°2 est levée pour le volet protocole d'accompagnement à la fin de vie. ⇒ La recommandation n°2 est maintenue pour le volet mise à jour de la convention de partenariat en soins palliatifs.
3	Rédiger le protocole relatif aux mesures de contentions selon les recommandations ANSM d'octobre 2020. Organiser la traçabilité des mesures prises afin que le RAMA puisse comporter une analyse des contentions mises en œuvre.	Remarque 13	3-mois	Vous m'avez transmis un protocole relatif aux mesures de contentions rédigé par l'IDEC de l'établissement et validé par le médecin coordonnateur d'appui de la Fondation et faisant explicitement référence aux recommandations ANSM d'octobre 2020 et assorti d'un modèle d'attestation pour recueillir le consentement du résident et/ou de son représentant légal.

				<p>⇒ La recommandation n°3 est levée.</p> <p>J'attire votre attention sur l'importance d'organiser la traçabilité des mesures prises en matière de contention afin qu'elles puissent faire l'objet d'une analyse portée dans le RAMA.</p>
4	Renforcer l'individualisation des plans de soins, de douche, de change afin de tracer les besoins spécifiques de chaque résident et d'éliminer tout risque de confusion des tâches, notamment, en matière d'administration des médicaments.	Remarques 8-9-10	3 mois	<p>Vous nous avez adressé des exemples de plans de soins qui ont fait l'objet d'une mise à jour à partir du logiciel de suivi des résidents. Les détails mentionnés traduisent une individualisation des prises en charge par nature de soins prodigués. Je vous invite à procéder à cette mise à jour sur l'ensemble des plans de soins.</p> <p>⇒ La recommandation n°4 est maintenue.</p>
5	Faire en sorte que la période de jeûne n'excède pas 12 heures conformément aux recommandations de la HAS de 2007 « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. »	Remarques 11	6 mois	<p>Vous nous avez adressé une note de service rédigée par l'IDEC de l'établissement qui énonce trois consignes de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation quotidienne d'une collation de nuit disponible dans les locaux de la cuisine de l'établissement. • Proposer systématiquement au résident une collation de nuit. • Consigner dans les plans de soins l'acceptation ou le refus de la collation. <p>De plus, vous avez transmis la fiche de tâches des agents de nuit qui mentionne le principe de proposer une collation de nuit aux résidents.</p> <p>⇒ La recommandation n°5 est levée.</p>
6	S'assurer de la mise à jour régulière des dossiers de liaison d'urgence (DLU) et de la qualité de leurs informations afin de garantir une prise en charge adaptée en cas d'urgence médicale.	Remarque 12	3 mois	<p>Vous m'avez adressé des exemples de DLU ayant fait l'objet d'une mise à jour en août 2024. Je note toutefois, que sur l'un d'entre eux, le groupe sanguin du résident n'était pas mentionné.</p> <p>Je rappelle que le DLU a vocation à sécuriser les informations nécessaires pour la gestion des urgences médicales. L'absence du groupe sanguin</p>

				<p>peut présenter un risque dans la prise en charge d'urgence.</p> <p>⇒ La recommandation n°6 est maintenue.</p> <p>Je vous invite à porter une attention particulière sur l'exhaustivité des données médicales dans chaque DLU.</p>
7	Organiser des temps d'analyse de la pratique formalisés et réguliers afin de prévenir les risques psychosociaux et l'usure professionnelle.	Remarque 4	6 mois	<p>En l'absence de remarque de votre part :</p> <p>⇒ La recommandation n°7 est maintenue.</p>
8	Faire en sorte que tous les résidents puissent avoir un référent pour son projet de vie tel que recommandé par la HAS/ANESM.	Remarque 7	6 mois	<p>Vous m'avez adressé un protocole qui organise la mise en place d'une fonction de référent sur les projets de vie auquel est annexée une liste des référents. Chaque référent a en référence un maximum de quatre projets de vie.</p> <p>⇒ La recommandation n°8 est levée.</p>
9	Clarifier la quotité du temps de travail du poste de cadre administratif dont la fonction est partagée entre l'établissement de Lablachère et Alès.	Remarque 2	3 mois	<p>Vous me précisez que le poste de cadre administratif est entièrement affecté sur l'EHPAD LES PERVENCHES et, qu'en cas de besoin, le ou la titulaire du poste peut être mobilisé(e) ponctuellement, à titre de conseil, sur des dossiers de management concernant l'établissement basé à Alès.</p> <p>⇒ La recommandation n°9 est levée.</p>

